

Kvalita života klienta v zařízení poskytujícím sociální služby

Bedřiška Čechmánková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bedřiška ČECHMÁNKOVÁ**
Osobní číslo: **H108027**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života klienta v zařízení poskytujícím sociální služby**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na problematiku života v domově pro seniory;
 - na hledání odpovědi na otázku, je v daném zařízení dostatečná kvalita života pro uvedenou cílovou skupinu;
 - na možnosti sociální pedagogiky při práci se seniory a hledání nových směrů a možností.
- Součástí práce bude drobný sociologický průzkum zaměřený na zjištění kvality života v Domově pro seniory.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Haškovcová, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990.

Hogenová, A. Kvalita života a tělesnost. Praha: Karolinum, 2002.

Kalvach, Z. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004.

Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001.

Pacovský, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jaromír Pospíchal

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Zechmáková

Jméno, příjmení studenta

V Brně *20. 11. 2013*

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je kvalita života klienta v zařízení poskytujícím sociální služby. Práce se zabývá problematikou života seniorů v zařízení sociální péče. Pozornost je věnována subjektivnímu vnímání kvality života seniorů v Domově pro seniory Vyškov.

Práce je členěna na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část je zaměřena na období stáří a stárnutí, na vymezení pojmu kvalita života, možné způsoby jejího měření a na sociální služby.

Empirická část je věnována charakteristice prostředí a kvalitativnímu výzkumu. Cílem této části je zjištění, jak vnímají uživatelé Domova pro seniory Vyškov svou kvalitu života a zda sociální pedagogika může přispět ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení.

Klíčová slova:

stárnutí, stáří, senior, uživatel, sociální služby, kvalita života, domov pro seniory

ABSTRACT

The topic of my bachelor's thesis is clients' life quality in a social care institution. The thesis is interested in life of seniors in a social care institution. The attention is given to subjective viewing of life quality of seniors in Rest Home for Seniors in Vyškov.

The thesis is divided into two parts - the theoretic one and the empiric one.

The theoretic part is aimed to the period of old age and growing old, to definition of life quality, to various possible ways of its measurement and to social care institutions. The empiric part is pointed to environment characteristics and to qualitative research. The target of this part is to discover what way the seniors in Vyškov's Rest Home perceive quality of their lives and if the social pedagogy can help to improvement of life quality of seniors in mentioned institution.

Keywords:

growing old, old age, senior, user of social services, social services, life quality, rest home for seniors

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Jaromíru Pospíchalovi za trpělivou, vstřícnou a velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji také mé rodině za poskytnutí morální podpory a pomoci.

Zároveň mé poděkování patří seniorům z Domova pro seniory ve Vyškově, kteří pro mě byli inspirací a věnovali mi svůj čas a důvěru během rozhovoru na téma mé bakalářské práce.

Zestárnout není umění, umění je to snést.

Johann Wolfgang Goethe

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Brno 28. listopadu 2013

.....

Bedřiška Čechmánková

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	11
1.1 VĚKOVÁ PERIODIZACE	11
1.1.1 Biologické stáří	14
1.1.2 Sociální stáří.....	14
1.2 STÁŘÍ A VĚDECKÉ DISCIPLÍNY	15
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	17
1.4 TĚLESNÉ, SOCIÁLNÍ A PSYCHICKÉ ZMĚNY	20
2 KVALITA ŽIVOTA	21
2.1 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	23
2.2 PŘÍSTUPY K HODNOCENÍ A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	24
2.3 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA U SENIORŮ.....	28
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	30
3.1 PROCES TRANSFORMACE.....	30
3.2 POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	32
3.3 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 EMPIRICKÝ VÝZKUM.....	37
4.1 CÍL VÝZKUMU A POUŽITÁ METODA	37
4.2 PROSTŘEDÍ VÝZKUMU	38
4.3 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	40
4.4 ZÍSKANÁ DATA.....	44
4.5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	49
ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	58
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Život člověka je jako báseň, která má svůj začátek a konec.

*„Není to délka básně, co činí báseň krásnou – a není to délka života,
ale jeho kvalita, co dělá život krásným.“*

(Seneca)

Od okamžiku zrození začínáme stárnout. Je to neúprosný zákon, který nechává známky na našem těle. Čím jsem starší, tím jsou změny na těle patrnější.

Lidský život je členěn do několika vývojových etap a moje bakalářská práce pojednává o etapě, pro niž jsou charakteristické mnohé bio-psycho-sociální změny. Tyto změny značně ovlivňují kvalitu života.

Kvalita života seniorů je tématem, které v dnešní moderní společnosti nabývá na významu. Česká společnost významně stárne a senioři se stávají stále rostoucí skupinou občanů. Zvýšená pozornost je věnována otázce kvality života uživatelů zařízení sociálních služeb. Právě touto otázkou se zabývám ve své bakalářské práci.

Jako sociální pracovnice v Domově pro seniory Vyškov jsem v častém v kontaktu se seniory a zvolené téma bakalářské práce je mi blízké především mou profesionální praxí. Zajímalo mě, jak senioři v zařízení, v němž pracuji, vnímají kvalitu svého života.

Prožít závěrečnou etapu života v zařízení sociální péče je pro mnohé seniory rozhodnutí velmi zásadní. Někteří o tomto kroku uvažují ještě v době své plné soběstačnosti, jiní si tuto myšlenku nechtějí připustit až do poslední chvíle nástupu do zařízení. Změna prostředí z vlastního domova do zařízení sociální péče představuje pro mnohé značnou psychickou záťaž. Senioři mají obavy z nového prostředí, strach, že je už v životě nic pěkného nečeká. To může ovlivnit kvalitu jejich života. Je na nás na zaměstnancích, abychom jim toto období ulehčili svojí „přítomností“, aby se v novém domově cítili spokojeně a abychom pro ně byli jistou oporou v jejich stáří.

Cílem bakalářské práce je zjištění, jak vnímají uživatelé Domova pro seniory ve Vyškově svou kvalitu života a zda může sociální pedagogika přispět ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část je pojata jako teoretický pohled do dané problematiky. Je členěna do tří kapitol. V první kapitole je popsáno stárnutí a stáří, vědecké disciplíny a změny provázející stáří.

Ve druhé kapitole je vymezen pojem kvalita života, uveden rozsah pojetí kvality života, přístupy k hodnocení a její měření včetně měření kvality života u seniorů. Třetí kapitola charakterizuje oblast sociálních služeb. Zabývá se procesem transformace, poskytováním sociálních služeb a pobytovými zařízeními pro seniory.

Empirická část je zaměřena na prostředí výzkumu a zjištění cíle bakalářské práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Definovat stárnutí je samo o sobě nesnadné. Žádná definice stárnutí není naprosto dokonalá.¹

„Stárnutí je výslednicí vzájemného působení genetických faktorů, životního prostředí a životního stylu.“²

Stáří je zcela přirozený a předvídatelný proces změn. Vyznačuje se ale značnou variabilitou v typech a rychlosti. Dotýká se našeho společenského života, duševních schopností, fyzického vzhledu a energetického stavu. Tyto změny jsou většinou vnímány jako ztráty. Jsme nuceni vzdát se řady situací, přijmout role nové a vypořádat se s omezenějšími schopnostmi.³

Stárnutí je jediná fatální nutnost, která se nikomu z nás nemůže vyhnout.⁴ Ovšem změny, které s sebou stárnutí nese, probíhají u každého jednotlivce jinak.⁵

Stáří není choroba, je ale spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Ty se ve vzájemné kombinaci a se sklonem k chronicitě mnohočetně vyskytují.⁶

Projevy stáří se snažíme různými prostředky ovlivnit. Používáme kosmetické prostředky, barvíme si vlasy, užíváme medicínské přípravky proti stárnutí. To vše s cílem udržet si mládí co nejdéle.⁷

1.1 Věková periodizace

Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jakou součástí kontinuální proměny. Právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. V průběhu let lze sledovat proměnu lidských fyzických a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky, které charakterizují stáří, přičemž je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk definitivně stane starým. Výzkumníci se snaží nalézt objektivní měřítko stáří.

¹ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 28

² HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 185

³ TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno, 2009. s. 14-15

⁴ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 28

⁵ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 185

⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 39

⁷ TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno, 2009. s. 14-15

Nejběžnějším měřítkem stárnutí je chronologický (kalendářní) věk – tedy údaj, jak je člověk starý. Chronologický věk koreluje s jinými mírami, ale míra této korelace je někdy velice malá. Věk například relativně slabě koreluje s tělesnými změnami. Jsou sedmdesátníci, kteří odpovídají stereotypu starého člověka – šedivé vlasy, vrásčitá kůže aj. Existují však i jedinci, kteří tyto znaky postrádají, či mladší lidé kteří znaky stárnutí vykazují velice časně a o nichž se říká, že jsou „předčasně zestárlí“.⁸

Chronologický věk je velmi nespolehlivým měřítkem stárnutí, je však osvědčeným měřítkem plynutí času – říká, kdy máme narozeniny, kdy se můžeme začít těšit na dárky.⁹

Kalendářní věk je nám dán, ale rozdíl mezi kalendářním a biologickým stářím může být až 10 let. Biologický věk můžeme vlastním životním stylem, stravovacími návyky, kouřením, celkovým způsobem života ovlivnit.¹⁰

Jakkoli měřit **biologický věk**, kterému se někdy říká funkční, je velmi nesnadné. Znalost biologického věku by byla daleko větším přínosem než znalost věku chronologického. Bohužel však není známa metoda, jak jej měřit. Nutným předpokladem jakýchkoli vážných úvah o věku biologickém jsou definice tří jevů charakteristických z hlediska konečnosti života. Jedná se o délku života, stárnutí a smrt.

Délka života je časové období, které lze očekávat, že daný živočich bude žít – za předpokladu ideálních podmínek.

Stárnutí představuje proces postupné ztráty běžných životních funkcí od okamžiku dovršení pohlavní dospělosti až po maximální délku života. Ta je pro každého jedince jiná.

Smrt je poslední událost, která ukončuje život.¹¹

Další běžně používanou mírou je **sociální věk**. Vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku. Společnost očekává, že lidé po šedesátce se budou chovat v zásadě klidně a usedle. Za znak počátku stáří se považuje ukončení pracovního poměru na plný úvazek a odchod do starobního důchodu.¹²

⁸ HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha, 1999 s. 19

⁹ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 185

¹⁰ TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno, 2009. s. 15

¹¹ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 30 – 32

¹² HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha, 1999 s. 18 - 20

V poslední době se hovoří o tom, že pevně určený začátek stáří je vlastně sociálním konstruktem, který vyhovuje státní administrativě. Pravdou je, že nárok na vznik a pravidelnou výplatu důchodu se váže na tento sociální konstrukt.¹³

Důchod je signálem přechodu ze středního věku do stáří, je potvrzením ztráty výkonnosti a společenské užitečnosti. Odchodem do důchodu se člověk stává seniorem.¹⁴

Konkrétní okamžik, ve kterém člověk zestárne určit nelze, ale většina gerontologů považuje za začátek stáří věk mezi šedesáti a šedesáti pěti lety. V tomto období začne většina lidí vykazovat příznaky stárnutí.

Někteří badatelé dělí stáří na mladší stáří (65 – 75 let) a pokročilé stáří (75 a více let).

Další varianta rozděluje lidi starší 65 let na kategorie třetího a čtvrtého věku.¹⁵

Vágnerová¹⁶ uvádí věk od 60 – 75 let jako období raného stáří a věk 75 a více let jako období pravého stáří.

Ve slovníku psychologie¹⁷ se dočteme, že WHO doporučuje 15 letou periodizaci stáří

- a) rané stáří 60 – 74let
- b) vlastní stáří 75 – 89 let
- c) dlouhověkost 90 a více let

Mühlpachr¹⁸ uvádí následující členění:

- a) 65 – 75 mladí senioři
- b) 75 – 84 staří senioři
- c) 85 a více velmi staří senioři

Dle Haškovcové¹⁹ se pro druhou polovinu lidského života používá níže uvedené členění:

- a) 45 – 59 let střední, nebo též zralý věk
- a) 60 – 74 let vyšší věk, nebo rané stáří
- b) 75 – 89 let stařecký věk, neboli sénium, vlastní stáří
- c) 90 let a výše dlouhověkost

¹³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha, 2010. s. 25

¹⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha, 2007. s. 355

¹⁵ HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha, 1999. s. 20

¹⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha, 2007.

¹⁷ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha, 2000. s. 562

¹⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 21

¹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha, 2010. s. 20

1.1.1 Biologické stáří

„Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (artrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmito chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku, např. ateroskleróza“.²⁰

Dle Mühlpachra²¹ příčiny stárnutí a stáří nejsou stále uspokojivě vysvětleny. Existuje množství hypotéz, které se vzájemně prolínají. Zjednodušeně rozlišujeme tyto okruhy:

1. Epidemiologický přístup

- stárnutí a umírání jsou děje nahodilé – jsou výrazně variabilní a jsou podmíněny vnějšími a chorobnými vlivy (choroby, úrazy, interakce s prostředím),
- přirozená smrt stářím patrně neexistuje, pouze smrt jako nehoda,
- život může být v optimálních podmínkách velmi dlouhý.

2. Gerontologický přístup

- stárnutí a umírání jsou procesy zákonité,
- vykazují druhovou specifickou blízkost u dvojčat,
- jsou kódovány genetickou informací,
- přirozená smrt stářím neexistuje,
- nedojde-li k ovlivnění genetické informace, život se neprodlouží nad jistou hranici, k níž se již blížíme, ani v optimálních podmínkách.

1.1.2 Sociální stáří

„Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění“.²²

Můžeme hovořit o sociální periodizaci života, která lidský život rozděluje do tří eventuelně čtyř velkých období.

První věk – období dětství a mládí – věk předproduktivní

Druhý věk – období dospělosti, životní, sociální a pracovní produktivity – věk produktivní

Třetí věk – období poklesu zdatnosti, období odpočinku – věk postproduktivní

Čtvrtý věk – období fáze závislosti - dovršením 80 let věku.²³

²⁰ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno, 2004. s. 19

²¹ Tamtéž

²² Tamtéž

²³ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno, 2004. s. 19 - 20

V tomto období narůstají problémy dané tělesným a mentálním úpadkem, je zde zvýšené riziko vzniku a kumulace různých zátěžových situací. Tyto situace kladou velké nároky na adaptaci – př. umístění do institucionální péče.²⁴ Lidé čtvrtého věku mají oproti lidem třetího věku pětkrát větší pravděpodobnost, že budou náležet ke skupině lidí, pro niž jsou charakteristická mnohá chronická onemocnění a nízké funkční hodnoty.²⁵

1.2 Stáří a vědecké disciplíny

Stářím se zabývají lidé odpradáвна. V průběhu vývoje lidstva byla stáří věnována pozornost především filozofická. Řadu zajímavých myšlenek nacházíme mezi antickými filozofy. Aristoteles považoval stárnutí za důsledek ztráty tepla, Hippokrates za důsledek ztráty vlhka. Galénos chápe stáří jako stav mezi zdravím a nemocí. Tento stav je navozený výměnou tělních šťáv a úbytkem krve, vlhka a tepla. Stárnutí dle Galéna bylo ovlivnitelné životosprávou a především dietou. Zavedl pojem *gerocomica* – hygiena a životospráva. Platon chválí stáří, protože směřuje člověka k životní harmonii, opatrnosti, prohlubuje v něm jeho moudrost. Naopak Sokrates se prodloužení života obává, má strach, že bude muset za stáří zaplatit daň – bude rychle zapomínat, nebude schopen se učit, ohluchne, oslepne. Cicero poukazuje na prohloubení sebekontroly starého člověka, aby nevnímal zkresleně změny, které ho ve stáří čekají.²⁶ Středověk pohlížel na stáří s despektem. Úvahy a bádání o stáří bylo potlačeno na okraj zájmu společnosti.

V 17. století o stáří psali např. Jan Ámos Komenský či Francis Bacon. J. A. Komenský sepsal *Školu stáří* jako součást *Vševýchovy*. Vydal eticko-filozofický spisek *Metuzalem, to jest o daru dlouhověkosti*. Francis Bacon v díle *Hlavní požadavky pro zdravý a dlouhý život* doporučoval střídmost jako prevenci předčasného opotřebení organismu.

Další poznatky o závěrečné životní etapě s rozvojem lékařských věd rozšiřuje osvícenství.

Koncem 19. století se formuje **geriatrie**.²⁷

V období mezi světovými válkami se vyčleňuje z ostatních vědních disciplín **andragogika**.²⁸

²⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha, 2007. s. 398

²⁵ GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí*. Praha, 2009. s. 20

²⁶ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 7 - 8

²⁷ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 19 - 20

²⁸ WIKIPIDIA [online], 2013, cit. [25-09-2013].

Dostupné na [www:<http://cs.wikipedia.org/wiki/Andragogika>](http://cs.wikipedia.org/wiki/Andragogika)

Ve druhé polovině 20. století se rozvíjí **gerontologie**.²⁹

Mezi další vědní obory zabývajícími se stářím patří **gerontopedagogika**, dále pak **gerontopsychiatrie**, **gerontopsychologie**, **gerontoekologie** a **gerontoergonomie**.

Geriatricie - obor zabývající se výhradně zdravotními problémy starých lidí.³⁰ V širším slova smyslu klinická gerontologie. Název je odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatró (léčím).

V užším slova smyslu je samostatným specializovaným lékařským oborem. Kromě všeobecně interní problematiky se zabývá i rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými a ošetrovatelskými problémy a propojením s primární péčí a sociálními službami. Podstatou tohoto oboru je obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu.³¹

Andragogika je aplikovaná věda o výchově a vzdělávání dospělých lidí, která respektuje zvláštnosti s tím spojené. Zabývá se zejména personalizací, socializací, enkulturací a akulturací.³²

Gerontologie je multidisciplinárním souhrnem poznatků o stárnutí a stáří. Člení se do třech hlavních proudů:

- experimentální (biologická) – biogerontologie - řeší otázky proč a jak živé organizmy stárnou,
- sociální – zabývá se vzájemným vztahem starých lidí a společnosti, co staří lidé potřebují od společnosti, jak společnost a její rozvoj ovlivňuje stárnutí populace. Jedná se o širokou problematiku, která zahrnuje právní vědy, urbanistiku, architekturu, demografii, sociologii, psychologii, ekonomii, politologii, pedagogiku-andragogiku i jiné oblasti,
- klinická (geriatricie v širším slova smyslu) se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a nemocemi ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinickým obrazem, vyšetřováním, léčením i sociálními souvislostmi.

Základním tématem současné gerontologie je otázka pokroku. K němu může dojít na základě poznatků z oblasti biomedicíny, molekulární biologie nebo genových technologií.³³

²⁹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 8

³⁰ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 17

³¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 8

³² WIKIPIDIA [online], 2013, cit. [28-10-2013]. Dostupné na [www:<http://cs.wikipedia.org/wiki/Andragogika>](http://cs.wikipedia.org/wiki/Andragogika)

³³ GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí*. Praha, 2009. s. 21

Gerontopedagogika (součást andragogiky)

- **v užším slova smyslu** je pedagogickou disciplínou, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů.
- **v širším slova smyslu** je teoreticko-empirickou disciplínou. Zabezpečuje komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb včetně vzdělávacích potřeb mimo medicínskou dimenzi, ale souběžně s ní. V této disciplíně se prolínají poznatky z oblasti lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky, práva a sociální práce.³⁴

Gerontopsychologie a gerontopsychiatrie lékařské obory, které se věnují zvláštnostem duševních chorob ve stáří.

Gerontoergonomie – obor zabývající se kvalitou bydlení starých lidí, pracovními podmínkami a metodami organizace práce seniorů.

Gerontoekologie – podstatou tohoto vědního oboru je vztah mezi seniory a prostředím v němž žijí, vztahy mezi starými lidmi navzájem a intergenerační vztahy.³⁵

Všem zmíněným oborům je společné úsilí vedoucí ke zkvalitnění a ulehčení závěrečné životní etapy.

1.3 Změny ve stáří

Stáří představuje z evolučně-biologického hlediska přirozený proces a je nejčastěji chápáno jako úbytek tělesných a duševních možností, které člověk má.³⁶

Stáří plynule navazuje na předcházející fáze životního cyklu. Dochází k poklesu výkonnosti, ale ne ve všech složkách. Některé dílčí schopnosti se za příznivých podmínek rozvíjejí do vyššího věku. Velký význam má zde rostoucí životní zkušenost. Také osobnost se dotváří, zraje. Říká se, že ve stáří je člověk více podobný sobě samému.³⁷

³⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 8

³⁵ VESELÁ, E. *Senioři a jejich pohled na kvalitu života v domovech důchodců*, bakalářská práce. Zlín, 2009. s. 15 [online], 2013, cit. [24-10-2013]. Dostupné na [www: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/8839/vesel%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1](http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/8839/vesel%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1)

³⁶ GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí*. Praha, 2009. s. 29

³⁷ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha, 1982. s. 133

Jedním z charakteristických rysů zralé osobnosti je schopnost vyrovnat se s minulostí, žít v přítomnosti i realistický výhled do budoucna.³⁸

Z biologického hlediska stáří a stárnutí představuje sestupnou část životního cyklu.³⁹

Změnám, které sebou stáří přináší se nelze vyhnout. U lidí se projevují značnými individuálními rozdíly.⁴⁰ Individuální rozdíly jsou výsledkem spolupůsobení řady činitelů. Nejdůležitější z nich jsou: genetické faktory – vrozené vlohy jedince, zdravotní historie jedince, různé okolnosti v životě člověka, navyklý způsob života, osobnost člověka, šíře a hloubka zájmů.⁴¹ V souvislosti s genetickými dispozicemi, životním stylem, zlozvyky apod. je nástup změn časově různorodý. Tyto změny spolu vzájemně souvisí a ovlivňují se.⁴²

Stárnutí je individuální a asynchronní, jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Stupeň změn ve stáří je ovlivněn nejen vlastní involucí, ale i výchozí hodnotou daného parametru, chorobnými změnami a životním způsobem.⁴³

Fyziologické změny provázející stáří se dají nazvat jako sociální, biologické a psychické aspekty stárnutí a stáří.⁴⁴ Změny ohrožující kvalitu života uvádím v následující podkapitole. V důsledku těchto změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových partnerských i přátelských vztahů. Ve stáří se zvyšuje strach z osamělosti a opuštěnosti.⁴⁵ Objevují se také patologické změny. Ty jsou ovlivněny genetickou výbavou jedince, vnitřním potenciálem organismu, vnějším prostředím apod.⁴⁶

S postupujícím věkem se u seniora snižuje manuální zručnost a nastávají problémy s orientací.⁴⁷ K běžným, poměrně patrným změnám, které sebou nese určitý věk, se řadí ztráta životní energie a síly, krátkozrakost, zhoršení krátkodobé paměti, úbytek kostní hmoty, ubývání tělesné výšky - postava se nachyluje a zmenšuje, ochlupení na dosud nebývalých místech - v nosních otvorech a uších, vypadávání vlasů, ztráta sluchu.⁴⁸

³⁸ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha, 2012. s. 14

³⁹ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha, 1982. s. 133

⁴⁰ MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha, 2011. s. 20

⁴¹ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha, 1982. s. 149

⁴² MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha, 2011. s. 20

⁴³ MŮHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno, 2004. s. 23

⁴⁴ MŮHLPACHR, P., BARGEL, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno, 2011. s. 137

⁴⁵ MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha, 2011. s. 14

⁴⁶ MŮHLPACHR, P., BARGEL, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno, 2011. s. 137

⁴⁷ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha, 2012. s. 15

⁴⁸ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 65 - 66

Stáří se stalo čitelným ve tváři, v gestech, v chůzi.⁴⁹ Většinu těchto změn vnímáme pouhým okem. To však vždy nelze říci o jejich původu. Ten zůstává skryt před našimi smysly. Během stárnutí dochází k tisícovým změnám nejen ve všech orgánech a tkáních, ale i na buněčné úrovni. S nastupujícími léty se mění molekuly, z nichž jsou složeny naše buňky. Mění se také produkty buněčného metabolismu. Změnami jsou postihnuty buňky prakticky všech orgánů. Změny se nevyhýbají ani kardiovaskulárnímu, neuroendokrinnímu a imunitnímu systému. Zde je důležité si uvědomit, že i tyto ne tak zřejmé změny musíme považovat za normální, ne za chorobný stav. Musíme ale připustit, že se s přibývajícím věkem zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. K běžným změnám ve stáří patří zvýšená náchylnost k chorobám, které by nad námi v mládí nevířily.⁵⁰

Duševní vývoj je ovlivněn skutečností, jak se člověk se svým stářím dokáže vyrovnat.⁵¹ Čím je člověk starší, hůře se přizpůsobuje změnám. Nejzávažnější jsou ekonomické změny po odchodu do důchodu, odchod dětí z domu, vyloučení z pracovního a následně i společenského života, smrt životního partnera. Hlavním citovým a společenským zázemím by měla být rodina.⁵²

Lidé vždy hledali odpověď na otázku, co je to stáří? Názory jsou různé. Stárnutí neznamena jenom degradaci, protiváhu tvoří narůstající zkušenosti.⁵³ Mnozí vidí stáří jako všeobecné snížení schopností, jiní jako období zvýšené zranitelnosti a snížení nezávislosti, další spojují stáří s vrcholem znalostí, moudrosti a prozíravosti. Každý z těchto názorů je částečně pravdivý.⁵⁴

⁴⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha, 2010. s. 31

⁵⁰ HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha, 1997. s. 65 - 66

⁵¹ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha, 1982. s. 133

⁵² MÜHLPACHR, P., BARGEL, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno, 2011. s. 25

⁵³ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha, 1982. s. 134

⁵⁴ MÜHLPACHR, P., BARGEL, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno, 2011. s. 25

1.4 Tělesné, sociální a psychické změny

Tělesné a zdravotní fyziologické změny

- zhoršení zraku,
- zhoršení sluchu,
- potíže s rovnováhou,
- potíže s hybností – osteoporóza,
- inkontinence,
- zhoršení zdravotních potíží zanedbávaných v předchozích obdobích – revmatismus, diabetes.

Sociální změny

- pocit osamocení a opuštěnosti,
- nároky na pozornost a zájem okolí o jejich problémy,
- odchod dospělých dětí z rodiny – syndrom prázdného hnízda,
- změny bydlení – přestěhování, případně odchod do zařízení pro seniory, penzionu, domu s pečovatelskou službou,
- smrt partnera, přátel, vrstevníků,
- neduhy stáří.

Psychologické změny

- změny myšlení,
- změny paměti,
- změny v hodnotách,
- názorová ulpívavost,
- rigidita ve vztazích, podezřívavost a nedůvěra (okolí musí počítat s paranoiditou),
- často nepochopitelná naivita,
- témata komunikace jsou převážně negativní a opakující se,
- problémem je duševní přijetí věkem daných omezení.⁵⁵

⁵⁵ SMÉKAL, V., HOBZOVÁ, H. *Kvalita života ve stáří*. [online], 2013, cit. [01-11-2013]. Dostupné na [www: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/smekal_cze.pdf>](http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/smekal_cze.pdf)

2 KVALITA ŽIVOTA

Co se rozumí pojmem "kvalita"? Pohled do etymologického slovníku nám napovídá, že slovo "kvalita" je odvozeno od latinského základu "qualitas" či "qualis" - jaký Latinské "qualis" je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene "qui" - "kdo" (viz: otázku: "kdo je to?" - ve významu: jakého druhu či charakteru atp. je daný člověk? - ten či onen, někdo, kdosi atp.).

Český kořen - "k-" tohoto tázacího zájmena (kdo?) nás dovede etymologicky až k slovům "kéž" či "kýžený" - tj. naznačuje žádoucí, cílový stav. atp.

Odpověď na otázku "co se rozumí kvalitou?" je možno dát i významově. Kvalitou se tak rozumí "jakost, hodnota (obecně např. "dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota"), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka)".

Dá-li se kvantita, množství dní našeho života určit poměrně jednoduše, pak toto není možno říci o určení kvality života. Známý je např. výrok Aristotela (v Nichomachově etice) o tom, že štěstí (a tím i do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. Nejen to. I tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném. Aristoteles říká: "Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze".⁵⁶

Poznatků o kvalitě života výrazně přibýlo zejména v posledních 25 letech.

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to zejména psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína.

Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin. Psychologové se specializují především na subjektivní pohodu jedince a snaží se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se hodnotí poskytovaná péče nebo jednotlivé zdravotnické programy.

Existuje celá řada definic kvality života, neexistuje však ani jedna, která by byla všeobecně akceptována. Stejně tak v metodologických otázkách nebyla nalezena názorová shoda. Za ekvivalentní termín kvality života jsou považovány pojmy jako „sociální pohoda, sociální blahobyt, lidský rozvoj. Lze tedy shrnout, že **kvalita života na nejobecnější úrovni** je chápána jako důsledek vzájemného působení různých faktorů. Těmi jsou sociální, ekonomické, zdravotní a environmentální podmínky.

Koncept k přístupu ke kvalitě života má dvě dimenze: objektivní a subjektivní.

⁵⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [29-10-2013]. Dostupné na [www:< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html>](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků, které se týkají fyzického zdraví, sociálního statusu, sociálních a materiálních podmínek života.

Subjektivní kvalita života se týká všeobecné spokojenosti se životem a lidské emocionality.⁵⁷ Kvalita života je podle definice Světové zdravotnické organizace „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním životnímu a stylu a zájmům.“

Pojem kvalita života většinou vyjadřuje kombinaci prožitku úrovně vlastního zdraví, úrovně osobní pohody, úrovně schopnosti postarat se o sebe, úrovně mobility, životní spokojenosti i určitého postavení v sociální stratifikaci.⁵⁸

K. C. Calman předpokládá, že „*individuální kvalita života je vyjádření rozporu mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž lidé jsou obecně motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, resp. odstraňován*“.

Jde tedy o rozpor mezi očekáváním a realitou, mezi možnostmi a skutečností.⁵⁹

V dnešní době je kvalita života považována za optimální kritérium pro srovnání populačních skupin, hodnocení zdravotních programů a jiných zdravotních a sociálních intervencí. Mnozí lidé za synonym kvality života považují zdraví, neboť v povědomí většiny laické a částečně i zdravotnické veřejnosti převládá názor, že kvalitní život je možný vést pouze tehdy, když je člověk zdravý. Zdraví zcela jistě představuje jeden z významných předpokladů kvality života, ale samo o sobě ji nezakládá. „Kvalita života se neváže pouze na stav zdraví“. Pokud bychom připustili tento výrok, souhlasili bychom se stanoviskem, že v nemoci není prostor pro kvalitní život. Tímto tvrzením bychom všechny nemocné včetně mnohých seniorů odsoudili k nekvalitnímu životu. To se ovšem nezakládá na pravdě. Mnoho lidí i přes svoje nemoci dokázalo svým životem, že je tomu naopak. Z toho vyplývá i odborníci jsou toho názoru, že **kvalita života je subjektivní prožitková kategorie**. Pouze člověk sám může konstatovat, že se cítí šťastný nebo alespoň spokojený.⁶⁰

U seniorů bývá často kvalita života považována za synonymum schopnosti vést nezávislý život.⁶¹

⁵⁷ PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205 – 207

⁵⁸ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha, 2005. s. 57 - 59

⁵⁹ Tamtéž, s. 60

⁶⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha, 2010. s. 254 - 255

⁶¹ SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ Z KONFERENCE, *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy, 2004.

[online], 2013, cit. [29-10-2013]. Dostupné na [www:< https://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&%3E](http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&%3E)

Podle Křivohlavého je kvalita života definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů, které určují směřování jeho života. Cíle směřování života jsou hodnoceny podle hierarchie hodnot z duchovního hlediska.⁶²

2.1 Rozsah pojetí kvality života

„Hovoříme-li o kvalitě života a myslíme tím život jednotlivého člověka – individua, vybíráme z celé problematiky kvality života jen jeho dílčí oblast.“⁶³

Autoři J. Bergsmy a G. L. Engel poukázali na možnost zkoumat kvalitu života z pohledu několika rovin: v makro, mikro a personální rovině.

V makro-rovině jde o otázky kvality života velkých společenských útvarů – např. dané země, kontinentu. Podle Bergsmy zde jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah, např. otázka investic do infrastruktur, především do zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy, problematika boje s terorismem, epidemiemi.

V mezo-rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, např. ve škole, nemocnici, pečovatelském domě, domově důchodců. Jde zde nejenom o respektování morálních hodnot v životě člověka, ale i o otázky uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (např. v týmu pečovatelek, lékařů), otázky existence sociální opory, sdílení hodnot (existence humanitních hodnot ve skupině a jejich hierarchii).⁶⁴

Osobní (personální) rovina je definována jednoznačně. Je jí život individua – jednotlivce, pacienta, lékaře či kohokoli jiného. Týká se každého z nás. Při stanovení kvality života jde zde o subjektivní – osobní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, nadějí, bolesti atp. V této dimenzi si každý sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho pojetí, představy, naděje, přesvědčení, očekávání atp.

Pokud hovoříme o kvalitě života, je třeba si vždy předem ujasnit, o kterou rovinu nám jde. Bergsma a Engel se po nástinu rozsahu pojmu „kvalita života jednotlivce“, pokusili o definici

⁶² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, 2003. s. 40

⁶³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [23-9-2013]. Dostupné na [www:< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)>

⁶⁴ VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno, Masarykova univerzita, 2005. s. 15

obsahu tohoto pojmu: „*kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) – subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žití.*“⁶⁵

2.2 Přístupy k hodnocení a měření kvality života

Metod, kterými se kvalita života měří, je velké množství. Uvádím členění metod na tři skupiny podle Křivohlavého⁶⁶:

I. **Metody objektivní**

Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.

Externí kritéria v pojetí a hodnocení kvality života.

II. **Metody subjektivní**

Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba.

Interní kritéria v pojetí a hodnocení kvality života.

III. **Metody smíšené**, vzniklé kombinací metod typu I a II

Na základě výše uvedeného uvádím velmi stručný přehled těchto přístupů k otázkám kvality života.

I. **Objektivní metody měření kvality života**

Tyto metody jsou využívány ve snaze o vystižení momentálního stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Příkladem přístupu je metoda nazvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – **APACHE II** (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Jiným příkladem tohoto přístupu je PSI- Performance Status Index – tzv. **Karnofsky index**. Index stanoví lékař, který tímto indexem vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k danému datu.⁶⁷ **Metoda VAS** – metoda Viz-

⁶⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [23-9-2013]. Dostupné na [www:< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

⁶⁶ Tamtéž

⁶⁷ Tamtéž

álního škálování celkového stavu pacienta (Visual Analogous Scale). Touto stupnicí je 10 cm dlouhá vodorovná nebo lépe v úhlu 45 stupňů stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy: celkový stav pacienta je velmi dobrý a celkový stav pacienta je mimořádně špatný.

Systém slovního hodnocení – slovní vyjádření kvality života QL Index ILF – Index kvality života pacienta - **ILF**. V rámci tohoto systému byla předem stanovená kritéria, např. zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta, celkový emocionální stav pacienta, sebeobslužnost pacienta. Výhodou této metody je, že výběr hodnotících kritérií kvality života již nezáleží pouze na hodnotiteli. Vzniká na základě konsensu mezi pacientem, klinickým psychologem, zdravotnickým personálem atp. Hodnocení stavu pacienta bylo možno odstupňovat v jednotlivých dimenzích.⁶⁸

K nejpoužívanějším systémům zaznamenávání kvality života pacientů před a po ukončení terapie v celosvětovém měřítku patří QoL of the patient – Kriteria kvality života pacienta podle W. O. Spitzera: pracovní schopnost pacienta, finanční situace, způsob trávení volného času s pacientem, bolesti, nálada, komunikace pacienta s okolím, vztah pacienta s jeho rodinou a přáteli, fyzická nezávislost na cizí pomoci, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci. Přes veškeré snahy způsob hodnocení kvality života druhými lidmi, ať už obecně nebo podle určitých kritérií, vykazoval značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. To bylo impulzem pro hledání nových cest k zaznamenávání a hodnocení výrazně se měnící kvality života. Novou cestou bylo měření kvality života tak, jak ji subjektivně hodnotí ten, koho se týká.⁶⁹

II. Subjektivní metody měření kvality života

Metoda HRQoL – Health Related Quality of Life – Měření zdravotní kvality života z hlediska daného pacienta. Jinou metodou je Stupnice spokojenosti se životem - **SWLS** (The Satisfaction with Life Scale, kterou vyvinul Ed Diener. Jde o „spokojenost s životem jako jednodolným celkem“. Při této metodě se používá dotazník s pěti otázkami. Ptají se lidí např. „Jak moc byste souhlasili s tvrzením, které říká: Můj život je blízký mému ideálu života“. Na takové odpovědi se odpovídá uvedením stupně souhlasu v sedmi bodové škále

⁶⁸ VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno, Masarykova univerzita, 2005. s. 54

⁶⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [23-9-2013]. Dostupné na [www.< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

od 1 (minimum souhlasu) do 7 (maximum souhlasu). V tomto přístupu se značně rozšířil rozsah oblastí, v nichž se zjišťuje míra spokojenosti člověka. Záleží na něm, kterou oblast si vybere pro hodnocení míry spokojenosti se životem. Kelly vytvořil metodu zvanou „repertory grid“ – **metodu sítí životních pojetí a cílů**. Tato metoda je nejcitlivější k odlišení i nejjemnějších změn v duševním stavu pacienta, kterému byly podávány léky pozitivně ovlivňující stav úzkosti.⁷⁰

Nejrozšířenější metodou diagnostikování kvality života je **SEIQoL** – The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality.⁷¹

Kvalita života v pojetí metody SEIQoL není všeobecně platná pro všechny lidi. Je individuální. Jedná se o subjektivní vidění člověka, který je dotazován. Pojetí kvality života dané osoby závisí na jejím vlastním systému hodnot, který je plně respektován. Aspekty života, které jsou pro dotazovanou osobu hodnoceny jako závažné se mohou v průběhu života měnit. Základem této metodologie je strukturovaný rozhovor. Osoba je požádána o uvedení pěti životních cílů, které jsou pro ni v dané situaci nejdůležitější. Příkladem životních cílů, hodnot, oblastí zájmů, životních témat jsou: rodina, manželství, zdraví, duševní pohoda, duchovní život, vztahy mezi lidmi, práce na sobě, kultura, sport, ruční práce, koníčky. Pro hlubší pochopení pojetí daného zaměření u dotazované osoby se odpovědi zaznamenávají nejenom heslovitě, ale i podrobně.⁷²

Měření kvality života SEIQoL má širší záběr než metody externího posuzování zdravotního stavu pacienta jiným hodnotitelem. Bere se v úvahu celkový stav pacienta tak, jak jej on sám vidí a hodnotí. Údaje se tedy mohou odchylovat od objektivních údajů, které popisují zdravotní stav pacienta. Takto měřená kvalita života hraje svou roli jak při pacientově rozhodování – např. při vyjádření souhlasu s určitými formami terapie, tak pro jeho osobním hodnocení změny zdravotního stavu a efektivity terapie.⁷³

V sociální, pedagogické, medicínské a psychologické oblasti za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb lze využít **dotazník SQUALA**. Dotazník byl vytvořen v roce 1992 a jeho autorem je M. Zannotti. Jedná se o sebesposuzovací dotazník. Dotazník sestává z 23

⁷⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [24-9-2013] dostupné na [www:< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html >](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

⁷¹ VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. *Kvalita život*. Brno, Masarykova univerzita, 2005. s. 56

⁷² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, 2003. s. 243 - 245

⁷³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [24-9-2013] dostupné na [www:< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html >](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

oblastí, které pokrývají vnější i vnitřní realitu každodenního života. Spokojenost v každé z těchto je hodnocena na pětibodové škále a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4. K vyplnění dotazníku má dotazovaná osoba 15 minut. Česká verze dotazníku – Kvalita života QOL-CZ byla validizována v letech 1995-1996.⁷⁴

III. Metody smíšené

Příkladem smíšených metod může být pojetí metody LSS a MANSA.

MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life – Krátký způsob hodnocení kvality života, vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Tato metoda má variaci zvanou LQoLP - Lancashire Quality of Life Profile. V jejím rámci je rozpracována metodika LSS – Life Satisfaction Scale – Škála životního uspokojení. U tohoto způsobu měření kvality života se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i jeho spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí.

V rámci metody MANSA jde o zjišťování spokojenosti: s vlastním zdravotním stavem, sebe-pojetím, sociálními vztahy, rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím, účastí na aktivitách volného času, zaměstnáním - prací, školou. MANSA je způsob, kterým se měří každá z uvedených dimenzí života člověka, pacient atp. Jde o metodu zvanou LSS -stupnice spokojenosti. Jde o vizuální stupnici. Ta má 7 stupňů. Ty jsou uvedeny na vodorovné ose od minima „Nemůže to být již horší“, po maximum „Nemůže to být již lepší“.⁷⁵

Cílem metody MANSA je vytvoření přesného obrazu kvality života dané osoby v dané chvíli. Tato představa dále umožňuje optimalizaci péče a pomoci.⁷⁶

Metodika MANSA a jí podobné způsoby měření širšího rozsahu kvality života jsou určeny k diagnostice podstatných charakteristik života lidí, nejen pacientů. Tyto metody slouží například jako podklad k řízení zdravotní a sociální politiky v určité populaci, daném regionu atp.⁷⁷

⁷⁴ VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno, Masarykova univerzita, 2005. s. 63

⁷⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [24-9-2013] dostupné na [www:< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)>

⁷⁶ VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno, Masarykova univerzita, 2005. s. 64

⁷⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [24-9-2013]. Dostupné na [www:< http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)>

2.3 Měření kvality života u seniorů

Díky kvalitnějším životním podmínkám máme možnost prožít delší život než v minulosti a stárí se stává přímou zkušeností stále většího počtu lidí. Prodlužuje se střední délka života. To znamená, že v průměru máme všichni možnost prožít delší život. Mít déle vztah se svými rodiči, být oporou pro své děti, vnuky. Stále větší část dospělého života budeme prožívat ve stárí.⁷⁸ Správný životní styl ve stárí by měl splňovat požadavky na udržení zdraví jako jednoho z důležitých faktorů kvality této životní etapy. Zodpovědnost za kvalitu života a život prožitý ve stárí je na každém z nás.⁷⁹ Jestliže mluvíme o kvalitě života, měli bychom mít na zřeteli především hodnotu života, která je mezinárodně chráněna právem na život jako jedním ze základních lidských práv. „*Hodnota života je daná ním samým a kvalita života znamená naplnění této hodnoty na úrovni minimálně humánního optima a je zároveň závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění.*“⁸⁰

Způsobů, jak měřit kvalitu života je více. Nejčastěji se zjišťuje pomocí dotazníků a strukturovaných rozhovorů. Z podnětu Světové zdravotní organizace zahájila začátkem 90. let svou činnost pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) a vytvořila dotazníky pro zjišťování kvality života. Tato pracovní skupina, která byla tvořena zástupci 15 výzkumných center z celého světa, vytvořila nejprve instrument. Ten se dělí na 6 oblastí: fyzické zdraví, nezávislost, mezilidské vztahy, prožívání, prostředí a spiritualita. Těchto 6 oblastí se dále člení na 24 podoblastí. Dotazník se označuje zkratkou WHOQOL-100 a má celkem 100 položek.

Z důvodu potřeb klinické praxe byla vytvořena zkrácená verze tohoto dotazníku s názvem WHOQOL-BREF. Je tvořen 26 položkami. Při jeho tvorbě se vycházelo ze struktury se 4 doménami: fyzické zdraví, prostředí, sociální vztahy a prožívání (viz příloha 1).

V České republice se měřením kvality života zabývá Psychiatrické centrum v Praze. Česká verze dotazníku WHOQOL-100 i WHOQOL-BREF byla validizována pro klinickou a výzkumnou praxi.⁸¹

⁷⁸ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ – *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012* [online], 2013, cit. [21-09-2013]. Dostupné na [www: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>](http://www.mpsv.cz/cs/5045)

⁷⁹ HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha, 2013. s. 40

⁸⁰ HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha, 2013. s. 21

⁸¹ ONDRUŠOVÁ, J. *Česká geriatrická revue*. [online], 2013, cit. [10-09-2013].

Dostupné na [www: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf>](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf)

Každý rok se ve společnosti zvyšuje podíl seniorů, klesá podíl dětí a mládeže a zvyšuje se průměrný věk. Prognózy vývoje obyvatelstva očekávají, že i nadále bude docházet k nárůstu podílu starších osob.⁸²

Dostává se do popředí otázka, které faktory příznivě ovlivňují proces stárnutí a kvalitu života ve stáří. V rámci mezinárodního projektu „Měření kvality života u seniorů a její vztah k zdravému stárnutí“, probíhajícího v letech 2001-2004, byl vytvořen mezinárodně srovnatelný Dotazník kvality života pro starší populaci – WHOQOL-OLD. Tento instrument není určený k samostatnému použití, ale je dodatkovým modulem k dotazníkům kvality života WHOQOL-100 NEBO WHOQOL-BREF. Dotazník hodnotí 6 oblastí, které jsou nezbytné při hodnocení kvality života seniorů: nezávislost, fungování smyslů, naplnění – ve smyslu dosažení cílů v minulosti, přítomnosti a budoucnosti, sociální zapojení – dostatek smysluplných činností a kontakt s lidmi, intimita a postoj ke smrti a umírání (viz příloha 2).

U seniorů je význam kvality života velmi významně provázán s jejich zdravotním stavem, věkem, rodinnou situací, vzděláním a hmotným zabezpečením. Subjektivní hodnocení kvality života je výrazně ovlivněno depresivitou. Stává se, že depresivní poruchy ve stáří, přestože snižují kvalitu života a průběh somatických onemocnění, nebývají rozpoznány správně a ani léčeny. Pro vyšetření pacientů – seniorů je možné použít dotazník – Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS-15).⁸³

Jestliže jsou senioři v osobní tělesné, duchovní, psychické nebo sociální krizi, měli by vědět, že není možné zabránit přibývání let pohybem v čase. Důležité ale je, jak svůj věk prožívají, jaký postoj zaujímají k létům svého života. Proto je třeba naučit se: relaxovat, v paměti si vybavovat vzpomínky na události a zážitky plné pohody, komunikovat s nepodmíněným základem své osobnosti (s Bohem) meditací a modlitbou, připomínat si staré orientální rčení:⁸⁴

„vidět růže na trnitém keři než se soustředit na jeho trny“

⁸² SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha, 2012. s. 86

⁸³ ONDRUŠOVÁ, J. *Česká geriatrická revue*. [online], 2013, cit. [15-09-2013]. Dostupné na [www:< http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf>](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf)

⁸⁴ SMĚKAL, V., HOBZOVÁ, H. *Kvalita života ve stáří*. [online], 2013, cit. [01-11-2013].

Dostupné na [www:<http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/smekal_cze.pdf>](http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/smekal_cze.pdf)

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby se dotýkají životů každého z nás. Jsou poskytovány rodinám, skupinám obyvatel, jednotlivcům, osobám se zdravotním postižením, nejčastěji seniorům, ale i lidem, kteří jsou hroženi sociálním vyloučením. Pomáhají lidem žít běžný život – mohou pracovat, navštěvovat školy, aktivně trávit volný čas, starat se sami o sebe, svou domácnost, nakupovat. Umožňují zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života uživatelů. Sociální služby v České republice prošly v uplynulých letech celou řadou významných změn. Byly to změny legislativní, kvalitativní, kapacitní nebo změny v systému jejich financování. Jsme svědky nárůstu počtu organizací poskytujících sociální služby, ale i jednotlivých typů služeb či jejich dostupnosti.⁸⁵ Následující kapitola pojednává o procesu transformace, který sociální služby značně ovlivnil.

3.1 Proces transformace

„V současné individualizované společnosti se klade velký důraz na kvalitu života, s níž jsou spojeny i vysoké náklady na realizaci konceptu sociálního státu v době vzrůstajícího počtu sociálně nepříznivých problémů řešených v rámci sociální politiky. S transformací společnosti tradiční povahy do moderní společnosti se přenesla i odpovědnost za sociálně slabé (seniory, tělesně a duševně postižené a další), tedy ze samotného jedince a jeho rodiny až ke státu, resp. institucionalizovaným způsobům nerodinné péče. Současným rozšiřováním sociálních subjektů poskytujících sociální služby dochází k osvobození jedince, nikoli k jeho omezení požadavkem odpovědnosti za péči o blízké. Změny zavedené do systému poskytování sociálních služeb v posledních letech dávají šanci bezmocným jedincům a jejich rodinám volit způsob zajištění potřebných sociálních služeb a zároveň rozhodovat, kdo bude vybrané sociální služby poskytovat, v jaké míře a jakým způsobem. Možnost vlastní volby klienta v oblasti sociální péče přispívá k naplnění sociálně politického principu subsidiarity, výrazně decentralizuje užívání sociálních služeb a otevírá trh sociálních služeb všem relevantním poskytovatelům reprezentujícím trh, stát i neziskový sektor.“⁸⁶

⁸⁵ TÝDEN SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR, [online], 2013, cit. [01-11-2013].

Dostupné na [www.<http://www.den-socialnich-sluzeb.cz/5-rocnik-tydne-socialnich-sluzeb-v-cr-se-bude-konat-7-13-10-2013/>](http://www.den-socialnich-sluzeb.cz/5-rocnik-tydne-socialnich-sluzeb-v-cr-se-bude-konat-7-13-10-2013/)

⁸⁶ ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha, 2011. s. 7 - 8

Po roce 1989 v souvislosti s politicko-ekonomickými změnami došlo v ČR k zahájení procesu transformace oblasti sociálních služeb. Začalo období poměrně bouřlivých změn. Realizovaná ekonomická reforma vyžadovala změnu vysoce nákladného a zčásti také nefunkčního systému sociální pomoci a péče. Největší potíže přineslo zavádění změn v pobytových službách. Systém sociálních služeb do roku 1989 vytvářel z klientů sociálních služeb jakési „neurčité kategorie svěřenců, obyvatel, ubytovaných či osob, jejichž život se nachází v rozporu se zájmy socialistické reality. Tím se zřetelně posilovala institucionální povaha zejména tzv. ústavního modelu. Stavěl obyvatele ústavů do role svěřenců, o něž je třeba pečovat a na které je nutné celoživotně působit prostřednictvím výchovných, vzdělávacích, pracovních či jiných programů.“⁸⁷

V mnohých zařízeních přetrvával vliv personálu a potřeby zaměstnanců se výrazně upřednostňovaly před potřebami uživatelů. Složitě se řešily záležitosti týkající se svobody volby nebo střetu zájmů. Kvalita života uživatelů bohužel nebyla nejvýznamnějším kritériem kvality služby.⁸⁸ V domovech důchodců existovala určitá rivalita mezi zdravotnickým a nezdravotnickým personálem. Velké rezervy byly v oblasti spolupráce s rodinou. V řadě domovů panoval předsudek, že rodina nemá o seniora zájem, případně ho využívá pouze jako zdroj peněz.⁸⁹ Právní a faktická úprava sociálních služeb do konce roku 2006 vycházela ze zákonů přijatých na sklonku osmdesátých let minulého století. Na sociální politiku v oblasti sociálních služeb bylo nahlíženo podstatně odlišným způsobem, především v oblasti svobody rozhodování jedinců a demokratických principů fungování veřejné správy.⁹⁰ Oblast sociálních služeb nebyla řešena koncepčně a komplexně legislativně, z hlediska odborného vedení, financování, vývoje metod práce s klienty ani z hlediska ochrany lidských práv a důstojnosti uživatelů sociálních služeb.⁹¹

Skutečný rozvoj sociální péče nastal až po účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon o sociálních službách sleduje především dva základní cíle: zabezpečení sociální péče všem osobám, které ji nezbytně potřebují a nápravu deformovaných právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a převážně jejich uživateli.⁹²

⁸⁷ ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha, 2011. s. 11

⁸⁸ ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha, 2011. s. 11- 12

⁸⁹ MATOUŠEK a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha, 2011. s. 100

⁹⁰ MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha, 2008. s. 8

⁹¹ ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha, 2011. s. 10

⁹² ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha, 2011. s. 16

Formy poskytované pomoci mají splňovat následující charakteristiky:

- **dostupnost** – z hlediska typu pomoci, informační dostupnosti, územní dostupnosti a ekonomické dostupnosti,
- **efektivita** – formy orientované tak, aby vyhovovaly potřebě člověka, nikoliv potřebám systému,
- **kvalita** – měla by být zajištěna v takovém rozsahu a takovým způsobem odpovídajícím možnostem společnosti,
- **bezpečnost** nesmí omezovat oprávněná práva a zájmy lidí,
- **hospodárnost** – systém má být nasměrován tak, aby osobní i veřejné výdaje na poskytnutí pomoci v maximální možné míře pokryly předmětný rozsah potřeb.⁹³

3.2 Poskytování sociálních služeb

Charakteristickým rysem systému sociálních služeb je množství vztahů založených na objektivních skutečnostech, které mají podstatný vliv na kvalitu života jedinců i společnosti. Tyto vztahy vyžadují zákonnou oporu z důvodu oprávněných zájmů osob, které jsou oslabeny ve schopnosti je prosazovat.⁹⁴

V širším pojetí *„jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je v maximální možné míře do společnosti začlenit. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu“*.⁹⁵

V užším, rezortním pojetí *„jsou sociální služby součástí státního systému sociálního zabezpečení. Legislativa je zařazuje do oblasti tzv. sociální pomoci“*.⁹⁶ Sociální služby chrání občana tím, že něco konají v jeho prospěch. Poskytují je instituce veřejnoprávní nebo soukromoprávní. I v druhém případě je garantem dodržování základních lidských práv – stát. Je povinen dozorovat činnosti těchto subjektů a přidělováním licencí zaručit občanům, že tyto instituce vykonávají to, k čemu se zavázaly.

Zřizovateli zařízení, které poskytuje sociální služby, mohou být v ČR obce, kraje a MPSV. Financování služeb, jejichž zřizovatelem je některý z uvedených subjektů, je buď plně, nebo zčásti pokryto z rozpočtu tohoto subjektu. V ČR mohou být zřizovatelem a poskytovatelem

⁹³ MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha, 2008. s. 10

⁹⁴ Tamtéž. s. 8

⁹⁵ MATOUŠEK a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha, 2011. s. 9

⁹⁶ Tamtéž. s. 11

sociálních služeb také nestátní neziskové organizace. Dostávají dotace na svou činnost z veřejného rozpočtu. Nemají však na dotace právní nárok. Mezi tyto nestátní subjekty patří občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby. Dalším druhem neziskového nestátního subjektu jsou nadace. Nadace nemohou samy služby poskytovat, pouze činnost poskytovatelů sociálních služeb financovat.⁹⁷

Pro **poskytování sociálních služeb** je nutná registrace příslušného poskytovatele, a to za splnění dalších podmínek, především v oblasti kvality poskytované sociální služby. Tu definují zejména standardy sociálních služeb. Pro kontrolu poskytování sociálních služeb zřídil zákon samostatný institut inspekcí v sociálních službách. Ten, kdo sociální služby využívá je označován jako uživatel.

Důležitým pilířem **financování sociálních služeb** je příspěvek na péči, který se dotýká především uživatelů služeb.⁹⁸ Příspěvek na péči podle §7 zákona o soc. službách se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.⁹⁹

Sociální služby zahrnují **tři základní oblasti služeb**, tj. sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby mohou být **poskytovány formou** terénní, ambulantní nebo pobytovou, přičemž tyto formy jsou i u jednotlivých druhů služeb kombinovány tak, aby byly maximálně efektivní. Pobytovou službou se rozumí služby spojené s ubytováním uživatele v zařízení sociálních služeb, za ambulantní službou uživatel dochází do zařízení sociálních služeb a terénní služba je poskytována tam, kde člověk žije - v jeho přirozeném sociálním prostředí. Pro poskytování pobytových a ambulantních služeb jsou zřizována zařízení sociálních služeb různého charakteru počínaje domovem pro seniory přes denní centra či stacionáře a konče noclehárnou pro osoby bez přístřeší.¹⁰⁰ Ve své bakalářské práci se zmíním především o pobytových službách pro seniory, které přibližují v kapitole 3.3.

⁹⁷ MATOUŠEK a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha, 2011. s. 11-14

⁹⁸ MICHALÍK. J., *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha, 2007. s. 5 - 6

⁹⁹ *Sbírka zákonů*. [online], 2013, cit. [11-11-2013].

Dostupné na [www:< http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb11366&cd=76&typ=r](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb11366&cd=76&typ=r)

¹⁰⁰ *Sbírka a zákonů* [online]. [cit. 06-11-2013]. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné na [www:<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r)

Nástrojem sociálních služeb je sociální práce. Výkon sociálních služeb vyžaduje jak profesionální sociální práci, tak i práce obslužné, poskytované jinými profesemi, např. ošetřovatelkami, nebo i nekvalifikované práce.¹⁰¹

Sociální služby jsou poskytovány na základě smlouvy. V ní účastníci (poskytovatel a zájemce o službu) vyjednávají podmínky poskytnutí služby. Smlouvu uzavírá zájemce dobrovolně s jím vybraným poskytovatelem za podmínek, na nichž se obě strany dohodly.¹⁰²

Kvalita poskytovaných služeb je zajištěna mechanismem inspekce kvality sociálních služeb. Jak má vypadat kvalitní sociální služba popisují standardy kvality. Mají být stimulem pro lepší uspokojování potřeb klientů, mají přispívat k zachování lidské důstojnosti a k ochraně lidských i občanských práv. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií.¹⁰³ Platný rozsah a obsah standardů kvality v sociálních službách uvádí vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. Je zde definováno 15 standardů kvality sociálních služeb. Cílem standardů je zvýšit kvalitu poskytovaných služeb.

3.3 Pobytová zařízení pro seniory

Zákon o sociálních službách předkládá podrobný výčet všech zařízení poskytujících sociální služby. Zaměřím se pouze na některé vybrané instituce, které nabízí pobytové služby seniorům. Varianta pobytového zařízení vstupuje do popředí zájmu seniora v případě, že je senior skutečně nesoběstačný a rodina ani terénní pracovníci se o něj nemohou nebo nezvládnou postarat.

Nejrozšířenější formou pobytové služby jsou **domovy pro seniory**. Zde se poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dalším zařízením pro seniory jsou **domovy se zvláštním režimem**. Poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám

¹⁰¹ MATOUŠEK a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha, 2011. s. 179

¹⁰² ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha, 2011. s. 17

¹⁰³ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha, 2012. s. 90 - 92

těchto osob. **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.¹⁰⁴ Kombinaci pečovatelské služby a pobytového zařízení nalezneme v **domech s pečovatelskou službou**. Jejich zřizováním se racionalizuje poskytování pečovatelské služby soustředěním příjemců v jednom místě a současně se řeší často nevyhovující bydlení seniorů či těžce zdravotně postižených osob. Výhodou je přítomnost pečovatelky po celou její pracovní dobu, zpravidla v pracovních dnech.¹⁰⁵ Další služby, které jsou zaměřené na seniory, jsou sociální **služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb či pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Ve všech uvedených zařízeních **služba obsahuje tyto základní činnosti**: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹⁰⁶ Při poskytování služeb je kladem velký důraz na individuální potřeby uživatele, na zachování lidských práv, respekt svobodné vůle osob a zajištění důstojného života.

¹⁰⁴ *Sbírka a zákonů* [online], 2013, [cit. 07-11-2013]. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné na [www:<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r)

¹⁰⁵ HROZENSKÁ, M., DVORÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha, 2013. s. 64

¹⁰⁶ *Sbírka a zákonů* [online]. [cit. 12-11-2013]. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné na [www:<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 EMPIRICKÝ VÝZKUM

4.1 Cíl výzkumu a použitá metoda

Cílem empirické části je zjištění, jak vnímají uživatelé Domova pro seniory ve Vyškově svou kvalitu života a zda může sociální pedagogika přispět ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení. S ohledem na cíl empirické části jsem si stanovila dvě výzkumné otázky:

1. Je ve zmíněném zařízení dostatečná kvalita života pro uvedenou cílovou skupinu?
2. Jak přispívá sociální pedagogika ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení?

Rozsahem pojetí kvality života, možnostmi přístupu a způsoby měření kvality života v obecné rovině i u seniorů se zabývám v teoretické části – kapitole třetí.

Pojem „kvalita života“ má multidimenzionální charakter a nelze ho jednoznačně vystihnout, každý z nás si může pod tímto pojmem představovat něco jiného. Pozornost je věnována subjektivnímu vnímání kvality života seniorů v Domově pro seniory ve Vyškově. Pro zjištění cíle byla použita metoda kvalitativního průzkumu, šetření proběhlo formou polostrukturovaného individuálního rozhovoru. Výzkumný vzorek zahrnuje skupinu patnácti seniorů žijících v Domově pro seniory Vyškov.

Během rozhovoru bylo použito 13 otázek:

1. Co si představujete pod pojmem kvalita života?
2. Proč jste se rozhodla k bydlení v domově pro seniory?
3. Bylo pro Vás těžké vyrovnat se s touto situací?
4. Jak vycházíte se svou spolubydlící a ostatními obyvateli zařízení.
5. Co se vám tu líbí?
6. Co Vám dělá v životě největší radost?
7. Je něco, s čím nejste spokojená vůbec?
8. Účastníte se volnočasových aktivit?
9. Chybí Vám zde aktivity, které byste ráda vyzkoušela?
10. Jste spokojená s přístupem personálu?
11. Cítíte se tady bezpečně?
12. Myslíte si, že přestěhování do domova pro seniory nějakým způsobem narušilo Vaše vztahy s rodinou a přáteli?
13. Ovlivnilo Váš zdravotní a psychický stav umístění do Domova?

Rozhovory jsem se seniory po předchozí domluvě, při níž byl seniorům objasněn účel rozhovoru, vedla individuálně v jim důvěrně známém prostředí – v jejich pokoji. Uživatelé s rozhovorem souhlasili. Vzhledem k častému kontaktu s uživateli, jsou mi již známy jejich povahové rysy, potřeby, cíle a problémy. Základní důvěru již máme mezi sebou vybudovanou, a proto jsem se během rozhovoru mohla přímo soustředit na otázky, které by mě pomohly odhalit, jak uživatelé vnímají svou kvalitu života v Domově. Snažila jsem se mluvit pomalu, srozumitelně a dostatečně hlasitě. V případě, že nedokázali formulovat odpověď na danou otázku, položila jsem otázku doplňující nebo ji formulovala jinými slovy. Rozhovor byl zakončen poděkováním a vzájemným rozloučením.

Odpovědi na otázky jsem se souhlasem uživatelů zaznamenávala na nahrávací zařízení - diktafon.

4.2 Prostředí výzkumu

Výzkum probíhal v prostředí Domova pro seniory Vyškov¹⁰⁷. Toto zařízení sociálních služeb se nachází v poklidné části města. Poskytuje komplex pobytových sociálních služeb seniorům ve starobním či invalidním důchodu nad 60 let, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, která jim nemůže být zajištěna ani za pomoci dostupných terénních sociálních služeb.

Snahou Domova je zajistit bezpečné a důstojné prostředí, zabránit izolaci uživatelů. Podporou soběstačnosti minimalizovat závislost na službě. Důraz je kladen na individuální přístup ke každému uživateli v podpoře jeho osobnostního rozvoje s ohledem na jeho možnosti, schopnosti, zájmy, potřeby a osobní cíle.

Komplex služeb spočívá v nabídce:

- ubytování, stravování, úklid, praní, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a osobní hygienu, ošetrovatelská péče, přímá obslužná péče, rehabilitace,
- sociální pomoc (řešení sociálně právních problémů a poradenství, obstarávání nebo pomoc při vyřizování osobních záležitostí uživatelů, zajišťování základních vý-

¹⁰⁷ SOCIÁLNÍ SLUŽBY VYŠKOV, p. o., POLNÍ 1-3, 682 01 VYŠKOV. Metodický pokyn č. 2/2009. *Informovanost o službě*

chovných, aktivizačních služeb, sestavování individuálního plánu rozvoje osobnosti uživatele),

- kulturní a zájmová činnost, aktivizační činnosti (pracovní dílny, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností), sociálně terapeutické činnosti, kulturní a společenské akce,
- zprostředkované a doplňkové služby: praktický lékař, stomatolog, neurolog, psychiatr (uživatel má právo svobodné volby lékaře), kadeřnictví, holič, pedikúra aj.

Uživatelé jsou ubytováni ve dvou šestipodlažních budovách panelového typu spojených společnou jídelnou. Je zde 48 jednolůžkových a 58 dvoulůžkových pokojů. Celková kapacita Domova pro seniory Vyškov je 164 uživatelů. Na každém poschodí jsou 4 byty s jednolůžkovými a dvoulůžkovými pokoji. V každém pokoji je dorozumivací zařízení k přivolání sestry a s možností poslechu rozhlasu. Pokoje jsou vybaveny standartním nábytkem. Každý byt má společnou koupelnu a WC. Na poschodí je kuchyňka a společenská místnost s televizí.

Senioři mohou užívat společné prostory jako např. jídelnu, společenské prostory, čajové kuchyně, pracovní dílny, knihovnu, zahradu.

Platba za pobyt v zařízení se skládá z úhrady za bydlení, úhrady za stravu, úhrady za obsluhu a hygienickou péči (hrazeny příspěvkem na péči) a fakultativních úhrad (viz příloha 3 – Ceník služeb Domova pro seniory).

Služby jsou poskytovány celoročně dle individuálních potřeb na základě Smlouvy o poskytování sociální služby za úhradu. Do Domova jsou zájemci přijímáni na základě své žádosti a mají právo svůj pobyt ukončit výpovědí sjednané smlouvy.

Aktivizační a výchovná činnost

Vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti zabezpečují v zařízení sociální pracovníce, instruktorky sociální péče a pracovníce sociální péče pro výchovnou činnost.

Pro uživatele jsou organizovány kulturní, zájmové a jiné společenské akce – hudební vystoupení, taneční odpoledne s harmonikou, představení, posezení u kávy, taborák, besedy s pracovníci z knihovny, vycházky do města, včetně účasti vozíčkářů, aj.

Uživatelé mají možnost denně účastnit se práce v dílnách pro zájmovou činnost. Pracovně-výchovná činnost se provádí denně také na odděleních a na pokojích uživatelů (společenské hry, společné zpívání, četba, procvičování manuální zručnosti a paměti). Pod vedením fyzio-

terapeutky probíhají na odděleních jednoduchá kondiční cvičení uživatel včetně nácviku chůze a podpory k soběstačnosti.

V zařízení jsou pravidelně organizovány schůzky s uživateli – komunity.

2x měsíčně jsou středy vyhrazeny pro setkávání v klubu aktivních seniorů – KLAS.

2x měsíčně se v zařízení koná katolická mše, 1x měsíčně mše evangelická. Páteční odpoledne je vyhrazeno modlitbě růžence.

Domov pro seniory spolupracuje se sdružením Piafa, která pro uživatele zajišťuje aktivizaci pomocí canisterapie.

Cílem výchovné a aktivizační činnosti je snaha uživatele vést k co největší soběstačnosti a samostatnosti, udržovat a rozvíjet zachované schopnosti a dovednosti, pomoc zachovat kontakt uživatelů se společenským prostředím – příbuznými, rodinou, známými a okolím.

Uspokojovat individuální potřeby uživatelů a zajišťovat podmínky pro důstojné a aktivní prožití podzimu života.

4.3 Výběr a charakteristika respondentů

Z ubytovaných klientů jsem si vybrala ty uživatele, kteří jsou orientovaní v prostoru i čase, jsou schopni porozumět otázkám i posoudit obsah svých výpovědí a mají zachovány schopnosti srozumitelné verbální komunikace. V počáteční fázi výběru jsem zvolila 18 uživatelů služby, o kterých jsem se domnívala, že by byli ochotni mně poskytnout rozhovor. Z vybraných 18 uživatelů, po objasnění mého záměru, přislíbilo rozhovor 15 uživatelů – 14 žen a 1 muž. Věkové rozpětí zúčastněných respondentů je 74 – 104 let.

Následují jednotlivé charakteristiky zúčastněných respondentů.

Paní Věra (dále R 1)

V zařízení 7 let. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Pohybuje se na invalidním vozíku. Je společenská, orientovaná a ráda si povídá. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu absolvuje individuální cvičení a rehabilitace. Během dne sedí na vozíku, sama si provede běžnou hygienickou péči u umyvadla v sedu na vozíku. Za příznivého počasí je jedenkrát měsíčně na vozíku zavezena na náměstí a uskuteční drobný nákup či jen tak pro zpestření denního programu. Celkovou hygienu, toaletu, přesun na lůžko a vozík sama nezvládne. Má ráda hudbu, lidové písničky, pobyt venku v areálu zařízení i mimo domov pro seniory. Zajímá se o dění, sleduje

televizi, čte noviny, časopisy. Má silnou vůli co nejdéle cvičit a zachovat si stávající fyzickou kondici.

Paní Růžena (dále R 2)

V zařízení 6 let. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Je silně věřící, účastní se pravidelně mší a pátečních modliteb růžence. Je samotářská, ale vlídná a milá. Velmi ráda čte. Odmítá se účastnit volnočasových aktivit. Zdržuje se ve svém jednolůžkovém pokoji. Udržuje kontakt se svými vnučkami. Zemřel jí syn i jeho žena, které měla moc ráda. Těžké chvíle překonává při modlitbě. Víra v Boha ji velmi naplňuje. Volný čas si organizuje sama. Chtěla by být co nejdéle samostatná. Zatím žádnou zásadní obslužnou péči personálu nepotřebuje.

Pan Zdeněk (dále R 3)

V zařízení 3 roky. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Soběstačný, pohyblivý. Během měsíce října 2013 se mu velmi zhoršil zrak a vidí jen stíny, přesto se orientuje a pohybuje s pomocí jedné francouzské hole po zařízení bez doprovodu. Tento stav je ovlivněn jeho diagnózou diabetes. Je velmi sečtělý, sleduje aktuální dění v politice, poslouchá rádio, rád si o svých poznatcích povídá. Je srdečný, společenský. Účastní se všech společenských akcí v zařízení. Dochází na evangelickou mši. Snaží se být co nejvíce samostatný. Za hezkého počasí rád chodí po venkovním areálu zařízení.

Paní Františka (dále R 4)

V zařízení 4 roky. Bydlí ve dvoulůžkovém pokoji. Je soběstačná, pohybuje se velmi pomalu s pomocí 1 francouzské hole, pouze při koupání potřebuje pomoc. Je věřící, ráda chodí na katolickou mši a modlení růžence. Má v sobě vitalitu, chuť žít a radost. Velmi aktivně přistupuje k pohybovým aktivitám na svém oddělení – denně se účastní skupinového cvičení. Má zájem o dění v zařízení, účastní se práce v dílnách, 1x měsíčně komunit, kde se probírá aktuální situace zařízení. Velmi ráda čte – bez brýlí. Každý čtvrtek vyčkává doručovatelku, až přinese týdeník Region, aby si ho mohla co nejdříve přečíst a předat ostatním.

Paní Blažena (dále R 5)

V zařízení 1 rok. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji a se svojí spolubydlící si rozumí. Chodí o francouzských holích, při chůzi je nejistá, a pokud se chce účastnit společenské akce, potřebuje doprovod. Zajímá se o dění, ráda čte knihy, časopisy, poslouchá opery. Sama si procvi-

čuje paměť formou testů a kvízů z časopisů. 1x měsíčně navštěvuje klub aktivních seniorů – Klas. Pobyt v zařízení předčil její očekávání a je zde velmi spokojená.

Paní Terezie (dále R 6)

V zařízení 6,5 roku. Bydlí v jednolůžkovém pokoji. Pohybuje se o francouzských holích, je soběstačná, společenská, spokojená s životem v zařízení. Velmi ráda plete, vyšívá, háčkuje. Volnočasové aktivity si organizuje sama. Je zcela samostatná. Účastní se všech aktivit v zařízení. Navštěvuje 2x do měsíce klub aktivních seniorů – Klas. Využívá canisterapii, s ní je velmi spokojená.

Paní Marie (dále R 7)

Bydlí na dvoulůžkovém pokoji. Vztahy se spolubydlící jsou dobré. Rozumí si. Může se pohybovat pouze s chodítkem. Má elán. Účastní se společenských aktivit, denního skupinového cvičení. O dění v zařízení se zajímá. Pravidelně navštěvuje katolickou mši a modlení růžence. Ráda zpívá, modlí se, dodržuje křesťanské tradice. V mládí ráda tančila. V zařízení byla velmi spokojená s taneční terapií vozíčkářů, kde si zatančila i s tanečním mistrem. Při této terapii se cítila velmi šťastná.

Paní Leopoldina (dále R 8)

V zařízení rok a čtvrt. Bydlí ve dvoulůžkovém pokoji a rozumí si se svou o deset let mladší spolubydlící. Hned jak nastoupila, podala si žádost o jednolůžkový pokoj. Dříve bydlela na penzionu, ale už nedokázala obstarat svou domácnost a tak se přestěhovala do domova pro seniory. Sleduje televizi, se svou spolubydlící se domluví na pořadech. Ráda zpívá, účastní se akcí.

Paní Marie (dále R 9)

V zařízení 5 měsíců. Bydlí ve dvoulůžkovém pokoji a má dobré vztahy se svou spolubydlící. Není schopna pohybu bez doprovodu. Sama se nepostaví. Levou ruku má ochrnutou. Během dne sedí na židli. Hygienu zvládá pouze s pomocí. Účastní se skupinového cvičení a práce v dílnách. Ráda se dívá na televizi, čte časopisy. Měla radost, když se na invalidním vozíku dostala do města – vyškovské náměstí, nebyla tam 6 let, přestože nedaleko Vyškova bydlela.

Paní Hedvika (dále R 10)

V zařízení 1,5 roku. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji a vyhovuje jí bydlení se spolubydlíci. Je částečně soběstačná. Je schopna krátké chůze z pokoje na chodbu. Na společenské akce se nechá dovézt na vozíku. Pravidelně se účastní katolických mší, modlí se, zpívá. Dříve ráda tancovala a vzpomíná, jak chodili s manželem tancovat na taneční zábavy. Jak sama říká, prožila hezký život. Účastní se skupinového cvičení, pracuje v dílnách, sleduje televizi. Těší se, až bude venku zase teplo a bude moci jít s doprovodem na procházku.

Paní Marie (dále R 11)

V zařízení 4 roky. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji, potřebuje pomoc ve všech oblastech sebeobsluhy, špatně slyší a velmi špatně vidí, pohybuje se na vozíku. Snaží se zachovat si stávající hybnost, je aktivní, orientovaná a spokojená. Sama si obleče horní polovinu těla. Navštěvuje pravidelně katolickou mši a modlení růžence – život bez víry si nedovede představit. Pravidelně se účastní skupinového cvičení. Líbí se jí pracovní terapie – práce v dílnách. O dění v zařízení se zajímá, je komunikativní.

Paní Květa (dále R 12)

V zařízení 2 roky. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji. Je ráda, že se může pohybovat sama. Je spokojená ve společnosti lidí. Udržuje se ve fyzické kondici pravidelnými procházkami. Aktivit se účastní i práce v dílnách a skupinového cvičení na patře.

Paní Emílie (dále R 13)

V zařízení 3 roky. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji. Paní je upoutaná na lůžko, pohybuje horní polovinou těla. Sama se neposadí. Nutná pomoc ve všech oblastech sebeobsluhy. Trpí bolestmi nohou. O žádné aktivity nemá zájem. Chce mít klid. Jak sama říká, žije si svým vnitřním životem. Její oblíbená věta: „Děkuji za Váš zájem, ale nechte mě být.“ Poslouchá rádio. Při canisterapii pookřeje. Mazlí se se psem, který je u ní na posteli. Je jako v jiném světě, vzpomíná na svou bolest. S majitelkou psů má bližší vztah, zajímá se o to, co pejsci dělali, zda byli na soutěži, závodech. Vzpomíná na svého vlčáka. Pravidelně jí telefonuje a navštěvuje synovec, vzpomíná na jeho dětství, kdy se o něho starala.

Paní Božena (dále R 14)

V zařízení 2 roky. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji, se svou spolubydlící velmi dobře vychází, ale přesto má podanou žádost o jednolůžkový pokoj. Je soběstačná. Čas si organizuje sama. Původně bydlela v zařízení ve Chválkovicích, ale chtěla přejít do Vyškova. V Domově pro seniory ve Vyškově se jí líbí. Často vzpomíná na svou zemřelou dceru a manžela. Kulturních akcí se účastní, chodí na procházky, pracovní terapie jí velmi vyhovuje, má pocit naplnění, užitečnosti, baví jí to.

Paní Jana (dále R 15)

V zařízení 7 let. Bydlí na jednolůžkovém pokoji, je soběstačná. Je spokojená se svým soukromím. V zařízení má i svou o čtrnáct let mladší sestru – vzájemně se navštěvují. Ráda vyšívá, povídá si s ostatními uživateli, účastní se aktivit.

4.4 Získaná data

Získaná data byla převedena do textové podoby a přiřazena k výzkumným otázkám. Při odklonění od tématu byla provedena redukce textu.

1. Co si představujete pod pojmem kvalita života?

7 uživatelů si pod tímto pojmem představuje „zdraví“. R7 kromě zdraví poukazuje na to, aby *„člověk na světě nebyl zbytečný, aby mohl udělat i něco pro druhé.“*

R1 uvedla, že si pod kvalitou života představuje „pohyb“, ten jí však znemožňuje její nemoc a tím, už žádnou kvalitu života nemá. R4 spatřuje kvalitu života ve schopnosti se pohybovat. Na rozdíl od předcházející respondentky se pohybovat může.

R2 si pod tímto pojmem představuje *„klidný život, aby si lidé mezi sebou rozuměli, vzájemně komunikovali a drželi při sobě.“*

Kvalitu života vidí 3 respondenti ve „spokojenosti se životem“. Podle R8 spočívá kvalita života v „soběstačnosti“, schopnosti se „obejít“.

Pro R14 je kvalita života ovlivněna „samotnou existencí“ pro ni nejbližších osob. Jak sama říká: *„Alespoň kdybych někoho měla. Dcera i manžel mi zemřeli.“*

R15 vidí kvalitu života v domově pro seniory v „pohodlí“. Sama dodává: *„když nemůžu, zavoním, zavolám, sestřičky Vám přijdou pomoci.“*

2. Proč jste se rozhodla k bydlení v domově pro seniory?

Nutnost, potřeba, nesamostatnost, zdravotní problémy, potřeba sebeobsluhy - důvody, které dotazovaní uživatelé uváděli jako příčinu bydlení v domově pro seniory.

R2: *„Bydlela jsem na penzionu. Tam ale není obsluha. Sama jsem to nezvládala, postihla mě mozková příhoda a přestala jsem chodit.“* R3: *„Bylo mi to doporučeno a bylo to pro mě to jediné nejlepší řešení pro mě. Sám být nemohu“.*

R5: *„Donutily mě zdravotní potíže, kam jinam bych šla?“*

R6: *„Nezvládala jsem sama domácnost a velmi jsem se doma bála.“*

R11: *bydlela doma u syna, „byl ale nemocný a zemřel na rakovinu, neměl mě kdo opatrovat.“*

R9: *„Potřebuji pomoc. Bydlela jsem s manželem a synem v rodinném domě, ale manžel zemřel a doma se synem být nemůžu, hodně pije. Je to moc těžké.“*

R10: *„Poradila mi to vnučka, všichni chodí do práce. Nemá se mnou kdo být.“*

3. Bylo pro Vás těžké vyrovnat se s bydlením v domově pro seniory?

Pro 9 uživatelů nebyl žádný problém vyrovnat se se změnou prostředí a někteří z nich ještě dodávají:

R3: *„Velmi kladně hodnotím, že tady jsem. Mám v podstatě velké štěstí.“*

R4: *„Chtěla jsem do domova jít s manželem, ale on za žádnou cenu nechtěl, takže když zemřel, byla jsem rozhodnutá hned.“*

R7: *„Ne, pro mě život není tak těžký, беру ho, jak jde.“*

R8: *„já jsem do domova chtěla.“*

Proces adaptace u dalších 6 dotázaných uživatelů již nebyl tak bezproblémový: např.

R1: *„Vyrovnávala jsem se s tím už doma, protože znám průběh své nemoci. Byla jsem smutná, ale byla to nutnost. Byla bych jen na obtíž. Už jsem si zvykla.“*

R5: *„První chvílky nebyly nijak příjemné. Bylo to pro mě těžké, ale paní zde je hodná a snášíme se velmi dobře.“*

R9 říká, že se bála, ale zvykla si a paní se kterou bydlí, je moc hodná a rozumí si.

R10 a R11 a R13: shodně uvedli, že vyrovnat se novým bydlením bylo těžké, ale už si zvykli.

4. Jak vycházíte se svou spolubydlící a ostatními obyvateli zařízení?

Čtrnáct z patnácti dotázaných uživatelů sdělilo, že vychází dobře s ostatními uživateli nebo svým spolubydlícím. Odpovědi zněly: *„nejsem hádavá, vycházím se všemi, nemám problém, jsem tolerantní, když si někdo prosazuje svůj názor, nechám ho být, zatím jsem žádný*

problém neměla atp.“ R11 uvedla, že měla zpočátku po změně své spolubydlící problém, než si na sebe zvykly a ujasnily si, jak to bude mezi nimi fungovat.

5. Co se Vám tu líbí?

5 uživatelů sdělilo, že se jim v domově pro seniory líbí všechno. Další 4 uživatelé uvedli, že neví, co by se jim tam líbilo, že si ale v domově zvykli a jsou spokojeni. Ostatním se líbí např.

R1: *„Ochota personálu, čistota.“*

R5: *„Předčilo to mé očekávání. Vždy jsem o domově slyšela věci, který nebyly nikterak příjemný, a když jsem nastoupila sem, byla jsem překvapená. Jsou tady tak výtečný sestřičky, které mně pomohly překonat tu dobu po nástupu. Byla jsem z toho udivená. Sestřičky jsou usměvavý, příjemný, pomáhají mi. Prostě samá superlativa, já nemůžu říct jednu negativní věc, která by se mě týkala.“*

R8 a R9: *„Když potřebuju, přijdou mi pomoci.“*

R10: *„Je tu dost jídla, že můžu chodit na mši.“*

R15: *„Chodí po pokojích harmonikář a hraje. Zábava určitá je. Záleží na lidech, jestli chtějí. Vyšívám na pokoji.“*

6. Co Vám dělá v životě největší radost.

6 uživatelů sdělilo, že zažívají největší radost při návštěvě svých nejbližších. 2 respondentky neví, z čeho by měly mít radost. R2: *„Nevím, co by mě těšilo. Během dvou let mi zemřeli dva synové i žena jednoho z nich. Jsem moc smutná. Mě drží víra. Jinak už bych to nezvládla.“*

R11: *„To ani nevím.“*

Pro R13 je největším potěším, když se může v rámci canisterapie pohrát a pomazlit se psem. Paní je jako vyměněná. Oči jí září, zapomíná na svou bolest. Komunikuje, zajímá se, zda byli pejsci na výstavě, soutěži.

Pro ostatní je důvodem k radosti např. možnost scházet se s ostatními obyvateli zařízení, sám život, klid, dopis, pedikúra.

R3: *„Scházíme se tady s malou společností uživatelů v přízemí nebo někde jinde a povídáme si, a to mě těší. Máme společenské hry, přitom je spousta legrace, průpovědek. Je při tom kopa radosti.“*

R4: *„Že tu mám klid a jsem spokojená.“*

R5: „*Můj syn, pak jsem ráda, když mi přijdou udělat pedikúru, když dostanu dopis od dcer bývalé pečovatelky. Jsou literárně nadané a posílají mi své práce.*“

R12: „*No, normální život, ale jsem tu už moc dlouho.*“ – paní má 92 let.

7. Je něco, s čím nejste spokojená vůbec?

U devíti dotázaných zněla odpověď: „*Ne, nebo nevím, co by to mohlo být, nic mě nenapadá*“.

Čtyři respondentky uvedly, že nejsou spokojené se svým zdravím, jedna z nich vyjádřila nespokojenost s naší politickou situací.

Dvěma uživatelkám se nelíbí vztahy mezi zdravotními sestrami a jejich způsob jednání a přístup. R11: „*Nelíbí se mi vztahy mezi sestřičkama, já to pozoruju. Ale jsou tu i moc hodný sestřičky.*“

R13: „*Trochu, některý sestřičky nejednají, jak by měly. Přístup se mi nelíbí.*“

8. Účastníte se volnočasových aktivit?

14 uživatelů odpovědělo kladně. Někteří si vybírají, jiní se účastní úplně všeho, co zařízení nabízí. Nejoblíbenější jsou dílny a denní skupinové cvičení. Jedna uživatelka vyjádřila politování nad tím, že už to není, co bývalo. Na volnočasové aktivity nejsou peníze. Jedna respondentka se žádných aktivit neúčastní, ale jak sama říká, nenudí se.

9. Chybí Vám zde aktivity, které byste rád/a vyzkoušel/la?

13 respondentů uvádí, že neví o žádných aktivitách, které by si rádi vyzkoušeli.

Odpovídali: „*Ne, nic mě nenapadá, nevím, ani ne.*“

Dva uživatelé by uvítali možnost vzdělávání se. Jeden uživatel by ocenil přednášky lidí z praxe na téma: veterinářství, moderní zemědělství. Druhý uživatelce by vyhovovala přednáška na téma: mezilidské vztahy a vzájemná soudržnost mezi lidmi.

10. Jste spokojená s přístupem personálu?

Na tuto otázku 11 uživatelů sdělilo jednoznačné ano. Čtyři uživatelé měli k personálu menší výhrady: R1: „*S většinou personálu spokojená jsem, ale je tu „ALE“ jako vždy a všude a rozvádět to nebudu.*“ R8: „*Někdy mě pěkně naštvou, každá sestřička je jiná.*“ R9: „*Vadí mi, že někdy přijdou až za dlouho, když na ně zvoním.*“ R11: „*Ani ne, některý sestřičky nejednají, jak by měly.*“

11. Cítíte se tady bezpečně?

K této otázce se všichni uživatelé vyjádřili kladně. Mají zde pocit bezpečí, nemají obavy o svou osobu či strach. R1: *„Nemám v tomto směru problém, nemám strach.“* R7: *„Ani mně nenapadlo, že bych se tu měla bát. Vždyť nás tady někdo hlídá.“*

12. Myslíte si, že přestěhování do domova pro seniory nějakým způsobem narušilo Vaše vztahy s rodinou a přáteli?

Žádný z uživatelů nevidí v přestěhování se do domova pro seniory příčinu narušení rodinných a přátelských vazeb. Např. R3 říká: *„Roztržky s rodinou jsem měl už dříve, kamarádi zajdou sem tam, je to slabší, ale to je proto, že už nebydlím s nimi v jedné vesnici a mají to ke mně dál.“* R4: *„Vztahy to nenarušilo, jen syn se nemůže smířit s tím, že jsem tady. On chtěl, abych bydlela u nich, a to já nechci. Ale chodí za mnou.“* R5: *„Ne, vůbec. Syn se naopak zklidnil, byl nervózní z toho, že jsem byla doma sama. Je tu o mě postaráno, a já jsem tu velmi spokojená.“*

13. Ovlivnilo Váš zdravotní a psychický stav umístění do domova pro seniory?

K této otázce R11 uvádí: *„Psychika se zhoršila, já jsem to cítila, jako kdybych z nebe spadla do pekla. Už jsem si zvykla.“*

Ostatních 14 uživatelů si nemyslí, že by se jejich zdravotní a psychický stav zhoršil z důvodu umístění do domova pro seniory. Někteří zaznamenali na sobě změny k lepšímu.

R2: *„Ne, já jsem měla silnou vůli, abych začala po zdravotní příhodě znovu chodit. Já se cítila moc trapně, když jsem si nedošla sama na záchod. Za to jsem prosila a snažila se, abych alespoň na ten záchod došla.“*

R6: *„Ne. Doma jsem byla velice vynervovaná. Mě se tu zdraví i psychika zlepšily.“*

R7: *„Ne, беру život, jak jde. Myslím, že to tak má být.“*

4.5 Analýza získaných dat

Analýzou provedených rozhovorů se pokusím nalézt odpověď na výzkumné otázky:

- Je ve zmíněném zařízení dostatečná kvalita života pro uvedenou cílovou skupinu?
- Jak přispívá sociální pedagogika ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení?

Ve snaze získat odpověď na výzkumnou otázku, zda je ve zmiňovaném zařízení dostatečná kvalita života pro uvedenou cílovou skupinu, jsem dospěla k následujícímu zjištění.

U dotazovaných respondentů je kvalita života velmi významně provázána s jejich zdravotním stavem, sociálními vztahy, prostředím a s tím souvisejícím pocitem bezpečí, volnočasovými aktivitami a pocitem radosti.

Snížená soběstačnost zejména z důvodu věku a pravidelná pomoc jiné fyzické osoby, to jsou důvody k přestěhování se do domova pro seniory. Změnu prostředí chápou respondenti jako nezbytnost. 9 respondentů z 15 se s touto situací vyrovnalo bez problémů a velmi kladně hodnotí tuto změnu. 6 uživatelů potřebovalo na adaptaci delší dobu, ale změna prostředí se nijak zásadně neprojevila na jejich zdravotním a psychickém stavu a na bydlení v zařízení si zvykli. Změna prostředí sebou přináší i nové sociální vztahy, nutnost zvyknout si na neznámé lidi, přizpůsobit se novým podmínkám, situacím a určitému režimu. Pro nové uživatele může být velmi stresující bydlení s cizí osobou na dvoulůžkovém pokoji. Ovšem 14 uživatelů z 15 odpovědělo, že velmi dobře vychází se svou spolubydlící i ostatními uživateli zařízení. Denně přichází uživatelé do kontaktu s personálem a úroveň přístupu personálu podstatně určuje kvalitu služeb. 11 uživatelů velmi pozitivně hodnotilo chování a přístup personálu. Čtyři uživatelé měli k personálu menší výhrady, jak vyplývá z odpovědí na otázku č. 10.

Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života jednotlivce patří bezpečnost prostředí. Bezpečnost byla respondenty zcela jednohlasně hodnocena pozitivně. Množství a úroveň nabízených výchovných a aktivizačních činností se taktéž promítají do kvality života obyvatel v Domově. 14 uživatelů se zapojuje do volnočasových aktivit nabízených zařízením. Velmi oblíbené jsou dílny, denní skupinová cvičení. 2 respondenti by uvítali vzdělávání formou přednášek. Jedna respondentka se odmítá účastnit jakýchkoliv aktivit v zařízení, ale je pro ni velkým potěšením, když se může v rámci canisterapie pomazlit a pohrát se psem. Zda je kvalita života v Domově na dostatečné úrovni se dá vyvodit i z odpovědí typu: „*Já jsem tady spokojená, mně se tu líbí, neměnila bych, jsem velmi mile překvapena, bylo to moje nejlepší rozhodnutí, které jsem v životě udělal.*“

Na základě zjištěných poznatků jsem dospěla k závěru, že **kvalita života v Domově pro seniory Vyškov je na dostatečné úrovni.**

Vždy je ale co zlepšovat. Úroveň kvality lze podpořit i sociálně pedagogickým působením.

Dostávám se k druhé výzkumné otázce: Jak přispívá sociální pedagogika ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení?

Z teoretických poznatků o sociální pedagogice je zřejmé, že sociální pedagogika je disciplína, která se v určitých ohledech podobá jiné disciplíně a tou je sociální práce. Každá z těchto disciplín má rozdílné historické kořeny, rozdílné sebepojetí a rozdílný vývoj. Přesto předmět jejich zájmu i cíle, které si dnes kladou, jsou si velmi blízké. Dá se tedy tvrdit, že v práci s některými cílovými skupinami, jako jsou právě senioři, nemůže být činnost jedné disciplíny bez druhé účinná¹⁰⁸. Vzájemné prolínání obou disciplín je zřejmé v práci sociálních pracovníků, instruktorek sociální péče a pracovníků sociální péče pro výchovnou činnost, které v Domově pro seniory Vyškov zabezpečují vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti. Sociálně pedagogické působení se projevuje již během zajišťování individuálního plánování služby pro jednotlivé uživatele. Nastupujícímu uživateli je přidělen tzv. klíčový pracovník, který aktivně spolupracuje s uživatelem. Sestavuje individuální plán služby konkrétního uživatele. Při pravidelných schůzkách a rozhovorech s uživatelem jsou zjišťovány jeho osobní cíle a přání. Na každém oddělení pracují stálé pracovníce, které jsou v každodenním kontaktu s uživateli a prohlubuje se tak vzájemná důvěra mezi pracovníci a uživateli. Z rozhovorů s uživateli vyplývá, že pořádané kulturní, společenské akce a aktivizační činnosti jsou zdrojem radosti, rozptýlení, zlepšení nálady, pocitu naplnění, přispívají k lepší adaptaci v zařízení. Aktivizační činnosti pomáhají udržet dosavadní schopnosti a dovednosti.

Bohužel právě kulturní a společenské akce jsou závislé na finančních možnostech zařízení a v tomto směru není stávající finanční situace příliš příznivá. Jedna uživatelka si posteskla že, „*už to není co, bývalo*“.

S ohledem na zjištěné poznatky lze shrnout, že **sociální pedagogika přispívá ke zkvalitnění života především v oblasti výchovné, vzdělávací a aktivizační.**

Prostřednictvím odpovědí na dvě výzkumné otázky se snažím dospět k cíli bakalářské práce. Cílem je zjištění, jak uživatelé Domova vnímají svou kvalitu života a zda sociální pedagogika může přispět ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení.

¹⁰⁸ KAPLÁNEK, M. *Sociální pedagogika a sociální práce*. [online], 2013, cit. [24-11-2013]. Dostupné na [www: <http://www: is.jabok.cz/el/JA10/zima2012/S285/kaplanek-socped000.doc>](http://www.is.jabok.cz/el/JA10/zima2012/S285/kaplanek-socped000.doc)

S ohledem na teoretické poznatky o kvalitě života, které jsou obsahem kapitoly 2, teoretické části, bych zmínila, že neexistuje jedna obecně platná definice pojmu kvality života. Uživatelům Domova byla položena otázka: Co si představujete pod pojmem kvalita života? Ze získaných odpovědí vyplynulo, že kvalita života v osobní (personální) rovině je ovlivňována více faktory a samotný pojem je kombinací vlastní prožívané úrovně zdraví, pohody, spokojenosti se životem, schopností se o sebe postarat, být prospěšný pro druhé a přítomností osob, k nimž mají respondenti citový vztah.

Z odpovědí z rozhovoru vyplývá, že ta část uživatelů, u nichž je ve větší míře zachována soběstačnost, hodnotí svou kvalitu života lépe, než uživatelé, kteří jsou odkázáni, v oblasti péče o vlastní osobu, na pomoc personálu. Příkladem tohoto zjištění je mimo jiné věta jedné respondentky, která je na invalidním vozíku, říká: „*U mě kvalita života už vlastně není, pod kvalitou života si představuji pohyb člověka, a to já už nemůžu.*“

Nižší kvalitu svého života udávají také ti respondenti, kterým již zemřely děti. Jedna respondentka na otázku co jí dělá v životě největší radost, řekla: „*Nevím, co by mě těšilo, během dvou let mi zemřeli dva synové a žena jedno z nich. Jsem moc smutná. Mně drží víra, jinak bych to nezvládla.*“ 6 respondentů uvedlo, že pocit největší radosti mají při návštěvách svých nejbližších.

Na otázku **jak uživatelé Domova pro seniory Vyškov vnímají svou kvalitu života**, nelze dát jednoznačnou odpověď. Subjektivně vnímaná kvalita života je ovlivňována řadou faktorů a jejich vzájemnými vazbami. Za klíčové determinanty subjektivně vnímané kvality života lze považovat zdraví, vztahy a uspokojené potřeby. Velmi záleží na osobnosti jedince, na způsobu života a životním stylu. Pohled na kvalitu života se může měnit zdravotním stavem, vnímáním osobní a společenské pohody.

Analýzou odpovědí jsem dospěla ke zjištění, že **většina dotazovaných uživatelů Domova pro seniory Vyškov svou kvalitu života vnímá pozitivně. K tomu přispívá i vliv sociálně pedagogického působení.**

ZÁVĚR

Kvalita života seniorů v zařízeních sociální péče je téma, které nabývá na významu.

Věková struktura obyvatel České republiky se významně mění, populace výrazně stárne. Podle prognóz Českého statistického úřadu lze očekávat, že nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku. Je zřejmé, že se bude zvyšovat počet seniorů, kteří svůj zbytek života stráví v zařízení sociální péče. Úroveň poskytovaných služeb zcela zásadně ovlivňuje kvalitu života seniorů v těchto zařízeních.

Cílem bakalářské práce bylo zjištění, jak vnímají uživatelé Domova pro seniory Vyškov svou kvalitu života a zda může sociální pedagogika přispět ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení. Pozornost byla věnována subjektivnímu vnímání kvality života.

V první části této práce jsou uvedena teoretická východiska související s problematikou stárnutí, kvalitou života a sociálními službami.

Po teoretickém vymezení této problematiky jsem přistoupila k vlastnímu výzkumnému šetření a předkládám zjištěné poznatky.

Pro účely dosažení cíle jsem si stanovila dvě výzkumné otázky:

1. Je ve zmíněném zařízení dostatečná kvalita života pro uvedenou cílovou skupinu?
2. Jak přispívá sociální pedagogika ke zkvalitnění života seniorů ve zmíněném zařízení?

Pro zjištění cíle byla použita metoda kvalitativního průzkumu, šetření proběhlo formou polostrukturovaného individuálního rozhovoru. Patnácti uživatelům Domova bylo během rozhovoru položeno 13 otázek.

K odpovědím na výzkumné otázky jsem dospěla na základě analýzy odpovědí z rozhovorů s uživateli zařízení.

U dotazovaných respondentů je kvalita života velmi významně provázána s jejich zdravotním stavem, sociálními vztahy, prostředím a s tím souvisejícím pocitem bezpečí, volnočasovými aktivitami a pocitem radosti.

Na základě zjištěných poznatků jsem dospěla k závěru, že **kvalita života v Domově pro seniory Vyškov je na dostatečné úrovni.**

Snahou zařízení je hledat další možnosti vedoucí ke zvyšování kvality života uživatelů. Vhodným nástrojem ke zvyšování kvality života se jeví sociálně-pedagogické působení.

Z výzkumu vyplývá, že **sociální pedagogika přispívá ke zkvalitnění života v oblasti výchovné, vzdělávací a aktivizační.**

Na cílovou otázku „jak uživatelé Domova pro seniory Vyškov vnímají svou kvalitu života“, nelze dát jednoznačnou odpověď. Subjektivně vnímaná kvalita života je ovlivňována řadou faktorů a jejich vzájemnými vazbami. Za klíčové determinanty subjektivně vnímané kvality života lze považovat zdraví, vztahy a uspokojené potřeby. Velmi záleží na osobnosti jedince, na způsobu života a životním stylu. Pohled na kvalitu života se může měnit zdravotním stavem, vnímáním osobní a společenské pohody.

Závěrem je možné konstatovat, že **většina klientů vnímá svou kvalitu života v Domově pro seniory Vyškov pozitivně. K tomu přispívá i vliv sociálně pedagogického působení.**

Výzkumné otázky byly zodpovězeny, cíl práce byl splněn, jsem si ale vědoma, že závěry se týkají subjektivně vnímaných pocitů seniorů.

Předpokladem pro zvyšování kvality života seniorů v domovech pro seniory je snaha zainteresovaného personálu lépe pochopit potřeby seniorů, znalost faktorů, které ovlivňují kvalitu života. Z pohledu sociální pracovnice a na základě zjištěných poznatků z výzkumu bych si dovolila navrhnout možnosti ke zvýšení kvality života uživatelů. Velké pozitivum spatřuji v sociálně pedagogickém působení v rámci aktivizačních činností pro seniory. Seniori velmi pozitivně vnímají zájem zainteresovaného personálu o jejich osobu. Rádi si povídají, sdělují své zážitky z mládí apod. Stávající zaměstnanci přes veškerou snahu, nemohou uspokojit všechna přání uživatelů. V tomto ohledu bych viděla možnost více využívat studentů sociálně-pedagogických oborů k odborné praxi nebo i účast dobrovolníků z řad veřejnosti. Pokud dobrovolník dokáže navázat se seniorem kvalitní vztah, může se pro něj stát postupně přítelem. Seniorům pocit radosti a pohody přináší přítomnost osoby, která umí naslouchat, rozptýlí jejich náladu předčítáním z knihy, hraním stolní hry nebo při luštění křížovky apod.

Studenti odborné praxe, dobrovolníci – to je **alternativa možné prevence** syndromu vyhoření stávajících zaměstnanců a rozpočet organizace nezatíží.

Bakalářskou práci lze využít jako zdroj zpětné vazby vzájemné interakce personálu a uživatelů služby, případně může plnit funkci doplňujících informací pro žadatele o umístění do Domova pro seniory Vyškov.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Sbírka a zákonů [online]. [cit. 12-11-2013]. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné na [www](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r):

<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>>

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

AMÉRY, J. *O stárnutí*. Prostor, 2008. ISBN 978-80-7260-207-0

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7

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

FIŠER, Z. C., *Dobrodružství třetího věku*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-079-7

GLOSOVÁ, D. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006. ISBN 80-7366-057-1

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

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

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0

CHLOUPKOVÁ, S. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4678-4

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia. 2005. ISBN 80-200-1307-5

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9

KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8

KRAUS, B., SÝKORA, P., *Sociální pedagogika I*. Brno: IMS, 2009.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2003. ISBN 80-247-0179-0

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK S. *Poslední úsek cesty*. 1. Vyd. Praha: Návrat domů 1995. ISBN 80-85495-43-0

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7

MICHALÍK, J. *Malý právní průvodce pečujících*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-7333-7

MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Studio Element, 2008. ISBN 80-903658-1-7

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7

MPSV. *Sborník přednášek z XI. konference Společnosti sociálních pracovníků*. Praha, 2000. ISBN 80-85529-81-5

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2

MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-62-4

MÜHLPACHR, P., Bargel, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: IMS, 2011. ISBN 978-80-87182-21-5

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3850-5

SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4

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

SVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. 2004. ISBN 80-7326-026-3

ŠIPR, K. *Jak zdravě stárnout*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-1-7

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

VEČEŘA, M. *Sociální stát Východiska a přístupy*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-6-X

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6

Jiné zdroje

SOCIÁLNÍ SLUŽBY VYŠKOV, P.O., POLNÍ 1-3, 682 01 VYŠKOV. Metodický pokyn č. 2/2009. *Informovanost o službě*

Internetové zdroje

KAPLÁNEK, M. *Sociální pedagogika a sociální práce*. [online], 2013, cit. [24-11-2013]. Dostupné na [www: <http://www: is.jabok.cz/el/JA10/zima2012/S285/kaplanek-socped000.doc>](http://www.is.jabok.cz/el/JA10/zima2012/S285/kaplanek-socped000.doc)

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. Praha [online], 2013, cit. [29-10-2013]. Dostupné na [www: <http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html>](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

MÁTĽ, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory*. 1 vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-7. Dostupné na [www: http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000206.pdf](http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000206.pdf)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ – *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012* [online], 2013, cit. [21-09-2013]. Dostupné na [www: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>](http://www.mpsv.cz/cs/5045)

ONDRUŠOVÁ, J. *Česká geriatrická revue*. [online], 2013, cit. [10-09-2013]. Dostupné na [www: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf>](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf)

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ Z KONFERENCE, *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy, 2004 [online], 2013, cit. [29-10-2013]. Dostupné na [www: <https://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&%3E>](https://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&%3E)

SMÉKAL, V., HOBZOVÁ, H. *Kvalita života ve stáří*. [online], 2013, cit. [01-11-2013].

Dostupné na www:

www: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/smekal_cze.pdf>

TÝDEN SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR, [online], 2013, cit. [01-11-2013].

Dostupné na www:<<http://www.den-socialnich-sluzeb.cz/5-rocnik-tydne-socialnich-sluzeb-v-cr-se-bude-konat-7-13-10-2013/>>

VESELÁ, E. *Senioři a jejich pohled na kvalitu života v domovech důchodců*, bakalářská práce, Zlín, 2009, s. 15 [online], 2013,[24-10-2013]. Dostupné na:

www:<http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/8839/vesel%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1>

WIKIPIDIA [online], 2013, cit.[28-10-2013].

Dostupné na www:<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Andragogika>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atp.	a tak podobně
Klas	klub aktivních seniorů
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
př.	příklad
R	respondent
Sb.	sbírka
soc. služby	sociální
tj.	to jest
tzv.	takzvaně
WHO	světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Přehled domén a položek k dotazníku kvality života WHOQOL-BREF

Příloha 2 - Přehled domén a položek k dotazníku kvality života WHOQOL-OLD

Příloha 3 - Ceník služeb Domova pro seniory Vyškov

Příloha 1 Přehled domén a položek k dotazníku kvality života WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF přehled domén a položek	
Domény	Položky
fyzické zdraví	
q ³ q ⁴ q ¹⁰ q ¹⁵ q ¹⁶ q ¹⁷ q ¹⁸	bolest a nepříjemné pocity závislost na lékařské péči energie a únava pohyblivost spánek každodenní činnosti pracovní výkonnost
prožívání	
q ⁵ q ⁶ q ⁷ q ¹¹ q ¹⁹ q ²⁶	potěšení ze života smysl života soustředění přijetí tělesného vzhledu spokojenost se sebou negativní pocity
sociální vztahy	
q ²⁰ q ²¹ q ²²	osobní vztahy sexuální život podpora přátel
prostředí	
q ⁸ q ⁹ q ¹² q ¹³ q ¹⁴ q ²³ q ²⁴ q ²⁵	osobní bezpečí životní prostředí finanční situace přístup k informacím záliby prostředí v okolí bydliště dostupnost zdravotní péče doprava
2 samostatné položky	
Q1 Q2	kvalita života spokojenost se zdravím

Příloha 2 Přehled domén a položek k dotazníku kvality života WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD přehled domén a položek	
Domény	Položky
fungování smyslů	
F25.1	vliv na každodenní život
F25.3	vliv na činnosti
F25.4	vliv na komunikaci
F25.2	hodnocení smyslů
nezávislost	
F26.1	svobodné rozhodování
F26.2	rozhodování o budoucnosti
F26.4	ostatní respektují svobodu rozhodování
F26.3	věnovat se tomu, co mě těší
naplnění	
F27.3	možnosti něco dosáhnout
F27.4	zasloužené uznání
F27.6	povídat si o minulosti
F27.1	na něco se těšit
F27.2	přínos společnosti
F27.5	spokojenost s dosaženým
sociální zapojení	
F28.6	izolace
F28.3	dostatečně chodit ven
F28.4	dostatek činnosti
F28.1	spokojenost s trávením času
F28.2	spokojenost s aktivností
F28.7	zapojení do místního dění
F28.5	smysluplnost činností
intimita	
F30.1	sdílení myšlenek
F30.2	přátelství
F30.3	láska
F30.4	příležitost někoho milovat
F30.5	fyzická blízkost
F30.6	míra důvěrnosti
F30.7	být milován
postoj k smrti	
F29.1	strach ze smrti blízkých
F29.2	strach, jak zemřu
F29.3	strach ze ztráty kontroly
F29.4	strach z umírání
F29.5	strach z bolesti

Příloha 3

Ceník služeb Domova pro seniory

Úhrady za služby od března 2012 v Kč					
	Ubytování	Strava	Celkem den	Celkem měsíc	Hygienická a obsl. péče dle PnP/měsíc
1 lůžkový pokoj	157,0	149,0	306,0	9 180,0	
2 lůžkový pokoj	147,0	149,0	296,0	8 880,0	
1. stupeň					800,0
2. stupeň					4 000,0
3. stupeň					8 000,0
4. stupeň					12 000,0

- Uživatelé služeb po zaplacení ubytování a stravy zůstává minimálně 15 % důchodu
- PnP náleží poskytovateli rezidenční sociální služby

Kalkulace nákladů na stravu od března 2012						
	Dieta č. 2, 3, ...			Dieta č. 9		
	Náklady na potraviny	Provozní náklady	Náklady celkem	Náklady na potraviny	Provozní náklady	Náklady celkem
Snídaně + svačina	20,0	20,0	40,0	17,0	20,0	37,0
Oběd + svačina	31,0	34,0	65,0	30,0	34,0	64,0
Večeře, D.č.9 + II. večeře	18,0	26,0	44,0	22,0	26,0	48,0
Celkem náklady za 1 den	69,0	80,0	149,0	69,0	80,0	149,0

Fakultativní činnosti - není hrazeno z příspěvku na péči	Kč
Poplatek za používání televize (jednolůžkový pokoj)	150,0
Poplatek za používání televize (dvoulůžkový pokoj)	75,0
Přinesení stravy ke stolu na oddělení za každé jídlo (S,O,V)	5,0
Obstarání nákupu mimo zařízení (za 1 hodinu práce)	85,0
Vyřízení osobních záležitostí mimo zařízení (za 1 hodinu práce)	85,0
Obslužná a hygienická péče (za 1 hodinu práce)	85,0
Přeprava uživatelů (ve výjimečných případech schválených ředitelkou zařízení)* Držitelé Senior pasu mohou uplatnit nárok na 50% slevu	dle skutečných nákladů
Pořízení kopie pokladního dokladu – za 1 doklad (př. složenky, paragony vč. vyhledání)	10,0
Nahlédnutí do peněžního deníku za každých 10 min. času zaměstnance	10,0
Výpis přehledu o příjmech a výdajích z osobní karty depozitního účtu uživatele	zdarma

*Příklad výjimečných případů:

- Doprava do zdravotnického zařízení v případě, že nelze zajistit dopravu sanitním vozem
- Vyřízení záležitostí v tíživé životní situaci