

AUTONOMIE Z POHLEDU SENIORŮ

AUTONOMY FROM THE PERSPECTIVE OF SENIORS

Zuzana Truhlářová, Alena Vosečková

***Abstract:** Personal autonomy and respect for personal autonomy is the right of every human being in every period of his/her life. The objective of this scientific essay is to answer the question: first of how the seniors see themselves as autonomous persons in terms of physical state and financial situation, and second of how the seniors perceive self-sufficiency in terms of individual decision. Almost all scientific publications in the field of senior population deal with the elderly in institutional care and/or with the seniors who depend on the care of others. Our report focuses on the seniors living in a natural environment (family). It aims to map the views and opinions of a relatively self-sufficient, very large group of seniors who we can meet in the streets today and who we are likely to meet more often in the future. The goal of the research is to assess the perceived autonomy among elderly subjects in terms of physical self-sufficiency. The point is not to create a statistical data analysis and/or hypothesis testing but to map a significance of subjective health for the perceived autonomy among the seniors.*

***Keywords:** Autonomy, Physical health, Seniors, Subjective health, Self-sufficiency.*

Úvod

„Přeji si, aby můj život a rozhodnutí závisela na mně samotném, ne na vnějších silách jakéhokoli druhu. Přeji si být svým vlastním nástrojem, nikoli aktů vůle jiných lidí. Přeji si být subjektem, ne objektem, být posouván důvody, pohnutkami, vědomými záměry, které jsou moje vlastní, ne příčinami, které mě ovlivňují zvenčí. Přeji si být někdo, ne kdokoli, člověk, který jedná, rozhoduje, nikoli tím, pro něhož se rozhoduje, sebeřídící – nikoli jednající na základě přirozenosti (nature) nebo jiných lidí. Přeji si především být si vědom sebe sama jako myslící bytosti, mající dobrou vůli, bytosti aktivní, nesoucí odpovědnost za svoje volby a schopné vysvětlit je odkazem na své vlastní myšlenky, záměry, cíle.“

Isaiah Berlin, 1969

Autonomie (z řec. autonomos, řídící se vlastními zákony) znamená samosprávnost, v širším smyslu samostatnost, svébytnost. Jako pojem je používána v širokém kontextu s ohledem na vědeckou disciplínu, která ho používá (psychologie, sociologie, právo, etika, pedagogika apod.). V tomto sdělení se zabýváme otázkou autonomie seniorů jako sociálně psychologickým fenoménem.

Vytváření a udržování autonomie probíhá kontinuálně u člověka během celého života. Zásadní význam pro rozvoj autonomie mají ve vývoji člověka dvě období — období kolem 3. a 4. roku (dítě si začíná uvědomovat své možnosti, být na okoli

nezávislým, projevovat svou vůli a přání) a období dospívání. Dospívající jedinec se chce odpoutat od původního prostředí (nejčastěji vlastní rodiny), hledat si své místo, najít svou cestu, stát se samostatným, nezávislým a soběstačným, chce rozhodovat sám o sobě, nést důsledky svého jednání. U osob vyššího věku předpokládáme, že jejich autonomní procesy jsou již formovány. Nicméně otázka úrovně schopnosti projevit sám sebe a své potřeby je individuální a multifaktoriálně podmíněná. Dalším kritickým obdobím z pohledu vnímání autonomie je stáří, kdy do procesu péče o seniory a možnosti projevení osobních potřeb vstupují i další vlivy, které schopnost autonomie ovlivňují (bio-psycho-sociální faktory, jako je fyzické zdraví, sociální opora, finanční možnosti, apod.).

1 Teoretická východiska problematiky vnímání autonomie u seniorů

Autonomie seniorů úzce souvisí s lidskými potřebami, jež vymezuje Nakonečný (1995) jako objektivně či subjektivně pociťované nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence člověka. Abraham Maslow (in Matoušek, 2005) hierarchicky uspořádal systém potřeb od nejnižších, fyziologických potřeb, přes vyšší potřeby, přinášející duševní pohodu a rozvoj osobnosti, až po metapotřeby, umožňující vyčerpání maximum z lidského potenciálu. Ve stáří se může měnit subjektivní význam potřeb vlivem změn funkčního a zdravotního stavu, změn v rodině či jiných sociálních vztazích, změn životního prostředí či dostupností služeb.

Ve společnosti stále přetrvává stereotypní názor, že stáří přináší jakési „specifické potřeby“. Je však potřeba zdůraznit, že struktura potřeb se ve vyšším věku nemění, může se však měnit jejich subjektivní význam a zaměření (Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L., 2008). K tomuto procesu napomáhají změny funkčního a zdravotního stavu, změny v rodinných i jiných vztazích, životním prostředí, dostupnosti sociálních služeb. Ve stáří tak může nabývat nové dimenze například potřeba bezpečí (obavy z pádu nebo nějaké formy útoku), sociální potřeby (obava z osamění) nebo potřeba spirituality v obecné rovině (smysl života, poznání sebe sama). Matoušek (2005) uvádí, že uspokojování každodenních potřeb seniorů mohou limitovat nejen problémy v oblasti hybnosti či smyslových a kognitivních funkcí, ale také bariéry sociální a psychologické. „Neschopnost“ v určité oblasti může vyvolat „neschopnost“ v oblasti jiné a rozvine se spirála nemohoucnosti nebo naučená neschopnost.

Legitimita potřeb seniorů je kulturně podmíněna a je otázkou sociálního konsenzu, které potřeby společnost uzná a jakým způsobem a z jakých zdrojů budou uspokojovány. Společenské uznání těchto potřeb je u nás aktuálně rozpracováno v dokumentu „Národní program přípravy na stárnutí na období 2008–2012“. Zde je také zakotven požadavek na součinnost generací, jedinců i institucí; akcentována je také spolupráce veřejné, neziskové a komerční sféry (Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L., 2008).

Autonomie v kontextu hierarchie potřeb je zahrnuta do vysoko postavené dimenze sebeaktualizace, sebeprojevení, přičemž ve stáří nabývá specifické podoby.

Sám pojem autonomie ve stáří není jasně definován. Jde o složitý multidimenzionální jev, postihující všechny rozměry lidské existence a nahlížený z mnoha perspektiv. Možným ekvivalentem by mohla být nezávislost ve smyslu soběstačnosti ve vztahu k vlastním zdrojům. Osobní autonomie je vztažena k soukromí, důstojnosti, integritě, individualitě a individuální odpovědnosti jedince. (Sýkorová, 2007).

Individuální rozhodování je ale v průběhu života limitováno mnoha faktory, jimiž mohou být například instituce, normy, systémy hodnot, sankce, ale i postavení jednotlivce v sociálním systému či bezprostřední sociální prostředí. Důsledky stárnutí v podobě fyzického nebo psychického úpadku, ale i nedostatek finančních zdrojů, mohou možnosti volby, tedy výběru mezi alternativami, snižovat. Také ageismus a mýty o stáří mohou kompetentnost a autonomii seniorů zpochybňovat (Sýkorová, 2007).

Aby senior mohl být autonomní, musí být splněny určité předpoklady. Především jedinec musí mít schopnost sebeurčení a k tomu mít náležité fyzické, rozumové a sociální podmínky. Dále musí mít dostatečnou vůli a motivaci k tomu, aby tyto schopnosti využíval. Poslední podmínkou je vhodné prostředí pro možnost uplatnění autonomie seniora. Ve vyšším věku dochází často k narušení schopnosti samostatně se rozhodnout nebo vykonat určitou činnost a senior se stává v určitém stupni závislý na svém okolí. V této souvislosti sehrává značnou roli přístup osob, jež se podílejí na péči o seniora, zda bude autonomie podporována či nikoliv. Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí, že jsou rozlišovány čtyři typy pomáhajících. Typ **autoritativní**, vnucující svůj názor a svá rozhodnutí, který většinou vede k podřízenému chování seniorů, a autonomie seniorů tímto přístupem není respektována. Dále je to **manipulující** typ, který opět nerespektuje autonomii seniora a různým způsobem (např. psychické vydírání nebo odměna, vyhrožování, vysmívání, trest) manipuluje se seniorem tak, aby bylo dosaženo cíle pomáhajícího bez ohledu na aktuální potřeby samotného klienta. Třetím typem pomáhající osoby je **ochranitelský** typ. Zde pečující osoba, z důvodu bezpečnosti seniora, vykonává veškerou činnost za něj. Zmíněný typ pečující osoby opět zabraňuje rozvoji autonomie klienta. Posledním typem je typ **spolupracující**, jež se snaží o rozvoj schopností jedince i za cenu zhoršené kvality péče a delšího času, který je potřebný k vykonání určité činnosti. Zmíněný typ pečující osoby autonomii maximálně podporuje a rozvíjí.

Na základě kvalitativní studie vymezila Sýkorová (2007) „dualitu svobody“ ve stáří v podobě subkategorie svobody „od“ a svobody „k“. Svoboda „od“ představuje pro seniora oproštění se od některých povinností a společenských konvencí. Odpadá například zátěž pracovních a rodinných odpovědností a jiných sociálních úkolů. Svoboda „k“ představuje pro seniory relativní svobodu k volbě a provozování každodenních aktivit.

Jednou ze strategií zachování autonomie soběstačnosti však může být i dobrovolně zvolená závislost. Takový postoj umožňuje jedincům zachovat zbývající sílu, kterou investují do „světa významů, který (ještě) zůstává pod jejich kontrolou“ (Hazan, Shavet, 1994, s. 15).

Pichaud, Thareau (1998, s. 44) odlišuje pojem autonomie od pojmu nezávislost. I závislý člověk může zůstat autonomní. Závislost znamená potřebu pomoci při běžných činnostech každodenního života, nezávislost je oproti tomu schopnost tyto činnosti sám vykonávat. Autonomii definuje jako „... schopnost vést život podle vlastních pravidel ... zůstat pánem svého chování a způsobu života.“ Pichaud, Thareau (1998, s. 43).

K tomu, aby byl člověk skutečně autonomní, musí být splněny tři podmínky:

- Fyzické, rozumové a sociální schopnosti – schopnost sebeurčení, volby, svobodného rozhodnutí a jednání v souladu se svými potřebami.
- Prostředí – uplatnění autonomie na něm z velké míry závisí, člověku buď umožňuje, nebo neumožňuje být autonomní.
- Vůle a motivace – pokud člověku chybí, podřídí se rozhodování druhých, stane se závislým a nechá se vést. (Pichaud, Thareau, 1998)

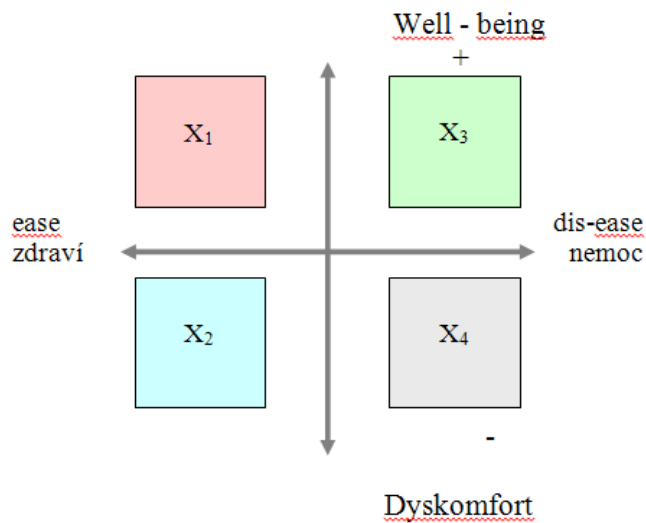
Sýkorová (2007) se zabývala obecně konceptem autonomie jako spojujícím tématem pro strategii zvládnání stáří. Popisuje autonomii jako vícesložkový koncept, v němž dominuje **fyzická** soběstačnost, tedy především zdraví, v širším pojetí soběstačnost funkcionální, a to jak fyzická, tak psychická. „Subjektivní zdraví ovlivňuje i jejich chápání hodnoty vlastní autonomie: čím horší zdraví, tím je autonomie cennější, až po hranici naprosté závislosti, kdy namísto autonomie vystupuje do popředí hodnota bezpečí a lidské důstojnosti“ (Sýkorová 2007, s. 227). Následuje dimenze soběstačnosti **finanční**, která je jakousi zástupnou proměnou pro samostatný výkon každodenních aktivit a umožňuje nezávislost na druhých lidech, rozhodování o vlastních záležitostech.

1.1 Fyzická soběstačnost

Přáním všech seniorů je co nejdéle setrvat ve svém přirozeném prostředí a co nejdéle se obejít bez podpory externích zdrojů. Fyzickou soběstačnost chápou senioři jako schopnost postarat se samostatně o sebe i o dům či domácnost, nemuset žádat druhé o pomoc a nebýt na ně odkázáni, nezatěžovat je a nebýt jim zavázáni. Každodenní kompetence k těmto činnostem podmiňují také schopnost samostatného bydlení „mimo instituce“, jež senioři přirozeně preferují (Sýkorová, 2007).

Logickým limitem fyzické soběstačnosti je zdraví, které nabývá ve stáří jako hodnota specifického významu. (Machteld, 2011) Velká pozornost je věnována otázce subjektivního zdraví seniorů (subjective health, self-rated health, subjective health status – český ekvivalent subjektivní zdraví, sebezposouzené zdraví či sebezposouzení zdraví, též sebehodnocení nebo vnímané zdraví). Subjektivní zdraví představuje širší hodnocení, zahrnuje kromě symptomů a jejich funkčních důsledků (somatická rovina) také pozitivní aspekty zdraví, jako je kondice, zdraví, podporující chování a osobní pohoda (well-being).

Obr. 1: Vícedimenzionální model procesu zdraví /nemoc



Zdroj: (Vosečková, 2007)

Vícerozměrné vyjádření vztahu zdraví – nemoc umožňuje posoudit zdravotní stav jedince komplexněji než lineární znázornění. (Obr. 1)

Osa X znázorňuje **kontinuum zdraví-nemoc**, tzn. dynamický proces od optimálního zdraví (ease) k nemoci (dis-ease). Umístění je dáno „somatickým“ stavem jedince (objektivní nález).

Osa Y zachycuje rozměr **well-being (WB)**. Tento pojem je velmi těžce přeložitelný do češtiny. Náš český ekvivalent – pohoda – v sobě sdružuje rovinu emoční, sociální a spirituální. Důležitý je ještě jeden rozměr, a to pohoda ve smyslu rozumnění a přijetí sebe a vnějšího světa jako srozumitelného, smysluplného. V této souvislosti se hovoří o „stávání se zralým člověkem“ (becoming), o personifikaci (personification), tj. o morálním, emocionálním a osobnostním zrání (Křivohlavý, 1994).

Subjektivní zdraví může být vyjádřeno 4 pozicemi, které odrážejí vzájemný vztah jednotlivých rovin:

X₁ – absence objektivního nálezu při vysoké hladině WB – „stav komplexního zdraví“.

X₂ – absence objektivního nálezu při nízké hladině WB – „obtížný pacient“.

X₃ – objektivně zjištěná nemoc s vysokou hladinou WB – pacient přijímá nemoc jako smysluplnou výzvu. Zdraví je možné spojovat se schopností maximalizovat subjektivní pohodu i při nemoci, mluvit o zdraví nemocných pak není paradoxem.

X₄ – objektivně zjištěná nemoc (diagnóza) při nízké hladině WB – „sám se svou nemocí“.

Typickým jevem ve vyšším věku je přítomnost chronických onemocnění a polymorbidita tzn. pozice X₃, X₄ ve výše uvedeném schématu.

Soběstačnost je ve stáří vnímána téměř totožně se zdravím. Její ztrátu nebo omezení však nemůžeme připisovat výhradně zhoršení zdravotního stavu a poklesu fyzických schopností, ale především subjektivnímu hodnocení zdraví (rovina psychologická, sociální a spirituální). Úsilí o porozumění psychosociální situaci seniorů je však stále spíše ojedinělé, což „...vede mimo jiné k přeceňování objektivních ukazatelů tělesného fungování a individuální potřeby medicínských a sociálních služeb a nedocenění sociálních kritérií posuzování fyzické soběstačnosti, resp. autonomie seniorů.“ (Sýkorová, 2007, s. 100).

2 Popis výzkumného šetření a charakteristika zkoumaného souboru

Cílem výzkumného šetření bylo posouzení vnímání autonomie samotnými seniory, a to ve smyslu fyzické soběstačnosti. Cílem nebyla statistická analýza dat a testování hypotéz, ale zmapování významnosti subjektivního zdraví pro vnímání autonomie samotnými seniory.

Vlastní dotazníkové šetření bylo provedeno v období 2010 až 2011 v Hradci Králové.

Celkem bylo distribuováno 200 dotazníků formou náhodného výběru. Jedinými kritérii výběru vzorku respondentů bylo dosažení 60 let věku a život v přirozeném domácím prostředí. Z celkového počtu 200 dotazníků se vrátilo 141 dotazníků (70,5 %), z nichž 5 (3,5 %) nebylo způsobilých k hodnocení pro neúplné odpovědi. Ke zpracování výsledků šetření byla využita data ze 136 dotazníků (96,4 %). Faktografické údaje jsou uvedeny v Tab. 1. Byl použit dotazník vlastní konstrukce, obsahoval 25 uzavřených otázek s možností výběru jediné odpovědi nebo více položek podle druhu pokládané otázky. Respondenti volili odpovědi nejbližší jejich názoru a postoji. Při hodnocení zdravotního stavu respondentů bylo použito tzv. **HIS dotazovací šetření o zdravotním stavu** (Health Interview Surveys), kdy respondenti sami vypovídají o svém zdravotním stavu na základě položených otázek (Aromaa, 2003).

Tab. 1: Faktografické údaje respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
muži	60	44,12 %
ženy	76	55,88 %
Celkem	136	100 %
Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
60-65	22	16,18 %
66-70	38	27,94 %
71-75	35	25,74 %
76-80	17	12,50 %
81 a více	24	17,65 %
Celkem	136	100,00 %
Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
svobodný/á	4	2,94 %
ženatý/vdaná	99	72,79 %
rozvedený/á	1	0,74 %
vdovec/vdova	32	23,53 %
Celkem	136	100,00 %
Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
základní	47	34,56 %
vyučen	45	33,09 %
maturita	41	30,15 %
vysokoškolské	3	2,21 %
Celkem	136	100,00 %
Typ domácnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
žijí sám/sama	30	22,06 %
s manželem/manželkou (druhem/družkou)	95	69,85 %
s dětmi, vnoučaty	11	8,09 %
Celkem	136	100,00 %
Příspěvek na péči měsíčně v Kč	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
2 000^{x)}	9	6,62 %
4 000	11	8,09 %
8 000	9	6,62 %
12 000	2	1,47 %
nepobírám	105	77,21 %
Celkem	136	100,00 %

^{x)} Výzkumné šetření probíhalo v r. 2011, od r. 2012 byla výše příspěvku na péči upravena. Zdroj: vlastní zpracování autora

3 Rozbor problému

Dílčím cílem výzkumného šetření bylo **posoudit oblasti, které senioři subjektivně hodnotí jako největší ohrožení soběstačnosti ve smyslu osobní autonomie.**

Tab. 2: Faktory ovlivňující soběstačnost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nedobré vztahy v rodině	21	15,44 %
nedostatek financí	8	5,88 %
špatný zdravotní stav	75	55,15 %
osamělost	13	9,56 %
ovdovění	12	8,82 %
nedostupnost služeb	7	5,15 %
Celkem	136	100,00 %

Zdroj: vlastní zpracování autora

Omezení vlastní soběstačnosti senioři nejčastěji spojují se špatným **zdravotním stavem**, který se takto jeví jako nejvýznačnější indikátor; nepříznivého dopadu špatného zdravotního stavu se obává nadpoloviční většina dotázaných. Nemusí být však ještě aktuální pro mladší, dosud víceméně soběstačné seniory (60-65 let), nebo již není naopak tou nejdůležitější hodnotou pro seniory nejstarší (80 a více let), kteří jsou již často odkázáni na pomoc druhých osob, může se zde promítat i přijetí zdravotního stavu jako důsledku stáří. Tito senioři ohrožení své nezávislosti spatřují v jiných oblastech, nejčastěji je to pocit bezpečí (oblast sociálních vazeb, třetina respondentů se obává ovdovění, samoty a špatných vztahů v rámci rodiny). Obavy pramenící z jiných skutečností jsou spíše ojedinělé, takže otázky finančního zabezpečení, dostupnosti služeb nebo bytová otázka se v tomto kontextu nejeví jako prvořadé.

Zdravotní stav **ovlivňuje život seniora** v mnoha oblastech. Nejvíce jsou senioři omezováni zdravotním stavem při údržbě domu a zahrady, při péči o domácnost a úkonech náročných na výdrž a pohyblivost (chůze, dopravování, kultura, koníčky).

Tab. 3: Činnosti omezené zdravotním stavem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
přijímání stravy	5	3,68 %
osobní hygiena	27	19,85 %
oblékání,svlékání	22	16,18 %
udržení moči,stolice	18	13,24 %
samostatná chůze	41	30,15 %
nakupování	37	27,21 %
vaření	30	22,06 %
úklid,praní,žehlení	43	31,62 %
údržba domu,zahrady	64	47,06 %
doprava,cestování	51	37,50 %
návštěva lékaře,úřadů	37	27,21 %
užívání léků	12	8,82 %
telefonování	12	8,82 %
kultura,sport,koníčky	40	29,41 %

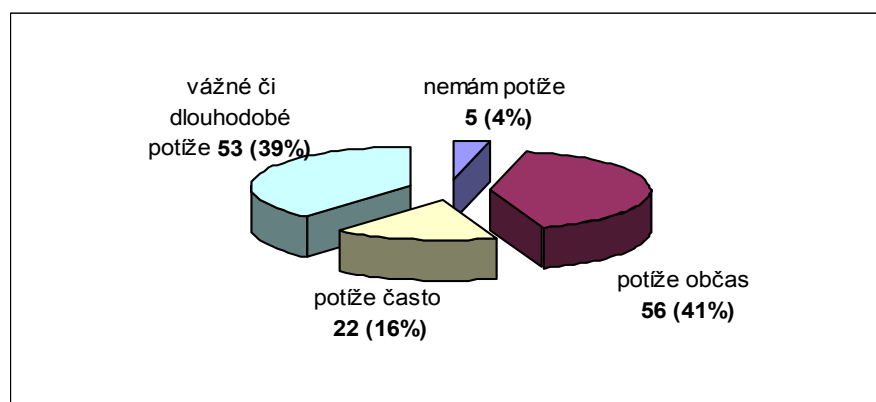
Zdroj: vlastní zpracování autora

Druhým stanoveným dílčím cílem bylo zjistit, jak hodnotí svůj zdravotní stav samotní senioři. K vyhodnocení byl použitý výše uvedený vícedimenzionální model zdraví/nemoci (Obr. 1).

Hodnocení zdravotního stavu samotnými seniory v rovině zdraví-nemoc (objektivní zdraví)

Odpověď na otázku „Máte nějaké zdravotní obtíže?“ umožnilo dotázaným seniorům hodnotit zdravotní stav na základě posouzení přítomnosti problémů, které mu přinášejí jeho nemoci („mám tuto diagnosu, lékař mně vyšetřil, beru tyto léky, musím dodržovat léčebný režim“ atd.). Lze říci, že jde o subjektivní hodnocení objektivních dat (objektivně zjištěná nemoc).

Obr. 2: Zdravotní obtíže



Zdroj: vlastní zpracování autora

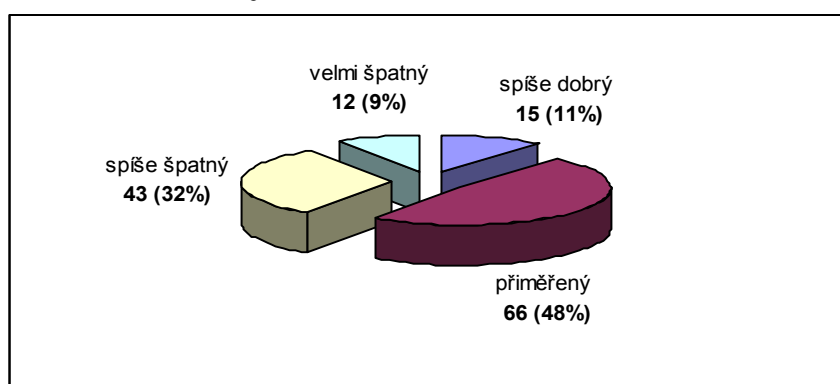
Přes 90 % respondentů uvádí přítomnost zdravotních obtíží, které jsou většinou

spojené s chronickým onemocněním (diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, stav po cévní mozkové příhodě apod.). Jen 4 % dotázaných uvádějí, že jsou zcela bez obtíží („nemám žádnou chorobu“).

Hodnocení zdravotního stavu samotnými seniory v rovině well-being (subjektivní zdraví)

Otázka Jak se celkově zdravotně cítíte? - sleduje, jak jedinec sám subjektivně vnímá svůj zdravotní stav. Prezentovaný ukazatel vyjadřuje subjektivní hodnocení vlastního zdraví respondentem. Toto hodnocení může záviset na řadě okolností, nemusí reálně odrážet zdravotní stav dotázaného, ale především jeho přístup k životu, vnímání sociální opory, vulnerabilitu jedince, sociokulturní zvyklosti apod. Jde o vyjádření pocitu pohody ve smyslu well-being.

Obr. 3: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

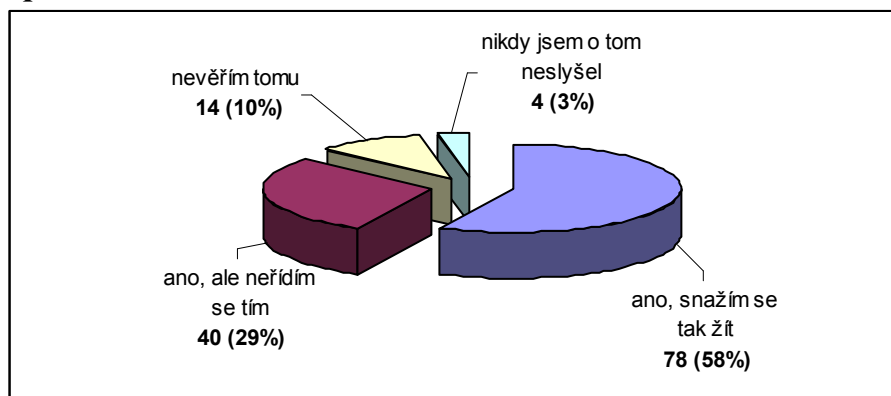


Zdroj: vlastní zpracování autora

Téměř 60 % dotázaných hodnotí svůj zdravotní stav uspokojivě (48 % ho hodnotí s přihlédnutím ke svému věku za přiměřený, subjektivně ho vnímá jako dobrý nebo spíše dobrý asi 11 %). Jako špatný ho hodnotí asi 40 % respondentů.

Transformace společnosti přinesla mimo jiné i důraz na zdravý životní styl, který může ovlivnit zdravotní stav seniora a zpomalit procesy stárnutí (aktivní stárnutí). Je potěšitelné, že se tento pojem dostává do povědomí veřejnosti a akceptuje jej i seniorská populace. Z obr. 4 je patrné, že aktivní styl života zastává 58 % dotázaných. Další velká skupina respondentů zásady zdravého životního stylu zná, ale neřídí se jimi nebo jim nevěří. Čtyři respondenti o této problematice nikdy neslyšeli.

Obr. 4: Přístup ke zdravému stárnutí



Zdroj: vlastní zpracování autora

4 Diskuze

Ústředním bodem a **nejvýznamnější veličinou pojetí autonomie samotnými seniory je zdraví**. Také Sýkorová (2007, s. 116) uvádí, že zdraví je seniory chápáno „... nejen jako předpoklad fyzické, ale také ekonomické soběstačnosti, samostatnosti rozhodování a jednání i plánování životních cílů, to znamená dalších komponent jejich definice autonomie.“

Při aplikaci teoretického konstruktů vícedimenzionálního posouzení zdraví samotnými seniory vyplynul z analýzy dat zajímavý nález téměř shodného procenta seniorů (kolem 50 %), kteří hodnotí zdraví na ose zdraví-nemoc (přítomnost nemoci, a s tím spojených obtíží) a subjektivním pojetím zdraví ve smyslu well-being. To znamená, že více než polovina seniorů se nachází podle tohoto modelu v kvadrantu X₄ – objektivně zjištěná nemoc (diagnóza) při nízké hladině WB – „sám se svou nemocí“. Přítomnost chronických onemocnění a polymorbidita stoupá se zvyšujícím se věkem, takže v tomto kontextu není nález ničím překvapujícím. Subjektivní zdraví představuje širší hodnocení, zahrnuje kromě symptomů a jejich funkčních důsledků (somatická rovina) také pozitivní aspekty zdraví, jako je kondice, zdraví podporující chování a osobní pohoda, představuje komplexní proces zvnitřněných zkušeností, hodnocení, postojů a životních změn pacienta. Řada studií potvrzuje statisticky významné vztahy k různým psychologickým proměnným, např. úzkostná porucha, sociální opora (Šolcová, Kebza, 1992, 1998, 2005), fitness (Benjamini, 2000), pohoda ve smyslu WB (Ala-Marsula, 2002; Balcar, 1995; Ramirez, 1996; Resnick, 2001; Shearen, 2001), které ovlivňují osobní pohodu.

Počátkem osmdesátých let se začínají objevovat studie zabývající se prediktivní silou subjektivního zdraví ve vztahu k mortalitě. Od roku 1982 (kdy byla publikována základní studie Mosseye a Shapira) bylo publikováno velké množství studií, výsledky většiny z nich vztah mezi subjektivním zdravím a mortalitou potvrzují. Idler (1979, 2004) provedla metaanalýzu 50 takto zaměřených studií a prokázala, že subjektivní zdraví je spolehlivým prediktorem mortality. Z řady studií (např. již klasické práce autorů Mosseye a Shapira, 1982) vyplývá, že subjektivní zdraví je lepším prediktorem mortality než objektivní ukazatele zdravotního stavu. Subjektivní zdraví pravděpodobně predikuje mortalitu podstatně lépe („above and beyond“)

než přítomnost zdravotních problémů, fyzická omezení nebo rizikové faktory životního stylu (Diener, 2011; Idler, 1997; Idler a Kasl, 1991, 1995, 1997).

Z uvedených dat vyplývá důležitost subjektivního hodnocení zdraví. Cílem intervenčních programů by měl být posun seniorů z kvadrantu X_4 do X_3 – objektivně zjištěná nemoc s vysokou hladinou WB – maximalizovat subjektivní pohodu i při nemoci. V této souvislosti je dobrým ukazatelem zjištěný zájem seniorů o aktivní stáří (téměř 50 % dotázaných).

Závěr

Subjektivní zdraví seniora je ovlivňováno řadou faktorů. Vedle aktivního přístupu ke zdraví (aktivní stárnutí jako součást životního stylu), sociální opory jako jednoho z moderátorů zdraví je na tomto místě potřeba zdůraznit význam psychosociálních faktorů, jako nezbytnou součást péče o seniory. Tento poznatek může ovlivnit zaměření poskytování sociálních služeb, zdůraznit nutnost reflexe a akceptace psychosociální složky při péči o seniory. Lze tedy říci, že senioři, kteří vnímají své okolí jako sociální oporu a bezpečí, lépe hodnotí subjektivní vnímání svého zdravotního stavu. Na základě tohoto subjektivního pocitu mají lepší příležitost zapojovat se do okolních činností, a tím preventivně předcházet sociálnímu vyloučení.

Poděkování

Tento článek byl zpracován s podporou výzkumného projektu CZ.1.07/2.3.00/20.0209 Rozvoj a podpora multidisciplinárního vědecko výzkumného týmu pro studium současné rodiny na UHK.

Reference

ALA-MURSULA, L., VAHTERA, J., KIVIMÄKI, M. et al. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002, roč. 56, č. 4, s. 272-278. ISSN 0143-005X.

AROMAA, A., KOPONEN, P., TAFFOREAU, J. et al. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *European Journal of Public Health*. 2003, roč. 13, č. 3, s. 67-72. ISSN 1101-1262.

BALCAR, K. Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie*. 1995, č. 39, s. 420-424. ISSN 0009-062X.

BENYAMINI, Y., IDLER, E. L., LEVENTHAL, H., LEVENTHAL, E.A. Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. *Journals of Gerontology*. 2000, roč. 55, č. 2, s. 107-116. ISBN 10795014.

CLARY, C. M., KLERMAN, G. Z. Quality of life and panic disorder: Cognitive Behaviour group therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006, roč. 75, s. 183-186. ISSN 0033-3190.

DIENER, E, CHAN, Y. M. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied psychology: Health and Well-being*. 2011, roč. 3, č. 1. s. 1-43. ISSN 1758-0846.

HAZAN, C., SHAVER P. R. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*. 1994, roč. 5, č. 1. s. 1-22. ISSN 1085-6641.

IDLER, E.L. Definitions of health and illness and medical sociology. *J. Gerontol. Soc. Sci.* 1979, č. 13, s. 723-731. ISSN1079-5006.

IDLER, E.L., KASL, S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J. Gerontol. Soc. Sci.* 1991, č. 46, s.55-65. ISSN1079-5006.

IDLER, E.L., KASL, S.V. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J. Gerontol. Soc. Sci.* 1995, č. 50, s. 344-353. ISSN1079-5006.

IDLER, E.L., KASL, S.V. Religion among disabled and nondisabled person II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *J. Gerontol. Soc. Sci.* 1997, č. 52, s. 306-316. ISSN 1079-5006.

ISAAH BERLIN. *Four essays on liberty*. London: John Stuart, 1969. 124 s. ISBN 0192810340.

KEBZA, V., PACLT, I. *Strukturovaný vyšetřovací a intervenční postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnóza a léčba*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 71 s. ISBN 80-7071-126-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. Charakteristické rysy soudobých definic a kritérií zdraví. *Bulletin Národního centra podpory zdraví*. 1994, č. 3, s. 26-29. ISSN 1210-4809.

MACHTELD, H., GREEN, L., HORST, H., et al. How should we define health? *British Medical Journal*. 2011, roč. 14, č. 4, s. 343-416. ISSN 0959-8138.

MATOUŠEK, O, KOLÁČKOVÁ, J, KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Potál, 2005. 352 s. ISBN 807367002X.

MOSSEY, J. M., SHAPIRA, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*. 1982, roč. 72, č. 8, s. 800-808. ISSN 0090-0036.

NEŠPOROVÁ, O, SVOBODOVÁ, K, VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9.

RAMIREZ, A. J., GRAHAM, J., RICHARDS, M. A. et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996, roč. 347, č. 9003, s. 724-728. ISSN 0140-6736.

RESNICK, S., WARMOTH, A., SERLIN, I. A. The humanistic psychology and positive psychology connection: Implications for psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*. 2001, roč. 41, č. 1, s. 73-101. ISSN 0022-1678.

SHEARER, S., TOEDT, M. Family physicians' observations of their practice, well-being, and health care in the United States. *Journal of Family Practice*. 2001, roč. 50, č. 9, s. 751-756. ISSN 0094-3509.

ŠÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. 284 s. ISBN 8086429625.

ŠOLCOVÁ, I. Psychické souvislosti stresové odpovědi. Role osobnosti ve vztahu stres-zdraví. *Československá psychologie*. 1992, č. 6, s. 564-570. ISSN 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Rozdíly na úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie*. 1996, č. 6, s. 480-501. ISSN 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*. 1998, č. 42, s. 32-41. ISSN 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, I. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. 1999, č. 43, s. 19-38. ISSN: 0009-062X.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*. 2005, č. 1, s. 1-8. ISSN 0009-062X.

VOSEČKOVÁ, A. *Kapitoly z psychologie zdraví: učební text pro vysokoškolskou výuku*. Brno: Učební texty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové, 2007. 348 s., ISBN 9788072313174.

Kontaktní adresa

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Ústav sociální práce Univerzita Hradec Králové

E-mail: zuzana.truhlarova@uhk.cz

Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Ústav sociální práce Univerzita Hradec Králové

E-mail: alena.voseckova@uhk.cz