

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

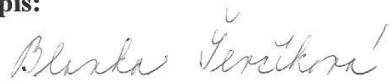
KVALITA ŽIVOTA V DOMOVĚ PRO SENIORY
QUALITY OF LIFE AT HOME FOR THE
ELDERLY

Bakalářská práce: 12-FP-KSS-3036

Autor:

Blanka ŠEVČÍKOVÁ

Podpis:



Vedoucí práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
72	7	0	10	26	1+1 CD

V Liberci dne: 12. 6. 2013

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Blanka Ševčíková**
Osobní číslo: **P10000675**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální pracovník**
Název tématu: **Kvalita života v domově pro seniory**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

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

Cíl bakalářské práce: Charakterizovat problematiku stáří a stárnutí. Zjistit kvalitu života v domově pro seniory z pohledu klientů. Podat návrhy případných změn vedoucích ke zvýšení kvality života a spokojenosti klientů daného zařízení.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

JAROŠOVÁ, D., 2006. Péče o seniory. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.

MALÍKOVÁ, E., 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O., aj., 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

STUART-HAMILTON, I., 1999. Psychologie stárnutí. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.

VÁGNEROVÁ, M., 2007. Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **1. dubna 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2013**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2012

Čestné prohlášení

Název práce: Kvalita života v domově pro seniory
Jméno a příjmení autora: Blanka Ševčíková
Osobní číslo: P10000675

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

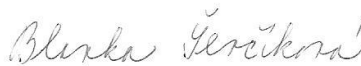
Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom/a povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 12. 6. 2013



Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní doc. PaedDr. PhDr. Pešatové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

Děkuji též celé mé rodině za podporu během studia.

V Liberci dne: 12. 6. 2013

.....*Blanka Šenčíková*.....

Název bakalářské práce: Kvalita života v domově pro seniory

Jméno a příjmení autora: Blanka Ševčíková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2012/2013

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývala problematikou kvality života seniorů. Vycházela z provedeného průzkumu a dokumentace poskytnuté v Domově důchodců Jablonecké Paseky. Jejím cílem bylo zjistit kvalitu života z pohledu klientů, popsat aspekty, které ji ovlivňují a podat návrhy případných změn vedoucích ke zvýšení kvality života a spokojenosti klientů daného zařízení. Práci tvořily dvě stěžejní části. Jednalo se o část teoretickou, která s využitím odborných zdrojů popisovala problematiku stárání a stárnutí, změny s tím související z hlediska biologického, psychologického a sociálního, potřeby seniorů a kvalitu života. Následující část byla zaměřena na péči o seniory s využitím standardů kvality sociálních služeb a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V části praktické byly poté zjišťovány informace o kvalitě života v Domově důchodců Jablonecké Paseky, které byly využity v konkrétních navrhovaných opatřeních.

Klíčová slova:

Kvalita života, stárání, stárnutí, péče o seniory, domov pro seniory, sociální služby, standardy kvality.

Title of the bachelor thesis: Quality of life at Home for the Elderly

Author: Blanka Ševčíková

Academic year of the bachelor thesis submission: 2012/2013

Supervisor: doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

Summary:

The bachelor thesis dealt with the topic of quality of life of senior population. It used the results of our survey and documentation provided by of Home for the elderly in Jablonecké Paseky. The goal of the thesis was to find out quality of life at home for the elderly from the perspective of its clients, to describe influences affecting it and to propose changes increasing quality of life and satisfaction of clients of this institution. The thesis is divided into two main parts. The theoretical part used specialized resources to describe problems of old age, aging and related changes from biological, psychological and social points of view as well as needs of seniors and quality of life. Another section of this part was focused on care for the elderly with the use of quality standards and the act number 108/2006 Code of law. In the practical part, we found out information concerning the quality of life at Home for the elderly in Jablonecké Paseky which was used to propose concrete measures.

Key words:

Quality of life, old age, aging, care for the elderly, home for the elderly, social services, quality standards.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	12
1 Stáří a stárnutí	12
1.1 Projevy stáří.....	13
1.2 Potřeby seniorů.....	17
1.3 Zdraví a nemoc ve stáří	19
1.4 Kvalita života.....	21
2 Péče o seniory	27
2.1 Rodinná péče	27
2.2 Zdravotní péče	28
2.3 Sociální péče.....	29
2.4 Zákon o sociálních službách.....	34
2.5 Standardy kvality sociálních služeb	35
PRAKTICKÁ ČÁST	38
3 Cíl praktické části a stanovení předpokladů	38
4 Použité metody	39
4.1 Dotazník	39
4.2 Obsahová analýza spisové dokumentace.....	44
5 Charakteristika zkoumaného zařízení	45
6 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu	48
7 Výsledky a jejich interpretace.....	49
7.1 Vyhodnocení platnosti předpokladů	62
8 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse	64
ZÁVĚR	66
NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	68

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	72
P1 - Dotazník WHOQOL – BREF	73

ÚVOD

Tématem předkládané bakalářské práce je kvalita života seniorů v domově důchodců. Toto téma bylo zvoleno s ohledem na vykonanou praxi v daném zařízení a zájem o možnou péči a kvalitu života starší populace v době, která je více uspěchaná, hodnoty spíše materiální, funkce rodiny často narušená.

At' se senior stane klientem daného zařízení dobrovolně či z nutnosti, měl by svou „poslední“ etapu života prožít v prostředí, ve kterém se cítí bezpečně a mezi lidmi, se kterými mu je dobře. I když domov pro seniory je jedním ze zařízení, které umožňuje starým lidem i nadále prožívat plnohodnotný a aktivní způsob života v důstojném prostředí, přesto je to stále ústavní zařízení a otázkou zůstává, nakolik jsou klienti spokojeni s poskytovanou péčí a celkově s kvalitou života.

Cílem této práce je zjistit kvalitu života v Domově důchodců Jablonecké Paseky z pohledu klientů a podat návrhy případných změn vedoucích ke zvýšení kvality života a spokojenosti klientů daného zařízení.

Předmětem předkládané bakalářské práce jsou vybraní klienti s ohledem na jejich schopnosti a možnosti pravdivě vypovídat a jejich zájem účastnit se průzkumu podaného v části praktické.

Bakalářská práce vychází ze tří hlavních předpokladů týkajících se kvality života v daném zařízení. První předpokládá, že s kvalitou života jsou respondenti spokojeni. Druhý předpoklad říká, že klienti budou nejlépe hodnotit poskytovanou zdravotní péči. Třetí udává, že respondenti budou nejméně spokojeni se sociální péčí.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Úvod teoretické části je zaměřen na problematiku stárí a stárnutí a projevy s nimi související z hlediska biologického, psychologického a sociálního. Následující kapitoly se zabývají potřebami seniorů a kvalitou života. Závěr teoretické části je věnován možné péči o seniory, zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a standardům kvality sociálních služeb, přičemž pozornost je zaměřena především příspěvku na péči.

Praktická část obsahuje vyhodnocování průzkumu učiněným na vzorku respondentů (klientů) daného zařízení s použitím dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který byl upraven pro potřeby splnění výše uvedených předpokladů.

Smyslem a účelem bakalářské práce je zjištění míry spokojenosti klientů daného zařízení a navrhnutí nových opatření do péče, která by co nejvíce korespondovala s přáními a potřebami klientů.

TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

1 Stáří a stárnutí

Stáří je obecné označení pro pozdní fázi života. „*Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život*“ (Čevela, aj. 2012, s. 19).

Stáří se v naší společnosti nejčastěji měří pomocí chronologického (kalendářního) věku. Samotný věkový ukazatel však nemá dostatečnou vypovídající hodnotu. Pomocí něj ještě není možné stanovit, kdy se člověk stane „starým“. Přinejlepším může naznačit stav průměrného člověka (Stuart-Hamilton 1999, s. 19).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z věkových cyklů a uvádí následující rozdělení (Malíková 2011, s. 14):

30 – 44 let	dospělost
45 – 59 let	střední věk (nebo též zralý věk)
60 – 74 let	senescence (počínající, časné stáří)
75 – 89 let	kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
90 let a více	patriarchum (dlouhověkost)

Další více používané dělení stáří je dle Muhlpachra (in Malíková 2011, s. 14)

65 – 74 let	mladí senioři
75 – 84 let	staří senioři
85 let a více	velmi staří senioři

V literatuře se vedle věku kalendářního uvádí ještě věk funkční. Ten odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka a zohledňuje biologické, psychologické i sociální aspekty (Pacovský 1994, s. 13):

- biologický věk je podmíněn geneticky danému programu stárnutí, působení zevního prostředí, způsobem života a chorobnými situacemi.
- psychologický věk zohledňuje individuální osobnostní rysy a reakce člověka na stáří.
- sociální věk zahrnuje různorodé stránky sociálního života jedince.

Na pojmy stáří a stárnutí bylo vytvořeno mnoho definic. Haškovcová (2010, s. 36-37) uvádí, že stáří samo o sobě je „*takové, jaké je*“, interpretace může být různá

i protichůdná a to nejen historicky, ale i aktuálně. Je to „*přirozené období lidského života, které vztahujeme také k ostatním životním obdobím: k dětství, mládí, k době zralosti.*“

Podle Jarošové (2006, s. 10) má stáří vysoce individuální charakter s velkými rozdíly. Přesto lze identifikovat společné znaky stárnutí, které lze rozlišit na biologické, psychologické a sociální.

Mlýnková (2011, s. 13) upozorňuje, že stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince.

Na to, kdy stáří nastává, neexistuje jednotný názor. Dle Dvořáčkové (2012, s. 11) stárnutí i stáří probíhá individuálně a to z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. „*Lidé stárnou různým tempem, někdo rychleji, jiný podstatně pomaleji.*“

Většina populace vnímá toto období spíše negativně, např. jako omezení, závislost na druhých, ztráta radosti, optimismu, nemocnost, úmrtnost. Avšak stáří může znamenat i splněná přání, na které nebyl v průběhu života čas (zahrádkaření, rybaření, věnování se vnoučatům, cestování,...).

Malíková (2011, s. 14) uvádí, že obavy z této etapy života nejsou zcela opodstatněné, jelikož při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří k nim nedochází automaticky. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí a dispozic jedince.

1.1 Projevy stáří

Jak bylo již uvedeno, lidé stárnou velmi individuálně. Každý se narodí s určitými dispozicemi, které v závislosti s genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žije, ovlivňují celkovou atmosféru etapy stáří. I přesto lze najít některé společné znaky stáří a to v rovině tělesné, psychické a sociální.

Biologické aspekty stáří

Biologické změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou. Mezi typické projevy biologického stárnutí patří celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změny reakcí organismu na určitou zátěž (Malíková 2011, s. 19).

Jarošová (2006, s. 22-23) uvádí přehled biologických změn:

- objevuje se celková atrofie (postihuje orgány, tkáně, kůži, svalstvo)
- snižuje se elasticita orgánů a tkání

- snižuje se funkce endokrinních žláz
- mění se distribuce tělesných tekutin (celkové množství vody v těle se nemění, ale snižuje se obsah tekutiny v buňkách)
- zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle
- zmenšuje se postava
- objevují se změny na kůži (kůže je suchá, tenká, vznikají vrásky a pigmentace)
- padají a šediví vlasy
- zpomaluje se růst nehtů a objevují se na nich podélné rýhy
- objevují se poruchy spánku
- projevují se metabolické změny

Významné jsou změny smyslových orgánů. Vedle snížení výkonnosti chuti a čichu má z hlediska psychologického nejhorší dopad postižení zraku a sluchu. Oči bývají zapadlé, víčka ochablá. Ztrácí se schopnost akomodace oka, více postižena je schopnost vidění do blízka. Porucha sluchu je ve stáří velmi častá, avšak použitím naslouchadel dochází ke zlepšení komunikace, emocionality a celkové kvality života jedince (Jarošová 2006, s. 24).

Křivohlavý (2002, s. 139) poukazuje na změny, které v rámci chronologického stárnutí probíhají relativně pozvolna, jiné naopak rychleji. Mezi nejvýraznější řadí: sexuální aktivitu mužů, rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, vitální kapacitu, svalovou sílu, váhu mozku, bazální metabolismus a rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny.

Všechny tyto změny mají vliv na chování i vzhled seniora. Časté bývá introvertní zaměření, pocity nejistoty a nedůvěry. Jedinec se soustředí více na svou osobu, své orgány a jejich funkci. Často s těmito změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji (Dvořáčková 2012, s. 12).

Psychické aspekty stáří

Stejně, jako dochází ve stáří ke změnám tělesným, dochází i ke změnám psychickým. Nelze však jednoznačně určit, které změny v člověku nastanou, neboť proces stárnutí je ovlivňován mnoha faktory. Jedním z nich je osobnost. „*Integrita osobnosti zůstává zachována, obvykle se mění jen dílčí funkční schopnosti osobnosti, např. poznávací schopnosti (vnímání, paměť, představy, myšlení). Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě*“ (Pacovský 1994, s. 24).

Vágnerová (2007, s. 315-317) uvádí, že nastalé změny mohou být biologicky podmíněné, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů a často jde o výsledek jejich interakce. Doba jejich vzniku, dynamiky a způsobu, jakým na ně lidé reagují, je individuálně rozdílná.

Biologicky podmíněné změny se mohou projevovat celkovým zpomalením, obtížemi v zapamatování a vybavování, snížením frustrační tolerance. Tyto projevy mohou být pouhým projevem stáří, ale i příznaky chorobných procesů (Alzheimerova demence).

Psychosociálně podmíněné změny jsou vyvolávány společenským očekáváním, kdy na jedince již nejsou kladeny nároky a povinnosti. Mnohé schopnosti a dovednosti přestávají být užitečnými, život starších lidí se dostává do zjednodušeného stereotypu a dochází ke stagnaci doprovázející zhoršení adaptačních schopností i kognitivních kompetencí.

Mezi významné změny v období stáří patří zpomalení poznávacích procesů. Starším lidem trvá delší dobu zpracování informací a následné rozhodování, k čemuž může přispět i vyšší unavitelnost a nižší resilience ke stresu.

Dalšími příznaky, na které upozorňuje Jarošová (2006, s. 26-27) jsou:

- psychomotorické zpomalení – projevuje se zpomalením pohybů znatelných zejména při chůzi
- pokles psychické adaptability – projevuje se pocity nejistoty a úzkosti v neznámém prostředí či v kontaktu s cizími lidmi, nechutí učit se něčemu novému
- pokles výkonnosti
- změny v oblasti citového prožívání – oploštělá emotivita, citová labilita
- změny motivace – souvisí se změnou hierarchie potřeb a zájmů

Veškeré tyto změny však nesměřují pouze k negativnímu hodnocení seniorů. Tím, že si je starší člověk vědom pomalejšího tempa, dává přednost pečlivějšímu přístupu. Zvyšuje se u něj vytrvalost, trpělivost a pochopení, nechybí soudnost a rozvaha. Starší člověk je také stálejší v názorech a vztazích (Pacovský 1994, s. 24). Stoupá u něj zájem o historii, všeobecné dění a smysl pro detail (Haškovcová 2010, s. 147).

Sociální aspekty stáří

Sociální změny zpravidla nastávají odchodem z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tím se mění i sociální role jedince. Role pracovní je rázem nahrazena např. rolí rodinnou (více manžel, prarodič,...) a senior je nucen změnit svůj dosavadní životní styl. „*Odchod do důchodu hůře prožívají muži, což dokládá jejich klesající životní spokojenost po padesáti letech věku*“ (Jarošová 2006, s. 29-30). Domníváme se, že to souvisí s celoživotní rolí mužů, kdy mají potřebu zabezpečit rodinu finančně, a proto se více realizují v zaměstnání, kdežto ženy bývají více zaměřené na rodinu a výchovu dětí. V důchodovém věku se ženy lépe adaptují na danou realitu, neboť mají dostatek času na domácí práce, hlídání vnoučat, nakupování atd.

Významnou změnou odchodu do důchodu je ztráta výdělků a závislost na penzi, která nemusí vždy uspokojit dosavadní potřeby či návyky. Vyrovnanost jedince může navíc být zatížena nemocemi, rodinnými problémy, osamělostí, nadbytkem volného času, omezením společenského života. To vše může zhoršit adaptaci na penzionování (Jarošová 2006, s. 30).

Dvořáčková (2012, s. 14) popisuje dva modely řešení tohoto problému:

- teorie aktivity – vychází z názoru, že pokud člověk nemá zdravotní problémy, měl by zůstat po všech stránkách aktivní
- teorie stažení – naopak říká, že jedinec by se měl včas připravovat na odchod do důchodu

Malíková (2011, s. 22) uvádí nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty:

- omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech
- změna ekonomické situace
- generační osamělost (úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby)
- zhoršená možnost kontaktů s přáteli
- sociální izolace
- strach z osamělosti a nesoběstačnosti aj.

Adaptaci na důchod ovlivňují různé faktory, např. je-li člověk zdravý, finančně zajištěný, má přijatelné sociální zázemí, a další. Adaptace trvá určitou dobu a probíhá v následujících fázích (Vágnerová 2007, s. 360-363):

- *fáze přípravy na důchod* – celkový postoj ke stáří do jisté míry ovlivňuje i očekávání stárnoucích lidí, kteří pomalu začínají uvažovat o tomto životním období a o změnách, které je čekají. Toto období je spojeno se smíšenými pocity. Na jednu stranu se lidé těší na volnost a klid, na straně druhé je přepadají obavy ze ztráty společenského statusu, seberealizace, sebeúcty, pocitu potřebnosti. Fáze přípravy je velmi důležitá pro snadnější přechod do nové etapy lidského života.
- *fáze bezprostřední reakce na změnu* - po odchodu do důchodu nastává doba změny životního stylu. Staré návyky např. ze zaměstnání ztrácí svůj smysl a nové ještě nebyly vytvořeny. Počáteční fáze může být spojena s euforií, pocitem plné energie a plánů, ale i pocity bezmocnosti, nejistoty a obav z budoucnosti. V závislosti na svém očekávání mohou být lidé příjemně i nemile překvapeni.
- *fáze deziluze a postupného přizpůsobování* – po počáteční euforii a pocitech nadšení se může objevit prázdnota. Činnosti, na které se člověk těšil, ho přestaly bavit a po určité době už není tak spokojen jako ze začátku. Začne si uvědomovat skutečnou životní změnu. V této době je třeba si vytvořit dlouhodobější aktivitu či seberealizaci (např. zaměstnání na zkrácený úvazek).
- *fáze adaptace a stabilizace nového stereotypu* – nový životní styl se postupně fixuje. Člověk si opět vytvoří stereotyp, který přispívá k udržení dlouhodobější spokojenosti. I když je závislý na zdravotním stavu či ekonomických možnostech, mohou se obnovovat některá přátelství, vztahy s příbuznými apod.

„Každý stárnoucí člověk je členem společnosti. Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást“ (Pacovský 1994, s. 25).

1.2 Potřeby seniorů

Jak bylo uvedeno výše, stáří a odchod do důchodu může být velmi náročnou etapou lidského života. Ovlivňuje postoj ke světu i k sobě samému. Mění se životní styl, hodnoty i potřeby každého seniora.

Vágnerová (2007, s. 365-367) zahrnuje mezi životní potřeby seniorů:

- *potřeba stimulace* – ukončením aktivního pracovního života a přebytkem volného času může senior pociťovat nudu, pocit prázdnoty a zbytečnosti. Na druhé straně již není vázán nadměrnou stimulací vyplývající z profesní činnosti. V tomto období si může určovat míru stimulace sám způsobem, aby byla pro něj přijatelná a byl tak ve větší životní pohodě.
- *potřeba orientace a adaptace* – starší člověk se musí v nové situaci přeorientovat, najít si nové činnosti, které by ho alespoň trochu uspokojovaly. Obvykle se lidé zaměřují na rodinu a na aktivity, kterými by mohli být prospěšní. Odchodem do důchodu se mění postoje i hodnoty a některé dříve méně podstatné věci, činnosti mají nyní významnější podobu. Po určité době se zvyšuje riziko stagnace osobnosti, neboť schopnosti a dovednosti již nejsou využívány jako dřív.
- *potřeba aktivity* – udržení určité úrovně aktivity je nezbytné pro smysluplné využití volného času. Někdy však může být obtížné tyto aktivity najít i vzhledem k tomu, že společnost již od seniorů nic neočekává ani nevyžaduje. Kromě domácnosti a rodiny jsou lidé často aktivní na zahradě, při chování domácích zvířat, ale mají i možnost začít se věnovat různým zájmovým aktivitám či veřejně prospěšným činnostem, dobrovolnictví apod.
- *potřeba sociálního kontaktu* – zachování sociálního kontaktu je důležité i v důchodovém věku. Senioři po ukončení profesního života se obvykle stýkají s menším počtem lidí než dřív. Ztrácejí sociální kontakty a zvyšuje se u nich riziko sociální izolace.
- *potřeba citové jistoty a bezpečí* – role „důchodce“ je spojena i s určitými obavami např. z nemoci, izolace, chudoby. I starší člověk má potřebu být někým akceptován a mít své zázemí, které obvykle saturuje rodina či přátelé.
- *potřeba seberealizace* – potřebu seberealizace během života obvykle uspokojuje profesní činnost. Její ztráta může v člověku vyvolat pocity zbytečnosti a méněcennosti. Senior se tak dostane do situace, kdy je nucen změnit své postoje, hodnoty a svůj život přeorientovat jiným směrem než na výkon a společenské postavení.

Nejvíce akceptovanou hierarchii potřeb vytvořil humanistický psycholog Abraham Harold Maslow (Jarošová 2006, s. 32-33):

- fyziologické potřeby: potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku, pohybu
- potřeba bezpečí: ekonomického, fyzického a sociálního
- potřeby sociální: potřeba informovanosti, skupinové sounáležitosti, lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut
- potřeba uznání a sebeúcty: snaha získat ztracené sociální hodnoty
- potřeba sebeaktualizace: nalézt smysl života

Autor seřadil potřeby hierarchicky od nejnáléhavějších (biologických), přes psychosociální až po potřeby růstu a rozvoje (sebeaktualizace). Obecně platí, že alespoň částečné uspokojení základních potřeb je podmínkou pro uspokojení vývojově vyšších potřeb.

U osob nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší generaci. V popředí jsou spíše potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti, což odpovídá spíše základům a nižším patrům pomyslné Maslowovy pyramidy potřeb (Mlýnková 2011, s. 48).

Z fyziologických potřeb je pro seniory důležité např. chutně připravené jídlo, více odpočinku a spánku, teplo, pohodlí a potřeba být bez bolesti. Naopak některé fyziologické potřeby ustupují do pozadí, např. příjem tekutin, sexuální potřeby, hygienická péče, úprava zevnějšku, péče o čisté lůžko. Samozřejmě platí, že rozsah potřeb je velmi individuální a neplatí pro všechny seniory stejně (Mlýnková 2011, s. 48-49).

Z vyšších potřeb dominuje potřeba bezpečí a jistoty. Senioři mívají strach z onemocnění, ze ztráty životního partnera i ze závislosti na druhé osobě. Důležitou potřebou je pro ně i ekonomické zajištění (Mlýnková 2011, s. 49).

Jak bylo již řečeno, rozsah a význam potřeb je velmi individuální i u seniorů. Mnozí senioři pracují až do vysokého věku, cestují, studují univerzity třetího věku apod. Jsou velmi aktivní a společenští. Jiní mohou upřednostňovat klid a teplo domova, přičemž se realizují např. v pomoci svým dospělým dětem či zahrádkaření.

1.3 Zdraví a nemoc ve stáří

Zdraví a nemoc spoluurčují kvalitu života ve stáří, postavení starých lidí v rodině i ve společenském životě (Pacovský 1994, s. 70).

Na zdravotní stav člověka působí celá řada faktorů. Mezi nejdůležitější patří úroveň a kvalita poskytované péče ve zdravotnictví a socioekonomické zabezpečení (bydlení, životní styl, vzdělání, zaměstnání, aj.). Mimo ně působí např. kultura, geografická poloha, demografie, politická situace (Jarošová 2006, s. 34).

Zdraví definované Světovou zdravotnickou organizací z roku 1978 zní jako „stav úplného tělesného, duševního i sociálního blaha.“

Křivohlavý (2001, s. 40) definuje zdraví jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

Pacovský (1994, s. 70) považuje starého člověka za zdravého:

- není-li u něj přítomna zjevná choroba nebo obtěžující symptom
- považuje-li se sám za zdravého a je spokojen s kvalitou svého života
- je-li soběstačný
- vyvíjí-li přiměřené fyzické a psychické aktivity a sociální kontakty

Ve stáří je člověk náchylnější k chorobám než v mladším věku. Pacovský (1994, s. 70) uvádí počet zdravých lidí:

- 60 let – cca 60%
- 70 let – cca 40%
- 80 let – cca 20%
- 90 let – cca 5%

Tato charakteristika však ještě není zcela přesná, ne všichni nemocní vyhledají lékaře.

Dle Haškovcové (2010, s. 249) jsou pro seniory typické střídající se deficity pohody. Někdy dominuje somatická nemoc, jindy problémy duševní a sociální. Často se však vyskytují současně.

Ze somatických onemocnění považují lékaři za nejčastější: insomnii (porucha spánku, nespavost), inkontinenci (únik moči, pomočování) a imobilitu (sníženou nebo ztracenou pohyblivost) (Haškovcová 2010, s. 251).

Onemocnění značně ztěžuje možnost aktivního života, zasahuje do oblasti emotivity a reaktivity. Při dlouhodobém onemocnění dochází ke změnám v chování, pacient se často cítí být nešťastný. Někteří potřebují pomoc druhých, jiní ji odmítají. Za rizikové seniory, kteří jsou ohroženi zhoršením jejich celkem stabilizovaného zdravotního stavu, jsou považováni lidé: starší 80 let, žijící osaměle nebo ti, kteří

ve svém vyšším věku dlouhodobě pečují o nemocného partnera. Dále jsou to senioři, kteří pobírají minimální důchody a mají celkově slabé či problematické zázemí. V neposlední řadě do této skupiny spadají lidé umístění do Domova pro seniory a to pro jejich horší adaptaci na nový způsob života včetně prostředí (Haškovcová 2010, s. 250).

1.4 Kvalita života

Kvalita života je předmětem zkoumání psychologie, sociologie, politologie, ekonomie, lékařství a dalších. Zatímco psychologové se zaměřují svými metodami spíše na subjektivní pohodu jedinců, ve zdravotnictví je důraz kladen především na kvalitu poskytované péče (Hnilicová 2005, s. 207).

V literatuře existuje celá řada definic a názorů na vymezení pojmu kvality života. Dle Hnilicové (2005, s. 207) je kvalita života chápána jako *„důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.“*

Zkoumání kvality života rozděluje na tři přístupy:

- *psychologické pojetí kvality života* – vztahuje se na subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost se životem jako takovým
- *sociologické pojetí kvality života* – zdůrazňuje sociální úspěšnost (status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání,...)
- *medicínské pojetí kvality života* – zaměřuje se na kvalitu života pacientů trpících různými nemocemi. Toto pojetí je často spojované s pojmem zdraví.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné *„fyzické, psychické a sociální pohody“*. Z toho vyplývá, že kvalita života je vnímána aspekty zdravotního stavu a podmínek jedince (Hnilicová 2005, s. 208).

Křížová (2005, s. 217-227) se zabývala kvalitou života v kontextu všedního dne a svou analýzou volných odpovědí 76 respondentů stanovila domény pojmu kvalita života:

- otevřenost, aktivita, harmonie

- propojenost (lidské vztahy)
- autonomie (soběstačnost, nezávislost)
- autenticita (seberealizace)
- směřování a růst (vědět, chtít a jít za svým cílem)
- fatalismus (najít smysl svého života)
- řád (dodržování práva, hodnotového systému)
- city (lásky, upřímnosti, důvěry)
- morální hodnoty (mít čisté svědomí, neublížit nikomu ani sobě)
- kořeny (vlastenecké cítění, identita) a trvání

Ze sociologického hlediska lze považovat pojem kvalita života za historicky a sociokulturně podmíněný. Je odlišný v závislosti na výchově, socializaci a měnících se normách (Křížová 2005, s. 230).

Janečková (2005, s. 451-457) zkoumala kvalitu života v závislosti na životních událostech. „*Životní události představují takové situace nebo okolnosti v životě člověka, které objektivně znamenají nějakou více či méně zásadní změnu v každodenní rutině.*“ Kvalitu života mohou ovlivňovat jak v aktuálním prožívání (strach, úzkost, deprese, sociální izolace, atd.), tak i v dlouhodobém uspokojování potřeb (seberealizace, rozvoj a růst, atd.).

Z hlediska kvality života mohou životní události znamenat:

- změnu perspektivy (přehodnocování, pohled z jiného úhlu)
- změnu hodnot
- změnu smyslu života (životních cílů, přání,...)
- zabrždění rozvoje a stagnaci (pozornost se soustřeďuje na vyrovnání se a adaptaci s životní událostí)
- vážné ohrožení zdraví

Většina definic se pokouší vymezit faktory, které se na utváření kvality života jedince nejvíce podílí. Dvořáčková (2012, s. 76) hovoří o skupině oblastí, které mají přímý či nepřímý vliv na lidský rozvoj (zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální oblasti). Další skupina faktorů je již zcela konkrétní a specifická (věk, pohlaví, rodinná situace, dosažené vzdělání, atd.). Nejčastěji zmiňovaným faktorem, zejména u starší populace, je zdraví. I to je však výsledkem mnoha faktorů, které jsou ve vzájemné interakci. Jedná se o vliv prostředí, emocí jedince, postoje ke smrti, ke stárnutí, apod.

Křížová (2005, s. 351) zdůrazňuje, že rozhodující vliv na hodnocení kvality života má partnerství a skutečnost, zdali má dotázaná osoba ve svém blízkém okolí někoho blízkého, kdo jí je oporou v každé životní situaci. Celkovou spokojenost dále posilují dobrá ekonomická úroveň, nepřítomnost zdravotních potíží, absence léčby, kvalitní spánek a nepřítomnost bolesti.

Kvalita života seniorů

Tématem stárnutí populace a kvality života seniorů se zabývalo i Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR ve svém usnesení ze dne 9. 1. 2008 č. 8 o „*Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*“ (MPSV 2008, s. 7). Do svých priorit zahrnula níže uvedené cíle:

- aktivní stárnutí
- prostředí a komunita vstřícná ke stáří
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří
- podpora rodiny a pečovatелů
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv

Měření kvality života

Na kvalitu života lze nahlížet z mnoha různých pohledů. „*V současnosti se odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu a volba měřicího nástroje v případě kvality života závisí na účelu měření*“ (Čevela, aj. 2012, s. 200).

Na počátku devadesátých let vytvořila mezinárodní pracovní skupina **WHOQOL** (*World Health Organization Duality of Life Goup*) dotazníky pro měření kvality života. Prvotní se dělí na 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita) a dostal označení **WHOQOL-100**. Obsahuje celkem 100 položek.

O něco později vznikla zkrácená forma tohoto dotazníku pod názvem **WHOQOL-BREF**, rozdělena do 4 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a obsahující 26 položek. Tato zkrácená verze bude později použita v praktické části pro zjištění kvality života v Domově pro seniory.

Křivohlavý (2002, s. 165) rozděluje metody měření kvality života ze tří pohledů:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba (objektivní)

2. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba (subjektivní)
3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu 1. a 2.

Objektivní měření kvality života

Předchůdcem metod měření kvality byly tzv. **HS – Health State – Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta**, případně souboru jeho zdravotních problémů. Novější verzi jsou tzv. **HSP – Health State Profiles – Profily zdravotního stavu pacienta**. Cílem bylo zaznamenat zdravotní stav pacienta pouze z lékařského, fyziologického hlediska (Křivohlavý 2002, s. 165).

Metoda APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém - Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – se užívá k měření momentálního stavu pacienta pouze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. V tomto případě jde o vystižení odchylek daného stavu pacienta od stavu normálního. Výsledek se vyznačuje jednou číslicí, a čím je vyšší, tím je větší pravděpodobnost úmrtí daného jedince (Křivohlavý 2002, s. 165-166).

Karnofskyho index – PSI – Performance Status Index (Karnofsky a Burchenal, 1949) – používá se ke zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta k danému datu. Vyjadřuje se v procentech od 0-100, přičemž 100% udává normální stav pacienta (Křivohlavý 2002, s. 166).

Vizuální škálování celkového stavu pacienta – tzv. VAS – Visual Analogous Scale – první metoda vystihující celkový stav pacienta (nezaměřuje se pouze na zdravotní problémy). Stupnicí (škálou) probíhá vodorovná (stoupající v úhlu 45°) úsečka, 10 cm dlouhá, s označenými dvěma extrémy. Mezi nimi křížkem označí lékař, zdravotní sestra atd., podle subjektivního zdání hodnotitele, stav pacienta (Křivohlavý 2002, s. 166).

Symbolické vyjádření kvality života – jedná se o „normalizované“ hodnocení pacientova života. Vyjadřuje se soustavou křížků od 1 – 4. Čím více křížků, tím horší kvalita života pacienta. Je více zaměřená na sebeobslužnost a sociální komunikaci (Křivohlavý 2002, s. 167).

Index kvality života pacienta – ILF – na stanovení kritérií kvality života se podílí kromě hodnotitele i lékaři, zdravotní sestry, psychologové atd. Další výhodou této metody je měření v předem stanovených časových intervalech (např. v průběhu déle trvajícího léčení) (Křivohlavý 2002, s. 168).

Subjektivní měření kvality života

I přes výhody objektivního měření kvality života Patrick a Erickson upozornili, že nemusí být v souladu s vnitřním hodnocením skutečného stavu jedince. Vypracovali metodu označovanou **HRQoL – Health Related Quality of Life – Měření kvality života z hlediska zdraví** (Křivohlavý 2002, s. 169).

DDRS – Distress and Disability Rating Scale – Posuzovací škála stresu a neschopnosti od Rossera – škála zaměřená na mimořádně široký okruh hodnot.

SWLS – The Satisfaction with Life Scale – Stupnice spokojenosti se životem – autorem této metody je Ed Diener a měření kvality života je spojována s celkovou spokojeností (Křivohlavý 2002, s. 170).

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života – jde o způsob zjišťování kvality života bez předem daných kritérií (co je dobré a žádoucí), vychází z osobních představ dotazovaných jedinců, co je pro ně důležité (Křivohlavý 2002, s. 172).

Smíšené měření kvality života

MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life – metoda vypracovaná Univerzitou v Manchesteru se zaměřuje nejen na celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života. Zjišťuje spokojenost:

- s vlastním zdravotním stavem
- sebepojetím
- sociálními vztahy
- rodinnými vztahy
- bezpečností situací
- právním stavem
- životním prostředím
- finanční situací
- náboženstvím (vírou)
- účastí na aktivitách volného času
- zaměstnáním – prací (školou)

LSS – Life Satisfaction Scale – škála (stupnice) spokojenosti, obsahuje sedm stupňů od „nemůže to být již horší“ po „nemůže to být již lepší“ (Křivohlavý 2002, s. 176).

Cantrill's Ladder – Cantrillův žebřík – obdoba metody LSS. Hodnotí nejen momentální kvalitu života, ale i celkový pohled na život a výhled do budoucna. Hodnotitel křížkem označí svůj stav na některé příčce žebříku (Křivohlavý 2002, s. 177).

Metody Mansa a jí podobné způsoby měření kvality života zaznamenají podstatné charakteristiky nejen u pacientů. Používají se například jako podklad k řízení zdravotní a sociální politiky v daném regionu, v určité populaci atd. (Křivohlavý 2002, s. 177).

2 Péče o seniory

Péče o seniory by měla být především o uspokojování jejich potřeb a řešení jejich problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být senior sám, jeho spokojenost a prospěch (Jarošová 2006, s. 33).

Matoušek (2005, s. 163) upozorňuje, že věk sám o sobě ještě není rozhodný pro zvýšení potřeby péče. Ta by měla nastat až v mimořádných situacích vzniklých sociálními či zdravotními faktory. Mezi ohroženou skupinu patří senioři osaměle žijící, věkem nad 80 let, propuštění z nemocnice, dlouhodobě nemocní léčení v domácím prostředí, trpící demencí či depresí, žijící v nevyhovujícím prostředí, ohrožení násilím, ponižování nebo segregování.

V dnešní době se velmi zdůrazňuje, že péče by měla být dostupná, efektivní, kvalitní a především bezpečná (Haškovcová 2010, s. 241). V zařízeních ústavní péče k tomu přispívají standardy kvality sociálních služeb. V rodinném zázemí se posuzuje podle norem a hodnot daných jedinců.

Mlýnková (2011, s. 62) rozděluje formy péče o seniory do tří skupin:

- péče zajišťovaná rodinou
- zdravotní péče
- sociální péče

Následující kapitola jednotlivé formy blížeji seznámí.

2.1 Rodinná péče

Většina lidí považuje svůj domov za prostředí, kde se cítí jistě a bezpečně. Mají tam své zázemí a svůj „klid“. Dnešní rodiny již žijí zpravidla odděleně od svých rodičů a prarodičů, přesto je stále přirozené, že právě ony zůstanou základem pro poskytování péče seniorovi.

Jak uvádí Jarošová (2006, s. 41) „*rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci.*“ Otázkou zůstává, zdali se rodina chce nebo může postarat. O vztahu mezi rodiči a dětmi rozhoduje celá řada skutečností, které zapříčiní, zdali se děti o své rodiče postarají či ne. Již v nukleární rodině si děti všímají péče rodičů o prarodiče a tyto vzorce chování si přijímají za své. V dospělosti lze předpokládat, že uplatní podobné jednání.

I když jsou vztahy mezi rodiči a dětmi ideální, mohou nastat nepřekonatelné potíže, které v poskytování péče seniorovi brání. Mezi ně patří např. nevyhovující

bydlení (malý byt), zaměstnanost střední generace (z finančních důvodů nemožnost ukončení pracovního poměru), povinnosti vůči vlastní rodině (péče o děti, domácnost), vzdálenost rodin (rodičů a dětí), vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora (Mlýnková 2011, s. 63). Další autoři uvádí na straně překážek ještě nedostatečné kompetence dětí péči poskytnout (Jarošová 2006, s. 42).

Problematická situace může nastat v případě, kdy senior začne sdílet se svými dětmi společnou domácnost. Střední generaci se může na čas ulevit, že mají rodiče pod dohledem a práci o něj si rozdělí mezi členy domácnosti. Na druhou stranu senior se nemusí cítit v „cizí“ domácnosti dobře a může mít výčitky, že je na obtíž. To se projeví zejména tehdy, má-li rodina malý byt a nemůže zajistit všem dostatečné soukromí (Mlýnková 2011, s. 63).

Obtížné může být i přizpůsobení bytu seniorovi a změna zaběhnutého denního režimu. Ve většině případů nelze dopředu odhadnout, jak dlouho bude péče trvat. Při dlouhodobé péči pak může dojít k vyčerpání a celkově vzájemným neshodám mezi členy domácnosti (Haškovcová 2010, s. 291). Při péči o seniora je proto třeba vše zvážit a najít optimální řešení.

2.2 Zdravotní péče

Do zdravotní péče spadají nemocnice, hospice, ambulantní a terénní služby a geriatrická denní centra.

Nemocnice – zdravotní péče je zajišťována formou ambulantního nebo lůžkového typu. Malé nemocnice mají k dispozici oddělení interní, chirurgická a gynekologická. V některých městech jsou k dispozici ještě psychiatrické léčebny, avšak ne u všech jsou zřízena gerontopsychiatrická oddělení (Mlýnková 2011, s. 63-64).

Oddělení následné péče (léčebna dlouhodobě nemocných) slouží k zajištění péče o staré a dlouhodobě nemocné občany. Měla by zajistit rehabilitaci, např. nácvik chůze, soběstačnosti apod. ke zlepšení kvality života.

Další typy speciálních oddělení slouží k vyléčení akutního onemocnění, návratu do původního zdravotního stavu a sociálního prostředí (Mlýnková 2011, s. 64).

Hospice – slouží k zajištění péče pro nemocné v terminální fázi nevyléčitelného onemocnění, převážně onkologického, ale také onemocnění životně důležitých orgánů, AIDS, a pokročilé demence. Cílem je udržení nejvyšší možné kvality života, tlumení

bolesti, pomoc při hledání smyslu života, podpora lidské důstojnosti. Výraznou formou pomoci je i péče o pozůstalé.

Domácí hospic je forma péče v domácím prostředí. Účelem je umožnit seniorům, kteří nevyžadují nemocniční péči, zůstat ve svém přirozeném prostředí.

Ambulantní a terénní služba – je určena lidem, kteří nepotřebují být hospitalizováni v nemocnici, ale zároveň nemají zajištěnou potřebnou péči. Tu prostřednictvím domácí péče zajišťují kvalifikované všeobecné sestry, které např. nemocným aplikují inzulin, infuzní terapii, ošetřují rány apod. a to v domácím prostředí. Tuto péči indikuje praktický lékař a je hrazena ze zdravotního pojištění.

Geriatrická denní centra – tato služba poskytuje denní (některá i noční) péči o seniora. Zajišťuje léčebnou a ošetrovatelskou péči, fyzioterapeutickou péči, psychickou aktivizaci a kognitivní trénink a ergoterapii (Mlýnková 2011, s. 65). Služba je poskytována seniorům, kteří již vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou být v domácím prostředí sami a pečující osoby jsou např. v zaměstnání.

2.3 Sociální péče

Sociální péče je zajišťovaná prostřednictvím sociálních služeb. Ty jsou upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V zákoně je mimo jiné uveden přehled možných typů zařízení poskytujících sociální služby. V této práci budou vybrána pouze některá s ohledem na dané téma.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů (MPSV 2012a).

Cílem služeb je mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů (MPSV 2012a).

Domovy pro seniory

Domov pro seniory poskytuje pobytovou sociální službu seniorům, kteří vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu a sociální situaci jsou závislí na péči jiné osoby. Kromě ubytování a stravování je nabízena pomoc a podpora:

- při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Vyhláška č. 505/2006 Sb., §15)

Tento rozsah služeb vychází z vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Kromě výše uvedených činností může domov pro seniory svou nabídku rozšířit o další poskytované služby. Jedná se např. o rehabilitace, ergoterapii (ruční práce v dílnách – pletení, šití, keramika,...), muzikoterapii, canisterapii, duchovní péči, manikúru, pedikúru, společenské akce a další.

Kvalitní péči zajišťuje odborný personál. Kromě zdravotního a ošetrovatelského personálu zde hraje klíčovou roli i sociální pracovník, který pracuje se zájemci před uzavřením smlouvy o poskytování sociální služby, s klienty během pobytu v zařízení a s příbuznými klienta při a po ukončení pobytu klienta v zařízení. Do jeho činností patří např. administrativní práce, informování veřejnosti a žadatelů o daném zařízení, individuální adaptační plán a plán péče, programy aktivit (kulturní a společenské akce, vzdělávací programy), spolupráce s rodinou klienta, dobrovolnický program, psychosociální pomoc seniorům, dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce a další (Matoušek 2005, s. 180).

Příjem klientů bývá zpravidla náročný proces. Ať již jsou důvody umístění jakékoliv, senior by měl být dopředu na tuto situaci připraven. Výhodou je, pokud je změna plánovaná, dobrovolná a senior si zařízení sám vybere. Důležité jsou i potřebné informace o zařízení, udržování dosavadních sociálních vazeb a životního stylu (Matoušek 2005, s. 181).

Domovy pro seniory jsou již zpravidla pěkně vybaveny. Svůj nábytek si klienti z domova vzít nemohou, ale bývá tolerováno si pokoj vyzdobit oblíbenými doplňky. Podpoří se tak adaptace na nové prostředí a zmírní pocity strachu a nejistoty.

V zařízení je každému klientovi na základě jeho potřeb a přání s jeho souhlasem dohodnut individuální plán. Podle něj se následně odvíjí i povaha podpory a péče o jeho osobu. Na jeho plnění dohlíží určený klíčový pracovník. Klientovi je tak poskytována služba ve sjednaném rozsahu a průběžně jsou prováděny činnosti k dosažení dohodnutého osobního cíle. Osobní cíl i činnosti k jeho dosažení se mohou měnit. Malíková (2011, s. 188) uvádí možné důvody:

- klient se sám rozhodne pro změnu a trvá na ní
- změny se zdravotní, psychický či emoční stav klienta
- změny se klientova potřeba nebo přání vůči osobnímu cíli
- změny se některé okolnosti či možnosti poskytované služby ze strany poskytovatele
- poskytování určité služby se ukážou jako nevhodné, nevyhovující či přímo škodlivé

Individuální plánování má přínos nejen pro uživatele sociálních služeb, ale i pro samotné zařízení. Všichni zúčastnění jsou nuceni k neustálé aktivitě, zkoumání, hodnocení, analýze a hledání nových variant. Vyžaduje plné nasazení, flexibilitu a při správné komunikaci přispívá ke sjednocení pracovního týmu (Malíková 2011, s. 190).

Dalším dokumentem každého klienta je tzv. krizový plán. Vytváří ho zdravotní sestra ihned po přijetí klienta do zařízení. Nejprve posoudí zdravotní rizika, jimiž může být klient ohrožen (např. diabetik může být ohrožen hypoglykemií či hyperglykemií, problematickým hojením ran atd.) a poté vypracuje tzv. krizový plán včetně případného řešení. Ten musí být dostupný i pracovníkům přímé obslužné péče pro případ vzniku uvedeného rizika za účelem minimalizování možných následků (Malíková 2011, s. 192).

Kvalita poskytované péče v domovech pro seniory je měřitelná a kontrolovatelná. Mikulková (in Malíková 2011, s. 133) uvádí chápání kvality v sociálních službách z pohledu splnění následujících kritérií:

- *spokojenost klienta a jeho rodiny*
- *reakce na potřeby toho, komu je určena*
- *profesionalita personálního zajištění služby*

- *efektivnost a cenová únosnost služby*
- *vhodnost prostředí, kde je služba poskytována*
- *udržitelnost – ekologický aspekt, přátelská k veřejnosti*

K nástrojům hodnocení kvality péče v domovech pro seniory uvádí Matoušek (2005, s. 189) následující:

- *různé formy konzultací, auditu (externí hodnocení), pozvaná inspekce*
- *supervize (externí i interní)*
- *průzkumy spokojenosti klientů a rodinných příslušníků*
- *vyhodnocování stížností klientů a příbuzných*
- *průzkumy spokojenosti personálu*
- *pracovní porady*
- *vyhodnocování zavedené dokumentace, individuálních adaptačních plánů, individuálních plánů péče, ošetrovatelské dokumentace*
- *sebehodnotící dotazník*
- *další sebehodnotící metody – výroční zprávy a analýzy*
- *vstupní průběžné a závěrečné hodnocení sociálních projektů sociální intervence*

Měření kvality sociálních služeb je možné pomocí následujících způsobů:

- *standarty kvality sociálních služeb – tato metoda bude více rozebrána v následující kapitole*
- *supervize – „interakce mezi dvěma nebo více jedinci za účelem sdílení určitých poznatků, oceňování profesionálních kompetencí a poskytování zpětné vazby s konečným cílem rozvoje nových kompetencí, které usnadňují poskytování efektivních služeb“ (Malíková 2011, s. 139).*
- *system managementu jakosti ISO 9000 (International Organization for Standardization), TQM (Total Quality Management), EFQM, E-Qalin, Controlling – všechny názvy patří k jednotlivým modelům zvyšování kvality, které z hlediska standardizace na mezinárodní úrovni jsou zaváděny i v ČR*
- *Benchmarking – znamená legální převzetí nejlepšího od nejlepších a adaptace, přizpůsobení ve vlastním zařízení či oddělení*

Sledování kvality by mělo být zaměřeno na strukturu dané organizace, procesy (užívané metody práce) i na výsledky sociální práce (spokojenost uživatelů). Systém zjišťování kvality by měl obsahovat hodnocení kvality, ale i způsoby, jak ji zvyšovat. Při správně zavedeném systému je možné čerpat z výstupů hodnocení, které jsou zároveň ukazatelem dalšího směru či rozvoje péče o seniory v daném zařízení (Matoušek 2005, s. 190).

Domovy se zvláštním režimem

Jde o celoroční pobytovou službu pro osoby s chronickou duševní poruchou nebo závislostí na návykových látkách nebo s mentálním postižením. Služba je poskytována za úhradu a je velmi podobná domovům pro seniory.

Pečovatelská služba, domovy s pečovatelskou službou

Pečovatelská služba se poskytuje seniorům, jejichž stav vyžaduje pomoc jiné osoby a to v přirozeném prostředí nebo ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje např. pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Domovy s pečovatelskou službou nahrazují klasické bydlení. Senioři mají k dispozici vlastní bytovou jednotku na základě smlouvy. Dle jejich potřeb mohou dále využívat výše zmíněné pečovatelské služby, např. zajištění obědů, nákup potravin, úklid domácnosti, praní a žehlení, doprovod k lékaři a další.

Centra denních služeb (Domovinky)

Centra denních služeb poskytují seniorům ve specializovaném zařízení ambulantní služby s cílem posílit soběstačnost a samostatnost v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Zařízení pomáhají jak klientům, tak i rodinným příslušníkům. Senioři zde mohou trávit volný čas v době, kdy jsou pečující v zaměstnání.

Současně poskytují i formu odlehčovacích služeb v době, kdy pečující osoba, rodina odjede např. na dovolenou. Senior je přijat na přechodnou dobu do lůžkové části

zařízení a zaměstnanci po určitou dobu převezmou péči o něj (Mlýnková 2011, s. 66). Služba se poskytuje za úhradu.

Denní stacionáře

Jedná se o ambulantní službu poskytovanou ve specializovaném zařízení, která slouží seniorům se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje všestrannou péči, včetně socializačních či aktivizačních činností (péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů, aj.). Služba se poskytuje za úhradu (MPSV 2012a).

Týdenní stacionáře

Pracují na stejném principu jako denní stacionáře, rozdíl je pouze v délce pobytu. Týdenní stacionáře se obvykle otevírají v neděli večer či v pondělí ráno a fungují do pátku odpoledne. Víkendy senioři tráví u svých rodin (Mlýnková 2011, s. 66).

2.4 Zákon o sociálních službách

Péče o seniory je zajištěna Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb. V zákoně je uveden kromě již zmíněných typů zařízení poskytující pomoc a podporu osobám závislým na péči jiné fyzické osoby i příspěvek na péči za účelem zajištění potřebné pomoci. Tento příspěvek je vyplácen osobám závislým na pomoci jiné osoby, které splňují podmínku nepříznivého zdravotního stavu trvajícího déle než jeden rok. Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti (od lehké závislosti až po úplnou).

Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby (MPSV 2012c) ve

- *stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 3 základní životní potřeby,*
- *stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 4 nebo 5 základních životních potřeb,*

- *stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 6 nebo 7 základních životních potřeb,*
- *stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 8 nebo 9 základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.*

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- *stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby,*
- *stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb,*
- *stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb,*
- *stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.*

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnosti zvládat základní životní potřeby v oblastech: mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieny, výkonu fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (MPSV 2012c).

Při poskytování pobytových služeb v domově pro seniory je zákonem o sociálních službách stanovena úhrada ve výši přiznaného příspěvku na péči, tzn., že kromě ubytování a stravy je klientovi účtován i výše zmíněný příspěvek. Z důchodu mu musí zůstat alespoň 15% jeho příjmu, čímž se předejde nedostatku financí např. na léky, drobné občerstvení, služby (kadeřnice, manikúra,...) atd.

2.5 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb vznikly ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Lze je považovat za „všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba.“ Jsou uvedeny ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., v platném znění (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Standardy jsou určeny pro všechny sociální služby, proto jsou formulovány obecně. Pro lepší srozumitelnost obsahují hodnotící kritéria, aby bylo možné posoudit, zda služby požadavek splňují. Standardy jsou dále rozděleny do tří základních částí (MPSV 2012b):

- ***Procedurální standardy*** – jsou nejdůležitější. Určují, jak má poskytování sociální služby vypadat. Na co je třeba dát si pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.
- ***Personální standardy*** – věnují se personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících (na jejich dovednostech, vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají).
- ***Provozní standardy*** – definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Kladou důraz na prostory, ve kterých jsou služby poskytovány.

Standardy kvality sociálních služeb vychází z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod. „*Jednotlivé standardy jsou navrženy tak, aby zvýšily svobodu uživatelů služeb a posílily jejich postavení.*“ Hlavním měřítkem kvality poskytovaných služeb se stává jejich příjemce. Ten si definuje cíl, k němuž mu má služba dopomoci. Na konci procesu se dá zhodnotit spokojenost s výsledkem služby a spokojenost s procesem jejího poskytování, proto jsou kritéria standardů zaměřena jak na proces služeb, tak na jejich výsledek (Dvořáčková 2012, s. 91).

Přehled standardů kvality sociálních služeb (Dvořáčková 2012, s. 91-92):

Standard č.	Název standardu kvality sociálních služeb
1	Cíle a zásady poskytovaných služeb
2	Ochrana práv osob
3	Jednání se zájemcem o sociální službu
4	Smlouva o poskytování sociální služby
5	Individuální plánování průběhu sociální služby
6	Dokumentace o poskytování sociální služby
7	Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8	Návaznost poskytované sociální služby na dostupné zdroje
9	Personální a organizační zajištění sociální služby
10	Profesní rozvoj zaměstnanců
11	Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12	Informovanost o poskytované sociální službě
13	Prostředí a podmínky
14	Nouzové a havarijní situace
15	Zvyšování kvality sociální služby

Standardy kvality sociálních služeb mají sloužit k lepšímu uspokojování potřeb klientů. Mají přispívat k zachování lidské důstojnosti a ochraně lidských i občanských práv. Standardy jako nástroj kvality napomáhají k rozvoji sociálních služeb (Dvořáčková 2012, s. 92).

PRAKTICKÁ ČÁST

Ústředním tématem bakalářské práce je zjištění aspektů působících na kvalitu života klientů domova pro seniory. V předchozím textu byla s využitím odborného textu uvedena teorie zabývající se stářím, stárnutím, potřebami seniorů a kvalitou života. Dále byla zmíněna péče o seniory s využitím standardů kvality sociálních služeb a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Praktická část bakalářské práce se zabývá průzkumem mezi klienty Domova důchodců Jablonecké Paseky, konkrétně jejich subjektivním vnímáním kvality života v daném zařízení a objektivními podmínkami poskytovaných služeb.

Stanovené předpoklady byly zvoleny s ohledem na zjištění kvality života v daném zařízení a posouzení spokojenosti s poskytovanou zdravotní a sociální péčí.

3 Cíl praktické části a stanovení předpokladů

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit kvalitu života v Domově důchodců Jablonecké Paseky a podat návrhy případných změn vedoucích ke zvýšení kvality života a spokojenosti klientů daného zařízení.

Dotazník je zaměřen na široký okruh aspektů ovlivňujících kvalitu života. Zjišťuje např. spokojenost se svým zdravím, potřebu bezpečí, dostupnost lékařské péče, podporu přátel, dostatek financí, možnost věnovat se zálibám a spokojenost s dopravou.

Stanovení předpokladů:

Předpoklad č. 1: Předpokládáme, že s kvalitou života v daném zařízení jsou respondenti spokojeni.

Předpoklad č. 2: Předpokládáme, že klienti daného zařízení budou nejlépe hodnotit poskytovanou zdravotní péči.

Předpoklad č. 3: Domníváme se, že respondenti daného zařízení budou nejméně spokojeni se sociální péčí.

4 Použité metody

Pro získání požadovaných údajů byl použit standardizovaný dotazník, doplněn o 5 otázek vlastní konstrukce, typ otázek 28 uzavřených (dichotomických) a 3 otevřené, doplňující. Dále bylo využito obsahové analýzy spisové dokumentace.

4.1 Dotazník

Pro ověření předpokladů byly využity informace získané pomocí dotazníku kvality života WHOQOL - BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment). Dotazník WHOQOL vznikl na základě požadavku Odboru duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. Autorkami české verze jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová.

Zkrácená verze dotazníku WHOQOL - BREF určená především pro zkoumání kvality života jedinců ve vyšším věku je rozdělena do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím). Celkem obsahuje 26 položek (Klinika adiktologie 2013).

Z důvodu ověření všech tří předpokladů byl dotazník WHOQOL - BREF předkládaný respondentům rozšířen ještě o 5 doplňujících otázek. 28 otázek se týkalo kvality života, 1 otázka dávala prostor pro vyjádření návrhů směřujících ke zlepšení kvality života v daném zařízení, 2 otázky byly informativního charakteru (věk a pohlaví respondentů).

Výsledky dotazníkového šetření jsou shrnuty do tabulek včetně slovního vyjádření. Pro přehlednost stanovených předpokladů bylo kromě tabulek použito i grafického znázornění.

Vyhodnocení a skórování dotazníku

K vyhodnocení dotazníku je třeba vytvořit průměrné skóre všech domén. Pro první doménu (fyzické zdraví) se počítá ze 7 položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18), pro druhou doménu (prožívání) ze 6 položek (q5, q6, q7, q11, q19, q26). Třetí doména (sociální vztahy) poskytuje skóre z 3 položek (q20, q21, q22) a čtvrtá doména (prostředí) průměrnou hodnotu z 8 položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25). Rozpětí hrubého skóre u domén se pohybuje od 4 do 20 bodů, přičemž vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života.

Pro zjištění celkové kvality života v daném zařízení byly průměrné skóre jednotlivých domén ještě sečteny a zprůměrovány tak, aby vznikla jedna hodnota. Podle ní byl ověřen předpoklad č. 1. U předpokladu č. 2 a 3 bylo postupováno stejným způsobem.

***Přehled domén a vybraných položek dotazníku WHOQOL - BREF
(Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 32):***

Tabulka č. 1 Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

Domény		Položky	
dom1	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnosti
		q18	pracovní výkonnost
dom2	prožívání	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
dom3	sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
dom4	prostředí	q8	osobní bezpečí
		q9	životní prostředí
		q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
		q25	doprava
2 samostatné položky		q1	kvalita života
		q2	spokojenost se zdravím

DOMÉNA I - Fyzický stav (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 48):

- Bolest a nepříjemné pocity

Tento oddíl se zabývá bolestivostí a nepříjemnými pocity, do jaké míry jedinci zatěžují život. Předpokládá se, že pokud má jedinec kontrolu nad bolestí, má z ní menší obavy a tím i kvalitnější život.

- Energie a únava

Tato faceta zjišťuje míru energie, chuti do života a schopnost provádět každodenní úkony popřípadě i aktivity volného času. Rozsah je stanoven od přílišné únavy zneschopňující jakékoliv aktivity k pocitu plné životní síly.

- Spánek a odpočinek

Tento oddíl se zabývá kvalitou spánku a schopností odpočinku. Problémy se spánkem mohou být různého charakteru, např. potíže s usínáním, probouzení se během noci a neschopnosti opět usnout, probouzení se předčasně ráno. Nedostatek odpočinku výrazně ovlivňuje kvalitu života.

DOMÉNA II - Prožívání (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 50-51)

- Pozitivní pocity

Tento oddíl zkoumá, v jaké míře jedinec prožívá pocity spokojenosti, harmonie, štěstí, naděje, radosti, potěšení ze života. Důležitou součástí tvoří pohled na budoucnost včetně pocitů souvisejících s tím.

- Myšlení, učení, paměť a soustředění

Tento oddíl se zabývá schopnostmi myslet, učit se, zapamatovat si a soustředit se. Problém může nastat, pokud si respondent nechce připustit v této oblasti již vzniklé nedostatky anebo v případě, že jedinec s těmito problémy již není schopen sám posoudit míru svého myšlení.

- Sebedůvěra, sebeúcta

Tento oddíl zjišťuje, jak o sobě jedinec smýšlí. Může to znamenat pozitivní až zcela extrémně negativní názor na vlastní osobu. Otázky by měly zahrnovat názory v širších oblastech, např. jak je člověk schopen vycházet s ostatními lidmi, jak hodnotí svou schopnost měnit své chování, rodinné vztahy, vzdělání.

- Vnímání těla a vzhledu

Tento oddíl zkoumá, jak jedinec nahlíží na své tělo. Důraz je kladen na skutečnost, jak je jedinec spokojen se svým vzhledem a jak to ovlivňuje jeho

sebepojetí. To zahrnuje i možnost, že některé nedostatky lze korigovat (kosmetika, oděv, protézy,...).

- Negativní pocity

Tento oddíl se zabývá tím, nakolik respondent prožívá negativní pocity (např. sklíčenost, pocit viny, smutek, plačtivost, nervozitu, zoufalství, nedostatek radosti ze života). Zkoumá, v jaké míře zatěžují běžný život a následně tak ovlivňují i jeho kvalitu.

DOMÉNA III - Sociální vztahy (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 54-55)

- Osobní vztahy

Tento oddíl zjišťuje míru respondentovy lásky a podpory od svých přátel a nejbližších v okolí. Je zde zahrnuta schopnost milovat a být milován a to jak psychicky, tak fyzicky. Patří sem i doteky, objetí, pohlázení a to z veškerých vztahů důvěrného přátelství, manželství či partnerství.

- Podpora přátel

Tento oddíl zkoumá, nakolik respondent cítí, že mu jsou jeho přátelé ochotni a schopni poskytnout praktickou pomoc. Dále zjišťuje podíl povinností mezi členy a schopnost společného řešení osobních a rodinných problémů. Součástí je i pocit respondenta, zda mu přátelé věří a povzbuzují ho.

- Sexuální život

Tento oddíl se zabývá sexuální potřebou a touhou respondentů. Důraz je kladen na přání, vyjádření, možnosti a naplnění v sexuální oblasti. Předpokládá se, že lidé různého věku budou odpovídat odlišně a také, že u některých respondentů nemá nezájem o tuto oblast vliv na kvalitu života.

DOMÉNA IV - Prostředí (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 56-58)

- Fyzické bezpečí a jistota

Tato faceta zjišťuje respondentův pocit bezpečí a jistoty, že mu nehrozí fyzické napadení. Zahrnuje možné odpovědi od lidí, kteří jsou vystaveni nějakému ohrožení, útlaku, až po lidi žijící bez nebezpečí. Tento druh otázek má význam zejména pro určitou skupinu lidí jako např. bezdomovce, oběti přírodních katastrof nebo jedince mající rizikové povolání.

- Domácí prostředí

Tento oddíl zkoumá prostředí, ve kterém respondent žije. Kvalitu lze hodnotit na základě vybavenosti, pocitu bezpečí, ale i např. přeplněnosti, čistoty, možnosti soukromí, dostupného vybavení (elektřina, voda, teplo,...). Zkoumá se jak „domov“, tak i prostředí v okolí bydliště.

- Finanční situace

Tento oddíl zjišťuje spokojenost respondenta s jeho finančními příjmy a ostatními materiálními prostředky. Otázky jsou dále zaměřeny na pocit závislosti či nezávislosti dané finančními prostředky. Předpokládá se, že pocit „dostatku“ může být u různých lidí odlišný, otázky jsou formulovány s ohledem na tyto rozdíly.

- Zdravotní a sociální péče

Tato faceta zkoumá názor respondenta na zdravotní a sociální péči v jeho okolí. Otázky zahrnují aspekty dostupnosti péče, ale i její kvalitu a rozsah. Dále pokrývají oblast dobrovolných místních organizací, které jsou pro respondenta důležité.

- Možnosti získávat nové informace a dovednosti

Tento oddíl věnuje pozornost možnostem respondenta a jeho zájmu se vzdělávat a získávat nové informace. Zahrnuje široký okruh vzdělávání, od oficiálních vzdělávacích programů až po oblast „vesnické drby“. Otázky jsou formulované tak, aby zachytily odlišné získávání informací, a respondenti je mohou chápat podle toho, co je pro ně smysluplné a důležité.

- Volný čas a záliby

Tento oddíl zkoumá schopnosti a možnosti trávení volného času respondenta. Okruh je velmi široký od zábavy, sportu, návštěvy přátel, odpočinku až po nicnedělání. Otázky zjišťují všechny typy zábavy, odpočinku a relaxace.

- Životní prostředí

Tato faceta zjišťuje názor respondenta na životní prostředí, ve kterém se vyskytuje. Zahrnuje hlučnost, znečištěné ovzduší, ale i celkový vzhled.

- Doprava

Tento oddíl se zabývá názorem na dostupnost a možnost využití dopravních prostředků. Zahrnuje prostředky, které respondent využívá, a které má k dispozici (auto, kolo, autobus,...). Nezjišťuje pohyblivost respondenta.

4.2 Obsahová analýza spisové dokumentace

Prostřednictvím obsahové analýzy spisové dokumentace (vnitřní pravidla, webové stránky organizace) byly získány potřebné informace o poskytovaných službách Domova důchodců Jablonecké Paseky. Informace jsou uvedeny v následující kapitole. Popisuje např. poslání domova důchodců, cíl, typy poskytovaných služeb, služby hrazené z příspěvku na péči, cílovou skupinu klientů a další. Domov důchodců Jablonecké Paseky poskytuje 2 registrované služby - domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Vzhledem ke skutečnosti, že při průzkumu byli vybráni respondenti z domova pro seniory, domov se zvláštním režimem nebyl více zmíněn.

5 Charakteristika zkoumaného zařízení

Domov důchodců Jablonecké Paseky (Domov důchodců Jablonecké Paseky 2013)

Domov důchodců Jablonecké Paseky je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Liberecký kraj se sídlem v Liberci, U Jezu 642/2a, PSČ 46180.

Poskytuje 2 registrované služby č.j. KULK 40190/2007 z 31.7.2007:

- 9139875 – Domov pro seniory – kapacita – 69 klientů
- 4654168 – Domov se zvláštním režimem – kapacita – 16 klientů

Domov pro seniory (Domov důchodců Jablonecké Paseky 2013)

Poslání

Poskytovat sociální služby svým klientům v rozsahu individuálně stanovených potřeb a umožnit jim tak prožití plnohodnotného a důstojného života. Při poskytování sociálních služeb se klade velký důraz na dodržování práv na vlastní rozhodování a rozsah pomoci musí co nejvíce zachovávat a rozvíjet schopnosti a dovednosti klientů.

Cíl

Zachovat důstojný život klientů v bezpečném a přirozeném prostředí, s přiměřenou mírou pomoci, individuálně plánovanou službou a kvalifikovaným personálem.

Typy poskytovaných služeb

- ubytování v jedno a dvoulůžkových pokojích se společnou nebo samostatnou koupelnou nebo v jednolůžkových pokojích bez koupelny
- celodenní stravování ve společné jídelně nebo na pokojích
- praní osobního prádla
- celodenní ošetrovatelská péče (pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání, svlékání, při pohybu, osobní hygieně, použití WC, vyřizování osobních záležitostí,...)
- aktivační a rehabilitační služby
- kulturní a společenské akce
- individuální plánování služby
- dále služby poskytované jinými subjekty (kadeřnictví, holičství, pedikúra)

Cílem poskytovaných služeb je zajištění důstojného a bezpečného prostředí, pomoc v běžných denních aktivitách, zachování, případně zlepšení schopností, soběstačnosti, zajištění kontaktu se společenským prostředím a zabránění tak sociálnímu vyloučení, pomoc při vyřizování osobních záležitostí, zajištění důstojného a odborného zacházení.

Standardní služby hrazené z příspěvku na péči

- Pomoc a podpora při podávání jídla a pití
- Pomoc při oblékání a svlékání
- Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu
- Pomoc při přesunu na lůžko, vozík
- Pomoc při úkonech osobní hygieny
- Pomoc při použití WC
- Pomoc s úklidem pokoje, osobních věcí
- Pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Pomoc při vyřizování běžných záležitostí
- Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů

Cílová skupina

Klienti, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se postarat o svou osobu a péči nelze zajistit jiným náhradním způsobem (rodina, osobní asistence, terénní pečovatelská služba, domácí zdravotní péče,...), přičemž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici či léčebně. Klienti jsou ve věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a nenarušují společné soužití v zařízení.

Kulturní a společenské akce

- Kavárničky, hudební vystoupení, koncerty žáků ZUŠ
- Předčítání z knih, poslech hudby, sledování filmů
- Opékání uzenek, grilování masa
- Bohoslužby, setkávání s pracovníky Církve bratrské
- Aktivizační činnosti, cvičení v tělocvičně

- Pořádání výstav

Pracovníci

V Domově důchodců je zaměstnáno 68 pracovníků (pracovníci ošetrovatelské péče, zdravotní péče, sociální pracovníce, fyzioterapeut, pracovníci kanceláře, kuchyně, prádelny, údržby a úklidu).

Všichni pracovníci v přímé obslužné péči, zdravotní sestry, sociální pracovníce a ostatní odborný personál jsou průběžně nadále vzděláváni. Dále se podílí na zpracovávání a aktualizaci pracovních postupů a účastní se pravidelných metodických porad v rámci standardů kvality sociálních služeb.

Dobrovolníci

V zařízení pracuje průběžně 10 dobrovolníků. Jejich činnost spočívá ve vyplnění volného času klientů např. formou návštěv, vycházek, předčítání z knih, canisterapie. Dvakrát ročně probíhá akce „Setkání dobrovolníků“ s vedením zařízení. Při této příležitosti se poděkuje dobrovolníkům za jejich vykonanou práci.

6 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

Zkoumaný vzorek tvoří klienti Domova důchodců Jablonecké Paseky. Celkem bylo dotazováno 30 respondentů. Kritériem pro jejich výběr byl přiměřený zdravotní stav (schopnost odpovídat na otázky) a ochota zúčastnit se průzkumu. 17 respondentů vyplnilo dotazník samo, zbylých 13 s pomocí rozhovoru.

Informace o pohlaví respondentů jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 - Popis zkoumaného vzorku - pohlaví respondentů

	Počet respondentů	%
Muži	11	37
Ženy	19	63
Celkem	30	100

Z tabulky č. 2 vyplývá, že 37% respondentů jsou muži a 63% respondentů jsou ženy. Celkový počet respondentů je 30.

Informace o věku respondentů jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 - Popis zkoumaného vzorku - věk respondentů

	Počet respondentů	%
Do 65 let	1	3
66 - 75 let	9	30
76 - 85 let	17	57
86 let a více	3	10
Průměrný věk		77 let

Tabulka č. 3 popisuje věk respondentů. Z 30 respondentů jsou 3% ve věku do 65 let, 30% ve věku 66-75 let, 57% ve věku 76-85 let a 10% ve věku starších 86 let. Průměrný věk respondentů činí 77 let. Nejmladšímu respondentovi bylo v době prováděného průzkumu 63 let, nejstaršímu 87 let.

Průzkum se uskutečnil v období od listopadu 2012 do prosince 2012 v Domově důchodců Jablonecké Paseky. Jak bylo uvedeno výše, 17 respondentů vyplnilo dotazník samo, zbylých 13 s pomocí rozhovoru. Pouze 7 respondentů podalo návrh na zlepšení kvality života v daném zařízení. Vysvětlení hledáme v premise, že vlivem stáří jedinec ztrácí zájem o nové věci. Všichni respondenti odpověděli na zbývající otázky.

7 Výsledky a jejich interpretace

Výsledky průzkumu jsou pro větší přehlednost zpracovány do tabulek a grafů. Nejprve byl vyhodnocen dotazník WHOQOL-BREF, který obsahuje 26 položek rozdělených do 4 domén (fyzický stav, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných otázek (kvalita života, spokojenost se zdravím). Každá doména je znázorněna tabulkou a grafem. Tabulka č. 9 a graf č. 6 udává celkové vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF pro splnění prvního předpokladu - s kvalitou života v daném zařízení jsou respondenti spokojeni.

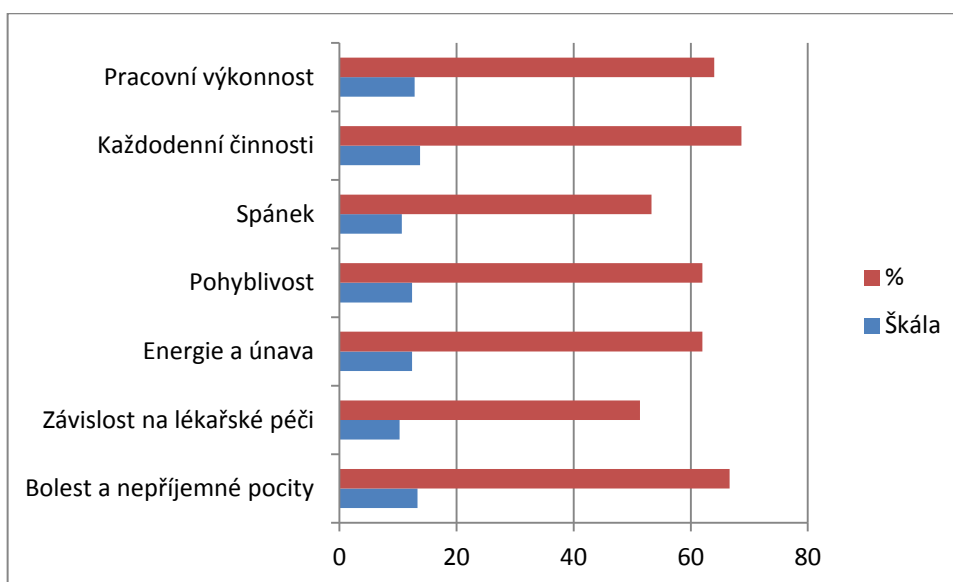
Tabulka č. 10 a graf č. 7 znázorňuje hodnocení poskytované zdravotní a sociální péče pro ověření platnosti druhého předpokladu - klienti daného zařízení budou nejlépe hodnotit poskytovanou zdravotní péči a třetího předpokladu - respondenti daného zařízení budou nejméně spokojeni se sociální péčí.

Doména I

Tabulka č. 4 - Doména I - fyzický stav

Škála			
	max. hodnota	zjištěná hodnota	% z max. hodnoty
Bolest a nepříjemné pocity	20	13,3	67
Závislost na lékařské péči	20	10,3	51
Energie a únava	20	12,4	62
Pohyblivost	20	12,4	62
Spánek	20	10,7	53
Každodenní činnosti	20	13,7	69
Pracovní výkonnost	20	12,8	64

Graf č. 1 - Doména I - fyzický stav



Doména I byla vyhodnocena ze sedmi položek v dotazníku - otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18).

Z tabulky č. 4 a grafu č. 1 vyplývá, že nejvyšší hodnotu má položka každodenní činnosti (69%). Výsledky ukazují, že mezi respondenty jsou stále aktivní lidé, kteří jsou spokojeni se svými schopnostmi každodenní činnosti vykonávat.

Nejnižší hodnotu má položka závislost na lékařské péči (51%), která doplňuje údaje o aktivitě dotazovaných.

Kasuistika

Pan Š. je 78 let starý senior žijící již třetím rokem v Domově důchodců Jablonecké Paseky. Je stále velmi aktivní, rád se prochází a to nejen v prostorách zařízení, ale i cestuje vlakem či autobusem do vzdálenosti 15 - 20 km od města Jablonec

nad Nisou. I přes zdravotní potíže a pravidelné podávání léků se necítí být závislý na lékařské péči. Je v zařízení celkem spokojený, ale zároveň odmítá pravidelné kontroly lékaře, zdravotnické pomůcky či představu upoutání na lůžko.

Zajímavou hodnotu vykazuje spánek (53%). Poruchy spánku jsou častými projevy stáří, což se, předpokládáme, odráží i v celkové hodnotě položky energie pro každodenní život (62%). Pokud má jedinec problémy s usínáním, či probouzením se předčasně ráno, je nedostatečně odpočinut a má tudíž i méně energie přes den. Senioři si často chodí odpočinout i během dne, což opět neprospívá kvalitnímu spánku přes noc.

Vysokou hodnotu 67% vykazuje položka bolest a nepříjemné pocity. Rokyta, aj. (2012, s. 35) zdůrazňují, že *„bolest je ve stáří častá, ale též často nezjištěná a podceňovaná a často špatně či nedostatečně léčená (40-60% seniorů trpí chronickou bolestí).“* Bolest ve stáří doprovázejí negativní projevy – narušený psychosociální stav, nekvalitní spánek či špatná spolupráce s okolím. U seniorů se vyskytuje rezignace na projevení bolesti a následně i léčbu, která vzniká pocitem (snahou) nebýt na obtíž rodině či zdravotníkům. *„Je nutné si uvědomit, že bolest u seniorů má daleko závažnější důsledky než u mladých, zejména na funkčnost a samoobslužnou seniorů, tedy velmi ovlivňuje kvalitu jejich života.“*

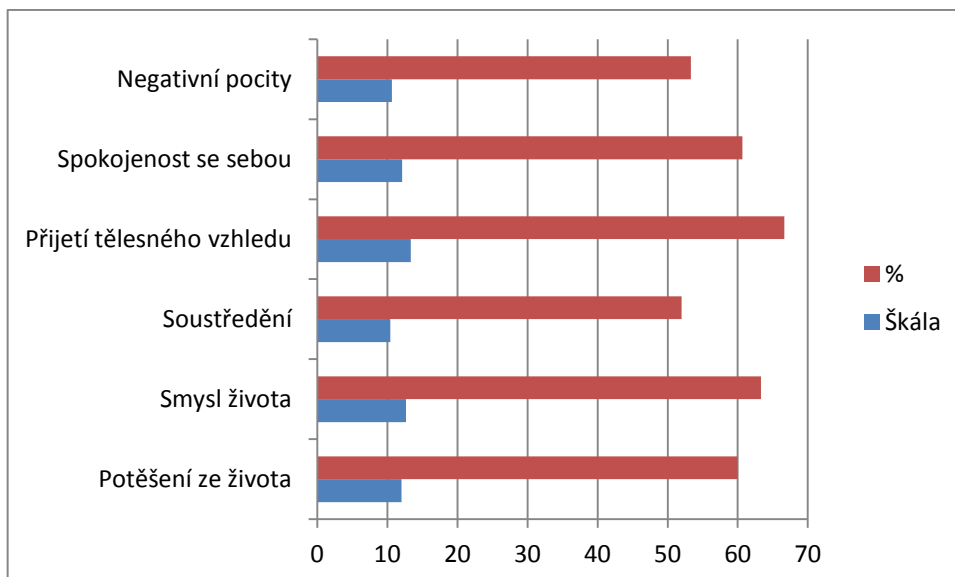
Můžeme se domnívat, že klienti Domova důchodců Jablonecké Paseky vnímají svůj fyzický stav stále pozitivně, jsou schopni běžných činností a volnočasových aktivit. Jako problematické se jeví bolest a nepříjemné pocity včetně spánku. Obojí spadá do zdravotnické péče, která je součástí poskytovaných služeb.

Doména II

Tabulka č. 5 - Doména II - prožívání

Škála			
	max. hodnota	zjištěná hodnota	% z max. hodnoty
Potěšení ze života	20	12	60
Smysl života	20	12,7	64
Soustředění	20	10,4	52
Přijetí tělesného vzhledu	20	13,3	67
Spokojenost se sebou	20	12,1	61
Negativní pocity	20	10,7	53

Graf č. 2 - Doména II - prožívání



Doména II byla vyhodnocena ze 6 položek v dotazníku - otázky č. 5, 6, 7, 11, 19, 26).

Tabulka č. 5 a graf č. 2 znázorňuje spokojenost s kvalitou života v oblasti prožívání. Nejvyšší údaj 67% vypovídá o akceptování tělesného vzhledu. Nejnižší hodnota (52%) o snížené schopnosti soustředit se.

Nadpoloviční výsledky ukazují, že respondenti přijali projevy stárí, jsou se sebou relativně spokojeni (61%) a stále mají zachovalý smysl života (64%). Vágnerová (2007, s. 411) uvádí, že „*pozitivní emoce jsou chápány jako více situačně podmíněné, a proto mají ve stárí, kdy se lidé musí vyrovnávat s mnoha ztrátami a zátěžemi, klesající tendenci.*“ Potěšení ze života (60%) mohou dávat i maličkosti, které mladší lidé nijak zvlášť nevnímají např. rozkvetlá květina, dobrý moučník, příjemná procházka.

Negativní pocity se prozatím vyskytují v menší míře (53%), důsledkem může být ještě stále nižší věk a ne tak výrazné somatické potíže.

Spokojenost s prožíváním vykazuje nižší hodnotu. Klienti si uvědomují své změny v psychických funkcích, konkrétně v soustředění. Stále mají zachovalý smysl života a těší se z něj. Negativní pocity prožívají v menší míře a ani svůj vzhled nevnímají jako problém.

„Starý člověk, který žije v ústavním zařízení, si potřebuje potvrdit svůj význam pro někoho blízkého, potřebuje být akceptován a prožívat nějaký citový vztah“ (Vágnerová 2007, s. 425). Pro zlepšení psychické pohody často pomůže návštěva rodiny a známých, procházky po okolí či návštěvy kulturních akcí.

V domově pro seniory jsou součástí poskytovaných služeb i aktivizační činnosti sloužící k procvičení paměti. Ve volném čase se mohou klienti zapojit do různých společenských akcí v podobě kavárniček, hudebních vystoupení, předčítání z knih, grilování, skupinového cvičení, výletů a dalších.

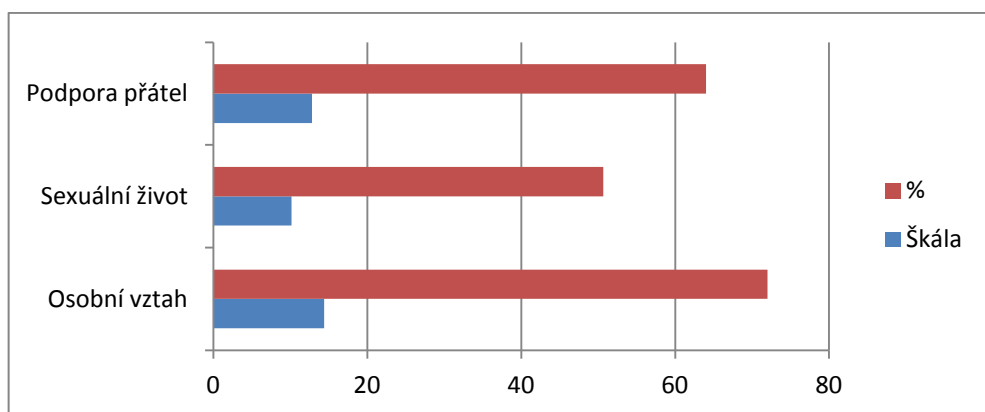
Haškovcová (2010, s. 178) upozorňuje na další možné volnočasové aktivity seniorů, které by mohly být tématem na zlepšení psychické pohody v zařízení. Mezi ně patří kutilství, sběratelství všeho druhu, hudba, zpěv, tanec. Pro ty, kteří již ze zdravotních důvodů tančit nemohou a chtějí, existuje tzv. taneční a pohybová terapie určená i pro zájemce s chronickými chorobami i nejrůznějšími formami fyzického omezení. Městská knihovna v Lounech např. zaštiťuje i divadelní soubor Třetí věk. Herečkami jsou absolventky univerzity třetího věku. Mezi oblíbené sporty seniorů patří pétanque, kuželky, šipky a další.

Doména III

Tabulka č. 6 - Doména III - sociální vztahy

Škála			
	max. hodnota	zjištěná hodnota	% z max. hodnoty
Osobní vztah	20	14,4	72
Sexuální život	20	10,1	51
Podpora přátel	20	12,8	64

Graf č. 3 - Doména III - sociální vztahy



Doména III byla vyhodnocena ze 3 položek - otázky č. 20, 21, 22.

Tabulka č. 6 a graf č. 3 popisuje stále vysoké hodnoty spokojenosti s osobními vztahy (72%) a podpory od přátel (64%). Jak vyplývá z průzkumu, nejnižší hodnotu má položka spokojenost se sexuálním životem (51%).

Doména spokojenosti se sociálními vztahy udává druhou nejvyšší hodnotu všech domén. Lidé v domovech důchodců, odtržení od svých rodin, všeobecně přidávají významu vztahu s dětmi, s vnuky a dalšími lidmi představujícími jejich zázemí. „Idealizace vlastností a chování dětí i vnuků je jedním z častých obranných mechanismů, který starým lidem pomáhá uchovávat pozitivní sebeobraz“ (Vágnerová 2007, s. 425). Je proto možné, že tento výsledek je nadhodnocen a zcela neodpovídá reálnému obrazu.

Položka sexuální život (51%) se zabývá sexuální potřebou a touhou člověka. Ve stáří lze vyjádřit tyto potřeby i něhou, dotyky, úsměvem i vzájemnou blízkostí. Jedna respondentka uvedla mimo dotazník: „Podle stavu svého zdraví a vzájemné touhy se mohou senioři milovat prakticky hodně dlouho, i když třeba způsobem odlišným.“

Sexualita je přirozená v každém věku. V domově pro seniory je však hodně ovlivněna zdravotním stavem a samotou (ovdovělostí) většiny klientů. Partnerským

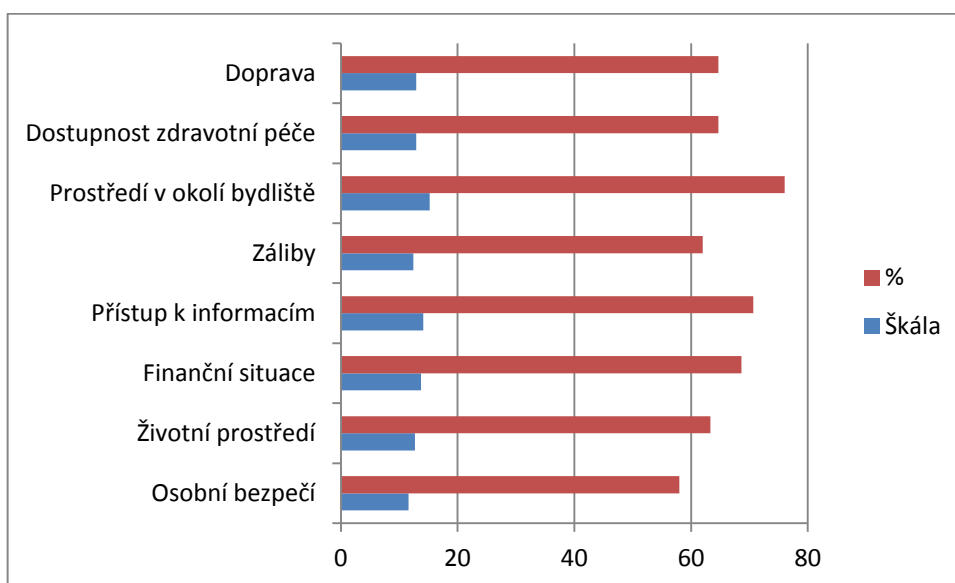
dvojicím je však umožněno žít pospolu. Také přibýlo jednolůžkových pokojů, kam si mohou klienti zvát návštěvy dle svých potřeb.

Doména IV

Tabulka č. 7 - Doména IV - prostředí

Škála			
	max. hodnota	zjištěná hodnota	% z max. hodnoty
Osobní bezpečí	20	11,6	58
Životní prostředí	20	12,7	63
Finanční situace	20	13,7	69
Přístup k informacím	20	14,1	71
Záliby	20	12,4	62
Prostředí v okolí bydliště	20	15,2	76
Dostupnost zdravotní péče	20	12,9	65
Doprava	20	12,9	65

Graf č. 4 - Doména IV - prostředí



Doména IV byla vyhodnocena z osmi položek - otázek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

V tabulce č. 7 a grafu č. 4 je uvedena spokojenost s kvalitou života v oblasti prostředí - vykazuje nejvyšší hodnotu v oblasti prostředí v okolí bydliště (76%) a nejnižší hodnotu v položce osobní bezpečí (58%).

Domov důchodců se nachází v klidném prostředí na okraji města Jablonce nad Nisou. V bezprostřední blízkosti se nachází autobusová i vlaková zastávka. Z jedné strany je domov obklopen lesním porostem, z druhé strany menším parkem. Dle výsledků průzkumu je zřejmé, že prostředí okolo domova klientům vyhovuje. Naopak je tomu u položky bezpečí. Respondenti se necítí dostatečně bezpečně ve svém prostředí. Předpokládáme, že tento výsledek může být ovlivněn i řadou objektivních podmínek jako je např. nemožnost zamknout se na pokoji (pouze v koupelně a na WC), nedostatek soukromí a velký počet klientů v zařízení. Vágnerová (2007, s. 419) upozorňuje, že *„život v instituci je spojen se ztrátou osobního zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity.“* Umístěním do zařízení *„ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí známého prostředí, které nezahrnuje jen byt, ale i jeho materiální a sociální okolí.“*

Rheinwaldová (1999, s. 37) uvádí, že při vytváření prostředí je třeba dodržovat následující fakta: *„Nejasnost a nejistotu v neznámém a nezvyklém prostředí snížíme nadpisy, značkami a symboly rozlišenými pomocí barev a světél, které umožní ubývající paměti zmapovat své okolí. Jasně odlišíme chodby vedoucí k zavřeným dveřím nebo ke schodišti, nebezpečnému pro obyvatele. Tím vším šetříme seniorům energii a frustraci z bloudění.“*

Respondenti dále projevili spokojenost s přístupem k informacím (71%) a finanční situací (69%). Informace mohou klienti domova čerpat z novin, rádia, televize a někteří i prostřednictvím internetu. V případě potřeby se mohou obracet na příslušné sociální pracovnice. Finanční situace je u mnoha klientů daná již z povinnosti vyplývající z uzavření smlouvy. Klient si hradí náklady (pobyt a stravu) sám, avšak po uhrazení mu musí ze zákona zůstat minimálně 15% z jeho příjmu. Jelikož má poté základní potřeby zajištěné, zbývá dostatek financí na ostatní výdaje. Předpokládáme, že starší lidé již nemají vysoké nároky a jejich hodnoty jsou spíše duchovní než materiální.

Doprava (65%) a dostupnost zdravotní péče (65%) je v nadpoloviční hodnotě. Jak bylo uvedeno výše, domov důchodců se nachází v bezprostřední blízkosti vlakové i autobusové zastávky. Někteří respondenti uvedli, že je dle potřeby dopravují rodinní příslušníci. Zdravotní a ošetrovatelská péče je zajištěna přímo v budově domova. Lékař do zařízení dochází 1x týdně.

Záliby (62%) v domově důchodců bývají jiné než v domácím prostředí. Tím, že je zajištěná strava, úklid, praní prádla, zbývá klientům dostatek času na zábavu. Jsou

však nuceni se přizpůsobit zdejšími podmínkám. Domov důchodců Jablonecké Paseky pořádá v rámci poskytovaných služeb pravidelné i nepravidelné akce, např. bohoslužby, kavárničky, předčítání z knih, poslech hudby, akce při příležitosti MDŽ, koncerty žáků ZUŠ, návštěva divadel, trhů, pořádání výstav, letní grilování a další. Dle rozhovorů s některými klienty bylo zjištěno, že nejčastější zálibou je sledování televize, četba a poslouchání rozhlasu. Dále jsou oblíbené vycházky a kavárničky, kde je možné zakoupit si kávu, čaj, zákusek nebo i zmrzlinový pohár. Ze zkušenosti místních sociálních pracovníků se klienti do jiných aktivit moc nezapojují, důvodem je ztráta zájmu nebo rezignace.

Pro srovnání uvádíme příklad nabízených aktivizačních programů v domově důchodců Rokytnice nad Jizerou. Nepravidelně se zde konají např. vystoupení dětí z mateřských a základních škol, vystoupení různých umělců, taneční zábavy s živou hudbou, vánoční posezení. Pravidelně jedenkrát v týdnu se opakuje pět programů - naslouchání, zpívání, kino, biblická hodina a reminiscenční terapie. Mezi denní programy patří ergoterapie, výroba drobných předmětů, pletení košíků, háčkování a další.

Rheinwaldová (1999, s. 34) dodává, že jedním z důvodů sníženého zájmu o programy může být řád, který v mnoha domovech panuje tak jako v nemocnicích. Je více zaměřen na pohodlí personálu než obyvatelů. „*V určitou hodinu je budiček, pak snídaně, oběd, různé terapie, večere. Obyvatelé nemají nad neměnnými rituály kontrolu. Rekreační aktivity jsou dobrovolné, a tak zůstávají tím jediným, co mohou lidé ve svém životě kontrolovat. Tím jsou motivováni neúčastnit se jich.*“ Při jednání s obyvateli je třeba zjistit všechny důvody neúčasti na aktivitách. Důležitá je motivace chápavým postojem a ujišťováním o bezpečí a pohodě a to s velkou dávkou trpělivosti a náležitou úctou ke stáří.

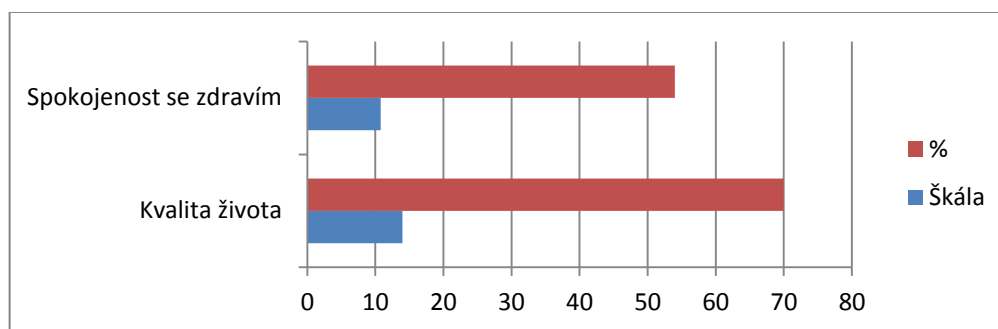
Doména prostředí vykazuje nejvyšší hodnotu spokojenosti ze všech domén. Lze říci, že nejvíce jsou klienti domova spokojeni s prostředím okolo bydliště, přístupem k informacím, finanční situací, dostupností zdravotní péče a dopravou. Nejméně spokojeni jsou v oblasti osobního bezpečí. Lze předpokládat, že výsledek může být ovlivněn i řadou objektivních podmínek jako je např. nemožnost zamknout se na pokoji (pouze v koupelně a na WC), nedostatek soukromí a velký počet klientů v zařízení.

Vyhodnocení položek č. 1 a 2 z dotazníku: hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím (viz tabulka č. 8, graf č. 5)

Tabulka č. 8 - Hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím

	Škála		
	max hodnota	zjištěná hodnota	% z max. hodnoty
Kvalita života	20	14	70
Spokojenost se zdravím	20	10,8	54

Graf č. 5 - Hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím



Dotazník WHOQOL - BREF je rozdělen do 4 domén, znázorněné výše a dvou samostatných položek - otázky č. 1 hodnotící kvalitu života a otázky č. 2 znázorňující spokojenost se zdravím.

Jak vyplývá z průzkumu, respondenti hodnotí kvalitu života 70%. Je zajímavé, že hodnota převyšuje výsledky jednotlivých domén. Domníváme se, že pobyt v domově důchodců vnímají klienti více racionálně. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 422), pobyt v něm přijímají „jako nutnost v situaci, kdy dosavadní status není z nějakého důvodu možné udržet. Nejčastějším důvodem rozhodnutí odejít do domova důchodců je zhoršení zdravotního stavu a z toho vyplývající nezvládnutí domácích prací a sebeobsluhy.“ Z tohoto důvodu může být celková spokojenost s kvalitou života vyšší, než při zaměření se na konkrétní oblasti uvedených domén.

Spokojenost se zdravím hodnotí klienti domova 54%. Dá se předpokládat, že problémy budou narůstat s přibývajícími léty. Tím bude docházet i k větší závislosti na poskytované péči. „Potřeby starších seniorů odrážejí proměnu jejich fyzického i psychického stavu, úbytek soběstačnosti i sociálních kontaktů a s tím související subjektivní prožívání kvality vlastního života“ (Vágnerová 2007, s. 413). Dle výpovědi respondentů, jsou si klienti domova vědomi, že se jejich zdravotní stav mění,

přizpůsobují tomu i své nároky. Jak uvedla jedna klientka: „*Jsem ráda, že ráno vstanu z postele a posnídám. Jsou tady tací, kteří již nevstanou.*“

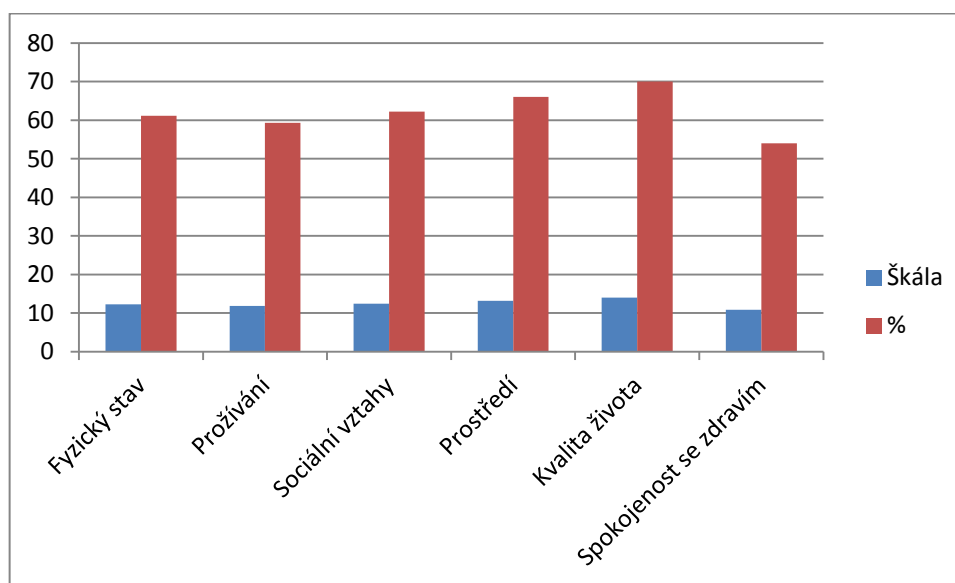
Vágnerová (2007, s. 403) dále upozorňuje, že „*uvědomění zhoršování či ztráty důležitých kompetencí se samozřejmě odráží i v psychickém ladění a pocitu životní pohody.*“ Avšak dle Haškovcové (2010, s. 254) není kvalita života vázána pouze na stav zdraví. „*Prožitek kvality života je fenomén plastický a důležité je, že může existovat i v nemoci či v jiné nepřízní osudu.*“

Celkové vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF (viz tabulka č. 9, graf č. 6)

Tabulka č. 9 - Celkové vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF

Škála			
	max. hodnota	zjištěná hodnota	% z max. hodnoty
Fyzický stav	20	12,2	61
Prožívání	20	11,9	59
Sociální vztahy	20	12,4	62
Prostředí	20	13,2	66
Kvalita života	20	14	70
Spokojenost se zdravím	20	10,8	54
Průměrná hodnota	20	12,4	62

Graf č. 6 - Celkové vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF



Pro celkové vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF byly použity údaje z domén I (fyzický stav), II (prožívání), III (sociální vztahy), IV (prostředí) a otázek č. 1 (hodnocení kvality života) a 2 (spokojenost se zdravím).

Z tabulky č. 9 a grafu č. 6 vyplývá nadpoloviční spokojenost (62%) s kvalitou života v Domově důchodců Jablonecké Paseky.

Rozhodnutí pro umístění do domova důchodců bývá obvykle racionální. Klienti většinou vnímají svůj pobyt v domově jako vhodné řešení jejich situace v době, kdy již nejsou schopni žít osaměle ve svém domácím prostředí.

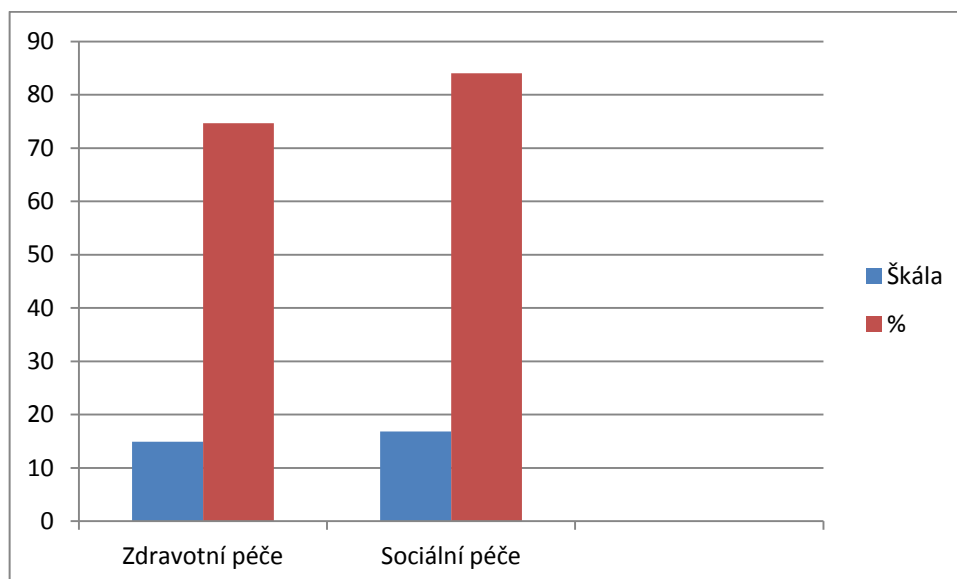
I přes některé objektivní či subjektivní nedostatky, klienti vnímají kvalitu svého života spíše pozitivně. Pobyt v domově jim umožňuje případnou pomoc či podporu potřebnou s přibývajícím věkem a dobré vybavení domova včetně kvalitního personálu jim zaručuje do konce života pobyt v důstojném prostředí.

Vyhodnocení položek č. 27 a 28 z dotazníku: hodnocení zdravotní a sociální péče (viz tabulka č. 10, graf č. 7)

Tabulka č. 10 - Hodnocení zdravotní a sociální péče

	Škála		
	max. hodnota	zjištěná hodnota	% z max. hodnoty
Zdravotní péče	20	14,9	75
Sociální péče	20	16,8	84

Graf č. 7 - Hodnocení zdravotní a sociální péče



Z tabulky č. 10 a grafu č. 7 vychází, že s poskytovanou zdravotní péčí jsou respondenti spokojeni z 75%.

Zdravotní péče v zařízení zahrnuje různé ošetrovatelské úkony (injekce, podávání léků, převazy, výtěry z krku, odběry moče, stolice,...), vedení zdravotní dokumentace od přijetí klienta do zařízení. Práci vykonávají zdravotní sestry, lékař do zařízení dochází 1x týdně. Cílem je zlepšení nebo alespoň udržení zdravotního stavu klientů.

Z průzkumu vyplývá, že spokojenost s kvalitou poskytované zdravotní péče je nadpoloviční. Někteří respondenti si péči velmi chválili, jiní by uvítali častější návštěvy lékaře.

Spokojenost se sociální péčí hodnotili klienti domova z 84%. Práce sociálních pracovníků zahrnuje úkony od přijetí klienta až po jeho odchod ze zařízení. Sociální pracovníce jsou v každodenním kontaktu se svými klienty. Vedou jejich dokumentaci, spravují finance, poskytují informace, zajišťují aktivity, jednají s rodinou. Jejich práce je vykonávána dvěma pracovníci, které potřebné úkony provádí s ohledem na individuální přání a potřeby klientů.

Vyhodnocení položky č. 29 z dotazníku: volné odpovědi k vyjádření návrhů směřujících ke zlepšení kvality života v daném zařízení.

Jak bylo uvedeno výše, dotazník byl předkládán třiceti respondentům, přičemž návrh ke zlepšení kvality života v daném zařízení podalo pouze sedm z nich. Domníváme se, že vlivem stáří jedinci ztrácí zájem o nové věci.

Zmíněné návrhy obsahovaly přání v podobě:

- více návštěv divadel, knihovny, zájezdů do přírody
- zapojení se do denních činností (vaření, pečení)
- více klidu a soukromí
- méně osamělosti
- častější návštěva lékaře v zařízení

7.1 Vyhodnocení platnosti předpokladů

Předpoklad č. 1: Předpokládáme, že s kvalitou života v daném zařízení jsou respondenti spokojeni.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že spokojenost s kvalitou života v daném zařízení je 62% (tabulka č. 9, graf č. 6, s. 59), přičemž upozorňujeme na průměrný věk respondentů 77 let (viz tabulka č. 3, s. 48).

V oblasti fyzického stavu vykazuje hodnotu 61%, v oblasti prožívání 59%, v oblasti sociálních vztahů 62%, v oblasti prostředí 66%. Kvalita života jako doplňující otázka je hodnocena 70%, spokojenost se zdravím 54%.

Nadpoloviční spokojenost vyplývající z průzkumu ukazuje, že respondenti Domova důchodců Jablonecké Paseky žijí kvalitním a důstojným životem.

Vágnerová (2007, s. 424) ve své publikaci poukazuje na průzkum s podobným závěrem. Z výsledků vyplynulo, že *„se svým životem v domově důchodců byli celkem spokojeni všichni lidé mladší 75 let, 84,6% seniorů ve věku 75-90 let, ale už jen 57,1% velmi starých lidí ve věku nad 90 let.“* Upozorňuje na skutečnost, že *„spokojenost s životem v domově důchodců je nepřímě úměrně závislá na věku.“*

Ověření předpokladu: Předpoklad se potvrdil.

Předpoklad č. 2: Předpokládáme, že klienti daného zařízení budou nejlépe hodnotit poskytovanou zdravotní péči.

Provedený průzkum udává hodnoty ve výši 75% u zdravotní péče oproti sociální péči, která vykazuje hodnotu 84% (tabulka č. 10, graf č. 7, s. 60). Z výše uvedeného vyplývá, že spokojenost s poskytovanou sociální péčí je klienty hodnocena lépe než péče zdravotní.

V oblasti zdravotní péče klienti předpokládali častější kontakt s lékařem a více času pro komunikaci ze strany zdravotních sester.

Haškovcová (2010, s. 279) uvádí, že zejména senioři, kteří nikoho nemají, chtějí mít alespoň „svou“ sestru. Často se upnou k jedné a přenáší na ni více závazků, které nemůže splnit. Je proto důležité, aby ona i nemocný pamatovali na přiměřenost. „Pokud je to možné, je třeba důsledně dbát na to, aby nebylo slíbeno víc, než je reálné.“

Vágnerová (2007, s. 418) dodává, že vztah pečovatelů ke starým lidem, bývá poměrně snadno méně přiměřený a emočně vyhraněnější. Starý člověk se na pečovatele nadměrně fixuje a snadněji zaujímá negativní, někdy až otevřeně konfliktní postoj.

Cílem zdravotnické péče je zlepšení nebo alespoň zachování schopností klienta a to s ohledem na jeho individuální potřeby. Je pochopitelné, že při dlouhodobém chronickém onemocnění je tento úkol nelehký. I přesto je kvalita poskytované zdravotní péče vnímána jako vysoká (nadpoloviční hodnota).

Ověření předpokladu: Předpoklad se nepotvrdil.

Předpoklad č. 3: Domníváme se, že respondenti daného zařízení budou nejméně spokojeni se sociální péčí.

Z provedeného průzkumu vyplývá, že spokojenost s poskytovanou sociální péčí (84%) je hodnocena lépe než péče zdravotní (75%), (tabulka č. 10, graf č. 7, s. 60).

Práce sociálních pracovníků v oblasti sociální péče zahrnuje úkony od přijetí klienta až po ukončení jeho pobytu v zařízení. Pracovnice vedou dokumentaci, spravují finance, poskytují informace. Dále v oblasti sociální péče zajišťují aktivity pro seniory včetně pravidelných „kavárniček“ konaných 1x v měsíci. Potřebné úkony jsou prováděny s ohledem na přání a potřeby klientů. Průzkum vykazuje velmi vysoké procento spokojenosti s těmito službami, což je jistě ovlivněno i chováním a jednáním přítomných pracovníků v zařízení. Domníváme se však, že sociální práce je více závislá na dobrovolnosti klientů oproti zdravotní péči. Její náplň spočívá především v příjemných aktivitách, ze kterých si jedinec vybere dle svých potřeb, aktuální nálady, možností a schopností. Z tohoto důvodu může spokojenost s poskytovanou sociální péčí vykazovat vyšší procento.

Ověření předpokladu: Předpoklad se nepotvrdil.

8 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse

Praktická část se zabývala průzkumem mezi klienty Domova důchodců Jablonecké Paseky, konkrétně zjišťovala kvalitu života v daném zařízení. Zvolenou metodou byl dotazník a analýza spisové dokumentace. Cílem bylo zjistit subjektivní vnímání kvality života a objektivní podmínky poskytovaných služeb.

Dotazník byl zaměřen na široký okruh aspektů ovlivňující kvalitu života. Bylo použito zkrácené verze dotazníku WHOQOL-100, WHOQOL - BREF. Ten obsahuje 26 položek rozdělených do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných otázek na zjištění kvality života a spokojenosti se zdravím. Pro splnění všech tří předpokladů byl dotazník WHOQOL - BREF ještě rozšířen o 5 doplňujících otázek. 28 otázek se týkalo kvality života, 1 otázka dávala prostor pro vyjádření návrhů směřujících ke zlepšení kvality života v daném zařízení, 2 otázky byly informativního charakteru (věk a pohlaví respondentů).

Průzkumu se zúčastnilo 30 respondentů, z nichž bylo 11 mužů a 19 žen. Jejich výběr byl zvolen s ohledem na zdravotní stav (schopnost odpovídat na otázky) a ochotu zúčastnit se průzkumu.

Výsledky jednotlivých domén dotazníku ukázaly následující:

61% spokojenost s fyzickým stavem, 59% spokojenost s prožíváním, 62% spokojenost se sociálními vztahy, 66% spokojenost s prostředím. 70% spokojenost s kvalitou života a 54% spokojenost se zdravím. Průměrná hodnota dotazníku WHOQOL-BREF je 62%.

Dále byla zjišťována spokojenost s poskytovanou zdravotní péčí, která vykázala hodnotu 75% a spokojenost s poskytovanou sociální péčí hodnocena 84%.

Můžeme se domnívat, že klienti Domova důchodců Jablonecké Paseky vnímají svůj fyzický stav stále pozitivně, jsou schopni běžných činností a volnočasových aktivit. Jako problematické se jeví bolest a nepříjemné pocity včetně spánku. Obojí spadá do zdravotnické péče, která je součástí poskytovaných služeb. Na častou přítomnost bolesti ve stáří upozorňuje Rokyta, aj. (2012, s. 35). „*Bolest je ve stáří častá, ale těž často nezjištěná a podceňovaná a často špatně či nedostatečně léčená (40-60% seniorů trpí chronickou bolestí).*“ Je proto nutné si uvědomit, že nedostatečná léčba přispívá ke ztrátě sebeobsluhy, což má vliv na celkovou kvalitu jejich života.

Spokojenost s prožíváním vykazuje nižší hodnotu. Klienti si uvědomují své změny v psychických funkcích, konkrétně v soustředění. Stále mají zachovalý smysl

života a těší se z něj. Negativní pocity prožívají v menší míře a ani svůj vzhled nevnímají jako problém. Pro zlepšení psychické pohody často pomůže návštěva rodiny a známých, procházky po okolí, či návštěvy kulturních akcí.

V domově pro seniory jsou součástí poskytovaných služeb i aktivizační činnosti sloužící k procvičení paměti. Ve volném čase se mohou klienti zapojit do různých společenských akcí v podobě kavárniček, hudebních vystoupení, předčítání z knih, grilování, skupinového cvičení, výletů a dalších.

Haškovcová (2010, s. 178) upozorňuje na další možné volnočasové aktivity seniorů, které by mohly být tématem na zlepšení psychické pohody v zařízení. Mezi ně patří kutilství, sběratelství všeho druhu, hudba, zpěv, tanec. Spokojenost se sociálními vztahy udává druhou nejvyšší hodnotu všech domén. Vágnerová (2007, s. 425) podotýká, že lidé v domovech důchodců, odtržení od svých rodin, všeobecně přidávají významu ve vztahu s dětmi, s vnuky a dalšími lidmi představujícími své zázemí. Je proto možné, že výsledek je nadhodnocen a zcela neodpovídá skutečnému stavu.

Sexualita je přirozená v každém věku. V domově pro seniory je však hodně ovlivněna zdravotním stavem a samotou (ovdovělostí) většiny klientů. Partnerským dvojicím je však umožněno žít pospolu. Také přibýlo jednolůžkových pokojů, kam si mohou klienti zvát návštěvy dle svých potřeb.

Z průzkumu vyplynulo, že nejvíce jsou klienti domova spokojeni s prostředím okolo bydliště, přístupem informací, finanční situací, dostupností zdravotní péče a dopravou. Nejméně spokojeni jsou v oblasti osobního bezpečí. Lze předpokládat, že výsledek může být ovlivněn i řadou objektivních podmínek jako je např. nemožnost zamknout se na pokoji (pouze v koupelně a na WC), nedostatek soukromí a velký počet klientů v zařízení.

Spokojenost se zdravotní a sociální péčí vykazuje nadprůměrné hodnoty, avšak poskytovaná sociální péče byla hodnocena lépe než zdravotní péče. Dá se předpokládat, že sociální práce je více založena na dobrovolnosti klientů, zahrnuje úkony, které seniora nijak nestresují, nepocit'uje u nich bolest ani strach. K lepšímu hodnocení může přispět i jednání přítomných pracovníků, jejich ochota a vstřícnost. Naopak u zdravotní péče klienti předpokládali častější kontakt s lékařem a více času pro komunikaci ze strany zdravotních sester. Haškovcová (2010, s. 279) uvádí, že zejména senioři, kteří nikoho nemají, chtějí mít alespoň „svou“ sestru. Často se upnou k jedné a přenáší na ni více závazků, které nemůže splnit. Je proto důležité, aby ona i nemocný pamatovali na přiměřenost.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit spokojenost s kvalitou života v Domově důchodců Jablonecké Paseky a podat návrhy případných změn vedoucích ke zvýšení kvality života a spokojenosti klientů daného zařízení.

V teoretické části byla s využitím odborného textu uvedena teorie zabývající se stářím, stárnutím, potřebami seniorů a kvalitou jejich života. Dále byla zmíněna možná péče o seniory s využitím standardů kvality sociálních služeb a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Praktická část bakalářské práce se zabývala průzkumem mezi klienty Domova důchodců Jablonecké Paseky, konkrétně jejich subjektivním vnímáním kvality života v daném zařízení a objektivními podmínkami poskytovaných služeb. Průzkumu se zúčastnilo celkem 30 respondentů.

Informace byly získány prostřednictvím dotazníku WHOQOL-BREF, který byl rozšířen ještě o 5 doplňujících otázek k ověření všech předpokladů. 28 otázek se týkalo kvality života, 1 otázka dávala prostor pro vyjádření návrhů směřujících ke zlepšení kvality života v daném zařízení, 2 otázky byly informativního charakteru (věk a pohlaví respondentů). Další metodou zjišťování informací byla analýza spisové dokumentace uvedeného zařízení.

Spokojenost s kvalitou života v domově důchodců činila 62%. Dle výsledků jednotlivých domén je zřejmé, že nejvíce jsou klienti spokojeni s oblastí prostředí, poté se sociálními vztahy, s fyzickým stavem a nakonec s prožíváním.

Spokojenost s poskytovanou zdravotní péčí vykazovala hodnotu 75%, spokojenost se sociální péčí činila 84%.

Na kvalitu života má vliv mnoho faktorů. Haškovcová (2010, s. 254) připomíná, že *„kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může konstatovat, zda se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Jisté je, že chybí-li zdraví nebo je-li výrazným způsobem oslabeno, je třeba sladit individuální aktivity s aktuálními možnostmi.“*

Domov důchodců je organizací, která má za cíl poskytnout lidem závislým na péči druhé osoby plnohodnotný, aktivní a důstojný život v bezpečném a přirozeném prostředí. Poskytuje zdravotnické a ošetrovatelské služby, ubytování a stravu, kulturní a společenské akce a to vše s ohledem na individuální plánování každého klienta.

Z průzkumu vyplynulo, že klienti jsou domově pro seniory spokojeni, některé zmíněné oblasti jim však celkovou kvalitu života v zařízení snižují. Tyto nedostatky byly zohledněny při výběru navrhovaných opatření, která mohou v budoucnu sloužit jako podklad pro zlepšení objektivních podmínek daného zařízení. Je však třeba připomenout, že Domov důchodců Jablonecké Paseky je závislý na ekonomických možnostech.

NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Z výše uvedených výsledků se domníváme, že kvalitu života v Domově důchodců Jablonecké Paseky ovlivňuje celá řada faktorů, od vnitřního prožívání po vnější podmínky daného zařízení. Navrhovaná opatření byla vytvořena s přihlédnutím k provedenému průzkumu, avšak je třeba si uvědomit, že některá jsou závislá na finančních možnostech daného zařízení i Libereckého kraje jako zřizovatele. Přesto byla zmíněna pro případ budoucího zlepšení situace.

Jako první navrhované opatření doporučujeme rozšíření aktivizačních činností. Mnoho klientů projevilo zájem o více kulturních a společenských akcí. Dále z průzkumu vyplynulo, že mezi respondenty jsou stále aktivní lidé, kteří by se více zapojili do denních činností v rámci soběstačnosti (např. praní prádla, žehlení, vaření, zalévání květin,...). Vhodné by byly i různé aktivizační terapie, např. ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, zooterapie, případně pro zvýšení atraktivnosti sportu by bylo vhodné vybudovat hřiště v prostorách zařízení pro pétanque, kuželky nebo šipky.

Na podporu soukromí navrhujeme zřídit více jednolůžkových pokojů. Dále pro zvýšení bezpečí, pohyblivosti a schopnosti se orientovat je vhodné umístit na stěny a dveře nadpisy či značky viditelné pomocí barev nebo světla. Rheinwaldová (1999, s. 37) tato značení doporučuje zejména novým klientům či lidem s ubývajícím pamětí. Pomohou tak lépe zmapovat své okolí a budou ušetřeni energie a frustrace z bloudění.

Volné odpovědi respondentů vypovídají o pocitu osamělosti v daném zařízení. Ke zlepšení jim pomáhá přítomnost personálu či dobrovolníků. Jejich počet je však v organizaci omezen. Bylo by proto vhodné zvýšit počet personálu a více motivovat stávající (budoucí) dobrovolníky. Je možné např. upozornit na jejich nedostatek na vhodných místech, kam dochází senioři či dlouhodobě nezaměstnaní lidé (Úřad práce, Okresní správa sociálního zabezpečení, praktičtí lékaři,...).

Dalším navrhovaným opatřením doporučujeme zajistit lékařskou péči alespoň 2-3x do týdne. V současné době z kapacity celého Domova důchodců zbývá lékařům minimum času na jednotlivé klienty, kteří však poskytování léčebné péče v zařízení očekávají a vyžadují.

Pro klienty zařízení jsou velmi důležité blízké vztahy, obzvláště vztahy s rodinou. Je proto třeba je podporovat a udržovat. V případě delší vzdálenosti od bydliště navrhujeme zřízení návštěvní místnosti a místnosti na přespaní.

Pro nové klienty v době adaptace by bylo vhodné zavést tzv. adaptační skupinu. Králíček, Králíčková (2004, s. 143-144) tuto skupinu doporučují pro ulehčení přechodu novým klientům do zařízení a následný pobyt v něm. Skupina by se měla scházet pravidelně jednou za čtrnáct dní, přičemž maximální možnost být její součástí je devět měsíců.

Posledním navrhovaným opatřením doporučujeme zavést supervizi pro pracovníky poskytující zdravotní i sociální péči. Supervize pomáhá „*v prevenci syndromu vyhoření, zaškolování nových pracovníků, v podpoře vzdělávání a v osobnostním rozvoji jednotlivých pracovníků i celých týmů*“ (Malíková 2011, s. 140).

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3901-4.

Domov důchodců Jablonecké Paseky [online]. [vid. 20. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.dd-jablonec.cz/>.

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ J., 2006. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.

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

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HNILICOVÁ, H., 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J., aj. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 205 – 216. ISBN 80-7254-657-0.

JANEČKOVÁ, H., 2005. Životní události a kvalita života. In: PAYNE, J., aj. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 451 – 472. ISBN 80-7254-657-0.

JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.

Klinika adiktologie: Nástroje pro evaluaci preventivních a léčebných programů [online]. [vid. 25. 2. 2013]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>.

KRÁLÍČEK L., KRÁLÍČKOVÁ T., 2004. Komunitně-skupinová práce se seniory v adaptačním období v domově důchodců. *Sociální práce*, roč. 2, s. 143-147. ISSN 1213-624.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘÍŽOVÁ, E., 2005. Kvalita života v kontextu všedního dne. In: PAYNE, J., aj. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, s. 217 – 233. ISBN 80-7254-657-0.

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O., aj., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

- MATOUŠEK, O., aj., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MPSV 2012a. *Sociální služby* [online]. [vid. 20. 9. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.
- MPSV 2012b. *Sociální služby, kvalita sociálních služeb – standardy, podpora* [online]. [vid. 20. 9. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>.
- MPSV 2012c. *Zaměstnanost a ÚP, sekce politiky zaměstnanosti a trhu práce* [online]. [vid. 20. 9. 2012]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>.
- MPSV, 2008. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012*. 1. vyd. Praha: Hartpress. ISBN 978-80-86878-65-2.
- PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatric: Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica. ISBN 80-85526-32-8.
- RHEINWALDOVÁ, E., 1999. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-828-8.
- ROKYTA, R., aj., 2012. *Léčba bolesti ve stáří*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2662-8.
- STUART-HAMILTON, I., 1999. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie. II., Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In MPSV [online]. 2009 [vid. 20. 9. 2012]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf.

SEZNAM PŘÍLOH

P1 - Dotazník WHOQOL – BREF

P1 - Dotazník WHOQOL – BREF

Dotazník kvality života v Domově pro seniory v Jabloneckých Pasekách

Vážená paní, vážený pane,

dostáváte do rukou dotazník, který bude podkladem pro vypracování mé bakalářské práce. Cílem je zjistit kvalitu života a spokojenost ve Vámi užívaném domově pro seniory. Dotazník je zcela anonymní, proto prosím o pravdivé odpovědi.

Děkuji Vám za jeho vyplnění a čas, který jste mu věnovali.

Blanka Ševčíková

studentka 3. ročníku Technické univerzity

fakulty přírodovědně humanitní a pedagogické

obor sociální pracovník

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen n/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen n/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5

	velmi nespokoje n/a	nespokoje n/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokoje n/a	velmi spokojen /a
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Doplňující otázky:

	velmi nespokoje n/a	nespokoje n/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokoje n/a	velmi spokojen /a
27. Jak jste spokojen/a s poskytovanou zdravotní péčí (práce ošetřovatelů, zdravotních sester atd.)?	1	2	3	4	5
28. Jak jste spokojen/a s poskytovanou sociální péčí (práce sociálních pracovníků)?	1	2	3	4	5

29. Prosím, doplňte Vaše návrhy směřující ke zlepšení kvality života v daném zařízení:

.....

.....

.....

.....

.....

30. Věk:.....

31. Pohlaví:.....

Děkujeme Vám za spolupráci.