

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Kvalita života seniorů v městě České Budějovice**

Bakalářská práce

Autor: Michaela Junová

Vedoucí práce: Mgr. Monika Měrotská

6.5.2009

## **Abstract**

The title of my thesis is “Quality of life of senior citizens in the town of České Budějovice”. I chose this topic because ageing of population is increasingly becoming a problem which cannot be ignored and which is becoming a phenomenon of our time and affects individual as well as social life.

The thesis is focused on the issue of quality of life of senior citizens living in their home environment and senior citizens who live in institutional facilities. The theoretical part of the thesis describes the terms old age and ageing, then deals with various aspects of ageing, terms of geriatrics and gerontology, health condition of elderly people, demographic ageing. The term “quality of life” and its determinants which affect life of senior citizens are defined.

The empirical part of the thesis evaluates standard and quality of life of senior citizens in České Budějovice. Analysis and interpretation of data from questionnaire research provide information on quality of life and comparison of differences between senior citizens who live in institutional facilities (retirement homes, senior nursing homes) and senior citizens who live in their home environment. This part of the thesis was prepared using charts and graphs which show that hypotheses I had set were confirmed. The thesis can be used as information material for senior citizens and for students of Faculty of Health and Social Studies.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kvalita života seniorů v městě České Budějovice vypracovala samostatně a použila jsem prameny, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2009

Podpis.....

Michaela Junová

**Poděkování:**

Na tomto místě bych velice ráda chtěla poděkovala vedoucí práce Mgr. Monice Měrotské za ochotu, pomoc a odborné vedení.

## OBSAH

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| ÚVOD .....                                                                | 7  |
| 1. SOUČASNÝ STAV .....                                                    | 9  |
| 1.1. Vývojové etapy lidského života .....                                 | 9  |
| 1. 2 Stárnutí a stáří .....                                               | 10 |
| 1.2.1 Projevy přirozeného stárnutí .....                                  | 10 |
| 1.2.2 Stáří .....                                                         | 10 |
| 1.2.3 Definice pojmu stárnutí .....                                       | 12 |
| 1.2.3.1 Faktory ovlivňující proces stárnutí .....                         | 13 |
| 1.2.3.2 Teorie stárnutí .....                                             | 13 |
| 1.3 Definice pojmů gerontologie, geriatrie .....                          | 15 |
| 1.3.1 Gerontologie .....                                                  | 15 |
| 1.3.2 Pojem geriatrie .....                                               | 16 |
| 1.3.3 Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří ..... | 16 |
| 1.3.4 Zdravotní stav osob vyššího věku .....                              | 17 |
| 1.3.5 Gerontopsychologie .....                                            | 20 |
| 1.3.6 Prevence duševních chorob ve stáří .....                            | 21 |
| 1.3.7 Příprava na stáří .....                                             | 21 |
| 1.4 Demografie stárnutí .....                                             | 23 |
| 1.4.1 Pojem demografie .....                                              | 23 |
| 1.4.2 Střední délka života .....                                          | 23 |
| 1.4.3 Demografické stárnutí .....                                         | 23 |
| 1.4.4 Demografický vývoj v ČR .....                                       | 24 |
| 1.4.5 Důsledky demografického stárnutí .....                              | 25 |
| 1.5 Kvalita života .....                                                  | 26 |
| 1.5.1 Obecná definice pojmu kvalita života .....                          | 26 |
| 1.5.2 Kvalita života seniorů .....                                        | 26 |
| 1.5.2.1 Zdraví životní styl a kvalita života .....                        | 27 |
| 1.5.2.2 Etické principy a kvalita života .....                            | 27 |

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.5.2.3 Sociální prostředí a kvalita života .....                       | 28 |
| 1.5.2.4 Pracovní aktivity a kvalita života.....                         | 29 |
| 1.5.2.5 Společenské aktivity a kvalita života.....                      | 29 |
| 1.5.2.6 Vzdělání a kvalita života .....                                 | 30 |
| 1.5.2.7 Bydlení a kvalita života .....                                  | 31 |
| 1.5.2.8 Sociálně zdravotní péče o seniory a kvalita života .....        | 31 |
| 1.5.2.8.1 Formy poskytování sociálních služeb týkající se seniorů ..... | 32 |
| 1.5.2.8.2 Paliativní péče a hospice .....                               | 33 |
| 2. CÍLPRÁCE A HYPOTÉZY .....                                            | 36 |
| 2.1 Cíl práce.....                                                      | 36 |
| 2.2 Hypotézy.....                                                       | 36 |
| 3. METODIKA .....                                                       | 37 |
| 3.1 Použité metody výzkumu .....                                        | 37 |
| 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru .....                            | 37 |
| 4. VÝSLEDKY .....                                                       | 38 |
| 5. DISKUZE .....                                                        | 65 |
| 6. ZÁVĚR .....                                                          | 72 |
| 7. KLÍČOVÁ SLOVA .....                                                  | 74 |
| 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....                                        | 75 |
| 9. PŘÍLOHY .....                                                        | 78 |

## Úvod

Stárnutí člověka a lidské společnosti se stává fenoménem dnešní doby a nepřehlédnutelným problémem, který zasahuje do individuálního i společenského života každého z nás. Téma mé bakalářské práce „Kvalita života seniorů v městě České Budějovice“ jsem si vybrala především proto, že zejména oblast kvality života seniorů a její problematika je stále častěji diskutovanou otázkou, jak mezi odborníky, tak i mezi laickou veřejností. Dále jsem se chtěla sama dozvědět něco víc o daném tématu.

*„Měříme život příliš jednostranně: podle jeho délky a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit, než na to, jak jej opravdu naplnit. V poznání pravdy, v mravním řádu, v účinné lásce, máme už v tomto životě podíl na věčnosti – prodlužujeme svůj život ne o dny, nebo o léta, ale o věčnost.“ (T.G.Masaryk)*

Senioři svým sociálně ekonomickým postavením se částečně liší od ostatních věkových skupin. Mají specifické potřeby, které je nutné z hlediska společnosti zajistit.(27)

Odpovědnost za člověka přijímá dnes i celá společnost daleko více než tomu bylo v minulosti. Je k tomu nucena, neboť do života jednotlivce daleko více zasahuje. Vláda ČR vytvořila tzv. „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007“ a „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012“ kde zahrnuje faktory ovlivňující kvalitu života, cíle a opatření na jejich podporu, jejichž cílem je zajištění kvalitního a důstojného stárnutí.

Ve své práci jsem chtěla zjistit, jaká je kvalita života seniorů v okrese, ve kterém žijí, tj. v okrese České Budějovice. Teoretická část práce charakterizuje pojmy stárnutí a proces stárnutí, dále se blíže zabývá různými aspekty stárnutí, pojmy geriatrie a gerontologie, zdravotním stavem osob vyššího věku, demografickým stárnutím a je definován pojem „kvalita života“ a její determinanty, které ovlivňují život seniorů.

Výzkumná část práce hodnotí životní úroveň kvality života seniorů v Českých Budějovicích. Analýza a interpretace z dotazníkového šetření poskytuje informace v

oblastech kvality života a porovnání rozdílů mezi seniory, kteří žijí v ústavních zařízeních (domov důchodců, penzion pro důchodce) a seniorů žijících ve svém domácím prostředí.

Smysl mé práce spatřuji ve zmapování kvality života seniorů a zjištění jejich současných potřeb spolu s hodnocením spokojenosti v jednotlivých oblastech života pak může být přínosné pro zlepšení zdravotních a sociálních služeb, pro úpravu sociálního prostředí, pro používání vhodných prostředků péče a zvýšení spokojenosti seniorské populace.

Má práce proto může být využita jako informační materiál pro veřejnost, samotné seniory a studenty Zdravotně sociální fakulty.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Vývojové etapy lidského života

Lidský život je vymezen zrozením a smrtí. V tom čase „mezi“ se realizuje jedinečný lidský život a odehrává se způsobem, za který je každý z nás odpovědný. (6) Neustále plyne a jeho jednotlivá stadia se prolínají, proto z praktického hlediska rozdělujeme život na jednotlivá období, která jsou vymezena biologickými, sociálními a psychologickými předěly. (8)

Ve vývoji člověka se mění nejenom kvantitativní údaje (věk apod.), ale i kvalitativní (změny lidské osobnosti). Otázkami pojetí psychického vývoje člověka se zabývá vývojová (ontogenetická) psychologie, zkoumá činitele ovlivňující vývoj a věnuje se charakteristikám jednotlivých vývojových etap člověka. (17)

Klasifikace vývojových etap, kterou uvádí Švancara (24):

1. Prenatální období: od početí do narození
2. Novorozenecké období: do 6 týdnu života
3. Kojenecké období: do 1 roku života
4. Batolivý věk: 1 - 3 roky
5. Předškolní věk: 3 - 6 roků
6. Školní věk: 6 - 11 roků
7. Pubescence ( dospívání): 11 -15 roků
8. Adolescence (mládí): 15 - 20 roků
9. Mladá dospělost: 20 - 30/32 roků
10. Střední dospělost: 30/32 - 46/48 roků
11. Zralá dospělost (presenium): 46/48 - 65 roků
12. Stáří (senium): více než 65 roků - z toho vysoký věk: více než 80 roků

Dále je v současné době podle měřítek Světové zdravotnické organizace ( WHO) starý člověk definován, jako člověk starší 60 let a od tohoto věku jsou stanoveny následující kategorie. (11)

1. Třetí věk: 60 - 74 let
2. Čtvrtý věk: 75 - 89 let
3. Vysoký věk: 90 - 99 let
4. Staletí: více než 100 let

## **1. 2 Stárnutí a stáří**

### **1.2.1 Projevy přirozeného stárnutí**

Přirozené (biologické, fyziologické) stárnutí a stáří je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na jedince působí během celého jeho života. Někdy se pro činitele ovlivňující proces stárnutí používá název *gerontogeneze*.

Stárnutí se týká sféry biologické (somatické), psychologické a sociální. Fenomény ze všech těchto oblastí se navzájem prolínají, ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka. (18)

### **1.2.2 Stáří**

Jedná se o označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je projevem a důsledkem involučních změn morfologických i funkčních, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou, která vede k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, životním stylem, zdravotním stavem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Stáří můžeme dále definovat z různých hledisek. (10)

- **Kalendářní (chronologické) stáří**

Je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se obvykle projevují involuční změny. Jeho výhodou vymezení stáří je jednoduchost, jednoznačnost a snadná komparace. (16)

Kalendářní věk je dán dnem narození, ale je nedostatečným kritériem k určení reálného stupně stáří. Nevystihuje individuální rozdíly průběhu stárnutí, ani změny v rychlosti procesu doprovázející stárnutí. Objektivní znalost skutečného stupně zestárnutí je ale velice důležité, např. při volbě lékařské péče, včetně léčby a dávkování léků. (13)

- **Biologické stáří**

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny adaptačních a regulačních mechanismů), obvykle jsou těsně propojeny se změnami způsobenými chorobami, které se vyskytují převážně ve vyšším věku. (16)

Biologické stáří poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje, nebo degenerace. Obecně je tento pojem používán k vyjádření celkového stavu lidského organismu, ale užívá se i specifitějších určení biologického věku jako např.:

1. Anatomický věk – pojem vyjadřující stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.
2. Karpální věk – stav zápěstních, tedy karpálních kůstek
3. Fyziologický věk – stav fyziologických procesů organismu, např. rychlost metabolismu (21)

- **Sociální stáří**

Postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i rizika seniorů, k nimž patří např. adaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, pokles životní úrovně, osamělost, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace. Za počátek sociálního stáří se obvykle považuje nárok na starobní důchod, nebo skutečné penzionování. (10)

Dále Mühlpachr (16) člení sociální periodizaci lidského života do 4 období:

**První věk** – předproduktivní- období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláním, profesní přípravou, získáním zkušeností a znalostí.

**Druhý věk** – produktivní – období dospělosti, životní produktivity biologické (založení rodiny), sociální a především pracovní.

**Třetí věk** – postproduktivní – což implikuje představu stáří nejen jako poklesu zdatnosti a odpočinku, ale hlavně fáze za zenitem a bez produktivní přínosnosti. To je ale nebezpečné východisko k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb. Tento věk potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jedince jako celoživotního procesu trvajících až do smrti.

**Čtvrtý věk** – někdy bývá používán k označení fáze závislosti. Tento termín je nevhodný, vzniká dojem, jako by soběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí a to odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

### **1.2.3 Definice pojmu stárnutí**

Stárnutí je proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, funkční a morfologické změny a jejich nástup nastává v ontogenezi jedince v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Jedná se tedy o proces disociovaný, desintegrováný, asynchronní . (25)

### **1.2.3.1 Faktory ovlivňující proces stárnutí**

Faktory urychlující stárnutí:

- Nadměrný příjem potravy
- Stres
- Vysoký krevní tlak
- Tabák a alkohol
- Obezita
- Malá fyzická aktivita a sedavý způsob života
- Osamocenosť, malé společensko pracovní zapojení

Faktory zpomalující stárnutí:

- Klidný spánek
- Zdravá výživa
- Společenské a pracovní zapojení
- Častá fyzická aktivita (11)

### **1.2.3.2 Teorie stárnutí**

Stárnutí dnes nemá jedinou přesně definovatelnou příčinu. Teorií a názorů o procesu stárnutí je mnoho, všechny pak pohlíží na totéž dění stárnutí - z různých hledisek. Proto si většina teorií navzájem neodporuje, i když se každá věnuje jiné stránce tohoto procesu a to často izolovaně a odděleně od jiných pohledů. (7)

Teorie lze rozdělit do dvou hlavních skupin:

- Stochastické – děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch selhání buněčného řízení
- Nestochastické – předpokládají, že stárnutí je geneticky předurčeno (25)

Přehled teorií stárnutí:

### **1. Teorie nenahraditelných komponent**

Podstatou této teorie je představa, že některé důležité makromolekuly (lipidy, proteiny, nukleové kyseliny) mohou být vlivem chemických nebo fyzikálních procesů během života poškozeny. Nemá-li organismus možnost tyto poškozené molekuly odstranit a nahradit novou syntézou, stávají se tedy zátěží a vyvolávají stárnutí.

### **2. Teorie somatických mutací**

Vychází z faktu, že u většiny buněk starých organismů byla nalezena zvýšená frekvence poruch DNA. Teorie předpokládá, že vznik somatických mutací, způsobených fyzikálními či chemickými mutageny je příčinou stárnutí. (29)

### **3. Teorie chyb**

Patří do skupiny genetických teorií stárnutí. Předpokládá, že stárnutí je výsledkem chyb v procesech translace, transkripce a hromadění chyb v těchto procesech vede ke stárnutí.

### **4. Teorie programovaného stárnutí**

Dle této skupiny teorií je stárnutí geneticky naprogramováno jako součást ontogenetického vývoje organismu. Jednotlivá období jsou naprogramována formou exprese potřebných genů a na základě těchto hypotéz je analogicky naprogramováno i stárnutí. (29)

### **5. Teorie volných radikálů**

Kvůli nepřetržitým chemickým reakcím, které probíhají uvnitř všech živých buněk se hromadí toxické látky, kterým říkáme volné radikály a ty jsou odpovědné za poškození buněk, jsou původcem jejich stárnutí, a tedy i stárnutí tkání a orgánů. (11)

## **6. Teorie příčných vazeb**

Vychází z faktu, že během života organismu dochází k chemickým změnám životně důležitých makromolekul (nukleové kyseliny, pojivové bílkoviny). Jedná se o změny vytváření tzv. příčných vazeb mezi řetězci makromolekul a i uvnitř těchto řetězců. U pojivových bílkovin je důsledkem tvorby příčných vazeb zhoršení jejich mechanických vlastností. Tento proces je považován za primární příčinu stárnutí.

## **7. Mutační teorie**

Během celého života v somatických buňkách dochází k hromadění mutací, které jsou považovány za prvotní příčinu stárnutí. Mutace vedou k poruchám metabolických funkcí a v důsledku toho i k urychlení degenerativních buněčných procesů a stárnutí. (29)

### **1.3 Definice pojmů gerontologie, geriatrie**

#### **1.3.1 Gerontologie**

Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, zabývá se tedy problematikou starých lidí a životem ve stáří. Pojem gerontologie je odvozen z řeckého (geron = stařec, starý člověk a logos = věda). Obor je zaměřen na specifické potřeby a zkvalitňování života různých skupin starých lidí. Autorem pojmu gerontologie je připisováno nositeli Nobelovy ceny, mikrobiologovi a imunologovi I. I. Mečnikovovi (1845 – 1916), který jej poprvé užil ve své eseji. (10)

Tvoří ji tři vědní disciplíny:

1. Teoretická gerontologie – vytváří teoretický základ pro praktickou aplikaci poznatků (teorie stárnutí, predikace apod.), její součástí je experimentální gerontologie ( experimenty na zvířatech, in – vitro, klinicko – fyziologické studie u lidí).

2. Klinická gerontologie – zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří a způsoby jejich ovlivnění.
3. Sociální gerontologie – analyzuje vztahy společnosti a starého člověka (25)

Cílem nové gerontologie není zabývat se degenerativními onemocněními ve stáří, ale především základními fyziologickými mechanismy stárnutí, které působí na funkční zdatnost jedince. Snaží se o prodloužení let aktivního života a udržení funkčních kapacit po celý lidský život. (10)

### ***1.3.2 Pojem geriatrie***

Je odvozen z řeckého ( gerón – starý člověk, iatreia - léčení).

Shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku funkčního a zdravotního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštností ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostí chorob ve stáří. Jde o specializovaný obor, který v ČR vznikl v r. 1983, tento obor vychází z vnitřního lékařství. (10)

### ***1.3.3 Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří***

Starých a velmi starých lidí v lékařských ordinacích neustále přibývá a přibývat bude. Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející řadu šancí a výzev týkajících se např. povahy dlouhého života ve „ stáří“, seberealizace a využití potencionálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti, penzionování, financování sociálních a zdravotnických systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb. Zdravotnickým systémům přináší stárnutí 4 oblasti prioritních výzev:

#### **1. Zlepšení zdravotního stavu stárnoucích lidí a mladých seniorů**

Uplatnění na trhu práce, prevence a účinné intervence kardiovaskulárních a nádorových chorob, pracovních úrazů, nemocí z povolání. (9)



## **2. Zlepšení funkčního zdraví v pokročilém stáří chápeme jako věk $\geq 80$**

Prodlužování naděje dožití a života ve stáří bez expanze nemocnosti, umožnění autonomního života v domácím přirozeném prostředí s individuálně odpovídající úrovní aktivity a sociální participace.

## **3. Konsolidace rozpočtů**

Účelnost výdajů zdravotnických, sociálních a obecně „na stárnutí“, modifikace modelů financování, přístupu a struktury služeb, aby lépe odpovídali stárnutí populace.

## **4. Zdravotní péče o imigranty kompenzující úbytek domácí pracovní síly**

Podpora zdraví specifických i obecních problémů stárnoucích migrantů, např. syndrom demence v monokulturním a cizojazyčném prostředí. (9)

### ***1.3.4 Zdravotní stav osob vyššího věku***

Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku a ve stáří, spoluurčuje kvalitu života, postavení starých lidí v rodině i ve společenském životě. (18)

Stáří a nemoci jsou v dnešní době pokládány téměř za synonyma. Je to zvláštní, neboť nemoci postihují člověka v každém věku a nejsou tedy jen „výsadou“ stáří. Dnešní doba odmítá jako žádná jiná před ní, důrazně a proklamativně bolest, nemoc a žal. Je pojmána jako cizost, která k lidskému životu nepatří. Společenské regule delegují zdraví jednotlivce jako právo, a proto si lidé „zdraví život“ vlastně nárokují. Nemoc může vpadnout do života každého z nás kdykoliv, ale ve stáří je tento vpád nejpravděpodobnější. (6)

Za zdravého je starý člověk považován tehdy, nemá-li přítomnou zjevnou chorobu, je spokojen, je sociálně adaptabilní a má neporušenou zdravotně sociální homeostázu. S přibývajícím věkem se snižuje počet osob bez nemoci. Nemocnost osob

vyššího věku je sledována z rutinních statistik ze zdravotnické dokumentace, z přímých lékařských prohlídek a ze sociálních šetření. (28)

Zdravotní stav starých a starších lidí je třeba hodnotit nejen jako délku života (aspekty mortality) a prevalenci chorob, ale především funkční zdatností a zdravím podmíněnou kvalitou života (aspekty spokojenosti, seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace). Zdraví zahrnuje zdraví tělesné, duševní, sociální a je charakterizováno stavem spokojenosti a pohody, nejen nepřítomností nemoci, nebo vady. Zdravotní péče může často prodloužit život, k zachování a ochraně zdraví je však nezbytné ovlivnit podmínky a faktory vedoucí k udržení a ochraně zdraví, včetně sociálních determinant zdraví. (14)

Ke zlepšení zdraví ve stáří je nutné přijmout celoživotní přístup, vytvořit podmínky pro zdravé a aktivní stárnutí, prevence a podpora zdraví v průběhu života může napomoci zvýšit soběstačnost ve stáří. (14)

- ***Tělesná involuce***

Po šedesátém roce života nabývá stárnutí rychlejšího tempa. V různých orgánech ubývá funkčních tkání, přibývá očních chorob vedoucích ke zhoršení zraku i k úplné slepotě. Sluch se zhoršuje trvale po celé období stáří, klesá citlivost pro vysoké tóny a častá je nedoslýchavost. Se stoupajícím věkem přibývá gerontů, kteří jsou ve svých denních aktivitách omezeni srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubů, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře a nohou. Po sedmdesátce je častá tzv. polymorbidita. (16)

Jde o souběžnou přítomnost více onemocnění u jednoho jedince. Bez příčinné souvislosti, nebo chorob navzájem se kauzálně podmiňujících. (25)

Bývá postiženo rovněž několik orgánů, které tvoří místa tzv. odolnosti. Následné choroby vyvolávají řetězovou reakci, mají sklon ke vzniku komplikací a choroby se většinou nevyhoupí beze zbytku. (25)

Nejvýraznější změnou stárnutí je únava a chřadnutí (atrofie). Není v našem těle orgánu, který by nebyl vystaven destrukci způsobené atrofií a ve značné míře se to týká

např. mozku, jater a četrných žláz. Ochabují síly člověka, pohyby se stávají nemotornými a člověk je více vystaven úrazu. Velkou roli zde hraje chřadnutí svalů a kostí. (2)

Kostní atrofie (osteoporosy) se projevují úbytkem minerálu v kostní tkáni, úbytkem kůry a tím kost ztrácí svoji pevnost, stává se lomivější a dochází k deformitám. (23)

Dále dochází ke zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, poklesu imunity, úbytku aktivní tělesné (svalové) hmoty a poklesu svalové síly, zmnožení tuku, snížení průtoku krve důležitými orgány, omezení kapacity a rychlosti energeticky náročných metabolických dějů. (18)

Vylučovací soustava zpomaluje svou činnost a ztrácí výkonnost při exkreci toxinů a dalších odpadních produktů, trávicí soustava je méně zdatná při vstřebávání živin. (21)

Změny kardiovaskulárního systému - poruchy srdečního rytmu, cévní příhody, arteroskleróza, hypertenze. Je snižená elasticita kůže, která je suchá a vrásčitá. Hrudník zvolna klesá, snižuje se rychlost a objem dýchání a regrese plicních funkcí vede k hypoxii. Změny žaludečních funkcí - klesá žaludeční acidita a asi třetina lidí ve věku nad 75 let má achlorhydrii (nedostatek kyseliny solné) a u mnoha z nich vzniká dyspeptický syndrom. Dále dochází ke změnám žláz s vnitřní sekrecí v průběhu pátého decennia u žen dochází k postupnému zastavení menstruačního cyklu a k celé řadě vegetativních změn (objemová labilita, návaly horka, zvýšená potivost, ukládání tuku). U mužů dochází ke snižování potence. (24)

- ***Duševní involuce***

Změny chování a psychiky jsou individuálně a kvantitativně i kvalitativně různé a existují někdy dobře patrné rozdíly mezi změnami u mužů a u žen. V největší míře se podílejí tři příčiny. Předně jsou to změny hormonální, které souvisejí se změnami hladiny pohlavních hormonů. Dále, obvykle v šestém deceniu přistupují změny psychické způsobené sklerotickými změnami na mozkových cévách a v sedmé dekádě

se přidávají následky involučních pochodů na centrálním nervstvu. Kromě výše uvedených příčin přistupují ještě vlivy společenské a jiné vlivy exogenní. (23)

V duševním stárnutí se prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného stavu a dalších společenských faktorů, které sebou nese věk, a které determinují duševní involuci. Psychickou involuci můžeme chápat jako demontáž osobnosti probíhající spořádaně. Lidé postproduktivního věku vyklízejí pozice, člověk ztrácí vztah k určitým osobám, hodnotám, zálibám, ideálům, osobním i nadosobním cílům. Dalším rysem stáří je netečnost a snížení zájmu o okolí. (16)

Stárnutí a stáří představuje z biologického hlediska sestupnou část životního cyklu a duševní vývoj ve stáří do jisté míry závisí na tom, jak se stárnoucí člověk dovede s touto skutečností vyrovnat. Zhoršuje se motorika, zhoršuje se vnímání. (27)

Dochází ke změnám paměťových funkcí, s věkem klesá pozornost, objevují se změny povahové, změny emotivity – snížení intenzity citového prožívání, dále s věkem obvykle stoupá vytrvalost a trpělivost, odolnost k životnímu a pracovnímu stereotypu. (12)

S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy a velmi často se vyskytují neurózy, paranoidity, deprese, suicidia. (16)

### **1.3.5 Gerontopsychologie**

Stárnutím po stránce duševního života, čili prožitkovou stránkou stárnutí se zabývá gerontopsychologie. Jejím hlavním cílem je oddalovat stárnutí, hledat cesty jak udržet duševní svěžest člověka, jak posilovat a přizpůsobit se změnám ve vlastním organismu i v okolním světě a prodlužovat dobu, po kterou je člověk užitečný. (27)

### **1.3.6 Prevence duševních chorob ve stáří**

Jedním ze základních preventivních faktorů je přiměřená aktivita staršího člověka a to jak v oblasti fyzické, tak i duševní. Inaktivita je pro seniora jedním

z největších nebezpečí. Starší člověk by měl dělat všechno to, na co mu jeho síly a schopnosti stačí. Pravidelným zatěžováním lze nejen udržet, ale někdy i zvýšit vlastní potenciál fyzických i duševních schopností. (12)

Dalším preventivním faktorem je tzv. **duševní hygiena**. Pojem se poprvé objevuje na počátku 20. století. Tato disciplína stojí na pomezí mezi lékařskými, psychologickými a sociálními vědami. Jedná se o soubor pravidel, která slouží k udržení, prohloubení, nebo znovuzískání duševní rovnováhy a duševního zdraví. Mezi základní metody psychohygieny patří např. dostatečná doba spánku, správná výživa, správné dýchání, dostatek pohybu, správné hospodaření s časem, autoregulační a relaxační cvičení. (17)

Doposud ale není mnoho známo o možnostech prevence zejména nejzávažnějších poruch souvisejících s organickým postižením mozku (např. Alzheimerova demence aj.), více lze udělat pro prevenci důsledků jiných tělesných poruch (úprava životosprávy, ISCH, přiměřená léčba hypertenzí diabetem), které druhotně mohou vést k organickým změnám, či k dysfunkci mozku. (12)

### **1.3.7 Příprava na stáří**

Již ve středním věku se z velké části rozhoduje o tom, jaké stáří bude jedinec prožívat a je třeba se naučit zdravě stárnout. Proto je důležité připravovat se na stáří již po 40. roce věku. Tato etapa je pro někoho krizovým obdobím života a někdo je naopak na vrcholu své pracovní kariéry. Pro většinu lidí ve středním věku je práce hlavním smyslem života, dále seberealizací a naplněním lidské existence. Odchod do důchodu je jedno z největších psychických traumat a je vnímán jako ztráta identity, profese, smyslu života, kontaktů a změna úlohy ve společnosti. Možnosti seberealizace jsou pestré, ale často chybí informovanost o spektru možností a motivace seniorů k činnostem. Příprava na zdravé stárnutí by měla zahrnovat hlavně zdravý životní styl. (28)

Podporu zdraví ve středním věku s eliminací rizikových faktorů epidemiologicky nejvýznamnějších příčin disability (nezpůsobilosti) ve stáří, podporu

aktivit tělesných a duševních s přiměřenou psychohygienou a relaxací, zachování zájmových aktivit. (16)

Významná je prevence maladaptace na penzionování se ztrátou smyslu života a s projevy degradace. Vytváření přiměřených materiálních předpokladů pro aktivní život stáří a včasné řešení bytové situace a zajištění nenáročných bytových podmínek. Ujasnění pracovních možností a průběhu penzionování. Posilování dobrých mezilidských vztahů a sounáležitostí, stejně jako mít pozitivní vztah k sobě i k životu a jeho aktivní cílevědomé pozitivní ovlivňování.

#### **Příprava na stáří je rozlišována jako:**

- Dlouhodobá (celoživotní)
- Střednědobá (asi od 45 let věku)
- Krátkodobá (2-3 roky před penzionováním) (16)

Jakákoliv aktivita ať už sociální, psychická, nebo fyzická dává ve stáří životu smysl a naplnění. Důležité pro kvalitu života je vytvořit si program pro volný čas, velký význam má dostupnost a nabídka aktivit pro staré lidi v rámci komunity. Např. rekreace, vzdělávání, sportovní a kulturní vyžití, nabídka služeb, možnosti dopravy a další faktory ovlivňující aktivitu a kvalitu života starých lidí. (28)

Cena lidského života spočívá v tom, že je smysluplný a ve stáří budeme spokojeni potud, pokud budeme od života něco očekávat a jeho smyslem nebude jen “zůstat na živu“. (27)

## **1.4 Demografie stárnutí**

### **1.4.1 Pojem demografie**

Je populační disciplína, založená na statistice, která v nejobecnějším vymezení zkoumá společenskohistorické zákony vývoje obyvatelstva. Pro gerontologické zkoumání je nejdůležitější demografickou charakteristikou věková struktura obyvatelstva a složení obyvatel z hlediska pohlaví. (24)

### **1.4.2 Střední délka života**

Nebo-li očekávaná doba dožití je demografický významný ukazatel. Je konstruován z úmrtnostních tabulek a udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví, pokud se úmrtnostní poměry významně nezmění.

Střední délka života v Českých zemích dramaticky stoupala od konce 19. století až do roku 1960, po němž následovala v Evropě neobvyklá třicetiletá stagnace (rok 1990: muži 68 let, ženy 76 let, rok 1994: muži 69,5, ženy 76,6 a prognóza pro rok 2020: muži 76,9 a ženy 80,6). (16)

### **1.4.3 Demografické stárnutí**

K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci. Je vyvoláno dvěma faktory. Prvním je pokles podílu mladších věkových skupin, který je většinou výsledkem poklesu úrovně plodnosti a porodnosti, tento typ stárnutí se nazývá „**stárnutí v základně věkové pyramidy**”. (22)

Druhým faktorem je růst podílu osob ve starším věku, který je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku, které vede k prodlužování naděje

dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. Jde o typ „**stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy**“. Obvykle však oba uváděné typy probíhají současně.

Demografické stárnutí je proces, při kterém se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. Čili starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. (22)

#### **1.4.4 Demografický vývoj v ČR**

Vývoj v ČR je závažný, podle prognóz našich demografů i OSN může být naše republika v polovině 21. století spolu s Řeckem a Itálií společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě. (10)

Stárnutí je všeobecně považováno za rys současného populačního vývoje, který je neodvratitelný. V ČR lze vzhledem ke specifickým rysům dosavadní reprodukce očekávat neobvykle intenzivní průběh procesu demografického stárnutí, intenzivnější než ve většině hospodářsky vyspělých zemích. Spolu s předpokládanou hloubkou změn a nedostatečnou výkonností ekonomiky vytváří stárnutí populace nepochybně velmi náročné a specifické podmínky rozvoje celé společnosti. (5)

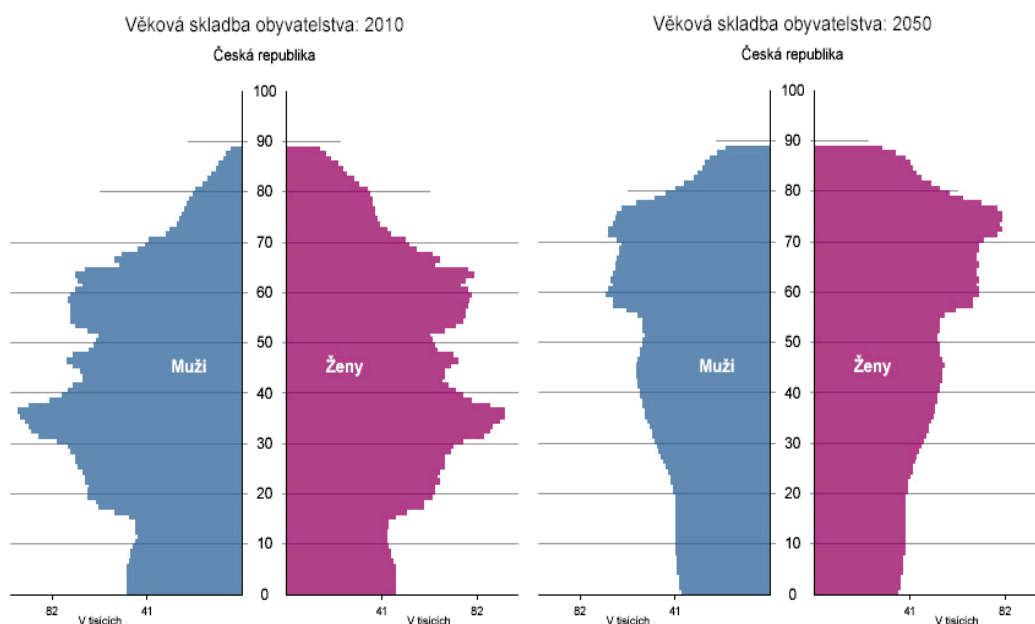
Od počátku 90. let je značné neustálé snižování procentuálního zastoupení dětské složky (tj. osob mladších 15 let) v důsledku poklesu porodnosti a zároveň nárůst podílu starších osob (nad 60 let) z úhrnu obyvatelstva České republiky, což přispívá k výraznému stárnutí naší populace. Zatímco v roce 1991 bylo v České republice 21,1 % osob ve věku 0-14 let a 17,8 % osob starších 60 let, v roce 2004 představoval podíl osob mladších 15 let pouze 15,1 %, osob ve věku 60 a více let však už bylo 19,5 %. Přestože se podíl těchto starších osob zvýšil od roku 1991 „jen“ o 1,7 procentních bodů, při stávajícím trendu nízké porodnosti a zvyšující se naději dožití můžeme nárůst i nadále očekávat. (22)

Mimoto, nejenže se do budoucna značně zvýší počet osob v důchodovém věku, ale zároveň se změní i věková skladba starší populace: vzroste podíl osob starších 80 let, tedy těch, u kterých lze předpokládat vyšší potřebnost sociální a zdravotní péče.



Podle projekce vypracované ČSÚ by se měl podíl osob nad 60 let do roku 2050 zvýšit na 39 %, počet obyvatel nad 80 let by měl vzrůst ze současných 3 % na 10 % v roce 2050. (22)

### Schéma č. 1: Věková skladba obyvatel 2010 a 2050



Zdroj: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy\\_zivota\\_do\\_roku\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_do_roku_2050)

#### 1.4.5 Důsledky demografického stárnutí

Stárnutí má důsledky především ve dvou dimenzích:

- 1. Problém integrace starých lidí** – nutná změna ateistických postojů, odstranění stereotypů o stáří, které deformují představy o potřebách a možnostech starých lidí a přiblížení se realitě, že stáří není obdobím fyziologického a psychického úpadku a samoty, ale dá se trávit smysluplně aktivně. (26)

- 2. Změna financování důchodových systémů** – aby stárnoucí populace neznamenal fatální zátěž pro ekonomiku států a nebrzdila jejich rozvoj a zároveň aby nebyli staří lidé odsunuti za hranice chudoby.

Tyto reformy zahrnují zejména částečné přenesení zodpovědnosti za financování důchodů ze států na jednotlivce a prodloužení odchodu věku do důchodu. (26)

## **1.5 Kvalita života**

### **1.5.1 Obecná definice pojmu kvalita života**

Obvykle je definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty, rodinnou situaci, věk, pohlaví, polymorbiditu, preferované hodnoty, vzdělání apod. Celková kvalita života je souhrnem výše uvedených faktorů. (20)

### **1.5.2 Kvalita života seniorů**

Člověk může prožívat úspěšné stáří, ať už je aktivní, nebo neaktivní. Hlavní kritéria jsou především v jeho vnitřním postoji k vlastnímu životu a v jeho hodnocení kvality života. Staří lidé jsou citlivější, vnímavější k obtížím každodenního života, a o to více na ně všechny změny působí. (28)

Faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří jsou především: zdraví, životní styl, zdravotní péče, sociální služby, sociální prostředí, pracovní i mimopracovní aktivita, bydlení, vzdělávání, etické principy uplatňované ve společnosti. (15)

Vláda ČR vytvořila tzv. „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007“ a „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012“ kde zahrnula výše jmenované faktory, cíle a opatření na jejich podporu, jejichž cílem je

zajištění kvalitního a důstojného stárnutí. Návrh Národního programu přípravy na stárnutí vychází z „Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí“ (Vídeň 1982), „Zásad OSN pro seniory“ (1991), „Mezinárodního plánu stárnutí 2002“ a II. Světového shromáždění OSN o stárnutí (Madrid 2002). (15)

#### ***1.5.2.1 Zdraví životní styl a kvalita života***

Zdraví je vysoká individuální i sociální hodnota a je jedním z faktorů kvality života. (14)

Úzce souvisí s životním stylem, který je součástí odpovědné přípravy na stáří a je podmínkou pro zajištění aktivního a důstojného stárnutí a kvality života seniorů. K jejich naplňování musí přispět jak společnost, tak jednotlivci sami. Cílem společnosti by měla být dlouhodobá podpora zdravého životního stylu a zdravého stárnutí, vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, omezení růstu počtu závislých seniorů a k podpoře jejich aktivního života. Dále vytvářet předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností u osob produktivního věku, seniorů prostřednictvím aktivizace, sociálního začlenění, vytvářením rovných příležitostí, rozšiřováním možností rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje. (15)

#### ***1.5.2.2 Etické principy a kvalita života***

Lidé jsou si rovni v právech a důstojnosti bez ohledu na věk, avšak starší lidé čelí často diskriminaci v různých oblastech života. (14)

Zejména respekt k jedinečnosti člověka patří k hlavním etickým principům při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Cílem společnosti je vytvořit podmínky pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, odstraňovat příčiny nepřipustného omezování základních práv a svobod z důvodu věku a sociálního postavení, potírat diskriminaci a sociální vyloučení seniorů. Dále se snažit

posilovat mezigenerační solidaritu, soběstačnost, uznat přínos seniorů rodině a společnosti, podporovat postoje porozumění, tolerance a solidarity. (15)

### ***1.5.2.3 Sociální prostředí a kvalita života***

Vztahy mezi člověkem a prostředím jsou neměnné a jejich charakter a význam se mění v závislosti na stáří. Hlavní příčinnou změn jsou samotné změny prostředí, ve kterém žijeme. Staří lidé mají neradi změny a velké změny prostředí pro ně znamenají značnou zátěž. Problém současného a budoucího stáří a stárnutí tkví zejména v připravenosti společenství na integrování starých lidí do svých společenství a v nejasnosti vymezení role starého člověka. (27)

Okolní prostředí přátelské ke starším lidem může být rozhodujícím rozdílem mezi nezávislostí a závislostí pro jednotlivce, ale také je zejména důležité pro stárnoucí osoby. Např. staří lidé, kteří žijí v nebezpečném prostředí nebo místech s fyzickými bariérami, se mnohem méně často dostanou ven a může u nich docházet k izolaci, depresím, zhoršení fyzické kondice a zvýšení problémů s mobilitou. (1)

Prostředí a komunita vstřícná ke stáří, která je sociálně soudržná a nabízí příležitosti pro aktivní život a mezigenerační kontakty, má zásadní vliv pro zachování nezávislosti a kvalitu života starších lidí. Prostředí v širším smyslu zahrnuje i klima ve společnosti a její vztah ke stáří a starším lidem. Pozitivní postoj společnosti ke stáří a starým lidem představuje nejširší a nejzákladnější podmínku zvýšení participace starých lidí ve společnosti. (14)

Dále rodina jako základní článek společnosti vytváří bezpečný prostor pro život seniorů, pomáhá jim udržet si nezávislost, samostatnost, je prostorem mezigenerační solidarity, brání jejich sociálnímu vyloučení. Představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí, jistotu a rozvíjí aktivity ve stáří. (15)

#### **1.5.2.4 Pracovní aktivity a kvalita života**

Pracovní život je zdrojem identity, spokojenosti, sociálního statusu, uznání, sebeúcty a sociálních vztahů. Práce nejen že poskytuje finanční ohodnocení, ale umožňuje člověku být členem sociální skupiny. (14)

Příležitostí na trhu práce a podpora zaměstnávání starších osob a seniorů je prostředkem jejich aktivizace a plného zapojení do společnosti. Představuje také pro společnost cenný pracovní a ekonomický přínos. Proto je potřebné vytvářet podmínky a příležitosti pro setrvání nebo opětovné zapojení starších pracovníků a seniorů do práce, tím ovlivnit prodloužení aktivní fáze jejich života a pro společnost získat významné pracovní a ekonomické zdroje. (15)

Po celém světě je více uznávána potřeba podporovat aktivní a produktivní příspěvek, kterým mohou staří lidé přispět formální prací, neformální prací, neplacenými aktivitami doma a v dobrovolnických profesích. Dobrovolnická činnost pomáhá starým lidem rozvíjet sociální kontakty a psychologickou pohodu a současně významně přispívat svým komunitám či společnosti. (1)

#### **1.5.2.5 Společenské aktivity a kvalita života**

Význam celoživotního vzdělávání se v posledních letech stal velkým trendem a proces vzdělávání má pro starší populaci hned několik významů. Zejména rozšiřuje vědomostní obzory jedince, přispívá k pocitu důstojnosti a životního uspokojení. Člověk se začleňuje do společnosti, udržuje si své fyzické i duševní zdraví, posiluje nezávislost, zvyšuje svou kvalifikaci a možnost uplatnění na trhu práce. (15)

Důležitá je také kultura a kulturní aktivity, které nabízejí hodnotné využití volného času, jsou zdrojem naplnění a sociálních kontaktů. Kulturní aktivity dále přispívají k prevenci sociálního vyloučení a izolace. Jsou příležitostí pro posílení mezigeneračních kontaktů a sounáležitosti. Je třeba věnovat pozornost kulturním a duchovním potřebám starší generace a zejména osamělých a sociálním vyloučením ohrožených starších lidí. Co nejširší účast seniorů na společenském životě je nezbytnou

podmínkou rozvoje společnosti, zdravých postojů ke stárnutí a stáří a k vzájemnému respektu a solidaritě generací. (14)

Společnost by měla umožnit seniorům ovlivňovat politický a společenský vývoj, formulovat své potřeby a požadavky a podílet se na jejich realizaci. Získávat seniory k účasti na společenských aktivitách, vytvářet podmínky pro aktivní účast seniorů při tvorbě a realizaci programů a projektů pro ně samé a využívat

Dále jsou velmi důležité pro seniory zájmové aktivity. Lidé odchodem do penze získávají více času pro sebe samé. Mohou tak plně rozvinout své koníčky, které pěstovali v produktivním věku, nebo mohou začít s novou zájmovou aktivitou, kterou si vždy přáli vykonávat, ale nedostatek dostatek času jim to nedovolil. Díky klubům pro seniory se zase starším lidem otevírá paleta možností a tak senioři mohou využít jejich nabídky. Mezi zájmové aktivity se řadí práce na zahrádce, ruční práce, společenské hry, péče o domácí zvířata, domácí práce, kutilství, sběratelství atd. (1)

#### **1.5.2.6 Vzdelání a kvalita života**

Vzdělávání ve starším věku se stává nutnou podmínkou pochopení života ve stále se měnícím světě. Prostřednictvím nových informací poskytuje možnost volby jak uspořádat svůj vlastní život, jak být psychicky vyrovnanější a spokojenější. Mezi vzdělávací formy různého charakteru můžeme zmínit Lidové univerzity, Kluby aktivního stáří, Akademie třetího věku a Univerzity třetího věku. (16)

Je jednou z podmínek pro aktivní a plnohodnotný život. Možnost celoživotního vzdělávání je nezbytným předpokladem pro udržení znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů, protože podporuje duševní pohodu a udržuje pracovní schopnosti. Uplatnění na trhu práce navíc posiluje nezávislost. Může přispět i ke snížení marginalizace, osamění, generační intolerance a zlepšit příležitosti k začlenění do společnosti. Vzdělávání přispívá k humanizaci, k sociální integraci a kvalifikaci, která umožňuje uplatnění na trhu práce. (15)

#### **1.5.2.7 Bydlení a kvalita života**

Vzhledem k tělesnému stavu a snížené pohyblivosti má pro staré lidi klíčový význam kvalita jejich bydlení. (27).

Bydlení, které odpovídá funkčnímu zdravotnímu stavu umožňuje žít v přirozeném prostředí i v případě zdravotních a jiných omezení. Bezbariérové bydlení zvyšuje bezpečnost a usnadňuje péči neformálním i profesionálním pečovateli. Stavebně technické podmínky bezbariérovosti splňují upravitelné byty, které bez dalších stavebních zásahů umožňují uspokojování bytových potřeb osob s omezenou schopností pohybu a orientace. Tyto byty jsou připraveny pro další doplnění zařizovacími předměty či kompenzačními pomůckami podle konkrétního postižení či individuálních potřeb. Společnost by měla průběžně vytvářet podmínky pro důstojné a přiměřené bydlení seniorů, poskytovat seniorům podporu při přizpůsobení bydlení jejich potřebám, zlepšovat podmínky bydlení seniorů s důrazem na jeho individuální charakter, chápat tato opatření jako prevenci a oddálení institucionalizace. (14)

#### **1.5.2.8 Sociálně zdravotní péče o seniory a kvalita života**

Zdravotní a sociální péči nelze striktně oddělovat, protože zdravotní problémy často doprovázejí problémy sociální. Zdravotní péče má být proto kontinuální, soustavná, aktivní, diferencovaná a komplexní s vysokým podílem sociální péče. Je důležité aby sociální i zdravotní péče byla dostupná pro osoby, které ji potřebují. Vždy by měli být respektovány konkrétní potřeby starého člověka, jeho důstojnost, individualita, také právo na soukromí a autonomii. (28)

Dále je třeba přizpůsobit strukturu zdravotnických zařízení, služeb i charakter péče, aby byla poskytována na odpovídající odborné úrovni. Staří pacienti mají specifické zdravotní, psychické problémy a potřeby. (28)

#### **1.5.2.8.1 Formy poskytování sociálních služeb týkající se seniorů**

##### **Služby ambulantní a terénní**

Jsou určeny pro uživatele žijící doma, jsou využívány buď sporadicky, nebo v režimu integrované komunitní péče, včetně domácích stacionářů. Tyto služby jsou poskytovány:

##### **1. Mimo klientův byt** - klient za službami dochází, nebo je přivážen

- denní centra
- kluby
- denní nemocnice – domovinky, stacionáře
- jídelny
- místa očisty

##### **2. V klientově bytě** – služby se vysouvají za klientem

- domácí ošetrovatelská péče
- pečovatelská služba
- osobní asistence
- systémy dálkového monitorování, nebo nouzové signalizace

##### **Služby ústavní**

Dle délky pobytu, či naléhavosti dělíme na:

##### **1. Pobyty akutní** – obvykle krátkodobé, zvláště nemocniční

##### **2. Pobyty subakutní** – časově omezené, dočasné, zpravidla na 3 měsíce a mohou mít charakter:

- Rekonvalescenčně rehabilitační
- Diagnostický
- Realitní – zajišťující nesoběstačného klienta po dobu nepřítomnosti domácího pečovatele, nebo rodiny



- Azylový – při nemožnosti pobytu v domácím prostředí po havárii, kalamitě, ztrátě uživatelského práva, nebo jiných projevech stařeckého zneužívání či týrání

### **3. Pobyty chronické, dlouhodobé** – často trvalé, poskytovány v zařízeních:

- Bazální zdravotní péči – ústavní sociální péči, včetně domovů důchodců
- Převážně zdravotní péče – odborné léčebné ústavy, LDN, ošetrovatelská centra (10)

#### **1.5.2.8.2 Paliativní péče a hospice**

Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, trpícím nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých. (3)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje, ani neoddaluje smrt
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti

Paliativní, neboli útěšná, zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplinou. Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zahrnují:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- spirituální pomoc
- emotivní podporu
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího

Cílem paliativní léčby není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Cílem je dále provádět integrovanou celkovou péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Obvykle se jedná o chronicky nemocné nebo o nemocné v terminální fázi života. Paliativní péče může být poskytována v hospicích, v domácnostech anebo nemocnicích. (3)

### **Stacionární hospicová péče**

Stacionární péče oddaluje hospitalizaci a umožňuje nemocnému pobývat v domácím prostředí. Denní stacionář je většinou součástí hospice a péče o nemocné zde bývá omezena na několik hodin, zpravidla však na jeden den. Dopravu pacienta zajišťuje rodina.

### **Domácí hospicová péče**

Domácí péče jako základní sociální a zdravotní péče reprezentuje přijatelnou a žádoucí formu zdravotnické odborné péče a pečovatelské služby. Rozsah zdravotní péče je určován lékařem a služby sociální odborníkem daného oboru. Některé ošetrovatelské úkony se naučí provádět členové rodiny, některé jsou zajišťovány zdravotníky, pacient i rodina jsou soustavně motivováni k aktivní spolupráci. Velkou výhodou je možnost pacienta pobývat v rodinném prostředí.

### **Lůžková hospicová péče**

Hospicová péče je pacientům poskytována v hospici, tedy ve specializovaném lůžkovém zařízení. Hospicová péče se nejčastěji poskytuje občanům s postupující nemocí, která je ohrožuje na životě, současně je nutná paliativní (úlevná) léčba a péče v případech, kdy pacient nepotřebuje akutní ošetření nebo nemocniční léčbu a domácí péče nestačí nebo není možná. (3)

Podle tiskové zprávy MZ ČR (29.3.2005) v České republice umírá ročně v průměru kolem 105 000 lidí. Pouze přibližně jedno procento z nich se dostává specializované paliativní péče. Hlavními příčinami úmrtí jsou nemoci kardiovaskulární, cerebrovaskulární, nádory a nemoci dýchacího ústrojí (celkem více než 85 % všech úmrtí). Ve většině případů úmrtí nastává jako komplikace nebo letální vyústění chronického onemocnění. Kontinuita a koordinace péče o umírající je často velmi nedokonalá. Česká republika vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích zaostává. Kvalitní paliativní péče v České republice existuje, je však dostupná pouze malému počtu občanů. (3)

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce je zhodnocení životní úrovně kvality života seniorů, kteří žijí v ústavních zařízeních (domov důchodců, penzion pro důchodce) a seniorů žijících samostatně ve svém domácím prostředí v městě České Budějovice.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotéza č. 1: Více než 65% seniorů se pravidelně stýká s rodinnými příslušníky.

Hypotéza č. 2: Senioři v Českých Budějovicích by uvítali více domovů pro důchodce.

Hypotéza č. 3: Senioři žijící samostatně ve svém domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři, kteří žijí v ústavním zařízení.

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Použité metody výzkumu**

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Jako nejvhodnější metoda byla vybrána metoda dotazování a technikou sběru dat byl dotazník.

Dotazník obsahoval 24 otázek. Otázky (1-3) zjišťují identifikační znaky respondenta. Ostatní otázky (4-24) jsou již specificky zaměřené tak, aby mi pomohly vyvrátit či potvrdit stanovené hypotézy. Odpovědi se označovaly zakřížkováním a byla možná pouze jedna varianta odpovědi.

S ohledem na ochranu osobních údajů byl dotazník anonymní. Otázky byly zaměřeny na kvalitu života seniorů v městě České Budějovice.

#### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Zkoumaným souborem byli respondenti v Českých Budějovicích ve věku od 61 let a více. Výzkum byl prováděn u seniorů žijících v ústavních zařízeních (Domov důchodců Hvízdal a Penzion pro důchodce Staroměstská) a seniorů, kteří žijí samostatně ve svém domácím prostředí a byli vybráni dle pravděpodobnostního výběru. Zvoleným typem pravděpodobnostního výběru vzorku byl náhodný stratifikovaný výběr.

Respondenti žijící ve svém domácím prostředí nebo v domově - penzionu vyplňovali dotazník samostatně, s lidmi žijícími v domově důchodců jsem vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a věku získávala data pomocí řízeného rozhovoru. Tato forma prezentace výzkumné metody mi přišla vhodnější a jednodušší. Rozhovor klade menší nároky na iniciativu a znemožňuje vynechání otázky. Se zkoumanými osobami byl nejprve navázán kontakt úvodním rozhovorem a po něm následovalo vyplnění dotazníku.

Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků, které byly vyplněny seniorskou populací a počet vyplněných a vrácených dotazníků byl rovněž 90. Response činila 100%. Dotazníkové šetření probíhalo v období od ledna do března 2009.

#### 4. VÝSLEDKY

Při prezentaci výsledků bylo použito sloupcových i koláčových grafů a tabulek. Výsledky byly uvedeny v absolutních číslech a procentech.

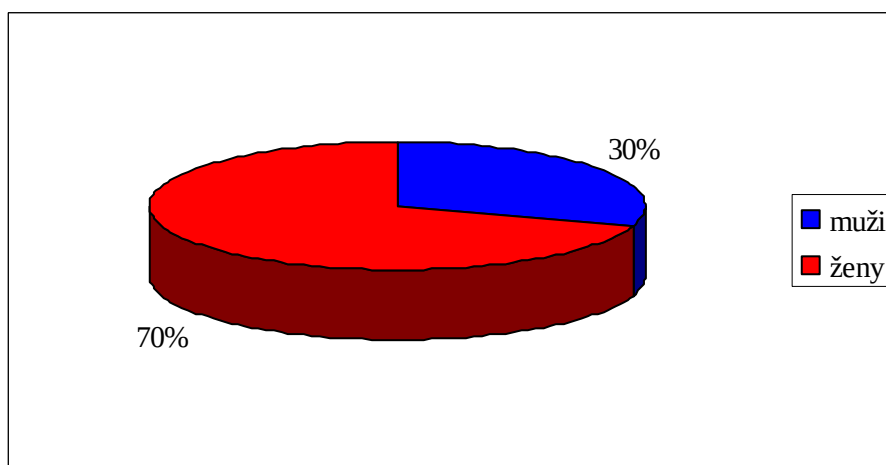
Otázka č. 1 směřovala k určení pohlaví respondentů.

Tabulka č. 1 : Pohlaví respondentů

|      | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|------|------------------|-----|-------------------|-----|
|      | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Muži | 9                | 10% | 18                | 20% |
| Ženy | 36               | 40% | 27                | 30% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2

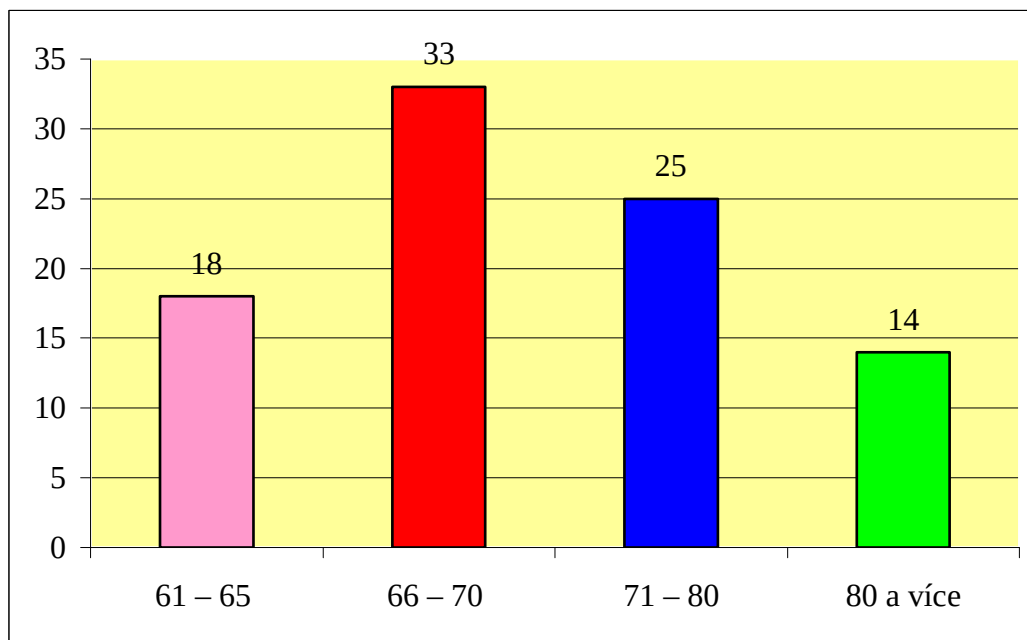


Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet respondentů je 90 (tj. 100%). Z toho 45 (tj. 50%) respondentů žije v ústavním zařízení. Z této skupiny je 36 (tj. 40%) žen a 9 (tj. 10%) mužů. Dalších 45 (tj. 50%) respondentů žije samostatně ve svém domácím prostředí. V této skupině je zastoupeno 27 (tj. 30%) žen a 18 (tj. 20%) mužů.

Otázka č. 2 zjišťovala věk respondentů, které uvádí následující graf.

Graf č. 3

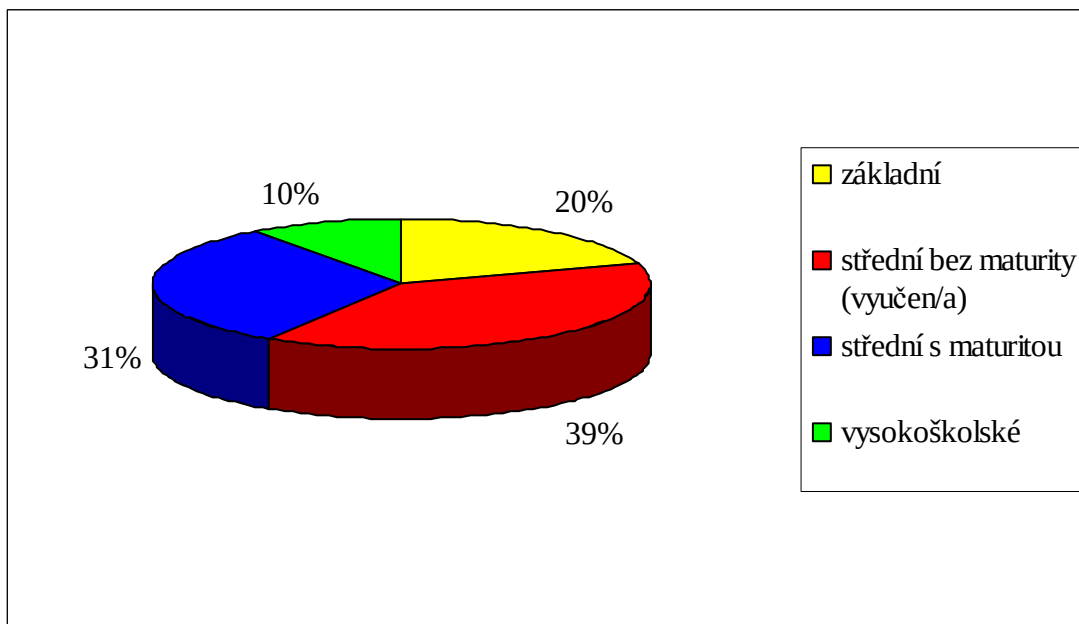


Zdroj: vlastní výzkum

Pro potřeby této práce byl věk respondentů rozdělen do čtyř kategorií. Největší podíl, jak je z grafu patrné, tvořili respondenti ve skupinách 66 – 70 (85%) a 71 – 80 (28%). Zastoupení v dalších kategoriích bylo: 61 – 65 (20%), více než 80 (14%). Což vyjádřeno v absolutních číslech činí 18 (61 - 65), 33 (66 – 70), 25 (71 – 80) a 14 respondentů (více než 80).

Otázka č. 3 se týká vzdělání respondentů.

Graf č. 4



Zdroj: vlastní výzkum

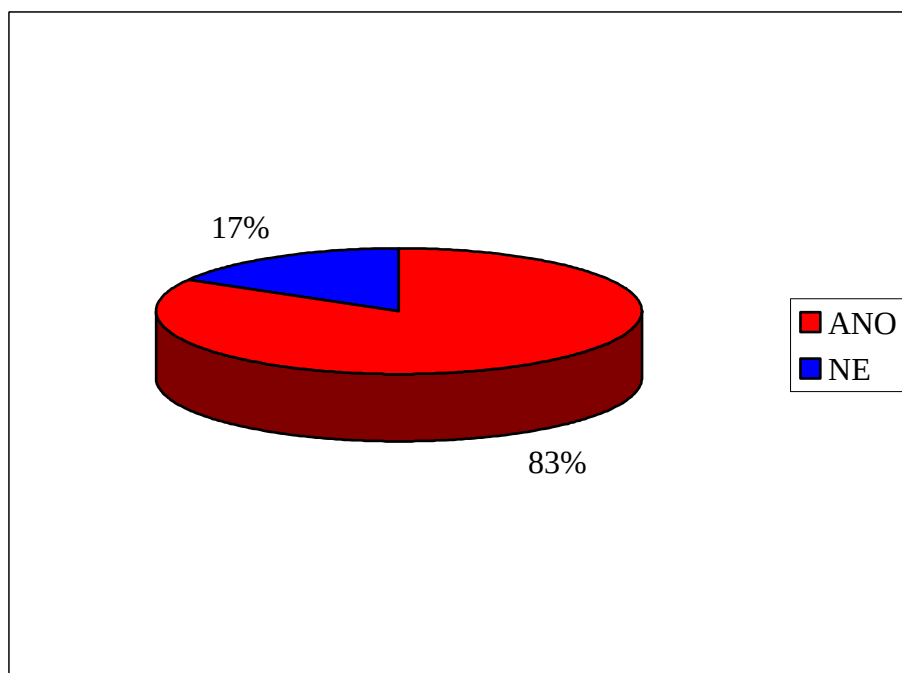
V rámci výzkumu se podařilo oslovit soubor, který prezentoval všechny varianty vzdělání respondentů, 39% respondentů uvedlo středoškolské vzdělání bez maturity (vyučen/a), 31% středoškolské vzdělání s maturitou, 20% respondentů uvedlo základní vzdělání a 10% vzdělání vysokoškolské.

Což vyjádřeno v absolutních číslech činí 35 vyučení, 28 středoškolské, 18 základní, 9 vysokoškolské vzdělání.



Otázka č. 4 již byla zaměřena na testování první hypotézy. Respondenti měli uvést, zda je navštěvují jejich rodinní příslušníci a v případě, že ano (otázka č. 5) - měli uvést, jak častý je kontakt. Následující graf uvádí, kolik procent respondentů na tuto otázku odpovědělo ANO, NE. Výsledek je uveden v následující grafu.

Graf č. 5

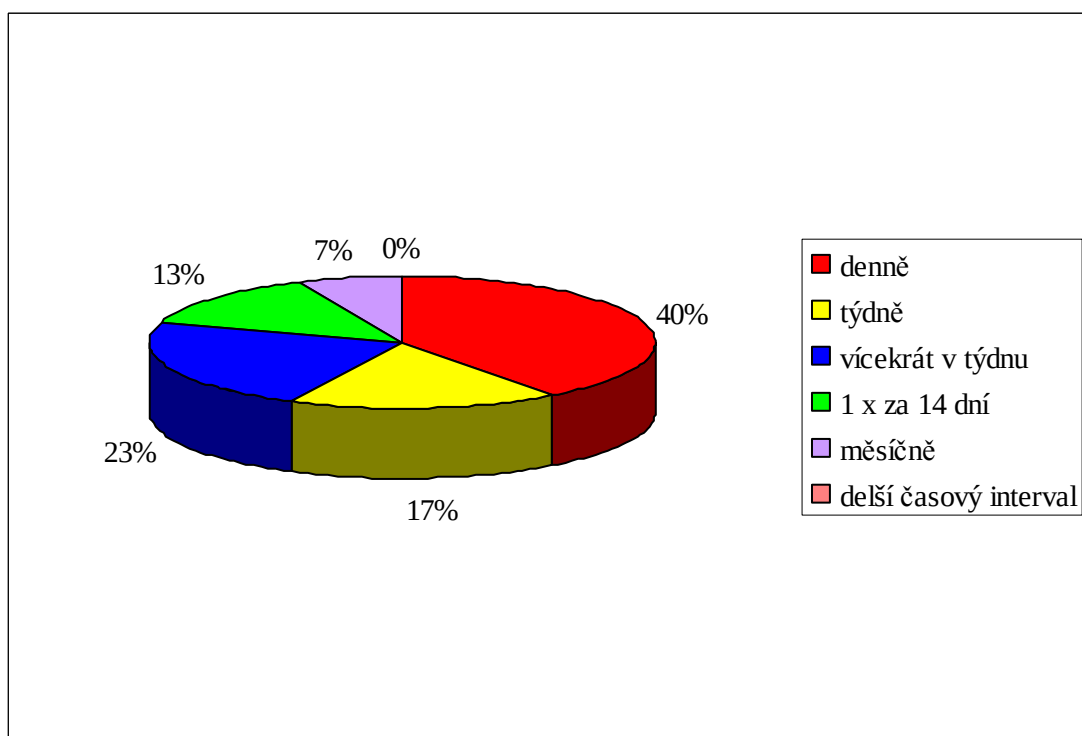


Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu bylo zjištěno, že 83% (75) respondentů rodinní příslušníci navštěvují a 17% (15) respondentů rodinní příslušníci nenavštěvují.

Následující graf k otázce č. 5 znázorňuje, jak častý je kontakt seniora s jeho rodinou.

Graf č. 6

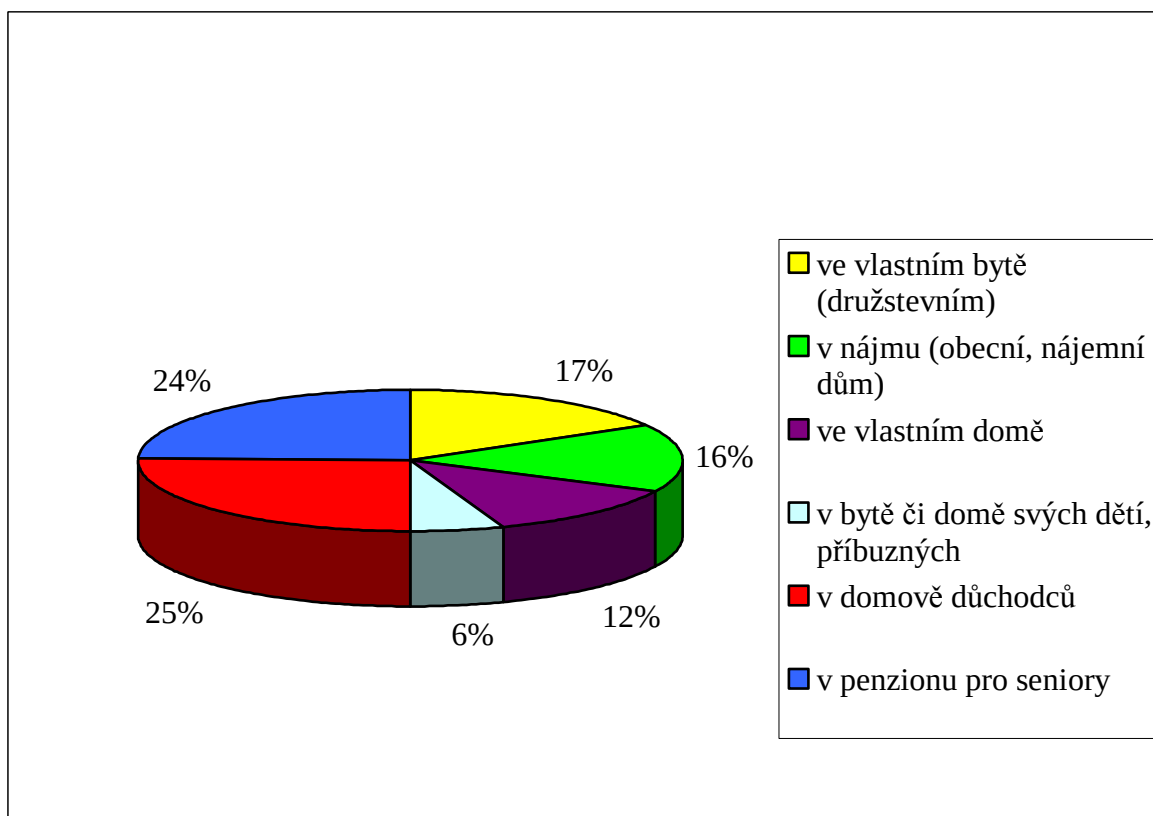


Zdroj: vlastní výzkum

V kontaktu s rodinou je denně 40% (30) respondentů, 23% (17) je v kontaktu s rodinou vícekrát v týdnu, 17% (13) je v kontaktu s rodinou týdně, 13% (10) je v kontaktu s rodinou 1x za 14 dní, 7% (5) je v kontaktu s rodinou měsíčně a žádný z respondentů neuvádí kontakt s rodinou v delším časovém intervale.

Otázkou č. 6 jsem chtěla zjistit způsob bydlení seniorů a výsledek jsem poté znázornila do grafu.

Graf č. 7

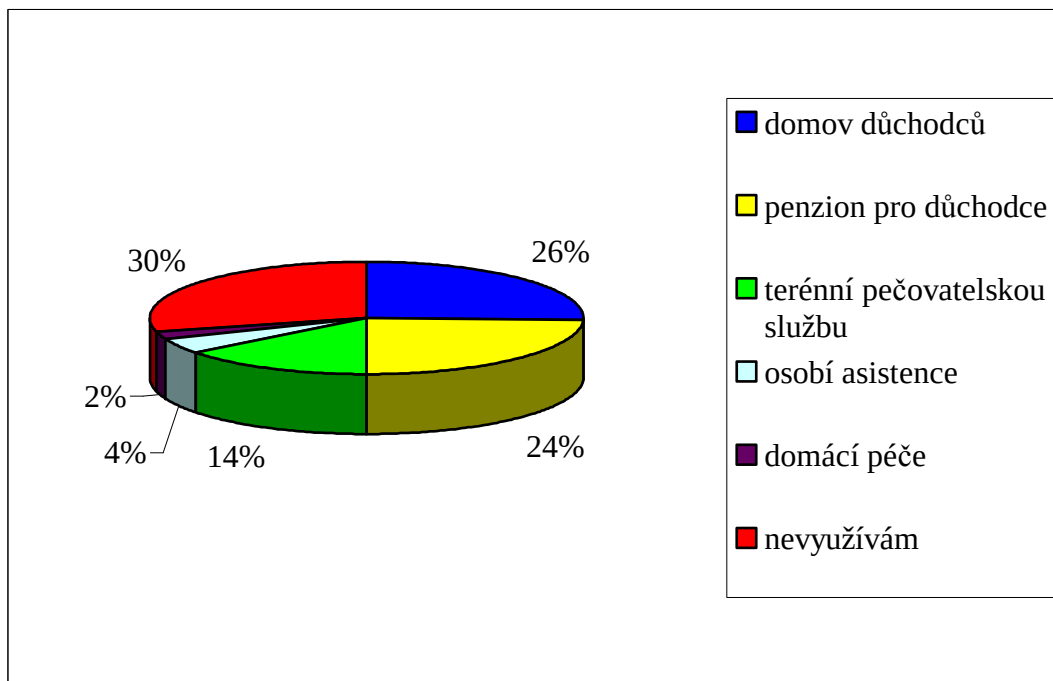


Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků je patrné, že 25% (23) žije v domově důchodců, 24% (22) žije v penzionu pro seniory, 17% (15) žije ve vlastním bytě, 16% (14) v nájmu, 12% (11) ve vlastním domě a 6% (5) žije v domě či bytě svých dětí, příbuzných.

Otázka č. 7 zněla, zda respondenti využívají v současné době některou sociální službu.

Graf č. 8

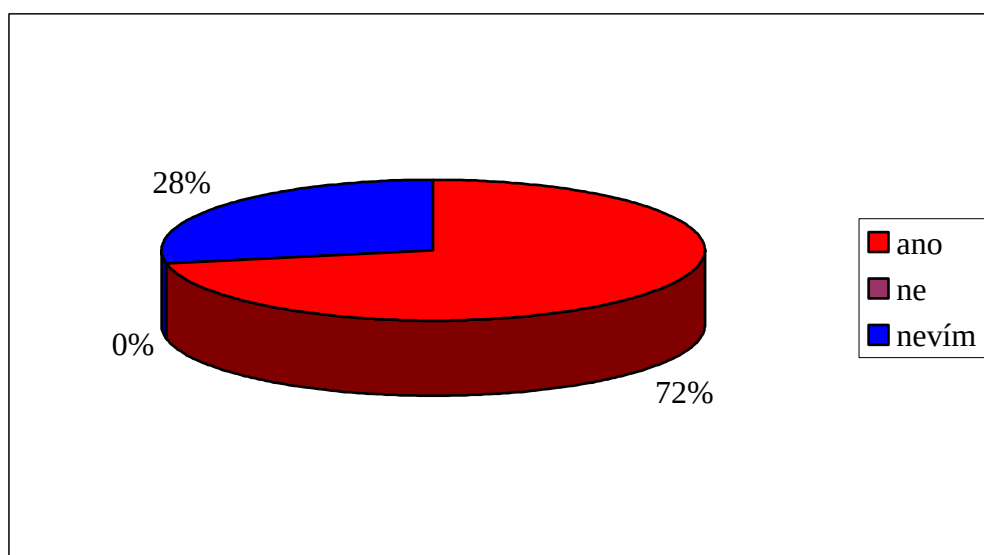


Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo 30% (26) respondentů, že v současné době nevyužívá žádnou z výše uváděných služeb, 26% (23) využívá služeb domova důchodců, 24% (22) využívá služeb penzionu pro seniory, 14% (13) využívá služeb terénní pečovatelské služby, 4% (4) využívá služeb osobní asistence a 2% (2) využívá služeb domácí péče.

Otázkou č. 8, jsem chtěla zjistit, zda uživatelé jsou spokojeni s výše uvedenými službami (viz. otázka č. 7).

Graf č. 9



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu bylo zjištěno, že 72% (46) respondentů je spokojeno, 28% (18) respondentů neví a žádný z respondentů nespokojen není.

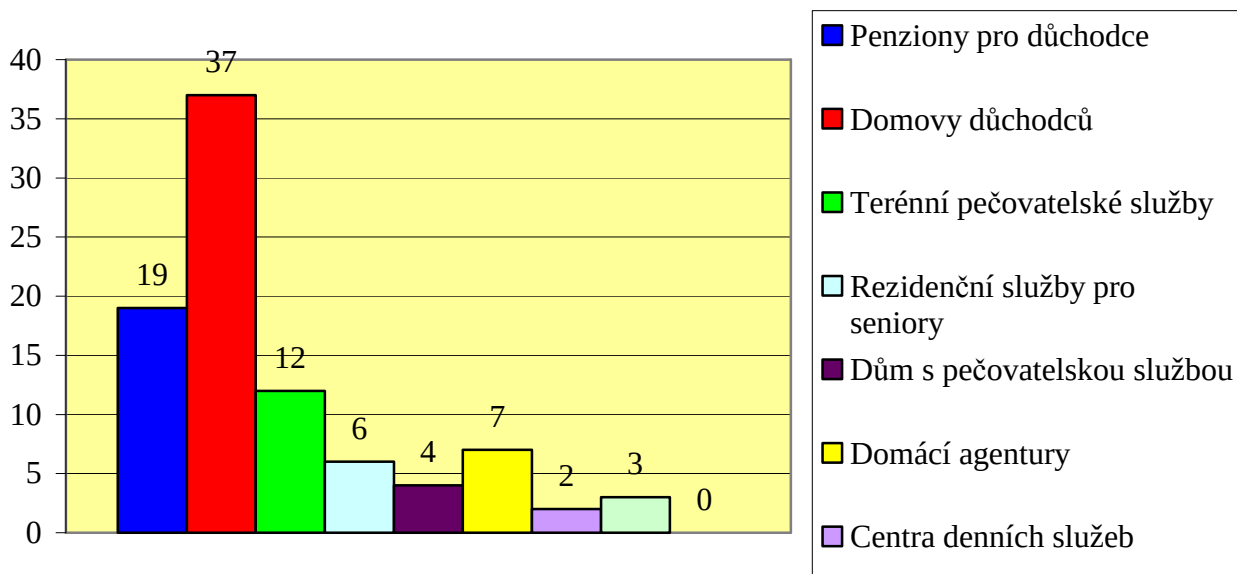
Otázkou č. 9 jsem chtěla zjistit, jaké sociální služby by senioři rádi více uvítali v městě České Budějovice. Výsledek je uveden v následující tabulce a grafu pro lepší přehlednost.

Tabulka č. 2

|                                | četnost | %   |
|--------------------------------|---------|-----|
| Penziony pro důchodce          | 19      | 21% |
| Domovy důchodců                | 37      | 41% |
| Terénní pečovatelské služby    | 12      | 13% |
| Rezidenční služby pro seniory  | 6       | 7%  |
| Dům s pečovatelskou službou    | 4       | 4%  |
| Domácí agentury                | 7       | 8%  |
| Centra denních služeb          | 2       | 2%  |
| Respitní péče                  | 3       | 3%  |
| Senior telefon – krizové linky | 0       | 0%  |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 je rozdělen podle počtu respondentů v absolutních číslech.



Zdroj: vlastní výzkum

Největší počet respondentů 41% (37) by rádo uvítalo více domovů pro důchodce, 21% (19) penziony pro důchodce, 13% (12) terénní pečovatelské služby, 7% (6) rezidenční služby pro seniory, 4% (4) domy s pečovatelskou službou, 8% (7) domácí agentury, 2% (2) centra denních služeb, 3% (3) respitní péči a žádný z respondentů neuvedl možnost senior telefon – krizové linky.

Další otázky jsou zaměřeny na problematiku spokojenosti seniorů v různých oblastech života a jak jednotlivé oblasti hodnotí. Posuzují je jednak senioři žijící samostatně ve svém domácím prostředí a dále senioři, kteří žijí v ústavních zařízeních. Výsledky jsou uvedeny pro lepší přehlednost a orientaci v tabulkách a grafech, které budou porovnány.

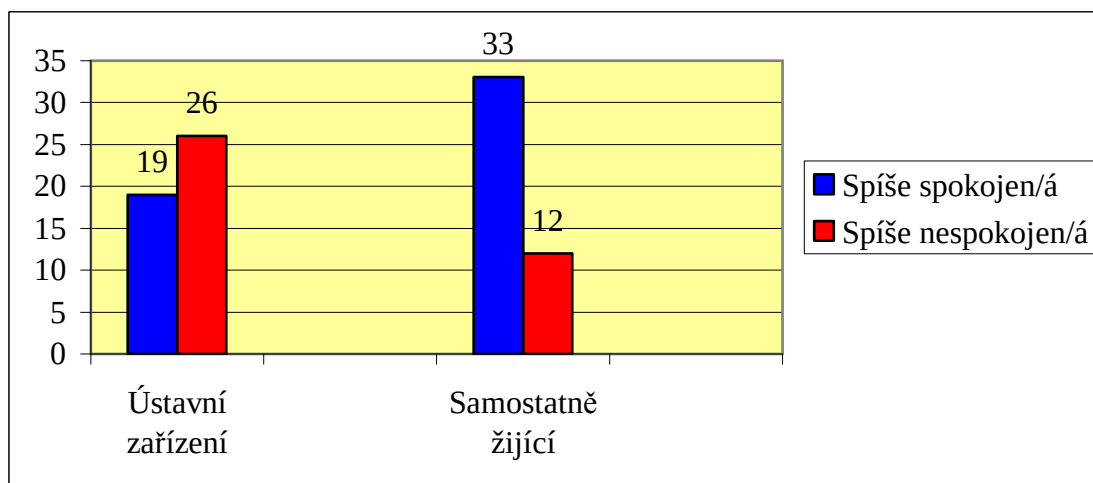
Otázka č. 10 zjišťovala, jak respondent hodnotí své zdraví.

Tabulka č. 3

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 19               | 42% | 33                | 73% |
| Spíše nespokojen/á | 26               | 58% | 12                | 27% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že více než polovina respondentů žijících samostatně je se svým zdravím spíše spokojena, oproti tomu více než polovina respondentů žijící v ústavním zařízení je spíše nespokojena.



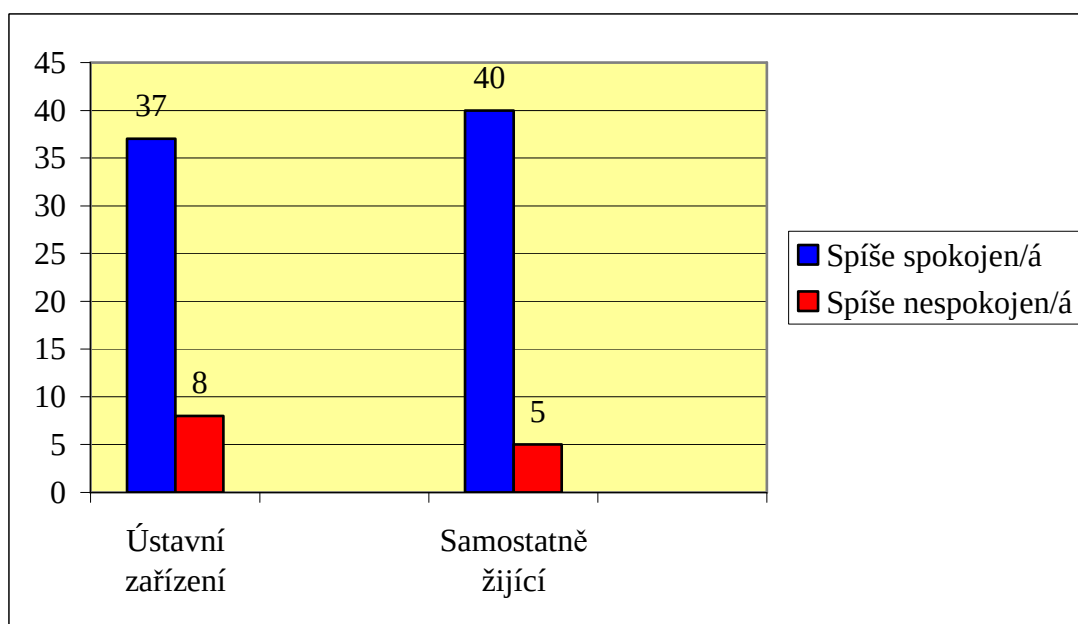
Otázkou č. 11 jsem chtěla zjistit, jak jsou respondenti spokojeni se svou duševní pohodou. Odpovědi jsou zachyceny v následující tabulce a grafu.

Tabulka č. 4

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 37               | 82% | 40                | 89% |
| Spíše nespokojen/á | 8                | 18% | 5                 | 11% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12



Zdroj: vlastní výzkum

Jak je z výsledků patrné jsou obě skupiny respondentů spíše spokojeny.

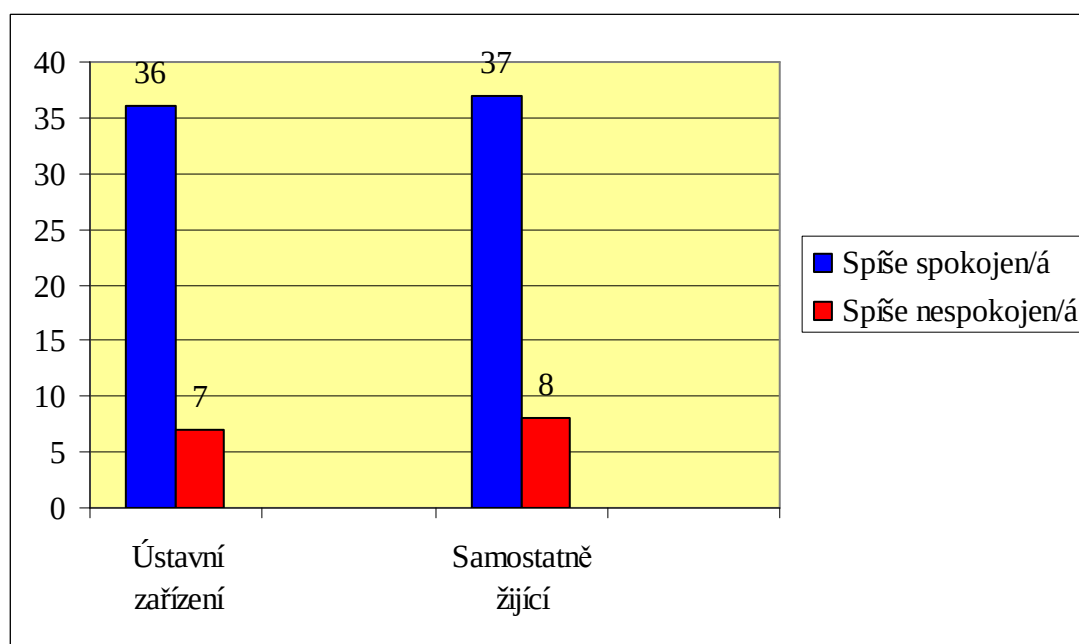
Následující otázka č. 12 směřovala k tomu, aby respondenti hodnotili své vztahy s rodinou.

Tabulka č. 5

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 36               | 80% | 37                | 82% |
| Spíše nespokojen/á | 7                | 16% | 8                 | 18% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13



Zdroj: vlastní výzkum

Opět více než  $\frac{3}{4}$  respondentů z obou skupin je v této oblasti spíše spokojeno.

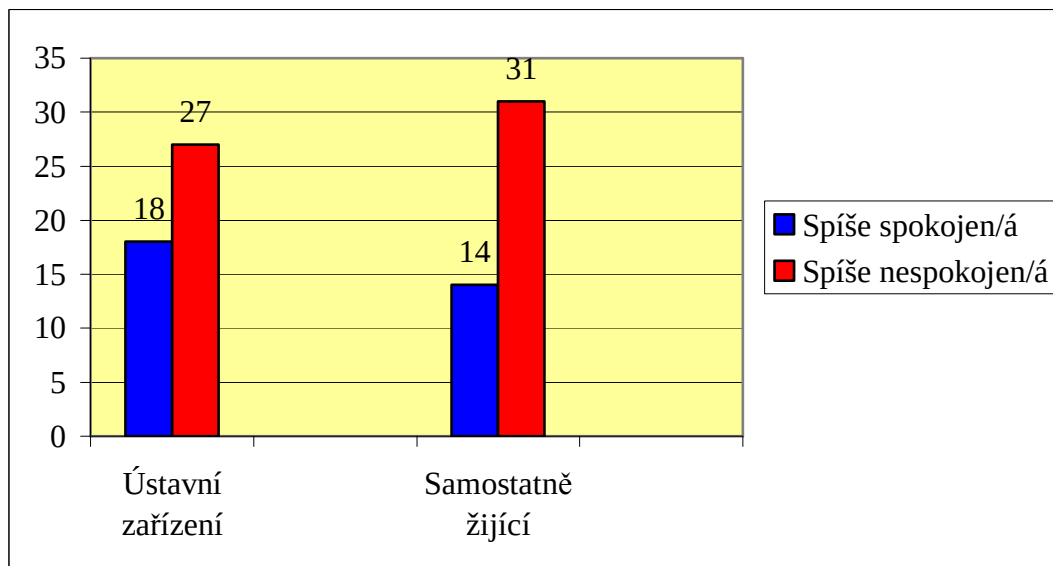
Další otázkou č. 13 jsem zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s úrovní a dostupností zdravotní péče.

Tabulka č.6

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 18               | 40% | 14                | 31% |
| Spíše nespokojen/á | 27               | 60% | 31                | 69% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14



Zdroj: vlastní výzkum

V hodnocení úrovně a dostupnosti zdravotní péče označilo pouze 40% (18) respondentů ústavního zařízení a 31% (14) respondentů samostatně žijících odpověď „spíše spokojen“. „Spíše nespokojen“ se naopak cítí 60% (27) respondentů ústavního zařízení a 69% (31) respondentů samostatně žijících.

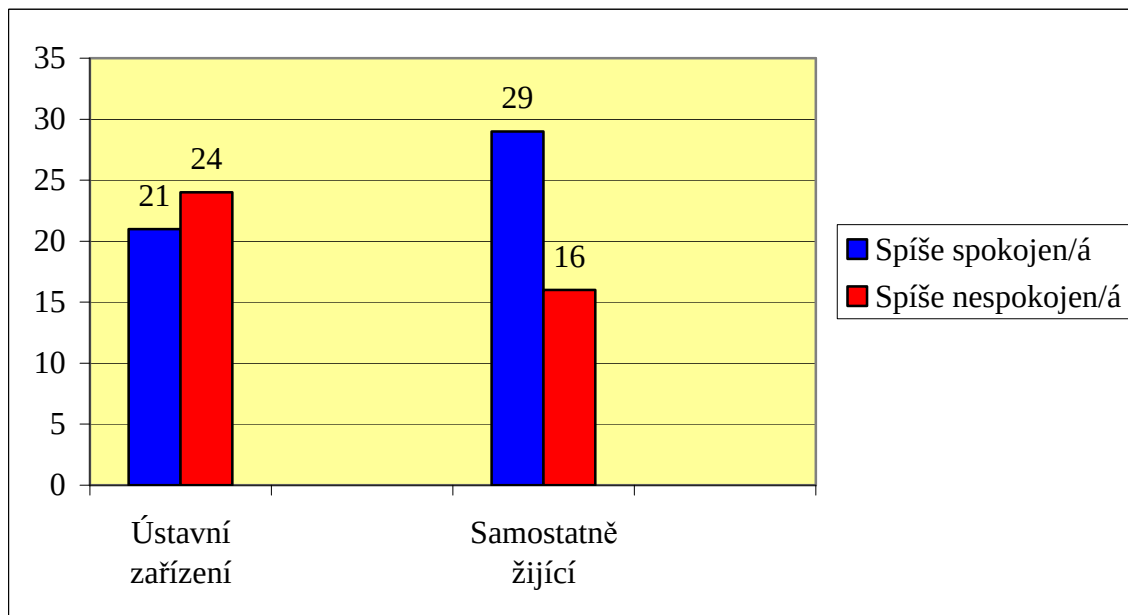
Otázka č. 14 se zase týkala problematiky dostupnosti a úrovně sociálních služeb, zejména pak, jak jsou respondenti s nimi spokojeni.

Tabulka č. 7

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 21               | 47% | 29                | 64% |
| Spíše nespokojen/á | 24               | 53% | 16                | 36% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15



Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti hodnotili úroveň a dostupnost sociálních služeb takto: 47% (21) respondentů ústavního zařízení a 64% (29) respondentů samostatně žijících je spíše spokojeno. „Spíše nespokojeno“ se cítí 53% (24) respondentů ústavního zařízení a 36% (16) respondentů samostatně žijících.

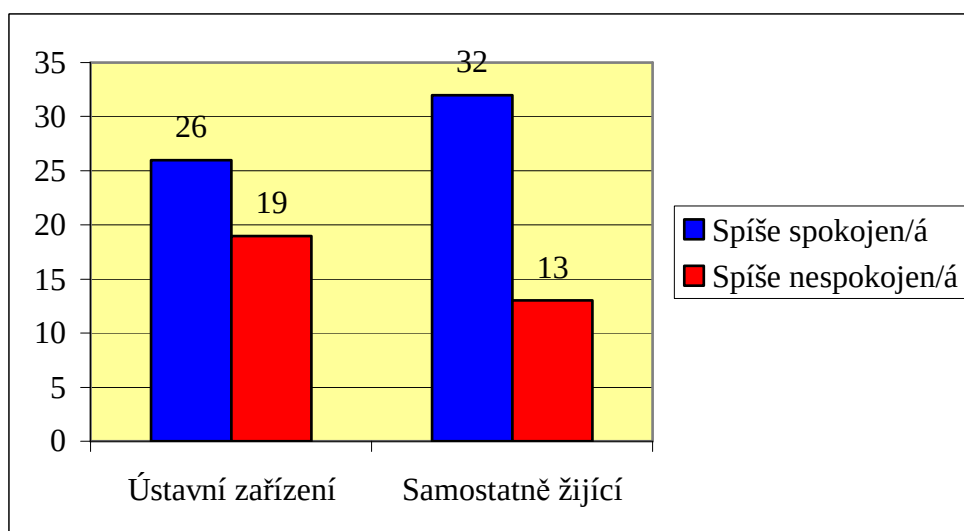
Další otázkou č. 15 jsem zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s úrovní a dostupností bydlení.

Tabulka č. 8

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 26               | 58% | 32                | 71% |
| Spíše nespokojen/á | 19               | 42% | 13                | 29% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku mi odpovědělo 58% (26) respondentů ústavního zařízení a 71% (32) respondentů samostatně žijících odpovědí „spíše spokojen“. Odpověď spíše nespokojen uvádí 42% (19) respondentů ústavního zařízení a 29% (13) respondentů samostatně žijících. Bydlení seniorům zajišťuje pohodu a příjemnou atmosféru domova, působí na to, aby se cítili psychicky dobře.

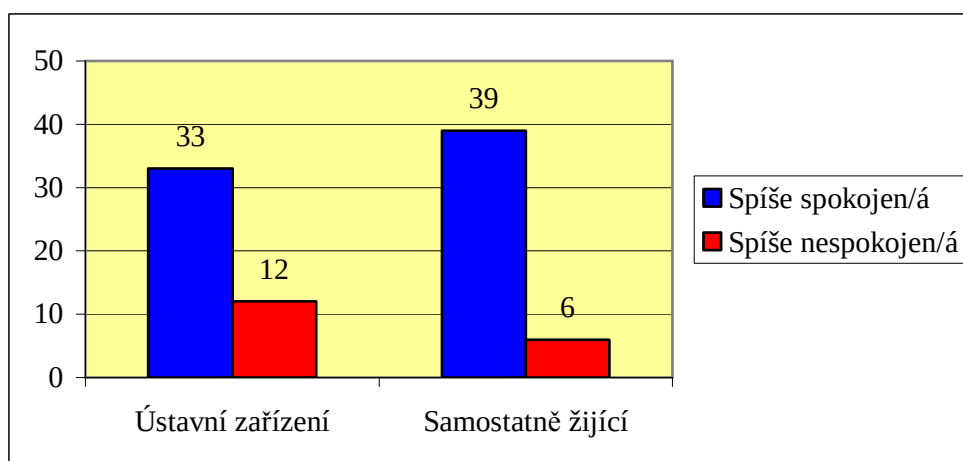
Následující otázka č. 16 zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s dostupností volnočasových aktivit v Českých Budějovicích.

Tabulka č. 9

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 33               | 73% | 39                | 87% |
| Spíše nespokojen/á | 12               | 27% | 6                 | 13% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17



Zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku označilo 73% (33) respondentů ústavního zařízení a 87% (39) respondentů samostatně žijících odpověď „spíše spokojen“. „Spíše nespokojen“ se cítí 27% (12) respondentů ústavního zařízení a 13% (6) respondentů samostatně žijících. Volnočasové aktivity mají pro starší lidi význam smysluplného vyplnění času, seberealizace, dávají jim pocit užitečnosti a nezávislosti.

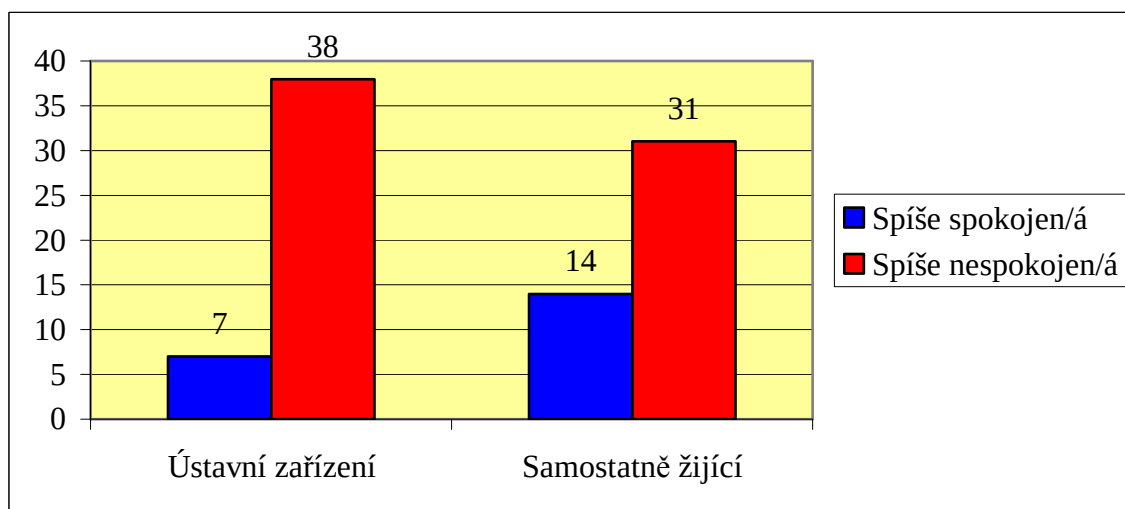
Z další otázky č. 17 jsem se snažila zjistit, jak jsou respondenti spokojeni se svým finančním zabezpečením.

Tabulka č. 10

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 7                | 16% | 14                | 31% |
| Spíše nespokojen/á | 38               | 84% | 31                | 69% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18



Zdroj: vlastní výzkum

V hodnocení oblasti finančního zabezpečení označilo 16% (7) respondentů ústavního zařízení a 31% (14) respondentů samostatně žijících odpověď „spíše spokojen“. Naopak „spíše nespokojeno“ je 84% (38) respondentů ústavního zařízení a 69% (31) respondentů samostatně žijících.

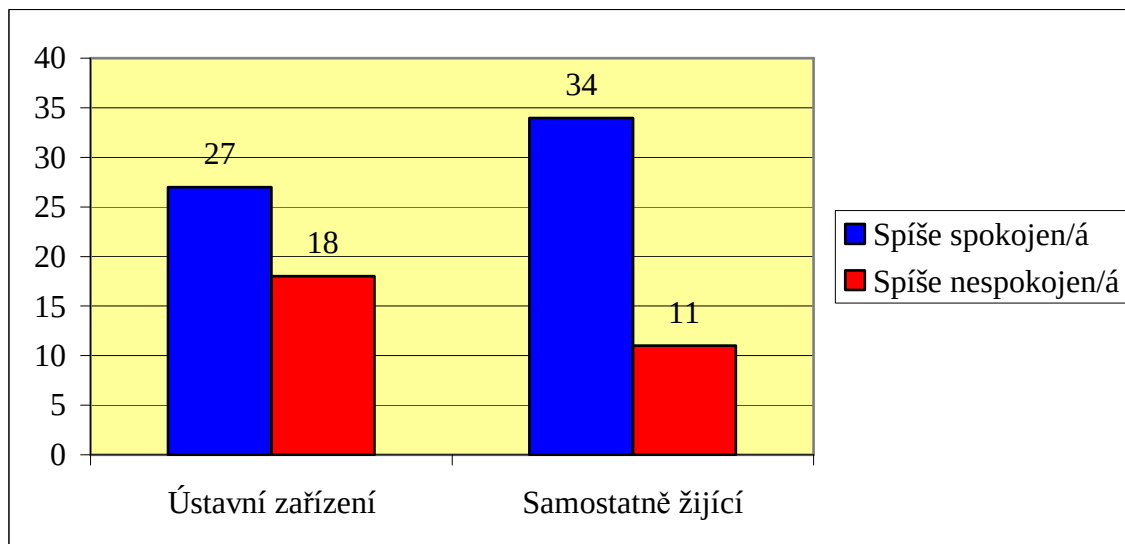
Otázkou č. 18 respondenti hodnotí své vztahy s ostatními lidmi.

Tabulka č. 11

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 27               | 60% | 34                | 76% |
| Spíše nespokojen/á | 18               | 40% | 11                | 24% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků bylo zjištěno, že 60% (27) respondentů ústavního zařízení a 76% (34) respondentů samostatně žijících uvádí odpověď „spíše spokojen“. „Spíše nespokojen“ se cítí 40% (18) respondentů ústavního zařízení a 24% (11) respondentů samostatně žijících. Dobré vztahy jsou pro starší lidi duševním osvěžením a jejich pěstování je prevencí proti samotě a izolovanosti.



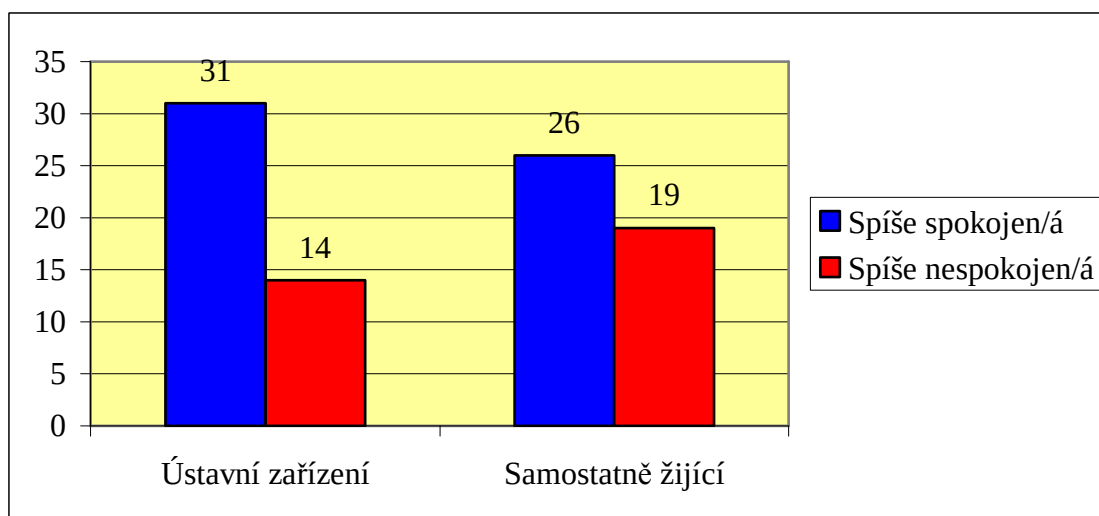
Otázkou č. 19 jsem zjišťovala, zda je respondent spokojen s bezbariérovostí města.

Tabulka č. 12

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 31               | 69% | 26                | 58% |
| Spíše nespokojen/á | 14               | 31% | 19                | 42% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20



Zdroj: vlastní výzkum

V hodnocení bezbariérovosti města označilo 69% (31) respondentů ústavního zařízení a 58% (26) respondentů samostatně žijících odpověď „spíše spokojen“. „Spíše nespokojen“ pak uvádí odpověď 31% (14) respondentů ústavního zařízení a 42% (19) respondentů samostatně žijících.

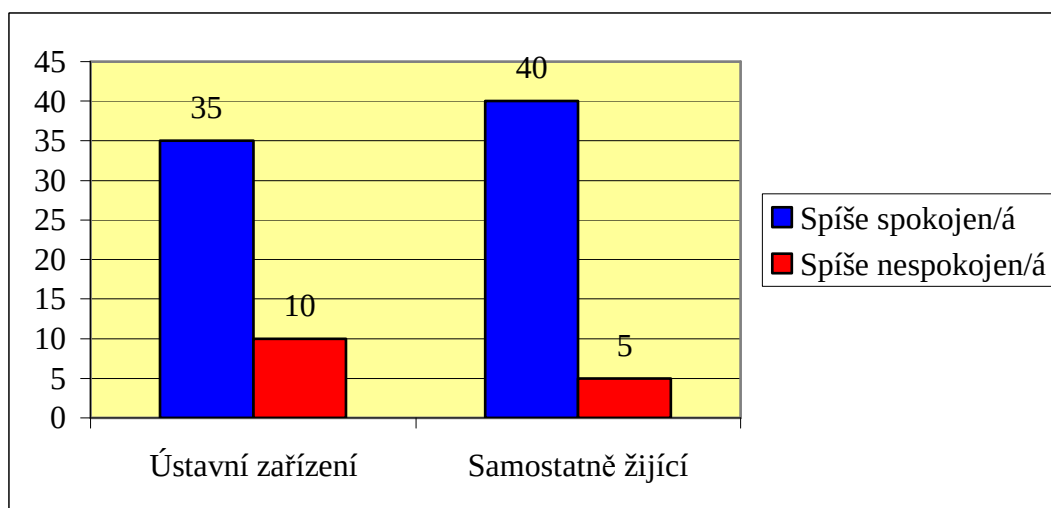
Další otázkou č. 20 jsem se ptala, jak jsou respondenti spokojeni s kulturním a sportovním vyžitím ve městě.

Tabulka č. 13

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 35               | 78% | 40                | 89% |
| Spíše nespokojen/á | 10               | 22% | 5                 | 11% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21



Zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku označilo 78% (35) respondentů ústavního zařízení a 89% (40) respondentů samostatně žijících odpověď „spíše spokojen“. „Spíše nespokojen“ odpovědělo 22% (10) respondentů ústavního zařízení a 11% (5) respondentů samostatně žijících.

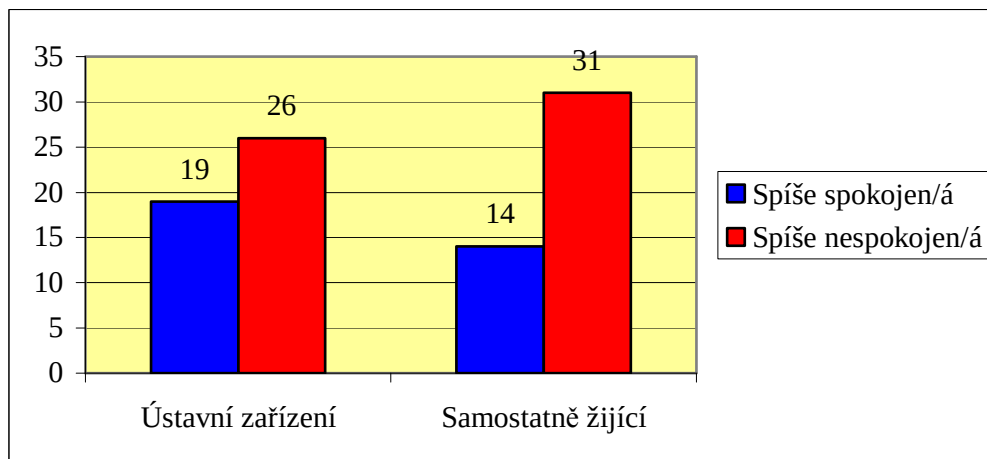
Otázka č. 21 se týkala bezpečnosti ve městě, její výsledky jsou zaneseny do následující tabulky a grafu.

Tabulka č. 14

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 19               | 42% | 14                | 31% |
| Spíše nespokojen/á | 26               | 58% | 31                | 69% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků jsem zjistila, že 42% (19) respondentů ústavního zařízení a 31% (14) respondentů samostatně žijících označilo odpověď „spíše spokojen“. „Spíše nespokojen“ se cítí 58% (26) respondentů ústavního zařízení a 69% (31) respondentů samostatně žijících. Jak je z výsledků patrné, staří lidé mají strach a ve městě se necítí převážná většina respondentů bezpečně.

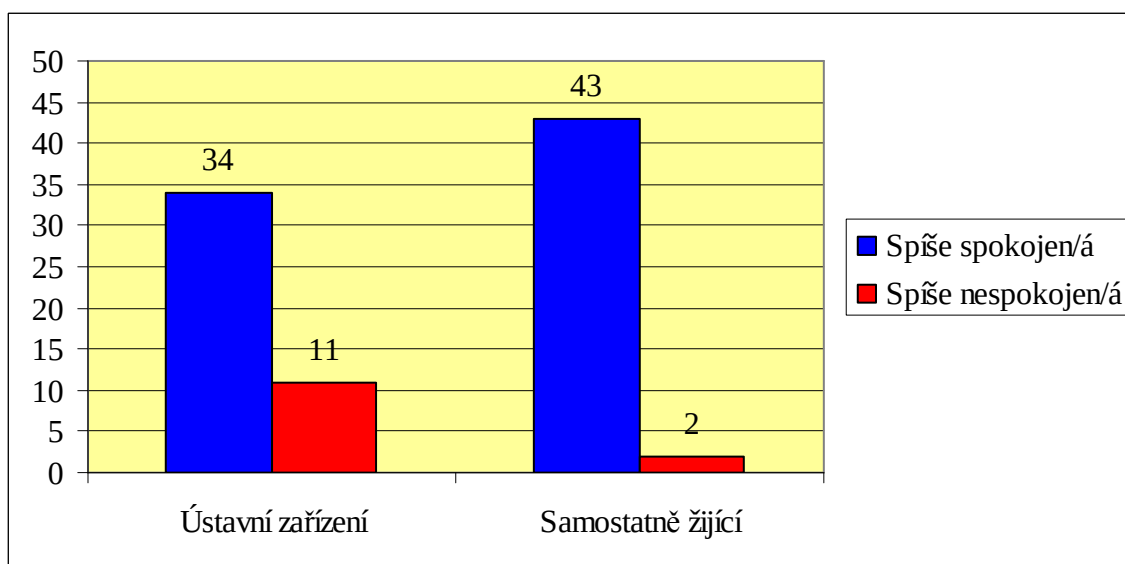
Otázka č. 22 jsem zkoumala, jak respondenti hodnotí životní prostředí v okolí města.

Tabulka č. 15

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 34               | 76% | 43                | 96% |
| Spíše nespokojen/á | 11               | 24% | 2                 | 4%  |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo 76% (34) respondentů ústavního zařízení a 96% (43) respondentů samostatně žijících „spíše spokojen“ a „spíše nespokojen“ uvedlo 24% (11) respondentů ústavního zařízení a 4% (2) respondenti samostatně žijící.

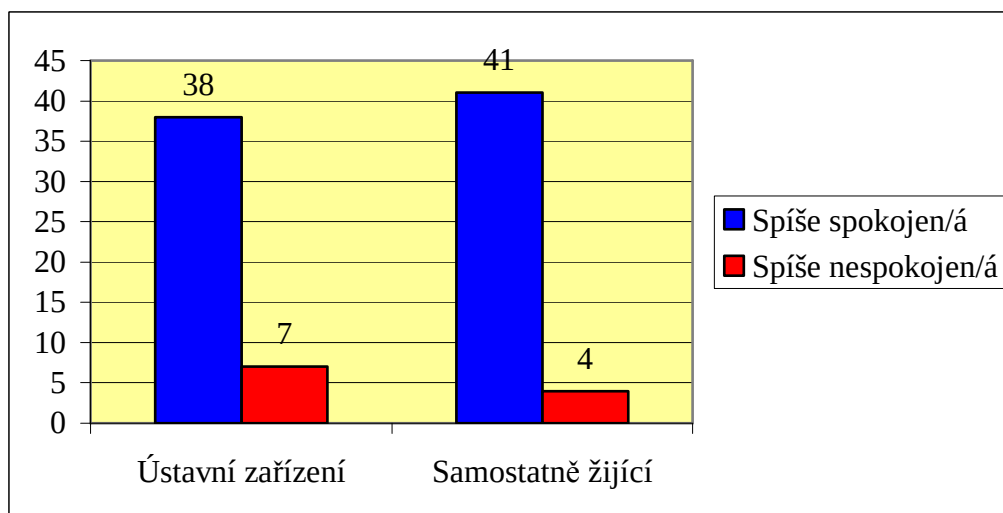
Otázkou č. 23 jsem se snažila zjistit, jak je respondent spokojený s nákupními možnostmi ve městě.

Tabulka č. 16

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 38               | 84% | 41                | 91% |
| Spíše nespokojen/á | 7                | 16% | 4                 | 9%  |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 24



Zdroj: vlastní výzkum

V hodnocení položky možnosti nakupování označilo 84% (38) respondentů ústavního zařízení a 91% (41) respondentů samostatně žijících odpověď „spíše spokojen“. „Spíše nespokojen“ se cítí 16% (7) respondentů ústavního zařízení a 9% (4) respondenti samostatně žijící.

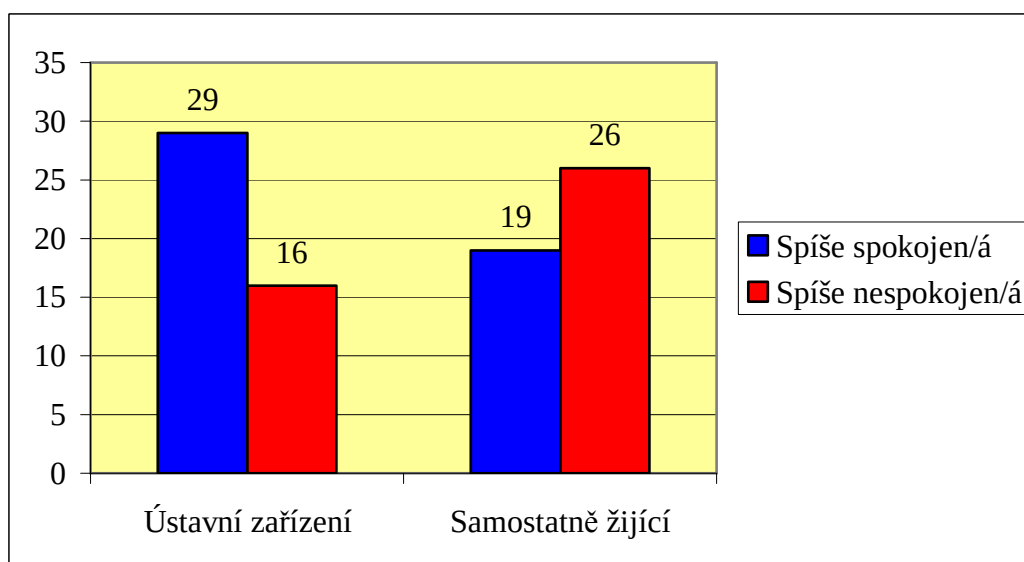
Poslední otázka č. 24 zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s MHD v Českých Budějovicích.

Tabulka č. 17

|                    | Ústavní zařízení |     | Samostatně žijící |     |
|--------------------|------------------|-----|-------------------|-----|
|                    | četnost          | %   | četnost           | %   |
| Spíše spokojen/á   | 29               | 64% | 19                | 42% |
| Spíše nespokojen/á | 16               | 36% | 26                | 58% |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 25



Zdroj: vlastní výzkum

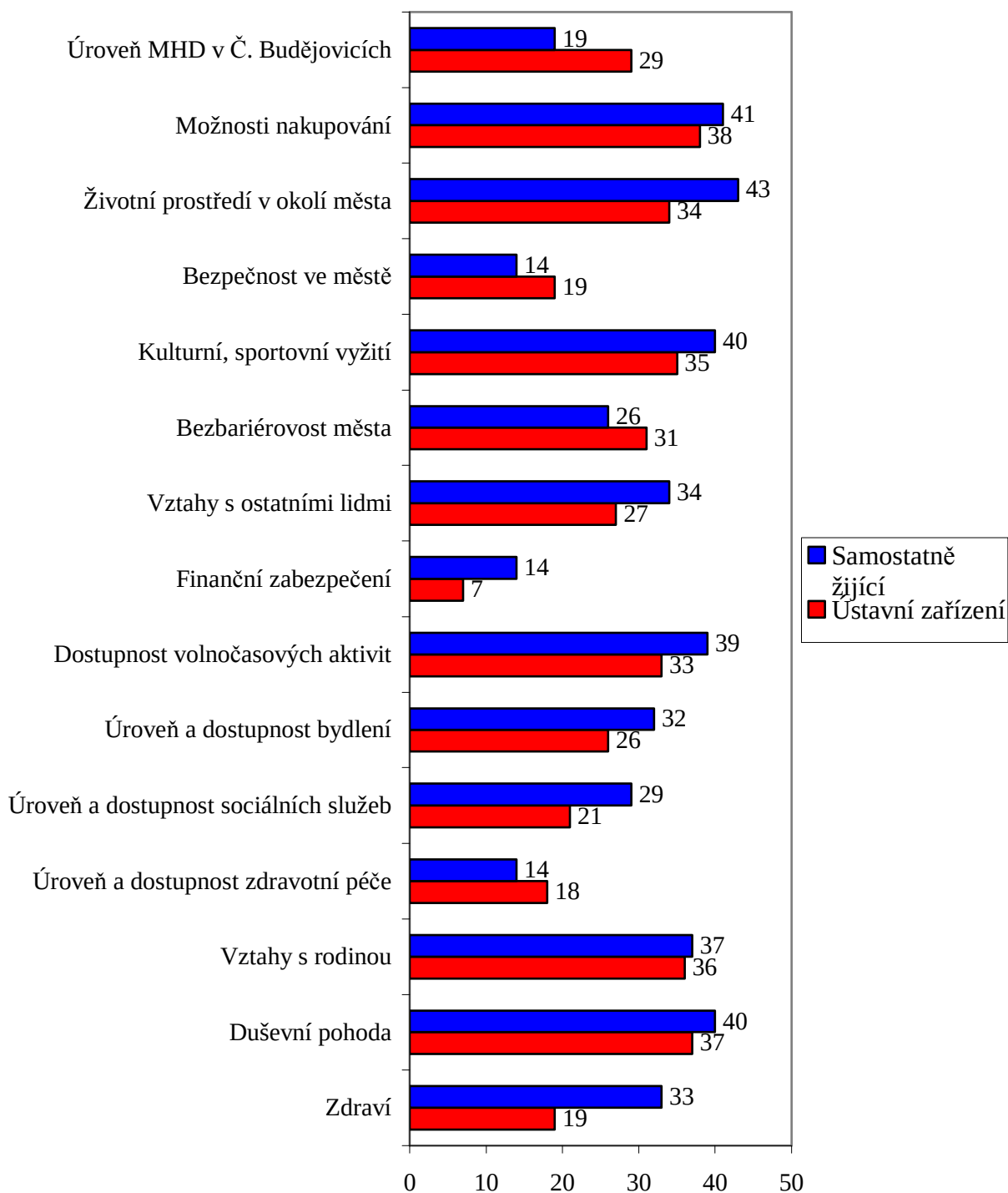
Na otázku odpovědělo 64% (29) respondentů ústavního zařízení a 42% (19) respondentů samostatně žijících odpověď „spíše spokojen“ a „spíše nespokojen“ odpovědělo 36% (16) respondentů ústavního zařízení a 58% (26) respondentů samostatně žijících.

Tabulka č. 18: Vyhodnocení celkové spokojenosti klientů žijících v ústavním zařízení a seniorů žijících samostatně. V tabulce je v absolutních číslech znázorněn počet seniorů, kteří uvádí odpověď spíše spokojen.

|                                       | Ústavní zařízení | Samostatně žijící |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|
| Zdraví                                | 19               | 33                |
| Duševní pohoda                        | 37               | 40                |
| Vztahy s rodinou                      | 36               | 37                |
| Úroveň a dostupnost zdravotní péče    | 18               | 14                |
| Úroveň a dostupnost sociálních služeb | 21               | 29                |
| Úroveň a dostupnost bydlení           | 26               | 32                |
| Dostupnost volnočasových aktivit      | 33               | 39                |
| Finanční zabezpečení                  | 7                | 14                |
| Vztahy s ostatními lidmi              | 27               | 34                |
| Bezbariérovost města                  | 31               | 26                |
| Kulturní, sportovní vyžití            | 35               | 40                |
| Bezpečnost ve městě                   | 19               | 14                |
| Životní prostředí v okolí města       | 34               | 43                |
| Možnosti nakupování                   | 38               | 41                |
| Úroveň MHD v Č. Budějovicích          | 29               | 19                |

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 26 : Grafické znázornění spokojenosti seniorů



Zdroj: vlastní výzkum



## 5. DISKUZE

Cílem mé výzkumné práce bylo zhodnotit kvalitu života seniorů v Českých Budějovicích. Výzkum s využitím dotazníku byl proveden pro soubor respondentů ve věku nad 61 let, kde horní věková hranice nebyla omezena. Jedna část výzkumu byla provedena v ústavních zařízeních (Domov důchodců Hvízdal a Penzion pro důchodce Staroměstská). Druhá část výzkumu pak u seniorů, kteří žijí samostatně ve svém domácím prostředí. Dotazník se skládá celkem z 24 otázek a je rozdělen do několika oblastí, jejichž analýza a interpretace poskytuje informace v oblastech kvality života seniorů.

Respondenty z řad seniorů žijících samostatně ve svém domácím prostředí se mi podařilo získat jednak v mé rodině a dále byly dotazníky distribuovány seniorům studující U3V na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích a zbytek dotazníků byl rozdán náhodným výběrem seniorům v blízkosti mého bydliště. Pro sběr dat u seniorů, kteří žijí v ústavních zařízeních (Domov důchodců Hvízdal a Penzion pro důchodce Staroměstská) jsem musela nejprve kontaktovat samotné zařízení a po domluvě bylo možné provést výzkum. Respondenti žijící ve svém domácím prostředí nebo v domově - penzionu vyplňovali dotazník samostatně, s lidmi žijícími v domově důchodců jsem vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a věku získávala data pomocí řízeného rozhovoru. Tato forma prezentace výzkumné metody mi přišla vhodnější a jednodušší. Rozhovor klade menší nároky na iniciativu a znemožňuje vynechání otázky. Se zkoumanými osobami byl nejprve navázán kontakt úvodním rozhovorem a po něm následovalo vyplnění dotazníku.

Dotazníkové šetření probíhalo v měsících leden až březen 2009 a bylo rozdáno 90 dotazníků. Byla jsem velice mile překvapena, neboť návratnost dotazníků byla 100% a všechny dotazníky se mi vrátily zpět vyplněné.

První tři otázky v dotazníku jsou identifikační a sloužily ke zjištění sociodemografických údajů respondentů, jejich pohlaví, věku a vzdělání. Podařilo se mi oslovit soubor respondentů, který prezentoval všechny zvolené varianty pohlaví, věku a vzdělání, což kladně ovlivnilo vypovídající schopnost výzkumu.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 90 respondentů (30 % mužů a 70 % žen). Z toho 10 % mužů a 40% žen žije v ústavním zařízení a 20% mužů a 30% žen žije samostatně ve svém domácím prostředí (viz. tabulka č.1). Při sběru dat jsem se setkala s neochotou vyplnit dotazník zejména u mužů a mohu konstatovat, že ženy byly daleko více vstřícnější a ochotnější což je patrné i z výsledků.

Ve výzkumu jsou zastoupeny i všechny věkové kategorie. V dnešní době má více lidí možnost prožít delší život a stárí se stává přímou zkušeností stále většího počtu lidí. Nejvíce respondentů v mém výzkumu je ve věku 66 – 70 let a nejméně pak 80 a více let. (viz. graf č. 3). Co se týče vzdělání, největší část respondentů uvádí vzdělání vyučen/á a nejméně je zastoupena skupina s vysokoškolským vzděláním (viz. graf. č. 4).

Velice důležitá je pro každého starého člověka rodina. Starý člověk totiž potřebuje více než kdy jindy vědět, že je potřebný, že je pro někoho nezbytný, že je někým milován, že pro někoho žije a zejména, že nežije sám. Právě tyto potřeby naplňuje rodina. (27)

Otázkou č. 4, která byla zaměřena na testování první hypotézy, jsem se snažila zjistit, zda respondenty navštěvuje jejich rodina a pokud ano, jak častý je kontakt. Pro svůj výzkum jsem si stanovila následující hypotézu H1: *Více než 65% seniorů se pravidelně stýká s rodinnými příslušníky.* Z testovaného souboru uvedlo 83% respondentů, že je rodinní příslušníci navštěvují a 17% respondentů uvedlo odpověď ne, čili je rodinní příslušníci nenavštěvují (viz. graf. č. 5). **Hypotéza č. 1 byla souborem respondentů potvrzena.**

Na otázku č. 5 respondenti dále uváděli jak častý mají kontakt s rodinnými příslušníky (viz. graf. č.6). Z uvedených výsledků bylo zjištěno, že 40% respondentů má denní kontakt s rodinou, 23% je v kontaktu s rodinou vícekrát v týdnu, 17% je v kontaktu s rodinou týdně, 13% je v kontaktu s rodinou 1x za 14 dní, 7% je v kontaktu s rodinou měsíčně.

Další otázka č. 6 v dotazníku sloužila ke zjištění, jakým způsobem respondenti bydlí (viz. graf č. 7). Z výsledků je patrné, že 25% žije v domově důchodců, 24% žije

v penzionu pro seniory, 17% žije ve vlastním bytě, 16% v nájmu, 12% ve vlastním domě a 6% žije v domě či bytě svých dětí, příbuzných.

Následující otázkou jsem se snažila zjistit, zda respondenti v současné době využívají některou z uvedených sociálních služeb (viz. graf č. 8). Nejvíce seniorů odpovědělo 30% , že v současné době nevyužívá žádnou z uváděných služeb, 26% využívá služeb domova důchodců, 24% využívá služeb penzionu pro seniory, 14% využívá služeb terénní pečovatelské služby, 4% využívá služeb osobní asistence a 2% využívá služeb domácí péče.

S předchozí otázkou souvisí i následující otázka **č. 8**, ve které mě zajímalo, jestli jsou respondenti, kteří služby využívají s nimi spokojeni. (viz. graf č. 9). Měli možnost tří odpovědí ANO, NE, NEVÍM. Z uživatelů těchto služeb mi největší část respondentů 72% označila odpověď ANO, 28% respondentů neví a žádný respondent neoznačil odpověď NE.

Starých lidí je mnoho, stále jich přibývá a přibývat bude. V současné době jsou aktuálním problémem ubytovací a zaopatřovací možnosti seniorů, kterých bude v budoucnu ještě více přibývat. (21)

Otázka **č. 9** se týkala mé druhé hypotézy. Hypotézu č. 2 jsem si stanovila takto: *Senioři v Českých Budějovicích by uvítali více domovů pro důchodce.* Otázka zněla, jaké sociální služby by senioři rádi více uvítali v městě České Budějovice. Z výsledků (viz. tabulka č. 2 a graf č. 10) jak je patrné, největší část respondentů 41% by ráda uvítala více domovů pro důchodce, 21% penziony pro důchodce, 13% terénní pečovatelské služby, 7% rezidenční služby pro seniory, 4% domy s pečovatelskou službou, 8% domácí agentury, 2% centra denních služeb, 3% respitní péče. **Hypotézu č. 2 považuji opět za potvrzenou.**

Dalších 14 otázek v dotazníku je zaměřeno na potvrzení, nebo vyvrácení mé třetí a poslední hypotézy, která se zabývá problematiku spokojenosti seniorů v různých oblastech života a jak jednotlivé oblasti hodnotí. Posuzují je jednak senioři žijící samostatně ve svém domácím prostředí a dále senioři, kteří žijí v ústavních zařízeních.

Hypotéza č. 3 zní: *Senioři žijící samostatně ve svém domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři, kteří žijí v ústavním zařízení.*

Vztah člověka k hodnotám se mění, vyvíjejí se, a to jak individuálně, tak i celospolečensky, a jsou závislé na vztahu subjektu a objektu v aktu hodnocení. Hodnotou není ta či ona přírodní vlastnost, ale onen lidský vztah k věci samé a člověku, v němž věc přestává být pouhým přírodním jevem a stává se společenským předmětem. Lidské hodnoty souvisí na jedné straně s lidskými postoji a na druhé straně s potřebou, která vede k cílenému a účelnému jednání. (21)

V následující otázce **č. 10** jsem chtěla zjistit, jak respondenti hodnotí své zdraví (viz. tabulka č.3 a graf č.11). Z mého výzkumu je patrné, že více seniorů samostatně žijících je mnohem více spokojena než senioři v ústavních zařízeních.

Další otázkou **č. 11** respondenti hodnotili svou duševní pohodu (viz. tabulka č.4 a graf č.12). Na tuto otázku mi odpovědělo 82% seniorů ústavního zařízení a 89% seniorů žijících samostatně, že je spíše spokojeno. Bylo pro mě příjemné zjištění, že velká část respondentů z obou skupin svou duševní pohodu hodnotí velmi kladně.

Otázkou **č. 12** jsem zjišťovala, jak respondenti hodnotí své vztahy s rodinou (viz. tabulka č.5 a graf č.13). Opět odpovědi byly velice uspokojivé, neboť 80% seniorů ústavního zařízení a 82% seniorů žijících samostatně spíše spokojeno. Uvádí se, že staří lidé mají touhu žít v blízkosti svých dětí a nebyť na nich závislý. Mnohé domácnosti starých lidí by však nemohly bez pomoci mladších rodinných příslušníků vůbec existovat. Rodinné a příbuzenské vztahy si v moderní společnosti uchovávají svůj význam po celý lidský život. Starý člověk má v rodině svou úlohu a žije-li starý člověk sám, ocitá se v sociální izolaci. (13)

Následující otázka **č. 13** se týkala spokojenosti s úrovní a dostupností zdravotní péče. Z výsledků vyplynulo, že pouze 40% respondentů ústavního zařízení a 31% respondentů samostatně žijících uvádí odpověď „spíše spokojen“ (viz. tabulka č.6 a graf č.14).

V další otázce **č. 14** jsem se ptala, jak senioři vnímají dostupnost a úroveň sociálních služeb (viz. tabulka č.7 a graf č.15). Respondenti hodnotili úroveň a

dostupnost sociálních služeb takto: 47% respondentů ústavního zařízení a 64% respondentů samostatně žijících odpověď spíše spokojen. Spíše nespokojen se cítí 53% respondentů ústavního zařízení a 36% respondentů samostatně žijících.

Vzhledem k tělesnému stavu a snížené pohyblivosti má pro staré lidi klíčový význam kvalita jejich bydlení. (27)

Bydlení odpovídající funkčnímu zdravotnímu stavu umožňuje totiž žít v přirozeném prostředí i v případě zdravotních a jiných omezení. Bydlení musí zohledňovat různé potřeby a situace, do kterých se lidé mohou v průběhu života dostat. Stárí je součástí života a pravděpodobnost, že v období stárí prožijeme stále delší část života stoupá. (15)

V otázce č. 15 jsem se dotazovala jak respondenti hodnotí dostupnost a úroveň bydlení (viz. tabulka č.8 a graf č.16). Na tuto otázku mi odpovědělo 58% respondentů ústavního zařízení a 71% respondentů samostatně žijících odpovědí spíše spokojen.

Na otázku č. 16, kde jsem se ptala respondentů jak jsou spokojeni s dostupností volnočasových aktivit v Českých Budějovicích mi odpovědělo, jak je z výzkumu patrné 73% respondentů ústavního zařízení a 87% respondentů samostatně žijících, že je spíše spokojeno (viz. tabulka č.9 a graf č.17). Člověk má vždycky, tedy i ve stárí, určité možnosti. Měl by zůstat aktivní, protože to, co se nepoužívá, chátrá, jak uvádí Haškovcová.(6)

Otázka č. 17 se týkala finančního zabezpečení seniorů. Z výsledků které jsou uvedeny (viz. tabulka č.10 a graf č.18) jasně vyplývá, že obě dvě skupiny respondentů jsou spíše nespokojeny.

Následující otázkou č. 18 jsem se dotazovala, jak respondenti hodnotí své vztahy s ostatními lidmi. Z výsledků bylo zjištěno, že 60% respondentů ústavního zařízení a 76% respondentů samostatně žijících udává odpověď „spíše spokojen“.

Otázka č. 19 se týkala hodnocení spokojenosti respondentů s bezbariérovostí města (viz. tabulka č.12 a graf č.20). V hodnocení bezbariérovosti města odpovědělo 69% respondentů ústavního zařízení a 58% respondentů samostatně žijících, že je spíše spokojeno.

Otázka č. 20 zjišťovala spokojenost s kulturním a sportovním vyžitím ve městě. (viz. tabulka č.13 a graf č.21). Podle výsledků je 78% respondentů ústavního zařízení a 89% respondentů samostatně žijících spíše spokojeno.

Potřeba bezpečí je jednou ze základních lidských potřeb. Starší lidé jsou ve vyšší míře ohroženi majetkovou i násilnou trestnou činností. Mohou se stát obětmi domácího násilí, podvodného jednání a být vystaveni různým formám zneužívání, včetně finančního, psychologického a sexuálního. (15)

Otázkou č. 21 jsem se dotazovala, zda jsou senioři spokojeni s bezpečností ve městě. Výsledek byl znepokojující, jelikož pouze 42% respondentů ústavního zařízení a 31% respondentů samostatně žijících se cítí spíše spokojeno (viz. tabulka č.14 a graf č.22).

Další otázka č. 22 zjišťuje, jak respondenti hodnotí životní prostředí v okolí města ve kterém žijí. 76% respondentů ústavního zařízení a 96% respondentů samostatně žijících uvádí, že je spíše spokojeno (viz. tabulka č.15 a graf č.23).

Nákupní možnosti ve městě hodnotili respondenti v otázce č. 23. Z výsledků vyplynulo, že 84% respondentů ústavního zařízení a 91% respondentů samostatně žijících je spíše spokojeno (viz. tabulka č.16 a graf č.24).

Vstřícnější dopravní služby a prostředí mohou prospět osobám v každém věku v různých životních situacích. Osoby se zdravotním postižením mohou s rostoucím věkem čelit několikanásobnému znevýhodnění a bariérám v mobilitě. (15)

Poslední otázkou č. 24 jsem se ptala respondentů, jak jsou spokojeni s úrovní MHD v Českých Budějovicích. Na otázku odpovědělo 64% respondentů ústavního zařízení a 42% respondentů samostatně žijících, že je spíše spokojeno. (viz. tabulka č.17 a graf č.25).

Abych vyvrátila či potvrdila stanovenou hypotézu zjišťovala jsem, kolik respondentů v jednotlivých oblastech odpovědělo spíše spokojen. Jednalo se o otázky č. 10 až 24, které hodnotili spokojenost respondentů z řad seniorů v ústavních zařízeních a seniorů, kteří žijí ve svém domácím prostředí. Následně jsem výsledky pro lepší orientaci a srovnání uvedla do tabulky a grafu (viz. tabulka č.18 a graf č.26).

**Hypotéza č. 3**, která zněla, že senioři žijící samostatně ve svém domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři, kteří žijí v ústavním zařízení se po následném výzkumu a jak je patrné z výsledků **se potvrdila**.

## 6. ZÁVĚR

Předpoklady kvalitního stáří jsou dány mnohými faktory, jako např. způsob života, životní styl, péče o zdraví, fyzická a duševní pohoda, společenský život, zájmové činnosti atd. Do značné míry je důležitá i psychická adaptabilita člověka na změny, které sebou přináší nejen stáří, ale i nový životní způsob. Životní spokojenost starých lidí je vyšší tehdy, když se jejich život příliš neliší od způsobu života ve středním věku. To má stárnoucí člověk, tedy každý člověk vědět, a má to vědět včas. Důležitá je příprava na naše vlastní stáří zodpovědně po celý náš život, neboť je třeba si uvědomit, že i my budeme jednou staří a celoživotní přípravou vytváříme podmínky pro náš kvalitnější a důstojnější život ve stáří. Můžeme tím také kladně ovlivnit postoj mladších lidí ke starším generacím. Je to úkol nejen pro jedince samotného, ale také pro celou společnost, která se zapojuje do osvětové činnosti na podporu seniorů. Mezi nejaktuálnější patří v současné době tzv. „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012“, který vytvořila vláda ČR za účelem podpory důstojného a kvalitního prožití stáří.

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života seniorů v Českých Budějovicích. Porovnat kvalitu života seniorů jednak žijících v ústavních zařízeních a dále seniorů žijících samostatně. Snažila jsem se především zjistit, jak sami senioři hodnotí jednotlivé oblasti svého života a přispět k lepšímu poznání životních podmínek, problémů, postojů, hodnot a potřeb starých lidí.

Pro svůj výzkum jsem si stanovila celkem 3 hypotézy. První hypotézou jsem se snažila zjistit, zda se více než 65% seniorů pravidelně stýká s rodinnými příslušníky. Další hypotézou jsem předpokládala, že senioři v Českých Budějovicích by uvítali více domovů pro důchodce a zda senioři žijící samostatně ve svém domácím prostředí jsou celkově spokojenější než senioři, kteří žijí v ústavním zařízení. Na základě provedeného výzkumu a výsledků, považuji tyto hypotézy za potvrzené.

O kvalitě života ve stáří, by podle mého názoru měla být více informována široká veřejnost. Lidé žijí často s negativními předsudky, které zaujímají ke stáří. Potřebují více znát, jak staří lidé žijí, jaké mají potřeby a hodnoty, jaké dnes mají



možnosti, kolik z nich je soběstačných v určitém věku, kolik z nich potřebuje ústavní péči a řadu dalších věcí. Kvalita života je oblastí velmi subjektivní a individuální, představuje různé věci pro různé lidi v různém čase.

Obecně lze říci, že nejdůležitějším kritériem kvality života je různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování, ať už jde o potřeby fyziologické, sociální nebo psychické. Staří lidé by proto měli volný čas trávit aktivně, cestovat, zapojovat se do činností různých spolků a sdružení, setkávat se s příbuznými a přáteli, aby zkrátka žili plnohodnotný život a neuzavírali se společenskému dění.

## **7. KLÍČOVÁ SLOVA**

geriatrie

gerontologie

kvalita života

proces stárnutí

stáří

## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Active ageing: Policy Framework*, World Health Organization. 2002. [online]. [cit. 2009-04-21]. Dostupné z <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)>.
2. BALÁZS, A. *Jak život prodloužit*. 1. vyd. Praha : Orbis, 1973. 399 s. PyramidaPyramida.
3. CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ. Paliativní a hospicová péče [online]. [cit. 2009-04-23]. Dostupné z <<http://www.czp.az4u.info/redakce/index.php?xuser=&lanG=cs&slozka=5100&xsekce=5102&clanek=5201>>.
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Stromy života do roku 2050 [online]. [cit. 2009-04-18]. Dostupné z <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy\\_zivota\\_do\\_roku\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/stromy_zivota_do_roku_2050)>.
5. GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. Brno : ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
6. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
7. HOCMAN, G. *Stárnutí : co víme o tom, co nás nemine*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1985. 104 s. Život a zdraví.
8. CHARVÁTOVÁ, V. Stadia lidstva. *Stádia lidského vývoje a jejich psychické zvláštnosti* [online]. [cit. 2009-11-04]. Microsoft PowerPoint. 29 snímků. Dostupné z <[http://home.sszfm.cz:800/assets/export/ZSV/stadia\\_lidstva1.ppt](http://home.sszfm.cz:800/assets/export/ZSV/stadia_lidstva1.ppt)>.
9. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
10. KALVACH, Z.- ZADÁK, Z.- JIRÁK, R. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-05248-6.
11. Knihovna zdraví. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vyd. Čestlice : Rebo, 2006. 270 s.. ISBN 80-7234-536-2.

12. KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2000. 43 s. ISBN 80-7040-442-6.
13. MINIBERGEROVÁ, L. – DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
14. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*. [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z <[http:// www.mpsv.cz/cs/5045](http://www.mpsv.cz/cs/5045)>.
15. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007*. [online]. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z <[http:// www.mpsv.cz/cs/2869](http://www.mpsv.cz/cs/2869)>.
16. MŮHLPACHR, P.- STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2001. 116 s. ISBN 80-210-2510-7.
17. Odmaturuj ze společenských věd. 1. vyd. Praha : Didaktis, 2003. 224 s. ISBN 80-86285-68-5.
18. PACOVSKÝ, V. *Geriatric : geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha : Scientia medica, 1994. 150 s. Medicína a praxe; sv. 5. ISBN 80-85526-32-8.
19. SENIOR LIVING. [online]. [cit. 2009-04-19]. Dostupné z <[http://http://www.ledax.cz/\\_data/files/File/pozvanka\\_sl\\_2009.pdf](http://http://www.ledax.cz/_data/files/File/pozvanka_sl_2009.pdf)>.
20. SLOVÁČEK, L. , et al. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, roč. 78, č. 1 [cit. 2009-04-19], s. 6. Dostupné z <[http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vzl1\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf)>.
21. STUART- HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
22. SVOBODOVÁ, K. Stárnutí společnosti. *Socioweb*. [online]. [cit. 2009-04-19]. Dostupné z <<http://http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=250&1st=119>>.

23. ŠKVÁRA, F. *Stárnutí a zvláštní tělesná výchova : vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1968. 138 s.
24. ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1983. 1 sv.
25. WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
26. Wikipedie: Otevřená encyklopedie: *Stáří jako sociální událost* [online]. [cit. 2009-04-18]. Dostupné z <[http://sociowiki.mrakoplas.net/index.php/St%C3%A1%C5%99%C3%AD\\_jako\\_soci%C3%A1ln%C3%AD\\_ud%C3%A1lost](http://sociowiki.mrakoplas.net/index.php/St%C3%A1%C5%99%C3%AD_jako_soci%C3%A1ln%C3%AD_ud%C3%A1lost)>.
27. WOLF, J. *Umění žít a stárnout*. vyd. 1. Praha : Svoboda, 1982. 367 s.
28. ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8
29. ZIMMELOVÁ, P. Gerontologie - vědecký obor, historie, teorie stárnutí. *Přednášky z gerontologie a thanatologie* [online]. České Budějovice: 2006 [cit. 2009-11-04]. Microsoft PowerPoint. 24 snímků. Dostupné z <[http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/kko/ucebni\\_texty/prednasky-z-gerontologie-a-thanatologie/](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/kko/ucebni_texty/prednasky-z-gerontologie-a-thanatologie/)>.

## 9. PŘÍLOHY

### Příloha číslo 1: Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Michaela Junová, studuji 3. ročník oboru Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku zabývající se kvalitou života seniorů ve městě České Budějovice. Získané informace použiji pro zpracování své bakalářské práce, dotazník je zcela anonymní. Na otázky odpovídejte prosím pravdivě, tak jak sami cítíte.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku

#### 1. Pohlaví

- ☐ muž
- ☐ žena

#### 2. Věk

- ☐ 61-65
- ☐ 66-70
- ☐ 71-80
- ☐ 80 a více let

#### 3. Ukončené vzdělání

- ☐ základní
- ☐ střední bez maturity (vyučen/a)
- ☐ středoškolské vzdělání s maturitou
- ☐ vysokoškolské

#### 4. Navštěvují Vás rodinní příslušníci?

- ☐ ano
- ☐ ne

**5. Pokud ano, jak častý je kontakt?**

- ☐ denně
- ☐ vícekrát v týdnu
- ☐ týdně
- ☐ 1x za 14 dní
- ☐ měsíčně
- ☐ delší časový interval

**6. Způsob bydlení**

- ☐ domov pro důchodce
- ☐ penzion pro důchodce
- ☐ ve vlastním bytě (družstevním)
- ☐ v nájmu (obecní, nájemní dům)
- ☐ ve vlastním domě
- ☐ v domě či bytě svých dětí, příbuzných

**7. Využíváte v současné době některou z těchto sociálních služeb?**

- ☐ nevyužívám
- ☐ domov pro důchodce
- ☐ penzion pro důchodce
- ☐ terénní pečovatelskou službu
- ☐ osobní asistenci
- ☐ domácí péči

**8. Pokud využíváte některou z těchto služeb, jste s ní spokojen/á?**

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

**9. Jaké sociální služby by jste rád/a uvítala více v Českých Budějovicích, které Vám chybí?**

- ☐ domovy důchodců
- ☐ penziony pro důchodce
- ☐ terénní pečovatelské služby
- ☐ rezidenční služby pro seniory
- ☐ dům s pečovatelskou službou
- ☐ domácí agentury
- ☐ centra denních služeb
- ☐ respitní péče
- ☐ senior telefon – krizové linky

*Následující otázky jsou zaměřeny na hodnocení spokojenosti:*

**10. Jak hodnotíte své zdraví?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**11. Jak jste spokojen/a se svou duševní pohodou?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**12. Jak jste spokojen/a se vztahy s rodinou?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**13. Jak jste spokojen/a s dostupností a úrovní zdravotní péče?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á



**14. Jak jste spokojen/a s dostupností a úrovní sociálních služeb?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**15. Jak jste spokojen/a s dostupností a úrovní bydlení?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**16. Jak jste spokojen/a s dostupností volnočasových aktivit v Českých Budějovicích.**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**17. Jak jste spokojen/a s finančním zabezpečením ve stáří?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**18. Jak hodnotíte své vztahy s ostatními lidmi?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**19. Jak jste spokojen/a s bezbariérovostí města?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**20. Jak jste spokojen/a s kulturním a sportovním vyžitím ve městě?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**21. Jak hodnotíte bezpečnost ve městě?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**22. Jak hodnotíte životní prostředí v okolí města?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**23. Jste spokojen/a s nákupními možnostmi ve městě?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

**24. Jak jste spokojeni s MHD v Českých Budějovicích?**

- ☐ Spíše spokojen/á
- ☐ Spíše nespokojen/á

## Příloha č. 2: Pozvánka

Odbornými garanty konference jsou:  
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích  
Fakulta stavební Českého vysokého učení technického v Praze

Společnost Ledax o.p.s.  
ve spolupráci se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích  
a Fakultou stavební Českého vysokého učení technického v Praze



si Vás dovoluji pozvat na IV. ročník konference

# SENIOR LIVING

10. a 11. listopad 2009

Dům kultury Metropol, České Budějovice



Pod záštitou:

Mgr. Jiřího Zimoly, hejtmana Jihočeského kraje  
Mgr. Juraje Thomy, primátora města České Budějovice  
prof. MUDr. Miloše Veleminského, CSc.,  
děkana Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích  
prof. Ing. Zdeňka Blittnara, DrSc., děkana Fakulty stavební ČVUT v Praze

## Členové čestného předsednictva konference:

zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí  
Ing. Tomáš Jirsa, senátor PČR a starosta města Hluboká nad Vltavou  
Ing. Jan Špíla, poslanec PČR  
Mgr. Ivana Stráská, náměstkyně hejtmanky Jihočeského kraje  
Mgr. Rudolf Vodička, náměstek primátora města České Budějovice  
prof. PhDr. RNDr. Helena Hašková, CSc., Fakulta humanitních studií UK v Praze  
doc. Ing. Ladislav Průša, CSc., ředitel Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v.v.i.  
Jiří Horecký, B.A. et B.A., (Hons), prezident APSS ČR  
doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc., vedoucí katedry veřejného a sociálního zdravotnictví  
Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích  
zástupce fakulty stavební ČVUT v Praze  
Mgr. Marcela Vitová, ředitelka společnosti Ledax o.p.s.

Vyplněnou a podepsanou přihlášku zašlete,  
prosím, nejpozději do 10. října 2009 na adresu:

Ledax o.p.s.  
Riegrova 51, 370 01 České Budějovice  
nebo e-mailem na adresu: [konference@ledax.cz](mailto:konference@ledax.cz)

Veškeré informace včetně programu, elektronické přihlášky a možnosti  
ubytování v Českých Budějovicích naleznete na webových stránkách  
společnosti Ledax o.p.s. – [www.ledax.cz](http://www.ledax.cz)

## Kontaktní údaje

Informace pro přednášející a sponzory:  
PhDr. Jana Zahradníková, [jana.zahradnikova@ledax.cz](mailto:jana.zahradnikova@ledax.cz), 606 639 972

Informace pro účastníky:  
Vojtěch Toušl, [vojtech.tousl@ledax.cz](mailto:vojtech.tousl@ledax.cz), 724 248 991

Z jednání konference bude vydán sborník s ISBN.



## Rámcový program konference

Hlavní témata konference:

### BYDLENÍ SENIORŮ

- úprava a rekonstrukce bytů a pobytových zařízení pro seniory
- aktuální trendy ve výstavbě pobytových zařízení pro seniory

### KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

- terénní služby
- důstojný život seniorů v pobytových zařízeních
- aktivní senioři

Délka příspěvků 10 minut + 5 minut na následnou diskusi.

### 10. listopad 2009

úterý

#### 10:00 – 16:00 – KONFERENCE

Podrobný přehled příspěvků naleznete v programu konference.

#### 16:00 – 18:00 – PANELOVÁ DISKUSE

Sál A: bydlení seniorů

Sál B: kvalita života ve stáří

### 11. listopad 2009

středa

#### 9:00 – 12:00 – KONFERENCE

#### 13:00 – 16:00 – PROGRAMY A a B

**Program A:** prohlídka vybraných zařízení pro seniory  
v Jihočeském kraji

**Program B:** workshop projektu POZNESŠ