

Kvalita života klienta v zařízení poskytujícím sociální služby

Bc. Radek Dolejš

Diplomová 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: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Radek DOLEJŠ**
Osobní číslo: **H108385**
Studijní program: **N 7507 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**, 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 diplomové práce.

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

- na důvody, které vedly k tomu, že klient byl umístěn v zařízení poskytujícím sociální služby
- na zhodnocení současné kvality života (denní režim, ošetrovatelská péče, volnočasové aktivity, ...)
- na nové možnosti zkvalitnění života klientů ve vybraném zařízení poskytujícím sociální služby

Součástí práce bude drobný sociologický výzkum provedený kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru se zaměřením na kvalitu života klientů uvedeného zařízení s jeho vyhodnocením a otevřením nových možností a přístupů.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Kalvach, Z. Onderková, A. Stáří. Praha: Galén, 2006

Venglářová, M. Problematiké situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing 2007

Haškovcová H. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990

Payne, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton 2005

Walsh, D. Skupinové hry a činnost pro seniory. Praha: Portál, 2005

Klevetová, D., Dlabalová, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, 2008

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

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jaromír Pospíchal

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2010

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2012

V Brně dne 30. listopadu 2010



doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.
vedoucí ústavu



PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

RADEK DOLEŽAL

Jméno, příjmení studenta

V Brně 24.3.2013

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 nahlížení 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, užitje-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 vzdělávacího 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). Odpírá-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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem diplomové práce je kvalita života klienta v zařízení poskytujícím sociální služby. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku a popis stárnutí a stáří, základní formy péče o seniory, vymezení pojmu kvality života a nástroje a metody jejího měření. Popisuje vybraný domov důchodců. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum ve vybraném sociálním zařízení. Výzkumné šetření bylo realizováno na podkladě získání empirických dat od dotazovaných respondentů pomocí individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Následuje vyhodnocení výzkumu a doporučení. V závěru je shrnut pohled na vybraný domov důchodců, možnost využití výsledků šetření a přínos.

Klíčová slova:

Stáří, aktivní stárnutí, ageismus, senior, kvalita života, domov důchodců, klíčový pracovník, uživatel, ošetrovatelská péče, volnočasové aktivity.

ABSTRACT

The topic of this diploma work is the client's life quality in social care facilities. The thesis is divided upon theoretical and practical part. The theoretical part concentrates on the characterization and description of ageing process and the age, basic forms of the senior care, determination of the life quality concept and its instrument and the way of its measurement. It describes a selected retirement house. The practical part includes the qualitative research in a selected welfare facility. The research inquiry was realized on the basis of acquisition of empirical data from interviewed respondents with the aid of individual semistructured interview. The research evaluation and recommendation ensue. In conclusion the view of a selected retirement house is resumed, the possibility of application of the research results and its contribution.

Keywords:

Age, active ageing, ageismus, senior, life quality, retirement house, key worker, user, nursing care, leisure-time activities.

Motto:

„Jde o to žít životem, který stojí za to žít.“

Rudolf Falbry

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Kvalita života klienta v zařízení poskytujícím sociální služby“ jsem zpracoval samostatně a použil jsem literaturu uvedenou v seznamu použité literatury, který je součástí této diplomové práce.

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

V Brně dne 24. března 2013

Radek Dolejš

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Jaromíru Pospíchalovi za odborné vedení, cenné rady, vstřícný přístup a za velmi účinnou metodickou pomoc při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěl poděkovat řediteli Domova důchodců Onšov panu Ing. Václavu Jarošovi a zdravotní sestře paní Jaroslavě Sovkové za pomoc a poskytnutí mnoha informací z činnosti domova důchodců.

Radek Dolejš

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ | 13 |
| 1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ | 13 |
| 1.1.1 Stárnutí | 13 |
| 1.1.2 Ageismus | 15 |
| 1.1.3 Stáří | 16 |
| 1.1.4 Gerontologie, geriatric | 18 |
| 1.2 ZMĚNY PODMÍNĚNÉ STÁRNUTÍM | 19 |
| 1.2.1 Tělesné projevy stáří | 19 |
| 1.2.2 Psychické změny | 19 |
| 1.2.3 Sociální změny | 20 |
| 1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY VE STÁŘÍ | 21 |
| 1.4 ZÁKLADNÍ FORMY PÉČE O SENIORY | 23 |
| 1.4.1 Rodinná péče | 24 |
| 1.4.2 Terénní péče | 24 |
| 1.4.3 Ústavní péče | 26 |
| 2 KVALITA ŽIVOTA | 27 |
| 2.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITY ŽIVOTA | 27 |
| 2.1.1 Teoretické vymezení kvality života | 27 |
| 2.1.2 Dimenze kvality života | 28 |
| 2.1.3 Globální souvislosti kvality života | 29 |
| 2.2 NÁSTROJE A METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA | 32 |
| 2.2.1 Rozdělení nástrojů měření podle objektivnosti | 32 |
| 2.2.1.1 <i>Objektivní metody měření kvality života</i> | 32 |
| 2.2.1.2 <i>Subjektivní metody měření kvality života</i> | 33 |
| 2.2.1.3 <i>Smíšené metody zjišťování kvality života</i> | 34 |
| 2.2.2 Rozdělení nástrojů měření podle jejich zaměření | 35 |
| 2.2.2.1 <i>Nástroje pro měření funkčního stavu</i> | 35 |
| 2.2.2.2 <i>Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví</i> | 36 |
| 2.2.2.3 <i>Nástroje pro měření psychické pohody</i> | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 2.3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ | 37 |
| 2.3.1 Názory na kvalitu života seniorů | 37 |
| 2.3.2 Metodologie měření kvality života seniorů | 40 |
| 2.3.3 Kvalita života seniorů v domovech pro seniory | 41 |
| 3 DOMOV DŮCHODCŮ ONŠOV | 43 |
| 3.1 PŘEDSTAVENÍ DOMOVA DŮCHODCŮ | 43 |
| 3.1.1 Historie | 43 |
| 3.1.2 Současnost | 44 |
| 3.1.2.1 Organizační struktura | 44 |
| 3.1.2.2 Celoroční ubytování | 45 |
| 3.1.2.3 Základní zásady | 45 |
| 3.1.2.4 Režim dne uživatele | 46 |
| 3.2 SLUŽBY POSKYTOVANÉ V DOMOVĚ DŮCHODCŮ | 47 |
| 3.3 ZDRAVOTNÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE | 49 |
| 3.4 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY | 49 |
| II. PRAKTICKÁ ČÁST | 56 |
| 4 EMPIRICKÝ VÝZKUM | 57 |
| 4.1 CÍL VÝZKUMU A POUŽITÁ METODA | 57 |
| 4.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ | 58 |
| 4.3 ZÍSKANÁ DATA | 65 |
| 4.4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT | 69 |
| ZÁVĚR | 72 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 74 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 77 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 78 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 79 |

ÚVOD

Člověk v průběhu života prochází různými etapami, které souvisejí s mnoha změnami. Lidé se liší v tom, jak jsou schopni tyto změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařít si nový způsob života tak, aby byli spokojeni. Schopnost adaptovat se patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace, které život přináší. Aby se člověk se změnou vyrovnal, potřebuje pomoc okolí, toleranci a trpělivost s člověkem, který se se změnou potýká. Pokud lidé plánují zásadní životní změny, doporučuje se neměnit vše najednou. V životě seniorů však v krátkém časovém úseku mnohdy dochází k několika životním zlomům.

V návaznosti na změny v životě vyvstává nutnost hledat nový způsob života ve stáří. Ve většině případů se jedná o změny týkající se péče o sebe sama a o změny vyžadující zvýšené nároky na pomoc okolí. Ty pak vedou seniora, nebo jeho nejbližší okolí k tomu, aby našli nové vhodné místo pro život. Jednou z možností, kde mohou senioři trávit poslední roky svého života, jsou zařízení poskytující sociální služby.

Tato zařízení poskytují služby občanům v důchodovém věku nebo těm, kteří pobírají invalidní důchod a respektují a souhlasí s podmínkami pobytu mezi seniory. Služby v nich jsou určeny dále občanům s postižením, které vylučuje samostatný pobyt v domácím prostředí, nebo občanům, jejichž dosavadní životní podmínky se změnilly vlivem vzniklé osamělosti natolik, že jim hrozí sociální vyloučení.

Cílem diplomové práce je zmapování kvality života seniorů ve vybraném domově důchodců. Zaměřím se na spokojenost uživatelů vybraného domova důchodců se zdravotním stavem, kvalitou prostředí, vzájemnými vztahy, kvalitou péče, nabízenými službami, volnočasovými aktivitami a v neposlední řadě i spokojenost uživatelů s jejich finanční situací. Ptát se budu také na to, jestli se senioři v domově důchodců necítí izolováni a osamoceni a zda jsou navštěvováni svými blízkými. Vyústěním práce bude zhodnocení kvality života uživatelů ve zkoumaném sociálním zařízení, které vyplyne z analýzy získaných dat v tomto zařízení. Pokusím se odhalit negativa a najít doporučení pro jejich minimalizaci nebo nápravu.

Práce má dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část tvoří tři kapitoly.

V první kapitole charakterizují pojmy stárnutí, aktivní stárnutí, stáří z pohledu několika autorů, zmiňují pojem ageismus, který vyjadřuje negativistický přístup ke stáří. Charakterizují změny, které s sebou stáří přináší, a to změny tělesné, psychické a sociální. Podrobněji popisují základní formy péče o seniory, možnosti rodinné, terénní a ústavní péče.

Ve druhé kapitole se zabývám kvalitou života, uvádím názory různých autorů na tento pojem včetně definice Světové zdravotnické organizace. Popisují aspekty kvality života z hlediska fyziologického, psychologického, sociologického, ekologického a environmentálního a psychoterapeutického. Zabývám se nástroji a metodami měření kvality života. V závěru této kapitoly se věnuji kvalitě života seniorů včetně kvality života v domovech pro seniory.

Třetí kapitola je věnována vybranému sociálnímu zařízení, Domovu důchodců Onšov. Představuji jeho historii i současnost. Zabývám se službami poskytovanými v domově důchodců, zdravotní a ošetřovatelskou péčí. Zvláštní pozornost věnuji volnočasovým aktivitám. Zdůrazňuji zejména Univerzitu volného času, díky které se uživatelé domova důchodců setkávají se zajímavými osobnostmi a získávají od nich nové informace.

V praktické části diplomové práce se zaměřuji na kvalitu života seniorů ve vybraném sociálním zařízení. Pro kvalitativní výzkum používám metodu individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Pro empirické šetření jsem vybral uživatele ve věku 59 – 95 let, a to v počtu 19 osob. Sběr informací proběhl za plného souhlasu a ve spolupráci všech dotazovaných uživatelů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

1.1 Vymezení základních pojmů

Statistické údaje vypovídají o tom, že populace stárne. S prodlužující se délkou života přibývá seniorů. V procesu stárnutí a stáří jsou značné individuální rozdíly závislé na aktuálním zdravotním a psychickém stavu jednotlivce, jeho rodinném zázemí a dlouhodobých vztazích uvnitř rodiny a také na vývoji jeho života a životním stylu. Obecně lze říci, že stárnutí je série změn, která se specificky projevuje na těle i na duši. Stáří je přirozená a nevyhnutelná životní etapa, která je součástí života stejně jako mládí. Staří lidé jsou proto součástí společnosti stejně jako ti mladí a produktivní. V situaci, kdy se bude jejich podíl ve společnosti zvyšovat, je třeba si uvědomit i to, že stárnutí s sebou nemusí vždy nutně přinášet jen nemoc, neschopnost, utrpení a závislost, ale že tito lidé mohou vykonávat i takové aktivity, které mohou být pro společnost přínosné. Jedná se například o různé dobrovolnické práce, zejména péče o blízké přátele, rodinu, domácnost.

1.1.1 Stárnutí

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je podle Kalvacha (2004 in Zdražilová, 2007) „přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti.“¹

Pod pojmem stárnutí se dle Langmeiera² rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince.

Stárnutí je individuální a jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně.³

Pacovský⁴ považuje stárnutí za přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím. V jednotlivých orgánech při něm probíhají změny degenerativní, morfologické

¹ ZDRAŽILOVÁ, L. *Determinanty tvořivé činnosti ve stáří*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta fylozofická, 2007, s. 8.

² LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998, s. 184.

³ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, s. 23.

a funkční. Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří.

Améry⁵ se zmiňuje o *sociálním stárnutí*, které je zásadně spoluurčováno naším světem majetku a také tím, jak „upadající tělo“ stárnoucího člověka bezprostředně vyvolává společenské reakce. Dále uvádí pojem *kulturní stárnutí*, které lze „vysvětlit obtížností, kterou s sebou přináší neznámý řád znaků, nebo dokonce zbrusu nové signály, a nutností se v nich vyznat“. Odpor stárnoucího člověka se přitom neomezuje pouze na kulturní jevy, které od něj vyžadují intelektuální námahu, ale i na vedlejší fenomény, jakými jsou například módní novinky v oblékání. Kulturní stárnutí, upadající schopnost recepce, únava a rezignace – to vše je jsou záležitosti zcela individuální.

„Rychlost stárnutí lze ovlivnit životním stylem, životosprávou a péčí o vlastní zdraví již v mládí.“⁶ „Každý stárneme po svém a každý odpovídáme sami sobě za to, zda jsme byli životními hazardéry nebo rozumnými konzumenty života. V žádném případě se ovšem nesmíme stát hypochondry a přibývajícím neduhům stáří musíme respektovat a upravit si podle nevratných změn a obtíží další etapu života.“⁷ Pravidelný tělesný pohyb v jakékoliv formě je návodem na zpomalení stárnutí a k oddálení stáří s prodlouženým přežitím.⁸

Aktivní stárnutí

Toto slovní spojení označuje progresivní přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na principech solidarity a respektu k jejich individuálním zvláštnostem a potřebám. Jeho cílem je zajistit vysokou kvalitu života i v pozdním věku a prohloubit nedobrý vztah mezi generacemi.⁹

Pojem aktivního stárnutí vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, které lze shrnout pod následujícími názvy: „nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace“. Je v něm dále zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunitního života.¹⁰

⁴ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990, s. 30.

⁵ AMÉRY, J. *O Stárnutí – Revolta a rezignace*. Praha: Prostor, 2008, s. 95.

⁶ DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix, 2009, s. 19.

⁷ DIENSTBIER, Z., cit. 6, s. 29.

⁸ DIENSTBIER, Z., cit. 6, s. 54.

⁹ *Vymezení základních pojmů* [online]. 2012 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z:

<http://www.mamaloca.cz/wp-content/uploads/2012/03/Manu%C3%A1l-2.pdf>.

¹⁰ DVORÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012, s. 29.

Myšlenka aktivního stárnutí může mít pro seniora do budoucnosti velký význam. Pokud senior není nemocný, nemá sníženou soběstačnost, pak není nutné, aby se ve vyšším věku vzdal aktivit, kterým se dříve věnoval a které byly náplní jeho života. Vztahy vzájemné soudržnosti a mezigenerační vztahy ve společnosti, s přáteli, sousedy a rodinnými příslušníky jsou důležitými prvky aktivního stárnutí.

1.1.2 Ageismus

Poprvé se pojem ageismus objevuje v USA koncem šedesátých let 20. století. Ageismus vyjadřuje negativistický přístup ke stáří, který na základě zobecněných předsudků odsouvá staré lidi na „druhou kolej“. Tito lidé jsou pro společnost problémem, který je třeba řešit v izolaci, mimo hlavní dění ve společnosti. Podle této teorie jsou nežádoucí, neperspektivní, obtěžující a nákladní.¹¹

Dle Vidovičové¹² je ageismus „ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.“

Jedním ze zdrojů nepříznivého pojetí stáří je fakt, že starých lidí je hodně a stále jich přibývá. Stávají se více viditelní a vyžadují, aby se veřejnost jimi více zabývala.

Hazan (1994 in Vidovičová, 2008) považuje za zdroj negativních obrazů stárnutí samotné staré lidi, kteří své stárnutí nezvládají, a „nedokáží proto vytvořit sociálně akceptabilní a preferibilní obraz této části života a vybudovat jeho prestiž.“¹³

Pro tvorbu ageistických postojů je důležitý i způsob, jakým se o stáří na veřejnosti hovoří, jaká témata se projednávají a jakou měrou jsou v nich zastoupeni senioři. Zejména média často prezentují starší lidi „jako obecně nezdatné, neschopné, pasivní, jako příjemce služeb, dávek či bezbranné oběti podvodů a jiných trestných činů. Vznikají tak mýty o přirozené minimalizaci potřeb ve stáří včetně minimalizace finančních prostředků.“¹⁴

¹¹ *Vymezení základních pojmů* [online]. 2012 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z:

<http://www.mamaloca.cz/wp-content/uploads/2012/03/Manu%C3%A1l-2.pdf>.

¹² VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. s. 113.

¹³ VIDOVIČOVÁ, L., cit. 12, s. 137.

¹⁴ ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie*, Praha: Grada Publishing, 2012, s. 108.

Starší lidé se setkávají s diskriminací též na trhu práce. Vztah věku a systému trhu práce je v České republice legislativně zakotven zejména v zákoníku práce, který upravuje práva, nároky i povinnosti občanů, kteří se zapojují do pracovněprávních vztahů. Vytváří rovnocenné podmínky pro uplatnění seniorů v pracovním procesu jako ostatním zaměstnancům, v pracovně právních vztazích je zakázána přímá i nepřímá diskriminace kvůli věku. Zákoník práce zakazuje zaměstnavatelům ve vztahu k seniorům různé druhy mobbingu, šikanování nebo nátlaku.¹⁵ Rovné zacházení a zákaz diskriminace při uplatňování práva na zaměstnání je zakotveno též v zákonu o zaměstnanosti.¹⁶

1.1.3 Stáří

Stáří (sénium) je podle Kalvacha (2004 in Zdražilová, 2007) „označení posledních etap ontogenetického vývoje člověka. Jedná se o projev a důsledek involučních změn probíhajících různou rychlostí a s výraznou interindividuální variabilitou“.¹⁷ Neexistuje přesný okamžik nástupu stáří, neboť fyziologické změny v lidském organismu spojené se stárnutím probíhají neustále a pozvolna a jde o velmi individuální nezvratný fyziologický proces. Někdy bývá za tuto hranici považován věk 60 let, nicméně s technickým a vědeckým rozvojem lidské společnosti se tato hranice neustále posouvá výš.

Stáří se může hodnotit podle věku, fyzického nebo psychického stavu, rozsahem samostatnosti apod. Tradičně se rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální:¹⁸

- *kalendářní stáří*: je dáno dosažením určitého věku, je snadno a jednoznačně stanovitelné, takže vyhovuje demokratickým a jiným potřebám, neříká však nic o individuálních involučních změnách ani o sociálních rolích a díky stále se zlepšujícímu zdravotnímu stavu se hranice stáří posouvá do vyššího věku (např. Závalová, 2001: mladí senioři – 65-74 let, staří senioři – 75-84 let, velmi staří senioři – 85 a více let);

¹⁵ Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Právní úprava pracovních podmínek seniorů (změny od 1. 1. 2010) [online]. 2010 [cit. 2012-12- 28]. Dostupné z:

<http://pravnicadce.ihned.cz/c1-40730070-pravni-uprava-pracovnich-podminek-senioru>.

¹⁶ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, část první, hlava II., § 4 [online]. 2004 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.azzp.cz/zakon-o-zamestnanosti-c-435-2004-sb>.

¹⁷ ZDRAŽILOVÁ, L. *Determinanty tvořivé činnosti ve stáří*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta filozofická, 2007, s. 8. Vedoucí diplomové práce Josef Švancara.

¹⁸ ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, Praha: Grada Publishing, 2012, s. 25-26.

- *biologické stáří*: je dáno dosažením určité míry involučních změn, poklesu potenciálu zdraví, jde o souhrn nevratných biologických změn, funkčních deficitů, úmrtí; není stanovitelné, neexistují pro to přesná kritéria, významným faktorem biologického stáří je subjektivní vnímání věku, které souvisí i s vnímáním úbytku či naopak dostatku sil;
- *sociální stáří*: je dáno souhrnem sociálních změn, postojů, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku – např. pokles životní úrovně, nezaměstnatelnost, přijetí role penzisty, odchod dětí z rodiny, ovdovění apod.; za počátek sociálního stáří se většinou považuje vznik nároku na starobní důchod či odchod do důchodu.

Stáří je nejčastěji vymezováno *chronologicky*. Dle Světové zdravotnické organizace je základní klasifikace vyššího věku následující:

- 45 – 59 let – střední nebo též zralý věk,
- 60 – 74 let – vyšší věk nebo též rané stáří,
- 75 – 89 let – stařecký věk,
- 90 let a výše – dlouhověkost.¹⁹

Chronologický věk je řadou autorů z oblasti teorie a výzkumu stárnutí odsuzován jako nedostatečný indikátor věkové identity. Tito autoři (např. Rubin, Berntsen, Birren aj.) hovoří o *subjektivním věku*, který může lépe vystihovat individuální i sociální identitu jedince.²⁰

Čevela, Kalvach, Čeledová²¹ uvádějí následující periodizaci stáří:

- 60/65 – 74 let – počínající stáří (mladí senioři),
- 75 – 84/89 let – vlastní stáří (staří senioři),
- 85/90 a více let – dlouhověkost (velmi staří senioři).

Ve stáří lidé ztrácejí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byli zvyklí. Tím se významně snižuje kvalita jejich života.

¹⁹ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 11.

²⁰ VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 85.

²¹ ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 28-29.

1.1.4 Gerontologie, geriatrie

Název *gerontologie* pochází z řeckých slov gerón – starý člověk a logos – nauka. Gerontologie „je interdisciplinární věda, souhrn poznatků o stáří a starých lidech. Zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří.“ Dělí se do tří okruhů:

- *gerontologie experimentální (teoretická)* – zabývá se studiem procesů a příčin stárnutí,
- *gerontologie klinická (geriatrie)* – zabývá se zvláštnostmi zdraví a jeho podpory ve stáří, a to funkčním zdravím, involučním poklesem potenciálu zdraví, zvláštnostmi chorob, diagnostiky, léčení prevence a rehabilitace ve stáří,
- *gerontologie sociální* – zabývá se životem ve stáří, vztahy mezi seniory a společností, stárnutím společnosti, věnuje se např. demografickému stárnutí, nástupu dlouhověké společnosti, sociálně ekonomické situaci starých lidí, společenskému prostředí, sociologické problematice stárnutí, psychologickým aspektům stáří, problematice individuální přípravy na stáří, zlepšování kvality života lidí ve vyšším věku.²²

Pojmenování *geriatrie* vychází z řeckých slov gerón – starý člověk a iatria – léčba. Geriatrie „se zabývá zdravím a jeho udržováním ve stáří, zdravotními a medicínskými problémy seniorů včetně geriatrické křehkosti, zvláštností chorob, diagnostických a léčebných postupů a také uspořádáním, účelností, účinností a bezpečností zdravotnických systémů pro potřeby seniorské populace.“ Geriatrie má složku *akutní i chronickou, preventivní i paliativní, rehabilitační i ošetrovatelskou, klinickou i organizační*. Geriatrie je specializační klinický obor vycházející z vnitřního lékařství s přesahy do psychiatrie, neurologie, rehabilitace, ošetrovatelství. „Součástí geriatrie je také tzv. dlouhodobá péče, komplexní zdravotně sociální podpora nemocných s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením, s ohroženou či ztracenou soběstačností.“²³

²² ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 63-64.

²³ ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDVÁ, L., cit. 22, s. 65.

1.2 Změny podmíněné stárnutím

Změny způsobené stářím se projevují v rovině tělesné, psychické a sociální. Dochází k poklesu výkonu určitých funkcí, rozvoji chronických onemocnění, zhoršuje se smyslové vnímání, klesá celková pohyblivost, mění se struktura a funkčnost paměti, nastávají problémy s orientací, snižuje se výkonnost a nakonec i celková soběstačnost.

1.2.1 Tělesné projevy stáří

Jak uvádí Kalvach²⁴, tělesná výška se s přibývajícím věkem snižuje, tělesná hmotnost naopak obvykle stoupá. Dochází k úbytku svalové hmoty a síly, což se negativně projevuje ve změnách postoje a chůze.

Dochází k poruchám mozkové činnosti, a tím se zhoršuje zrak i sluch, ale i čich a chuť. Mění se vzhled a vlastnosti kůže, na kůži se objevují pigmentové skvrny. Vlasy postupně řidnou a mění barvu do šeda. Problémy bývají s přizpůsobením se změnám teplot a počasí vůbec. Kostí měknou, bývají časté zlomeniny. Snižuje se výkonnost srdce, plic, ledvin i jater.

Toto vše se ovšem nemusí přihodit každému stárnoucímu člověku. Záleží na jeho životní aktivitě. Člověk, který začne pociťovat příznaky stáří, by měl chodit více do společnosti, na vycházky a být v neustálém kontaktu s vrstevníky.

1.2.2 Psychické změny

Stárnutí je spojeno se změnou osobnosti. Člověk se čím dál více zabývá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcí. Toto má vliv na změny v jeho psychickém vývoji. U těchto lidí se projevují negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Právě spojení těchto změn se změnami sociálními ztěžuje seniorům adaptaci na nové prostředí.

Jedlička²⁵ uvádí charakteristický obraz psychiky seniorů:

- *psychické změny sestupné povahy* – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všímavosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy, větší únavnost, zhoršování paměti, zvyšování zapomnětlivosti, převládá touha po soukromí a pohodlí,

²⁴ KALVACH, Z. *Tělesné projevy stáří*. In Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 99-101.

²⁵ JEDLIČKA, V., a kol. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, s. 14-15.

- *psychické změny vzestupné povahy* – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti,
- *psychické funkce, které se s věkem nemění* – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba.

1.2.3 Sociální změny

Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění. Významným mezníkem v tomto ohledu je odchod do důchodu, kdy se člověk z role „nezávislého“ dostává do situace „závislosti“. Literatura uvádí dva modely řešení tohoto problému.

- *Teorie aktivity*, která vychází z názoru, že pokud nemá starší člověk zdravotní potíže, má zůstat po všech stránkách plně aktivní.
- Naopak *teorie stažení* říká, že stárnoucí člověk se má v předstihu připravovat na odchod do důchodu. Toto rozhodnutí má být výsledkem přirozeného vývoje osobnosti a vlastního rozhodnutí, nikoliv vnějšího nátlaku.²⁶

Vohralíková a Rabušic²⁷ uvádějí, že „člověk se sociálně i mentálně stává starým dnem, kdy je jeho status změněn z ekonomicky aktivního na důchodce“. S tím souvisí i změna jeho životního stylu, neboť tím, jak přestane pracovat, objevuje se u něj nadbytek volného času. Jako riziko vidí odchod do důchodu bez náhrady dosavadního rytmu života, bez konkrétního programu a perspektivy.

Velmi důležitým mezníkem v životě seniorů je odchod dětí z domova. Role rodičů bývá často nahrazena novou rolí, rolí prarodičů. Největším zásahem do soužití seniorů je ztráta životního partnera. Vyrovnat se s ovdověním znamená přeorganizovat si zcela svůj život.

Změn, které stáří přináší, je hodně a jejich důsledky mají různou povahu. V konečném důsledku však vždy vedou ke změnám životního stylu, přístupu k životu, potřebám a očekáváním. Při práci se seniory je potřeba tuto skutečnost respektovat.

²⁶ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990, s. 45-47.

²⁷ VOHRALÍKOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004, s. 54.

1.3 Rizikové faktory ve stáří

Duševní zdraví seniora bývá ohrožováno mnoha specifickými rizikovými faktory. Rizikové faktory ve stáří bych rozdělil na tři skupiny: zdravotní, sociální (psychosociální) a ekonomické.

Zdravotní rizika

Hlavními rizikovými faktory ve vyšším věku jsou *zvýšený cholesterol, obezita, nízká fyzická aktivita a cukrovka*, které bývají původcem srdečně cévních onemocnění, tj. vysokého krevního tlaku, infarktu myokardu, anginy pectoris, cévní mozkové příhody, nemoci žil a tepen dolních končetin.

Ochabují svaly a ubývá kostní tkáň, čímž se snižují fyzické schopnosti i výkon a ubývá svalová síla. Pohyby jsou vláčnější, pomalejší, zhoršuje se schopnost rychle reagovat.²⁸ Toto je důležité zejména pro řidiče. Každý senior musí absolvovat lékařské prohlídky v 60, 65, 68 letech a pak každé 2 roky. Při silniční kontrole musí mít senior u sebe doklad o zdravotní způsobilosti.²⁹ Nemoci, vady nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel, stanovuje příslušná vyhláška.³⁰ Zejména ženám po přechodu ubývá kostní hmota a kosti pak mívají křehčí a lámavější, klouby mají často postiženy artrózou, jsou bolestivé, což se projevuje ve zhoršené chůzi a koordinaci pohybů.

Se zhoršováním *mobility* seniorů se zdravotním postižením souvisí potřeba bezbariérových veřejných prostranství, veřejných dopravních prostředků a podpora užívání kompenzačních pomůcek – chodítek, elektrických skútrů, schodolezů apod.

Nevhodné složení stravy a léky mohou vyvolat potíže se zažíváním, tvorbu žaludečních vředů, krvácení do trávicího traktu, někdy i potíže s polykáním.

Onemocnění mozku a nervového systému může způsobit potíže s udržení moči (inkontinenci). Příkladem může být pomočování u osob s demencí a po mozkových příhodách.³¹

²⁸ Topinková, E. *Nemoci ve stáří* [online]. 2008 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>.

²⁹ *Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, §§ 88, 89* [online]. 2013 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://autoskolafoltyn.kvalitne.cz/novela-2013.pdf>.

³⁰ *Vyhláška č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, příloha č. 3* [online]. 2004 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz>.

³¹ Topinková, E., cit. 28.

S věkem *klesá vitalita a energie*, dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a sensorické funkční koordinace, chůze se zvolňuje, gesta se zmenšují, veškeré činnosti trvají déle.³²

Dochází k *poruchám paměti*, typické bývá zapomínání jmen. Naopak velmi dobře si dokáže starý člověk vzpomenout na minulost, zejména dětství a mládí.

Demence se stává hrozbou a neštěstím nejen pro postiženého, jeho rodinu, ale i pro společnost. Péče o dementní staré lidi je obtížná, zpravidla dlouhodobá, málo perspektivní a ekonomicky náročná.³³ Demencí ztrácejí lidé orientaci časovou, prostorovou, později situační, a nakonec i o své vlastní osobě, bývají depresivní, pasivní, nekritičtí, mluví nepřehledně, naši řeč vnímají, ale nepřijímají její obsah. U demencí je závislost na druhých totální, protože je způsobena totální bezmocí.³⁴

Sociální (psychosociální) rizika

K nejčastějším (psycho)sociálním rizikům ve stáří patří *vysoký věk* jedince (80 let a více), *ztráta aktivity, neschopnost se o sebe postarat, potíže přizpůsobit se změnám, trvalé umístění do institucionální péče a problémy související s očekáváním smrti*.

Uvádí se, že až polovina duševních krizí je vyvolána problémy meziosobní povahy. K jedním z největších rizikových faktorů patří *osamělost*; stav, kdy člověk má prožitek, že kolem sebe nemá nikoho, na koho by se mohl obrátit, svěřit se mu a od koho by mohl očekávat podporu a povzbuzení.³⁵ Osamělost je nejčastěji spojena se *ztrátou partnera/partnerky*. Právě tato ztráta ve vyšším věku je výrazným rizikovým faktorem pro rozvoj deprese.³⁶ Obranou proti osamělosti je zapojení se do volnočasových aktivit – práce s PC, sběratelská činnost, zájem o uměleckou tvorbu, manuální činnosti, poznávací zájezdy, návštěva kina, divadla apod.

Důležitým rizikovým faktorem je *odchod dětí z domova*, mladé rodiny už nechtějí žít se svými rodiči, odcházejí za prací, budují si vlastní bydlení.

³² HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989, s. 95.

³³ HAŠKOVCOVÁ, H., cit. 32, s. 169.

³⁴ HAŠKOVCOVÁ, H., cit. 32, s. 296-298.

³⁵ MATOUŠEK, O., a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008, s. 123.

³⁶ TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009, s. 23.

Ekonomická rizika

Jedním z rizik vyššího věku je *problém s nalezením práce*. Zaměstnavatelé upřednostňují mladou generaci, která je pro ně perspektivnější a „výkonnější“. Podle Reidla³⁷ se skutečnost, že mnoho firem už nezaměstnává starší pracovníky, brzy změní. Tato skutečnost nesmí být v žádném případě nevýhodou, neboť starší zaměstnanci mají mnoho zkušeností.

S odchodem do důchodu ztrácí člověk nedobrovolně pracovní kontakty a stává se závislým na *výši starobního důchodu*, která je výrazně nižší než byl jeho příjem v době aktivní činnosti. Tito lidé musí šetřit, často hledají možnost přivýdělku. Problémem bývá i schopnost udržet si stávající byt vzhledem k vysokému nájmu, a proto hledají menší byt. Nedosáhnou ani na možnost poskytnutí úvěru či hypotéky. Lidé v pozdním věku vydávají stále více peněz za léky, počítat musí i s vyššími částkami za různé služby a s vyššími náklady související s dopravní obsluhností.

Každý dospělý člověk se musí ještě v etapě produktivního života, v každém případě po padesátém roce věku, připravit a být schopen správně se rozhodovat v budoucích životních situacích, jako je např. odchod z pracovního života, změny ve způsobu bydlení, ve struktuře volného času a jeho využití apod. Z této potřeby vyplývá jedna z nejvýznamnějších funkcí výchovy a vzdělání ke stáří, tzv. *anticipativní funkce*.³⁸

1.4 Základní formy péče o seniory

V České republice jsou za seniory považováni lidé 65+. Péče o seniory zahrnuje 4 složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. „Starý člověk potřebuje mít pocit osobní jistoty a spokojenosti (1) v rámci určitého rodinného či jiného integrovaného společenství (2); toho je možné dosáhnout jen za předpokladu přiměřeného zdraví (3) a jisté úrovně hmotné zajištěnosti (4).“³⁹

Rodina se o starého, zvláště pak nemocného člověka, může postarat jen do určité míry, za jistých možností. Jestliže staří lidé nikoho nemají, jejich zdravotní stav jim nedovoluje zůstat v domácím prostředí apod., musí se o ně postarat společnost.

³⁷ REIDL, A. *Senior – zákazník budoucnosti*. Brno: BizBooks, 2012, s. 74.

³⁸ WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982, s. 291.

³⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989, s. 183.

Dle Komparační studie z r. 2010⁴⁰ se odhaduje, že:

- 80 – 90 % osob starších 65 let je soběstačných s pomocí rodiny a nejbližšího okolí,
- 13 % potřebuje pomoc v domácnosti,
- 7 – 8 % potřebuje soustavnou péči,
- asi 2 % potřebují soustavnou péči ústavní.

Z toho vyplývá, že asi čtvrtina lidí ve věku nad 65 let vyžaduje nějakou formu pomoci.

Základní formy péče o seniory jsou: rodinná, terénní a ústavní.

1.4.1 Rodinná péče

V tomto případě se jedná většinou o péči v rámci manželského páru, popřípadě o péči dětí o staré rodiče. Výhodou této péče je především to, že senior zůstává v místě, kde strávil určitou část svého života, které dobře zná, což má vliv na jeho psychický stav a kvalitu života. Další výhodou lze spatřit i v tom, že je finančně a kvalitativně efektivnější.

Možnou nevýhodou může být časová náročnost pro rodinu a také určité nedostatečné znalosti z oblasti zdravotnictví.

Rodinná péče může fungovat tehdy, když jsou k dispozici různé specializované služby a na dobré úrovni je vzájemná spolupráce rodiny, lékaře a příslušných institucí. Pak je to nejlepší forma péče.

1.4.2 Terénní péče

Tento typ péče předpokládá kombinovanou péči rodiny a terénních pracovníků.

- *Osobní asistence* je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby; např. pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti, dohled nad užitím léků, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tato služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

⁴⁰ *Komparace služeb sociální péče o seniory* [online]. 2010 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf.

- *Pečovatelská služba* je poskytována týmě osobám jako v případě osobní asistence. Liší se tím, že je poskytována ve vymezeném čase v domácnosti osob, nebo v zařízeních sociální péče. Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajistit zejména základní životní potřeby klientů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a oddálit nutnost umístění do ústavní péče.

- *Tísňová péče* je služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu.

- *Centra denních služeb a Denní stacionáře* poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Navštěvují je též osamělí senioři, protože chtějí být ve společnosti svých vrstevníků a aktivně s nimi trávit volný čas.

- *Týdenní stacionáře* poskytují služby jako denní stacionáře, tzn. stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a navíc poskytují ubytování.

- *Domovy pro osoby se zdravotním postižením* – služby v nich jsou uzpůsobeny věku a charakteru potřeb klientů vyplývajících z druhu zdravotního postižení.

- *Domy s pečovatelskou službou* jsou určeny pro osoby, které vyžadují větší rozsah a frekvenci poskytovaných služeb. Dnes jsou tyto domy téměř v každé větší obci. Výhodou je, že tu mají lidé vlastní bydlení včetně sociálního zařízení, mohou používat vlastní nábytek, stýkají se se známými lidmi, mohou potkávat sousedy, a tím neztrácí kontakt s okolím. Dle svého přání využívají služeb pečovatelské služby za úhradu. V bytech s pečovatelskou službou je zachován statut nájemního bydlení.

- *Chráněné bydlení* má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení, které má charakter běžného bydlení v bytech nebo domech.

Všechny výše uvedené služby (s výjimkou tísňové péče, která je zdarma) jsou poskytovány za úhradu od klienta ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby podle § 91 citovaného zákona.⁴¹

⁴¹ *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §§ 32-54, § 91* [online]. 2007 [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108-2006.pdf>.

1.4.3 Ústavní péče

- Do *domovů pro seniory* jsou přijímány osoby, které pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit ani rodina, ani žádná služba sociální péče. Komplexní péče zahrnuje služby ubytovací, stravovací, zdravotnické, služby sociální péče, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a další volitelné či doplňkové služby. Zdravotní péče je pro klienty hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Klient hradí úhradu za ubytování, stravu a za poskytovanou péči ve sjednaném rozsahu.

- *Domovy se zvláštním režimem* soustřeďují klienty, u nichž byla diagnostikována Alzheimerova choroba nebo jiné formy demencí. Tito lidé potřebují pravidelnou specializovanou péči, a na tu nejsou ve většině domovů pro seniory zatím připraveni. Část nákladů na pobyt je hrazena z vlastních prostředků klienta jako v předcházejícím případě.

- *Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN)* poskytují léčebnou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči osobám, které nejsou indikováni k péči na akutních lůžkových odděleních. Dále osobám, které jsou do LDN umístěny na doporučení praktického či odborného lékaře z domácího prostředí při zhoršení zdravotního stavu, který nevyžaduje hospitalizaci na akutním oddělení.

- *Hospic* je speciální zařízení paliativní péče a péče o umírající. Umožňuje prožít důstojný konec života pro nevléčitelně nemocné až do posledních okamžiků. Nesoustřeďuje se pouze na pacienta, ale spolupracuje s celou rodinou a pomáhá jí vyrovnat se s chorobou a zármutkem.

Zdroj informací pro zpracování kapitoly:^{42,43}

⁴² *Komparace služeb sociální péče o seniory* [online]. 2010 [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf.

⁴³ *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §§ 32-54* [online]. 2007 [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108-2006.pdf>.

2 KVALITA ŽIVOTA

2.1 Vymezení pojmu kvality života

2.1.1 Teoretické vymezení kvality života

Teoretické vymezení kvality života podle Světové zdravotnické organizace (WHO)

WHO definuje kvalitu života jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, který je ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“⁴⁴

Vymezení kvality života z pohledu sociologie

Pojem kvalita života je v sociologii užíván ve čtyřech určeních:

- QOL jako odborný pojem vyjadřující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Kvalita života „je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společnosti, podle osobní a kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.“
- QOL jako programové politické heslo obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, které přesahují materiální úroveň a vojenskou sílu.
- QOL jako sociální hnutí vznikající z iniciativy ekologických a protirasových hnutí.
- QOL jako reklamní slogan nabízející nové oblasti konzumu (volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění) a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby.⁴⁵

Kováč⁴⁶ prezentuje tříúrovňový model kvality života. Podle jeho teorie je koncept kvality života tvořen třemi navzájem provázanými úrovněmi:

⁴⁴ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 11.

⁴⁵ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P., cit. 44, s. 14-15.

⁴⁶ KOVÁČ, D. *Kvalita života – naléhavá výzva pre vedu nového storočia*. Časopis Psychiatrie, 2001, č. 1, s. 34-43.

- bazální (existenční, všelidskou) – zahrnuje somatický stav, psychické fungování, funkční rodinu, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život,
- mezo-úrovni (individuálně specifickou, civilizační),
- meta-úrovni (elitní, kulturně duchovní).

Kováčova teorie umožňuje vzájemné prolínání jednotlivých komponent QOL ve všech rovinách a připouští dosažení meta-úrovně bez naplnění úrovně nižší.

„Kvalita života člověka bývá chápána jako spokojenost či pocit naplnění v rozhodujících životních oblastech.“ Těmito oblastmi jsou dle Kučery (2004 in Janečková, Hnilicová, 2009):

- *bytí fyzické* – tělesné zdraví, osobní hygiena, výživa, pohyb, atp. tedy „nic mě nebolí“,
- *psychické* – duševní zdraví, identita, tedy „je mi blaze“,
- *a spirituální* – víra, osobní hodnoty a přesvědčení, tedy „má to smysl“;
- *příslušnost k vnějšmu prostředí hmotnému* – k domovu, pracovišti, krajině,
- *k sociálnímu prostředí* – rodině, přátelům, sousedům, ke společnosti, a to prostřednictvím práce, bydlení s možností využívat zdravotní péči, sociální služby, vzdělávání, rekreační aktivity, tedy „někde mám kořeny, někam patřím“;
- *seberealizace* – dosahování osobních cílů prostřednictvím praktické činnosti, tj. práce a zájmových aktivit, odpočinku a růstu, tedy „povedl se mi výkon, zvládám to, naplňuji svůj cíl“.⁴⁷

2.1.2 Dimenze kvality života

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, objektivního a subjektivního:

- *objektivní kvalita života* – jedná se o souhrn ekonomických, zdravotních, sociálních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka,
- *subjektivní kvalita života* – je obrazem jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému, výsledná spokojenost je závislá na jeho zájmech, očekáváních a osobních cílech.⁴⁸

⁴⁷ JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 76.

⁴⁸ VAĐUROVÁ, H.; MŮHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 17.

Vnější a vnitřní činitele kvality života

Jesenský (2001 in Vaňurová, Mühlpachr, 2005) rozděluje činitele kvality života do dvou základních skupin:

- *vnitřní činitele* – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem, patří mezi ně všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu jedince,
- *vnější činitele* – ekologické, ekonomické, materiálně technické, pracovní, společensko-kulturní a výchovně vzdělávací faktory (lze srovnat obsahově s objektivní dimenzí kvality života).⁴⁹

2.1.3 Globální souvislosti kvality života

Fyziologický (medicínský) přístup ke kvalitě života

WHO chápe „zdraví jako jeden z předpokladů kvality života člověka, který je v interakci se svým životním prostředím.“ WHO uvádí šest domén včetně indikátorů kvality života:

- *fyzická stránka* – energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek,
- *psychická stránka* – představa tělesného schématu a vzhled, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost,
- *stupeň samostatnosti* – mobilita, každodenní činnosti, závislost na lékařské péči, průběžnost,
- *sociální vztahy* – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita,
- *životní prostředí* – finanční zdroje, svoboda, pocit fyzického bezpečí, zdraví a sociální podpora, možnost získání informací a kompetencí, doprava,
- *spiritualita* – religiozita, osobní přesvědčení.⁵⁰

Významným faktorem je rozdíl mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Lidé trpící nějakou nemocí, kteří se dokáží se svým stavem vyrovnat, přizpůsobí mu své plány a očekávání, získají určitý pocit životní pohody, a tím i lepší kvalitu života. Na rozdíl od lidí, kteří svůj zdravotní stav nepřijmou.⁵¹

⁴⁹ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 18.

⁵⁰ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P., cit. 49, s. 27.

⁵¹ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P., cit. 49, s. 28-29.

Psychologický přístup ke kvalitě života

Objektem zájmu z hlediska psychologického je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho přání a potřeby, sebehodnocení, seberealizace a negativní indikátory – životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad apod.

Podle Calmana (2002 in Vaňurová, Mühlpachr, 2005) „považuje jedinec svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou.“ Vymětal (2001 in Vaňurová, Mühlpachr, 2005) doplňuje toto vymezení „o potřebu uplatnění ve společnosti a prožívání pozitivní citové odezvy.“⁵²

Dalšími složkami psychologického přístupu je autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (projev jedince a jeho život jsou ve shodě s jeho hodnotovou orientací), a kompetentnost (porozumění světu a možnost ho ovlivňovat).⁵³

Hrozenková (2008 in Dvořáčková, 2012) poukazuje na to, že v psychologickém přístupu „kvalitou života rozumí koncepci toho, co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti v životě“. Tyto koncepty vycházejí z hlubší analýzy individuálního životního stylu, způsobu života, rodinné a zdravotní situace, hodnotového systému i postojů člověka.⁵⁴

Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na chování člověka, jeho duševní život, meziosobní vztahy, tělesné procesy apod. Uplatňuje se při rehabilitaci kombinované s fyzioterapií, ergoterapií aj. metodami, kdy cílem je nejvyšší možná kvalita života.

Sociologické aspekty kvality života

Z pohledu sociologie se jedná o mnoho aspektů, které kvalitu života ovlivňují:

- *životní úroveň* – vyjadřuje materiální a ekonomické podmínky života,
- *způsob života* – charakterizuje život člověka jako celek, zachycuje jeho charakter, obsah a strukturu, ovlivňuje charakter životního stylu,

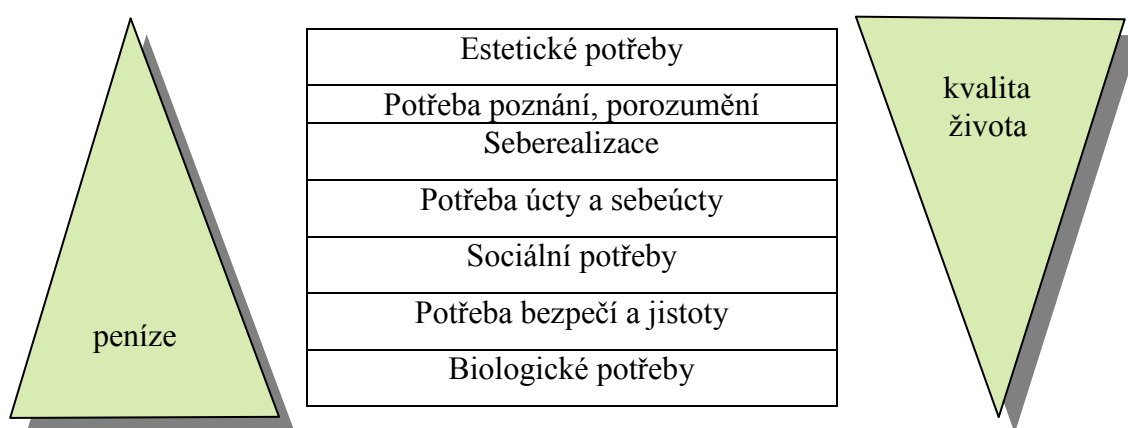
⁵² VAŇUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 29.

⁵³ VAŇUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P., cit. 52, s. 29.

⁵⁴ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 63.

- *životní styl* – souhrn zvyků, obyčejů, norem, hodnot a zájmů jedince, skupiny, společnosti, formuje se pod vlivem výchovy a lze ho chápat jako odraz duchovního cítění, kultury, vzdělání a morálky,
- *hodnoty* – vyplývají ze zájmů a potřeb, představují závažné cíle, ideály, vážou se na smysl a normy lidského života,
- *potřeby* – sedmistupňové rozlišení potřeb mezi dvěma extrémy – zajištěním existence a dosažením kvality života dle A. W. Maslowa:

Entropické minimum – KVALITA ŽIVOTA



Entropické maximum - ZÁNİK

Obr. 1. Vztah mezi potřebami a kvalitou života

Vliv peněz je nejsilnější při zajišťování biologických funkcí a potřeby bezpečí a jistoty. Pro další potřeby (sociální, potřebu úcty a sebeúcty, seberealizaci) se stávají peníze prostředkem k rozvoji a prožitek krásna a dokonalosti je již penězi ovlivněn minimálně.⁵⁵

Ekologické a environmentální hledisko kvality života

Život v příznivém životním prostředí je jedním ze základních lidských práv. Pro zlepšení životního prostředí, a tím i kvality života, jsou zapotřebí nejen změny technologické, ale i sociální. Ukazatelé kvality jsou např. úroveň zabezpečení přiměřeného plnohodnotného života seniorů, úroveň zabezpečení péče o osoby

⁵⁵ VAĐUROVÁ, H.; MŮHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 32-33.

odkázané na různou formu sociální pomoci, úroveň zdravotní péče, stav zabezpečení zdravé výživy obyvatel, možnosti společenských aktivit občanů, úroveň demokracie ve společenských vztazích, úroveň zabezpečení a ochrany lidských práv, stav hospodářského systému a jeho dopadu na možnosti aktivního pracovního uplatnění jedinců.⁵⁶

2.2 Nástroje a metody měření kvality života

Měření je proces přiřazování čísel objektům nebo událostem podle určitých pravidel. Nástroje měření jsou používány pro získávání dat – dotazníky, testy, hodnotící stupnice, pozorování.

Pro proces vývoje nástrojů měření byla stanovena následující kritéria:

- „musí reflektovat oblasti důležité pro pacienty,
- měření by se mělo zaměřovat na fyzické i psychické zdraví,
- výsledné hodnoty by měly být použitelné pro statistickou analýzu,
- měl by být validní, relevantní, krátký a jednoduchý.“⁵⁷

2.2.1 Rozdělení nástrojů měření podle objektivnosti

- *objektivní metody* – kvalitu života hodnotí druhá osoba,
- *subjektivní metody* – hodnotitelem kvality života je sama daná osoba,
- *smíšené metody* – vzniklé kombinací obou předcházejících metod.⁵⁸

2.2.1.1 Objektivní metody měření kvality života

- APACHE II

Vystihuje stav pacienta fyziologickými a patofyziologickými kritérii, zahrnuje údaje o věku a chronických onemocněních, výsledek se vyjadřuje číselně.

- The Karnofsky Performance Scale

Lékař vyjadřuje svůj názor na celkový stav pacienta k určitému datu, využívá procentuální škálu od 0 (pacient je mrtev) do 100 % (normální stav, neprojevují se žádné obtíže).

⁵⁶ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 34-35.

⁵⁷ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P., cit. 56, s. 53.

⁵⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 165.

- Index kvality života – ILF

Tato metoda uvádí slovně formulovaná kritéria – např. sebeobslužnost, sociální opora, zvládání těžkostí spojených s nemocí apod. Výběr hodnotících kritérií nezáleží pouze na hodnotiteli, ale hodnotící kritéria vznikají na základě konsensu mezi pacientem, zdravotnickým personálem, psychologem apod. Hodnocení stavu je odstupňováno v jednotlivých dimenzích.

- Spitzer Quality of Life Index – QL

Do QL indexu bylo zahrnuto následujících pět oblastí hodnocení kvality života: aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel a pohled na život. Na položené otázky existují tři možné odpovědi s hodnocením 0 až 2 body. Příklad otázky: „Jsem schopen se najíst, umýt, jít na toaletu a obléknout se bez pomoci. Řídím auto a používám hromadnou dopravu bez asistence.“⁵⁹

2.2.1.2 Subjektivní metody měření kvality života

- Metoda SEIQoL (Systém individuálního hodnocení kvality života)

Základní myšlenka této metody je:

- definování kvality života a její hodnocení dotazovanou osobou,
- pojetí kvality života v závislosti na systému hodnot dané osoby,
- aspekty života, které jsou v dané chvíli pro hodnocenou osobu podstatné, daná osoba je hodnotí jako závažné,
- metoda rozhovoru vede k bližšímu poznání závažných aspektů,
- relativní důležitost každého aspektu kvality života člověka v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názorů a přesvědčení.⁶⁰

Základem zjišťování kvality dle této metody je strukturovaný rozhovor, jehož cílem je uvedení pěti životních cílů, které dotazovaná osoba považuje v dané situaci za nejdůležitější. U každého z pěti uvedených cílů uvede míru uspokojení s tímto podnětem v % (0 % - nejsem vůbec spokojen/a až 100 % - jsem zcela spokojen/a s dosahováním tohoto cíle). Mezi nejčastěji uváděné podněty patří: zdraví, rodina, práce, finance, vzdělání, duševní pohoda, duchovní život, vztahy mezi lidmi, ale také kultura, sport, ruční práce, koníčky.⁶¹

⁵⁹ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 53-55.

⁶⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 172.

⁶¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 244-247.

- Metoda SEIQoL-DW

Tento nástroj je koncipován jako standardizovaný polostrukturovaný rozhovor ve třech krocích:

- identifikace životních cílů – respondent udává pět nejdůležitějších aspektů v současné době,
- zjištění současného stavu každého životního cíle na vertikální vizuální škále od „nejlepší, jaká může být“ po „nejhorší, jaká může být“, hodnoceno 0 až 100,
- kvantifikace relativní důležitosti daných životních cílů – „jak důležité jsou jednotlivé cíle při jejich vzájemném porovnání“, celková hodnota všech oblastí je po sečtení 100.⁶²

Jedná se o stručnější verzi než SEIQoL, neboť je schopna měřit pouze oblasti, které si respondent plně uvědomuje.

- Dotazník SQUALA

Jedná se o sebesupozovací dotazník sestavený podle jasných metodologických pravidel. Dotazník tvoří 23 oblastí, které pokrývají vnější i vnitřní realitu každodenního života. Spokojenost v každé je hodnocena na pětibodové škále (0 = velmi zklamán až 4 = velmi spokojen) a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4 (0 = bezvýznamné až 4 = nezbytné). Skóre pro danou životní oblast je dáno součinem skóre důležitosti a skóre hodnocení spokojenosti a nabývá hodnot 0 až 16 (16 = zcela spokojen s oblastí, kterou považuje za nezbytnou, 0 = daná oblast je pro respondenta subjektivně bezvýznamná). Součtem všech parciálních skóre se získá celkové skóre kvality života jedince.⁶³

2.2.1.3 Smíšené metody zjišťování kvality života

- MANSA

Tato metoda se zaměřuje na zjišťování spokojenosti v následujících oblastech:

- zdravotní stav,
- sebepojetí,
- sociální vztahy,
- rodinné vztahy,
- bezpečnostní situace,

⁶² VAĐUROVÁ, H.; MŮHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 59.

⁶³ VAĐUROVÁ, H.; MŮHLPACHR, P., cit. 62, s. 63.

- životní prostředí,
- právní stav,
- finanční situace,
- náboženství,
- trávení volného času,
- zaměstnání.⁶⁴

LSS - stupnice spokojenosti podle MANSA:

| | | | | | | |
|---------------|-----------|------------|-------------|----------|--------------|---------------|
| nemůže to | z větší | nespokojen | stejně spo- | spokojen | z větší čás- | nemůže to |
| být již horší | části ne- | | kojen jako | | ti spokojen | být již lepší |
| | spokojen | | nespokojen | | | |

Cílem této metody je vytvoření přesného obrazu kvality života dané osoby v dané chvíli. Výsledky zjištění umožňují optimalizovat péči a pomoc.

- Life Satisfactory Scale – LSS

Tato metoda je rozpracovaná v rámci metody MANSA, hodnotí jednak celkovou spokojenost se životem, jednak i řadu dílčích dimenzí.⁶⁵

2.2.2 Rozdělení nástrojů měření podle jejich zaměření

2.2.2.1 Nástroje pro měření funkčního stavu

- The Index of Activities of Daily Living – ADL

Hodnocení jednotlivých položek je prováděno terapeutem na třístupňové škále nezávislosti. Např.: koupání – nevyžaduje žádnou asistenci, vyžaduje asistenci při mytí některé části těla, vyžaduje asistenci při mytí více částí (nebo se sám neumyje vůbec).

- The Quality of Well-Being Scale – QWBS

Nástroj vyjadřuje kvalitu zdravotní péče léty života s přihlédnutím ke klesající QOL, za kterou je péče zodpovědná. Základem je tříložkový model zdraví:

- hodnocení funkčního stavu založené na výkonnosti jedince,
- význam jednotlivých funkčních oblastí pro jedince,
- prognóza.⁶⁶

⁶⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 176.

⁶⁵ KŘIVOHLAVÝ, J., cit. 64, s. 177.

⁶⁶ VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 64-67.

2.2.2.2 *Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví*

- Nástroje měření WHO – WHOQOL-100, WHOQOL-BREF

WHO definuje kvalitu života jako jedincovo vnímání jeho pozice v současném životě ve vztahu k cílům, očekáváním, normám a problémům. Na kvalitu života je nahlíženo z pozice jedincova fyzického zdraví, psychického stavu, stupně samostatnosti, vyznání, sociálních vazeb a vztahu ke klíčovým oblastem jeho prostředí. Základní WHOQOL nástroje mohou měřit kvalitu života v množství různých situací a vrstvách populace. Existují takové moduly, které umožňují detailnější zkoumání specifických skupin populace (např. pacienti s rakovinou, osoby trpící nějakou chorobou, jako HIV/AIDS, seniory).

- MOS Core Measure

Tento nástroj je založen na komplexním modelu, který zahrnuje dvě dimenze s širší platností – fyzické a psychické zdraví.

Fyzické zdraví obsahuje tyto oblasti: fyzické fungování, spokojenost, fyzické schopnosti, mobilita, bolest, limitace rolí v důsledku tělesného zdraví. Možnosti odpovědí jsou: „ano“ nebo „ne“.

Oblast *psychického zdraví* zahrnuje psychické strádání – úzkost, deprese, psychická pohoda, pozitivní afekty a pocity sounáležitosti, kognitivní fungování, limitace rolí v důsledku emocionálních problémů. V této oblasti je sledována i míra *celkového zdraví* – např. hodnocení únavy/energie, spánkových poruch, schopnost pracovat, vykonávat domácí práce, aktuální vnímání zdraví, zdravotní problémy a sociální fungování.

Existuje celá řada dalších nástrojů používaných pro měření kvality života vzhledem ke zdraví. Pro ilustraci uvedu jen některé:

- Dotazník SF-36
- The EuroQol Instrument – EQ-5D
- The Sickness Impact Profile – SIP
- Nottingham Health Profile – NHP⁶⁷

⁶⁷ VAŽUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 67-78.

2.2.2.3. *Nástroje pro měření psychické pohody*

Nástrojů pro měření psychické pohody je velké množství, zejména pro zjišťování běžných psychiatrických poruch; úzkost/deprese, demence a zmatenost. V České republice se měřením kvality života u psychiatrických pacientů zabývá PhDr. Eva Dragomirecká, její výzkum vychází z porovnání vstupního stavu pacienta a hodnocení jeho stavu po ukončení léčby. Výzkum ukázal, že skóre kvality života se vlivem terapie významně zvýšilo a tento efekt přetrvával ještě po dobu nejméně jednoho roku.

Mezi běžně používané nástroje patří např.:

- Hamilton Depression Scale
- The Geriatric Mental State – GMS
- The Mental Status Questionnaire – MSQ⁶⁸

2.3 Kvalita života seniorů

2.3.1 *Názory na kvalitu života seniorů*

Kvalita života závisí dle Štilce⁶⁹ „především na hodnotové orientaci člověka, na jeho vnímání smyslu života a ochotě volit k jeho dosažení odpovídající nástroje.“ Nabízejí se dvě základní strategie zlepšování kvality života. První je založena na snaze měnit vnější okolnosti vlastního života podle svých životních cílů, druhá spočívá ve změně prožívání, aby existující vnější podmínky člověk přijímal v lepší shodě se svými cíli. Pro kvalitní život se musí obě strategie kombinovat. Vysokou hodnotou pro kvalitu života jsou podle něj zdraví, aktivní styl života, prožitky radosti a štěstí. Jeden z významných faktorů, který aktivnímu přístupu k životu pomáhá bez ohledu na věk, je přiměřený tělesný pohyb. Člověk smysluplně žije a je relativně zdravý, když se dostatečně pohybuje, plně dýchá, žije v rytmu s přírodou, rozumně se vyživuje, má svěží a pozitivní mysl a udržuje dobré vztahy se světem.

Podle Gurkové⁷⁰ je kvalita života seniorů „determinovaná mnohými zátěžovými situacemi a faktory, které se s vyšším věkem pojí – od faktorů týkajících se změn zdravotního stavu po vyrovnání se s novými omezeními v životě, identifikace s novými

⁶⁸ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 78-79.

⁶⁹ ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004, s. 23-26.

⁷⁰ GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 167-168.

rolemi, možnostmi a dostupnou sociální oporou.“ Při měření kvality života u seniorů vystupují do popředí pojmy, jako jsou autonomie, soběstačnost, schopnost rozhodování, absence bolesti a utrpení, zachování smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standard, pocit užitečnosti pro jiné, určitý stupeň pocitu štěstí a další.

Podle Heuna (1999 in Čevela, 2012) a Vaillanta (2001 in Čevela, 2012) patří k faktorům ovlivňujícím kvalitu života seniorů „dobrý zdravotní stav, stabilní manželství, samostatné bydlení, extroverze, sociální zapojení, nepřítomnost deprese a nepřítomnost problémů s alkoholem.“⁷¹

Dragomirecká (2007 in Čevela, 2012) píše, že „v sociální gerontologii se za důležité dimenze kvality života ve stáří považují celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost.“⁷²

Dle Vohralíkové a Rabušice⁷³ je pro kvalitu života v každém věku, a ve stáří obzvlášť, rozhodující zdravotní stav. Se zvyšujícím se věkem se zvyšuje prevalence chronických chorob. Pro posouzení důsledků pro život starých lidí je třeba zvažovat tíži a závažnost onemocnění, stupeň postižení funkcí. Pro kvalitu života seniora však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemoci ve vyšším věku je snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci, což kvalitu života seniora snižuje.

Jak uvádí Reidl,⁷⁴ „věda se orientuje na zachování funkčnosti. Přitom rozlišuje soběstačně žijící seniory (tzv. chodící), seniory, kteří potřebují občasnou pomoc (tzv. pomalu chodící) a seniory vyžadující péči (nechodící).“ Dále uvádí, že senioři daleko lépe vnímají informace v tištěné podobě než v audiovizuálních médiích. Jako důvod uvádí, že si nemohou sami určovat rychlost zpracování poskytnutých informací.

Pro zlepšení kvality života seniorů je důležité, aby se zapojili do celoživotního vzdělávání. Jednou ze součástí celoživotního vzdělávání seniorů je univerzita třetího věku, jejímiž hlavními cíli je seznámit starší občany s vědeckými poznatky, prohloubit jejich sebepoznání, pomoci jim získat nadhled, a tím ulehčit jejich přizpůsobování

⁷¹ ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 200.

⁷² ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDVÁ, L., cit. 71, s. 200.

⁷³ VOHRALÍKOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, 2004, s. 30-32.

⁷⁴ REIDL, A. *Senior – zákazník budoucnosti*. Brno: BizBooks, 2012, s. 74.

a orientaci ve stále se měnícím světě. Významnou roli sehrává také možnost sociálního kontaktu s podobně smýšlejícími a věkově blízkými lidmi, navazování nových přátelství, překonávání pocitu osamělosti a izolovanosti, vědomé zpomalování procesu stárnutí, udržování psychické svěžesti, vhodné a kvalitní naplnění volného času.⁷⁵

Význam informačních a komunikačních technologií (ICT) je v současné době pro seniory obrovský. Jejich neznalost je diskriminuje na trhu práce a limituje zaměstnatelnost starších lidí. Naopak využívání ICT usnadňuje seniorům komunikaci a kontakt se službami a správními úřady, přispívá k řešení osamělosti, posiluje soběstačnost a schopnost života v domácím prostředí s hendikepem, posiluje sebevědomí a pocit svébytnosti i kvalitu volného času lidí s pohybovým omezením, řeší problematiku lidí v odlehlých venkovských oblastech a jejich přístup k informacím, komunikaci, službám.⁷⁶

Pro zabezpečení kvality života jsou důležité úspory, jejichž míra s přibývajícím věkem klesá. Starší lidé jsou si zcela vědomi toho, že pro zajištění určité životní úrovně ve stáří potřebují kapitál. Jejich příjmy se téměř nemění, avšak výdaje mohou v souvislosti se zvyšující se potřebnou péčí dramaticky stoupat.

Ke zvýšení kvality života přispívá i to, že stále více starších lidí se věnuje kultuře, navštěvuje divadla, výstavy, muzea, knihovny, věnuje se čtení časopisů, novin.

Kvalita života je podmíněna mnoha dalšími okolnostmi. Dle Hrozenkové (2011 in Dvořáčková, 2012) je v současné době v souvislosti s kvalitou života „kladen stále větší důraz na subjektivní spokojenost.“⁷⁷

Za optimální způsob péče o seniory je stále považována možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče rodiny. Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. V případě nesoběstačnosti seniora znamená rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Senioři proto velmi oceňují dobře fungující vztahy v rodině, navíc soužití se seniory napomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi.⁷⁸

S postupujícím věkem se u seniora snižuje manuální zručnost a nastávají problémy s orientací, zhoršuje se schopnost sebeobsluhy, úroveň mobility a schopnost

⁷⁵ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 32.

⁷⁶ ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 44.

⁷⁷ DVOŘÁČKOVÁ, D., cit. 75, s. 76.

⁷⁸ DVOŘÁČKOVÁ, D., cit. 75, s. 55.

ovlivňovat vývoj vlastního života. Pokud již pro seniora není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před psychicky velmi náročnou situací ve svém životě – odchod do ústavního zařízení.⁷⁹

2.3.2 Metodologie měření kvality života seniorů

S věkem stoupá vliv různých chorob a oslabení, které zhoršují např. svalovou sílu, zrakovou kontrolu, rozsah pohybu, klesá koordinace a obratnost. Kvalita života se ve vyšším věku zhoršuje, což vyvolává potřebu systému péče a podpory. Nástroje na zjišťování kvality života používané pro běžnou populaci musejí být v případě seniorů modifikovány, aby reflektovaly jejich specifické potřeby.

- Profil kvality života seniorů - QOLSV

QOLSV byl vyvinut ve spolupráci se seniory. Může být použit při plánování a hodnocení péče na úrovni jedince i společnosti, při identifikování zdravotních potřeb a nároků na služby. Zahrnuje např. tyto oblasti:

- *Existence*

fyzická stránka – jsem soběstačný, schopný se samostatně pohybovat po bytě, v okolí, dodržuji pravidla zdravé výživy,
psychická stránka – jsem schopen racionálně uvažovat.

- *Sounáležitost*

místo mezi lidmi – mohu se spolehnout na pomoc rodiny, mohu se obrátit na své sousedy,
místo ve společnosti – mám přístup ke zdravotní péči, navštěvuji místa ve svém okolí (obchod apod.).

- *Adaptabilita*

každodenní život – pečuji o manžela/manželku nebo jiného dospělého, pracuji v domácnosti (vaření, úklid, atd.),
volný čas – mám koníčky (zahrada, pletení, atd.), účastním se organizovaných volnočasových aktivit,
plány do budoucnosti – zlepšování nebo udržování paměťových schopností,

⁷⁹ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 78.

přízpůsobování změnám v osobním životě.⁸⁰

- WHOQOL - OLD

V rámci měření kvality života u seniorů je uvedený nástroj v současnosti nejznámější. Obsahuje šest domén: tělesnou, psychologickou, doménu nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí a spirituality/osobních přesvědčení.⁸¹ Problematika stárnutí musí být řešena podporou aktivního stárnutí namísto prostého zvyšování objemu péče. Uvedený nástroj je schopen zhodnotit dopad jednotlivých poskytovaných služeb a zdravotnické a sociální péče na kvalitu života.⁸²

2.3.3 Kvalita života seniorů v domovech pro seniory

Kvalita života v domovech pro seniory je determinována mnoha objektivními i subjektivními faktory. Úzce souvisí s osobností člověka, životním stylem, prožitými životními událostmi, zdravotním stavem, schopností zvládat zátěžové životní situace apod.

V současné době je kladen důraz na kvalitu poskytovaných služeb. Kvalitní služba vychází z požadavků, očekávání a osobních cílů klientů, zohledňuje jejich individuální potřeby a zvyšuje kvalitu jejich života.

Při práci se seniory je důležitá činnost multidisciplinárního týmu, který se skládá z mnoha profesí; zdravotníků, sociálních pracovníků, pedagogických pracovníků, duchovních a dalších odborníků.

Zejména role *sociálního pracovníka* prochází v posledních letech proměnou. Už se nezabývá pouze finančními problémy seniorů, ale postupně se jeho úloha rozšiřuje do oblasti individuální práce s nimi, individuálního plánování a aplikace různých druhů terapií. Sociální pracovníci jsou v kontaktu nejen se samotným seniorem, ale i s jeho rodinnými příslušníky. Dle Hrozenské (2008 in Dvořáčková, 2012) mezi základní úkoly sociálního pracovníka patří: „ulehčovat adaptaci seniora na nové institucionální prostředí, uskutečňovat sociálně-poradenskou práci, zabezpečovat seniorům sociálně právní ochranu a psychosociální podporu, zprostředkovávat seniorům kontakty s rodinou i se společenským prostředím, zajišťovat sociálně terapeutické

⁸⁰ VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 105-107.

⁸¹ GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 168.

⁸² VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P., cit. 80, s. 107.

činnosti a pomáhat při uplatňování práv, oprávněných zájmů či při obstarávání osobních záležitostí.⁸³

Jak má vypadat kvalitní sociální služba popisují standardy kvality sociálních služeb. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout. Příjemce služeb by měl být vnímán jako hlavní měřítko úspěšnosti kvality poskytovaných služeb. Uživatel definuje cíl, k jehož dosažení mu má poskytování služby pomoci. Spokojenost uživatele se skládá ze dvou prvků: spokojenost s výsledkem služby a spokojenost s procesem jejího poskytování, proto jsou kritéria standardů zaměřena jak na proces služeb, tak na výsledek.

Standardy kvality sociálních služeb mají být stimulem pro lepší uspokojování potřeb uživatelů, tedy i pro lepší kvalitu jejich života.⁸⁴

Standardy kvality sociálních služeb stanovují, že poskytovatel má pro plánování průběhu poskytování sociální služby a hodnocení naplňování osobních cílů pro každého uživatele služeb určeného zaměstnance, který si všímá jeho zájmů, potřeb, hodnot a cílů. Je to tzv. *klíčový pracovník*, člověk, za kterým může uživatel kdykoli jít, který mu rozumí, umí pro něj zprostředkovat pomoc apod. Výhodou zavedení klíčových pracovníků je individuální plánování služeb, které pomáhá uživatelům detailně poznat poskytovanou sociální službu. Poskytovatel musí mít písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby a podle těchto pravidel postupuje. Uživatel by se měl na plánování podílet. Klíčový pracovník však nemusí být jediným člověkem, který se spolu s uživatelem služby účastní plánování. V souladu se standardy by tento pracovník měl zajistit koordinaci celého procesu a v závislosti na charakteru služby a vůli uživatele zapojit do procesu plánování další osoby.⁸⁵

Plánování rozvoje organizace, monitorování potřeb organizace ve vazbě na potřeby jednotlivých uživatelů sociální služby, další vzdělávání zaměstnanců v domovech pro seniory by mělo pozitivně ovlivňovat kulturu organizace a mělo by pomáhat při zvyšování kvality života seniorů.

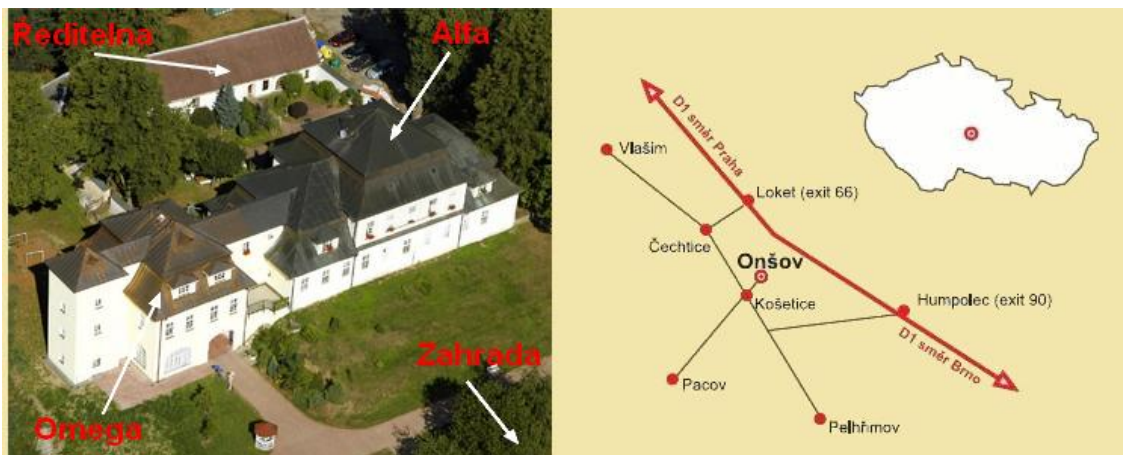
⁸³ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 88.

⁸⁴ *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe - Průvodce poskytovatele* [online]. 2002 [cit. 2012-11-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>.

⁸⁵ *Standardy kvality sociálních služeb - Výkladový sborník pro poskytovatele* [online]. 2002 [cit. 2012-11-02]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf.

3 DOMOV DŮCHODCŮ ONŠOV

Domov důchodců Onšov je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Kraj Vysočina.



Obr. 2. Domov důchodců Onšov

3.1 Představení domova důchodců

3.1.1 Historie

Obec Onšov leží asi 25 km od Pelhřimova v Kraji Vysočina. Domov důchodců je umístěn v onšovském zámku. Tato barokní stavba byla započata šlechticem Gastheimem v roce 1738, pak byla z finančních důvodů přerušena. Stavbu se podařilo dokončit až v roce 1787. Budova je jednopatrová, chodby jsou klenuté. K zámku přiléhá dvůr obehnaný zdí s barokní bránou, na západní straně je hospodářské stavení asi z 1. poloviny 17. století.

Domov důchodců byl v budově zámku zřízen v roce 1956. Do roku 1972 sloužily v tomto domově kromě civilního personálu řádové sestry Klaristky. V samotných začátcích domova důchodců byla zrekonstruována podezdívka kolem zámeckého parku a opatřena drátěným plotem. Několikrát byla upravována zahrada, aby zčásti sloužila potřebám kuchyně a aby také obyvatelé měli možnost zabývat se lehkou tělesnou prací. Také uvnitř budovy byly upravovány chodby, původní dřevěné schodiště bylo nahrazeno mramorovým. Celá budova je elektricky vytápěna. Pro bezpečný a pohodlný přístup do zámku bylo postaveno vně zámecké budovy schodiště se zábradlím.

Původní šindelová krytina střechy zámku byla později nahrazena prejazovou krytinou a ta v roce 1992 měděným plechem. Nádvoří zámku bylo vydlážděno v roce 1994 červenými tvarovkami, zbytek plochy byl zatravněn a osázen okrasnými dřevinami.

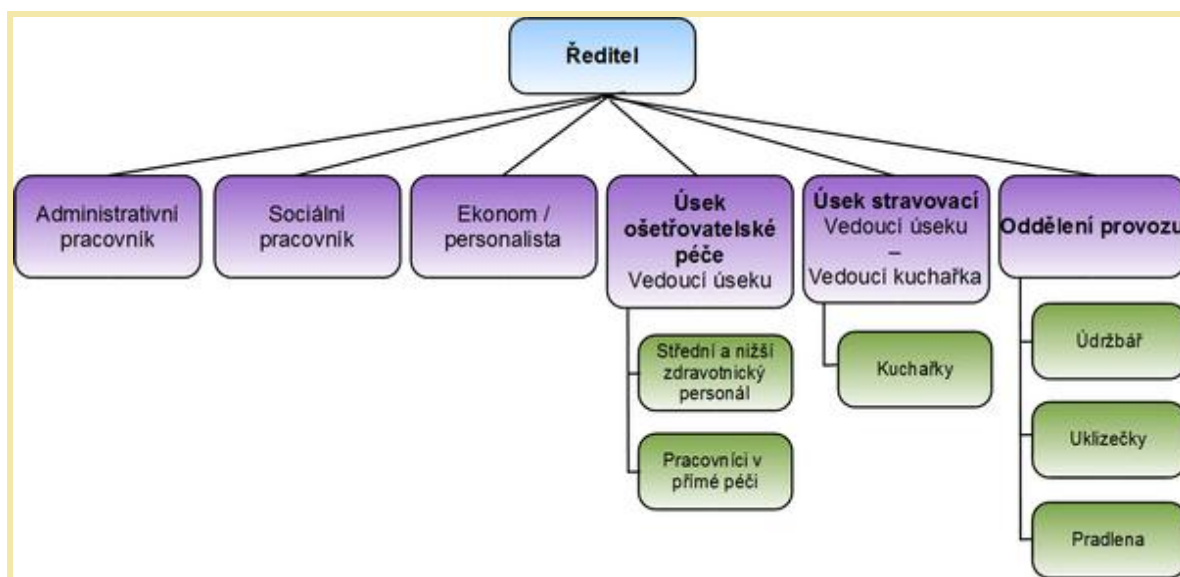
Obrovský zlom pro chod domova důchodců znamenalo získání financí pro výstavbu výtahu a s ním spojené terasy, pod kterou vznikl prostor pro příjezdy sanitek a zásobovacích vozidel. Tato přístavba vznikla v roce 1996. V roce 2001 byla dokončena přístavba prádelny a sušárny. Také původní hospodářská budova se dočkala změn. Dnes v ní sídlí ředitelství domova, obyvatelé tu mají příjemný klub a prostorná dílna umožňuje provádět různé práce a opravy. Rovněž park byl upraven a dlážděné cesty s lavičkami a altánem vytvářejí oázu klidu.⁸⁶

V roce 2007 začala přístavba 8 pokojů – 2 jednolůžkových, 5 dvoulůžkových, 1 třílůžkového, a tím se zvětšila kapacita domova na 48 míst z původních 41.

V roce 2012 dostal domov důchodců novou fasádu a byla vyměněna okna.

3.1.2 Současnost

3.1.2.1 Organizační struktura⁸⁷



Obr. 3. Organizační struktura Domova důchodců Onšov

⁸⁶ JAROŠ, V. Zámek, in *Onšov - 750 let obce 1252 – 2002*. OÚ v Onšově, 2002, s. 18-19.

⁸⁷ *Organizační struktura* [online]. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>.

V domově důchodců pracuje 24 zaměstnanců, z nichž jsou 2 externí.

Vedení domova důchodců: ředitel, 2 administrativní pracovníci, 1 sociální pracovník, 1 ekonom.

Úsek ošetrovatelské péče: 3 zdravotní sestry, 9 pracovníků v přímé péči.

Úsek stravovací: 1 vedoucí kuchařka, 2 kuchařky.

Oddělení provozu: 1 údržbář, 2 uklízečky, 1 prادلena.

3.1.2.2 Celoroční ubytování

Celková kapacita domova je 48 lůžek, což odpovídá rodinnému typu služby. Všechny pokoje domova jsou vybaveny signalizačním zařízením, které umožňuje uživatelům kontakt na personál domova. Celý objekt je bezbariérový a je rozdělen do dvou budov: Alfa a Omega.

V budově Alfa je 14 pokojů; 2 jednolůžkové, 6 dvoulůžkových, 5 třílůžkových a 1 čtyřlůžkový pokoj. Dále dvě koupelny; jedna koupelna je určena k pravidelnému koupání uživatelů ve vaně a druhá k pravidelnému koupání ve sprše. Na každém patře je společné WC (zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy). Na spodním patře budovy Alfa jsou na pokojích umístěna umyvadla. Součástí budovy Alfa je kuchyně a jídelna. V této budově se rovněž nachází ošetrovna.

V budově Omega je 8 pokojů; 2 jednolůžkové, 5 dvoulůžkových a 1 třílůžkový pokoj. V této budově mají vždy každé dva pokoje jednu koupelnu se sprchou, umyvadlem a WC.

3.1.2.3 Základní zásady

- respektování individuality každého uživatele - důraz na individuální volbu každého uživatele, respektování individuálních přání, schopností a zdravotního stavu uživatele,
- poskytování přiměřené podpory – důraz na podporu v takové formě a rozsahu, aby podporoval uživatele v co největší míře soběstačnosti,
- dodržování partnerského přístupu pracovníků k uživatelům – zapojení uživatele do procesu plánování a hodnocení služby,
- dodržování odborného a profesionálního přístupu všech zaměstnanců – zaměstnanci si průběžně rozšiřují odborné znalosti a dovednosti a rozvíjejí

osobnostní vlastnosti a schopnosti prostřednictvím skupinových a individuálních sebezkušenostních aktivit.

Domov důchodců je otevřeným zařízením. Uživatelé mohou mít kdykoliv návštěvu a návštěvy jsou vítány.

Zařízení usiluje o individuální přístup ke každému uživateli s ohledem na jeho přání a potřeby, podporuje uživatele ve využívání návazných služeb a udržení kontaktu s přirozeným prostředím.

3.1.2.4 Režim dne uživatele

Od 6:00 do 7:30 hodin uživatelé domova vstávají a věnují se osobní hygieně. Poté je ve velké společné jídelně podávána snídaně.

Po snídani začínají skupinová cvičení v jídelně a programy dne, které se pravidelně střídají.

- V pondělí se vítá nový týden, uživatelé se seznamují s aktivitami na celý týden, schvaluje se jídelní lístek a hodnotí uplynulý týden. V případě, že má uživatel v daném týdnu narozeniny, může si zvolit oblíbené jídlo k obědu, které následně obědvají všichni uživatelé domova.
- V úterý jsou na programu televizní programy, DVD, video a četba knih, novin, časopisů a aktuálních zpráv.
- Ve středu se věnují stolním hrám a sportovním aktivitám.
- Ve čtvrtek si uživatelé trénují paměť.
- V pátek se provozuje muzikoterapie – hra na harmoniku, poslech hudby, zpívání.

Od 9:30 do oběda probíhá individuální rehabilitace s pověřenou zdravotní pracovnící. Samozřejmostí jsou pravidelné procházky minimálně jedenkrát týdně. Dopoledne je také hojně využívána k odpočinku terasa či přilehlý dvůr. Po terapiích je možný odchod k odpočinku i do vlastních pokojů.

Oběd je vydáván v 11:30 hodin. Po obědě si uživatelé mohou opět odpočinout. Následují odpolední programy a pokračuje individuální rehabilitace. Odpoledne je prostor pro volnočasové aktivity, služby uživatelům, kulturní a společenské akce a přijímání návštěv.

V 17:00 hodin je večeře. Po večeři je samozřejmá pomoc s večerní hygienou, která je většinou kolem 18. hodiny.

Mezi hlavními jídly dostávají uživatelé dopoledne i odpoledne svačinu. Diabetici mají k dispozici ještě druhou večeři.

Večer tráví uživatelé buď ve svých vlastních pokojích, nebo ve velké společné jídelně povětšinou sledováním televizních programů.

Ve 22:00 hodin začíná noční klid.⁸⁸

3.2 Služby poskytované v domově důchodců

Hlavním cílem veškerých poskytovaných sociálních služeb je pomáhat seniorům, kteří se dostali do nepříznivé zdravotní a sociální situace a potřebují z důvodu trvalé změny zdravotního stavu a omezené soběstačnosti buď podporu a pomoc při zajištění základních životních potřeb (včetně seniorů se smyslovými vadami – zraku, sluchu, s tělesným postižením, se stařeckou demencí), nebo občasnou či nepřetržitou základní ošetrovatelskou péčí. Sociální služba není určena osobám s patologickou závislostí na alkoholu a jiných omamných látkách, osobám s akutním infekčním onemocněním, tuberkulózou a osobám, jejichž chronické či akutní psychické onemocnění vyžaduje léčení na lůžkovém oddělení specializovaného zdravotnického zařízení.

Uživatelům domova pro jejich pobyt slouží plně bezbariérový objekt. Je jim poskytováno *ubytování* v jedno-, dvou-, tří- a čtyřlůžkových pokojích, *stravování a celodenní péče*. Stravování probíhá na jídelně nebo je jídlo rozváženo na pokoje dle přání a zdravotního stavu uživatelů. Uživatelům je poskytována strava, která odpovídá zásadám výživy seniorů. Připravují se tři základní druhy stravy, a to racionální, diabetická a šetřící, případně kombinace těchto diet.

Každý uživatel v zařízení má svého *klíčového pracovníka*, který uživateli pomáhá adaptovat se na nové prostředí, zajímá se o jeho osobní přání, cíle a potřeby a pomáhá uživateli v jejich uskutečňování. Klíčový pracovník vede písemné záznamy o průběhu individuálního plánování služby uživatele v domově a spolupracuje s rodinou uživatele a osobou blízkou (např. kamarádem).

Domov zaměstnává *sociálního pracovníka*, který zastupuje zájmy uživatelů v domově. Zajišťuje odborné sociální poradenství, napomáhá při komunikaci uživatele

⁸⁸ *Informace pro zájemce* [online]. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>.

s rodinou a při řešení individuálních obtížných situací. Pomáhá při řešení sociálně právních problémů a při zprostředkování kontaktu s dalšími institucemi (úřady a správními orgány). Sociální služby jsou poskytovány na základě smlouvy, která obsahuje způsob poskytování služeb, požadavky a potřeby uživatelů, cenu za jejich poskytnutí.

Aktivizační a rehabilitační činnosti zajišťuje pověřená zdravotní pracovníce dle plánu, který připravuje s klíčovým pracovníkem a se souhlasem ošetřujícího lékaře. V programu péče jsou zahrnuta skupinová cvičení a individuální terapie pohybového aparátu v souladu s momentálními dispozicemi každého uživatele; jde o terapii u lůžka, dále motoped, rotoped, vertikalizaci u žebřin (stoj – sed), chůzi v chodítku, s rolátorem a chůzi s pomocí druhé osoby. Zároveň uživatelé využívají ergoterapii – léčbu prací (loupání česneku, pečení cukroví, zdobení perníčků, krájení jablek apod.).

Každodenní *hygienická péče* a *dodržování pitného režimu* je zajištěna ošetřujícím personálem.

Uživatelům je zajišťováno *praní, žehlení a drobné úpravy osobního a ložního prádla*. Prádlo z prádelny se vydává dvakrát týdně, případně dle potřeby.

V domově probíhají pravidelné *bohoslužby*, a to 1 x za 14 dní.

Fakultativní služby (služby zvláště hrazené uživatelem):

- *televizní poplatky,*
- *revize vlastních elektrospotřebičů,*
- *telefon, fax,*
- *zhotovení xerokopie, vytištění fotografie, e-mailu,*
- *individuální doprava automobilem,*
- *masáže zad, kolen, dolních končetin, obličeje, masérka dochází 1 x týdně,*
- *pedikúra, manikúra – 1 x za 14 dní,*
- *parafín – 1 x za 14 dní,*
- *kadeřnické služby – 1 x za 2 měsíce, případně dle individuální potřeby.*⁸⁹

⁸⁹ *Poskytované služby* [online]. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>.

3.3 Zdravotní a ošetrovatelská péče

Domov důchodců má *lékařskou péči* zajištěnou prostřednictvím praktického lékaře, který byl přítomen do konce roku 2012 v zařízení na základě smlouvy jednou týdně. V současné době dochází jen dle potřeby. Dále do domova na pozvání dochází lékař psychiatr. Každý uživatel se může rozhodnout, zda mu bude lékařská péče zajištěna smluvním praktickým lékařem nebo zda si zvolí jiného lékaře. Konkrétní způsob zajištění lékařské péče je písemně dohodnut ve Smlouvě o poskytnutí sociální služby uzavřené mezi uživatelem a organizací při nástupu do domova. Akutní zdravotní indispozice uživatelů domova vyžadující zásah lékaře jsou řešeny pomocí Lékařské služby první pomoci nebo RZP.

Na úseku ošetrovatelské péče jsou 3 zdravotní sestry (vždy jedna zdravotní sestra na ranní směně), 7 pracovníků v přímé péči a 2 sanitáři.

Odbornou ošetrovatelskou péči o uživatele domova zajišťují službu konající zdravotní sestry s odbornou způsobilostí; provádějí převazy, aplikují masti a zábaly, ošetřují kožní defekty a rány, aplikují injekce, připravují a podávají léky a dohlížejí na správné užívání, zajišťují odborná vyšetření.

Běžnou ošetrovatelskou péči včetně osobní hygieny zajišťuje uživatelům nižší zdravotnický personál a pracovníci v přímé péči s požadovanou kvalifikací dle zákona o sociálních službách. Samozřejmostí je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, tj. pomoc při oblékání a svlékání, při přesunu na lůžko nebo vozík, při vstávání z lůžka, uléhání a změny poloh, pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci a pomoc při pohybu v zařízení. Další pomoc je poskytována při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu, což obnáší pomoc při ranní a večerní osobní hygieně, pomoc při sprchování, při péči o vlasy a nehty, při holení, při péči o chrup, při péči o pokožku, pomoc při používání WC a vyprazdňování a také pomoc při používání inkontinentních pomůcek. Pomáhají uživatelům při stravování; při přípravě jídla a krmení.⁹⁰

3.4 Volnočasové aktivity

Uživatelům jsou pro trávení volného času k dispozici pokoje, chodby, haly, jídelna, klub Pohoda, terasy a venkovní prostory nádvoří a zahrady.

⁹⁰ *Poskytované služby* [online]. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>.

Pro vyplnění volného času je pro uživatele domova realizována bohatá nabídka aktivizačních programů:

- *univerzita*

V roce 2002 zahájila v DD Onšov svou činnost Univerzita volného času, která se stala teprve třetím místem v České republice, a to po Praze a Brně, kde tento program fungoval. Slavnostně ji otevřela ing. Dana Steinová, členka Rady Evropy, která se touto tematikou zabývala. Ředitel domova, ing. Václav Jaroš, odůvodnil tento akt těmito slovy: „Nejlepším lékem proti stáří a pro obyvatele našeho domova je, když se něco děje. Když přijde někdo zvenčí a přinese jim jakékoli informace, pobeseduje s nimi, přivede je na jiné myšlenky, něčím novým je obohatí. To byl důvod, proč jsem požádal Danu Steinovou o spolupráci a teď jsem rád, že Univerzita volného času je na světě, a to u nás v Onšově.“⁹¹

V každém roce se uskutečňují dva semestry, každý semestr je rozdělen do osmi vyučovacích hodin, každá hodina se skládá přibližně ze 45 minut výkladu a zbytek je věnován dotazům. Termín je stanoven vždy na lichou středu od 13:00 hodin. Mezi semestry jsou zimní a letní prázdniny. Na probíranou tematiku navazuje každoročně výlet.

Témata jednotlivých semestrů jsou velmi zajímavá a poučná. Uvedu některá z nich: Historie Onšova, Planety naší soustavy a vývoj života na zemi, Medicína v kostce, Kuchyně světa, Zahrada jak ji neznáme, Lidé pod plachtami lodí aneb cesty daleko za obzor, Vesmír na internetu, Hudební velikáni, 130 let od požáru Národního divadla, Země česká domov náš. V současné době probíhá 23. semestr Vstupte mezi celebrity. V průběhu zimního semestru budou studenti univerzity vyjíždět za českými celebrity a fotografovat je na nejrůznějších místech (divadla, školy apod.). Na konci semestru studenti a lektori úspěšné fotografie připraví pro prodejní výstavu, z jejíhož výtěžku bude dle informace pana ředitele DD zakoupen elektrický vozík pro nechodícího uživatele.

Na přednáškách vystupují zajímaví lidé, kteří o své profesi či koníčku umí poutavě vyprávět; jsou to špičkoví vědci, vrcholoví sportovci, lékaři, herci, hudebníci, lidé nesmírně odvážní, cestovatelé, ale i zdánlivě obyčejní lidé.

⁹¹ *Kronika Domova důchodců Onšov 2002-2003.*

Univerzity se může zúčastnit naprosto každý bez rozdílu vzdělání a věku. Kromě uživatelů domova důchodců se pravidelně zúčastňují obyvatelé Onšova, okolních vesnic, zájemci z ÚSP z Těchobuže a Lidmaně, DD Pacov, Proseč-Obořiště, Proseč-Pošná, Humpolec, Věž, Telč, Ždírec, sdružení Lada a mnoho oficiálních a soukromých osob z celé republiky.⁹²

Vyvrcholením pro několik uživatelů domova důchodců byla v roce 2009 promoce na Karlově univerzitě v Praze. Diplom obdrželi ti, kteří se pravidelně účastnili přednášek a zdárně napsali test.

- *cesta kolem světa na rotopedu*

V roce 1999 poprvé usedlo několik uživatelů v rámci rehabilitace na rotoped, a tím byla odstartována velmi prospěšná akce.⁹³ Ujeté kilometry jednotlivými uživateli se sčítaly. V roce 2003 dorazili k pramenům Amazonky (8 500 km), 2004 na jižní pól (17 492 km), 2005 přijeli k Velké čínské zdi (29 700 km), v červnu 2006 se dostali k nejvyšší hoře světa Mount Everestu (33 750 km) a v září téhož roku po absolvování 44 000 km se vrátili domů. Následovala velká oslava a mezi gratulanty se objevila mimo jiné režisérka Marie Poledňáková. V roce 2007 dorazili na severní pól, a to už ujeli 59 115 km.⁹⁴ V roce 2011 po ujetí 120 000 km se objevili v hlavním městě Nizozemska Amsterdamu.⁹⁵ V roce 2012 zamířili do Afriky a za sebou mají v současné době více než 130 000 km. Každý uživatel si vede v sešitě záznam o ujetých km, spálených kaloriích a čase, který strávil na kole. Na mapě světa v jídelně jsou vyobrazeni všichni cestovatelé včetně ujetých km a místa, kam dojeli.

- *malé divadélko pod výtahem*

Tento prostor využívají uživatelé domova k nácvičku krátkých scének, s kterými vystupují před ostatními uživateli.⁹⁶

- *čtenářský kroužek*

Do domova dochází místní dobrovolnice a předčítá zájemcům knihy různých žánrů dle

⁹² Univerzita [online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>.

⁹³ *Kronika Domova důchodců Onšov 1998-1999.*

⁹⁴ *Kolem světa* [online]. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>.

⁹⁵ JAROŠ, V. *Výroční zpráva DD Onšov 2011.*

⁹⁶ JAROŠ, V. *Výroční zpráva DD Onšov 2010.*

přání uživatelů. Tuto službu oceňují zejména ti uživatelé, kteří hůře vidí a sami už knihy číst nemohou.⁹⁷

- *hudební kroužek*

Mezi uživateli domova jsou dva harmonikáři, kteří velmi rádi usedají spolu s ostatními uživateli, aby si zahráli a zazpívali.

- *oslavičky*

Jedenkrát měsíčně (poslední středu v měsíci) je tzv. oslavička, kdy se slaví narozeniny uživatelů, kteří je mají v daném měsíci. Uživatelé si na oslavičku mohou připravit občerstvení a drobné pohoštění, které zajišťuje většinou blízká rodina. Často zajistí i hudební doprovod. Slaví se též významná životní jubilea zaměstnanců domova.⁹⁸

- *barevné dny*

Barevné dny jsou zařazovány při příležitosti loučení se s podzimem – bývá zelený, žlutý a červený, v tyto dny všichni oblékají určenou barvu, ve stejné barvě je vyzdobena jídelna, ale i jídlo a pití.⁹⁹

- *celodenní a polodenní výlety, zahraniční zájezdy*

Uživatelé domova navštívili mnohá zajímavá místa u nás: např. Telč, Jindřichův Hradec, Třebíč, klášter Želiv, zámek Červená Lhota, Konopiště, skanzen Veselý kopec, zoologickou zahradu v Jihlavě i Praze, zúčastnili se výlovu rybníka Bošovec, měli možnost vidět krajinu z horkovzdušného balónu či vrtulníku. Velmi žádané jsou výlety uživatelů do rodné obce. V rámci nadace „Veselý senior“ odcestovali někteří uživatelé v roce 2008 k moři do Řecka.

- *návštěvy kulturních a sportovních akcí*

V domově důchodců vystoupil s houslovým koncertem Jaroslav Svěcený. Uživatelé shlédli Paličovu dceru od J. K. Tyla v Národním divadle, ve Stavovském divadle vyslechli Českou mši vánoční od Jakuba Jana Ryby. 2krát ročně se v Jihlavě scházejí představitelé Kraje Vysočina s uživateli domovů důchodců a ústavů sociální péče v rámci akce „Srdce na dlani“. Každý si připraví nějakou aktivitu – vystoupení, sportovní soutěž, před Vánocemi je tato akce navíc spojena s prodejem vlastních výrobků.

⁹⁷ JAROŠ, V. *Výroční zpráva DD Onšov 2010*.

⁹⁸ JAROŠ, V., cit. 97.

⁹⁹ JAROŠ, V., cit. 97.

- *práce s PC a internetem*

V současné době využívají 2 uživatelé počítače v kanceláři pro komunikaci s rodinou. Cílem je rozšířit tuto možnost i pro další zájemce, problémem je nedostatek počítačů, spíše notebooků, které mohou využívat i uživatelé, kteří jsou buď úplně nebo částečně upoutáni na lůžko. V plánu je zřídit v klubu Pohoda zařízení, něco jako internetová kavárna, kam budou moci docházet uživatelé domova důchodců, lidé z obce i zájemci z širokého okolí.

- *stolní hry*

Stolní hry jsou uživateli domova důchodců velmi oblíbené; Člověče, nezlob se, Domino, Dáma, různá pexesa, skládačky, karty a zejména „Šoupanda“, ve které obsadili zástupci DD Onšov 1. místo mezi 12 družstvy na soutěži v Jihlavě v roce 2012.

- *návštěvy blízkého kostela*

Kostel se nachází v těsné blízkosti domova důchodců, a tak ti uživatelé, kteří mají zájem, mohou každou neděli navštívit bohoslužbu.

- *posezení u kávy v místní restauraci*

Do místní restaurace chodí uživatelé domova s ošetřujícím personálem při příležitosti oslav Mezinárodního dne žen, Svátku matek, o onšovské pouti apod.

- *procházky a posezení v přilehlé zahradě*

Přilehlá zahrada skýtá mnoho možností pro odpočinek jednak pro uživatele domova důchodců, ale i pro zájemce z obce a maminky s dětmi, pro které je vybudováno dětské hřiště. Když je pěkné počasí, uživatelé opékají špekáčky, baví se, zpívají.

- *domov důchodců organizuje kulturní programy dětí z okolních MŠ a ZŠ, ZUŠ, taneční odpoledne, koncerty, divadelní představení, sportovní akce atd.*

V domově důchodců vystupují pravidelně děti z MŠ Dolní Královice, ZŠ Košetice, ZUŠ Pelhřimov a děti z Dětského domova Senožaty. Na tyto akce je zvána i onšovská veřejnost a ostatní zájemci. Už v 90. letech minulého století byla v Onšově založena tradice kuželkářských soutěží, která brzy překročila hranice okresu i regionu.¹⁰⁰ Kuželky se hrají v domově důchodců dodnes.

Všechny svátky jsou v domově oslaveny řádným způsobem, jak Velikonoce, tak i Vánoce. Dále do domova dochází pravidelně Mikuláš s čerty a andělem, slaví se i masopustní veselí a na Vánoce se pečou perníčky, aby se navodila příjemná vánoční atmosféra.

¹⁰⁰ Kronika Domova důchodců Onšov 1992-1994.

- *spolupráce s domovy důchodců*

DD Onšov spolupracuje se všemi domovy na Pelhřimovsku – s DD Humpolec, Proseč-Obořiště a Proseč-Pošná, dále např. s DD Kroměříž, Litomyšl, Rožďalovice, Blatná. Cílem spolupráce jsou vzájemné návštěvy, výměna zkušeností, získávání nových nápadů pro práci, ale i sportovní aktivity uživatelů apod.

V květnu 1998 byla zahájena spolupráce s ústavem s péčí o staré občany Merenhoef v Naarssenu v Nizozemsku. Spolupráce začala vzájemnou návštěvou vedení obou zařízení, pokračovala opakovanými stážemi zdravotních sester a stáží kuchařek, které vařily v příslušné zemi převážně typická národní jídla. Deník Pelhřimovsko, 16. 7. 1999: „V Nizozemsku už důchodci vědí, do čeho jdou. Během svého aktivního života navštěvují domov, který si pro své stáří vybrali. Seznámí se s prostředím, sociálními pracovníky. V mnoha případech se stávají i sponzory, účastní se různých aktivit domova a podobně. Když pak přijde čas, nastěhují se vlastně do známého a jim blízkého prostředí....Sociální pracovníci se v této zemi těší velké vážnosti a jejich povolání je veřejností považováno za jedno z nejváženějších.“¹⁰¹ Obrovským přínosem této spolupráce byla možnost aktivně se zapojit do práce v jiném prostředí, seznámit se s novými metodami práce, s novými pomůckami apod. Za zmínku stojí i pomoc finanční a materiální – jako dary obdrželi uživatelé v Onšově mechanické vozíky, rolátory, signalizační zařízení, deky, zdravotní obvazový materiál, pomůcky k rehabilitaci a už zmiňovanou oblíbenou hru „Šoupanda“, která se postupně rozšířila do mnoha dalších zařízení u nás.

Od roku 2009 spolupracuje DD Onšov s DD Stará Spišská Ves na Slovensku, realizují vzájemné výměnné stáže pro pracovníky obou domovů.¹⁰²

- *besedy s významnými osobnostmi*

Domov důchodců navštívili mnohé významné osobnosti politického i kulturního života: např. senátor Milan Štěch (1997),¹⁰³ Jaroslav Zvěřina, poslanec Parlamentu ČR (1999),¹⁰⁴ Milan Gol, přednosta Okresního úřadu Pelhřimov (2000), Bronislav Ignác Kramár, opat želivského kláštera (2000), Zdeněk Jičínský, poslanec Parlamentu ČR

¹⁰¹ *Kronika Domova důchodců Onšov 1998-1999.*

¹⁰² *Spolupráce* [online]. [cit. 2012-11-24]. Dostupné z: <http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>.

¹⁰³ *Kronika Domova důchodců Onšov 1995-1997.*

¹⁰⁴ *Kronika Domova důchodců Onšov 1998-1999.*

(2000),¹⁰⁵ Petr Kostka, Jana Boušková, Kateřina Burianová, Josef Somr (všichni 2011).¹⁰⁶

Závěrem je třeba podtrhnout kulturní přínos domova důchodců, který připravuje akce nejen pro svoje obyvatele, ale i pro nejširší veřejnost.

¹⁰⁵ *Kronika Domova důchodců Onšov 2000-2001.*

¹⁰⁶ JAROŠ, V. *Výroční zpráva DD Onšov 2011.*

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 EMPIRICKÝ VÝZKUM

4.1 Cíl výzkumu a použitá metoda

Cílem výzkumu je zmapování kvality života seniorů ve vybraném domově důchodců. Otázkou, co je kvalita života a jak lze kvalitu života hodnotit, jsem se zabýval ve druhé kapitole této práce. Je nutné říci, že kvalita života je individuální pojem, kdy každý jedinec vnímá kvalitu svého života subjektivně. Zajímat se budu zejména o spokojenost uživatelů vybraného domova důchodců se zdravotním stavem, kvalitou prostředí, vzájemnými vztahy, kvalitou péče, nabízenými službami, volnočasovými aktivitami a v neposlední řadě i spokojeností uživatelů s jejich finanční situací. Na základě analýzy výsledků průzkumu uskutečněného mezi uživateli domova důchodců se pokusím vytvořit vlastní doporučení v uvedeném zařízení, které by vedlo ke zlepšení kvality jejich života.

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolil metodu individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Pro tento rozhovor jsem si předem připravil 15 výzkumných otázek. Snažil jsem se, aby otázky byly jednoduché a srozumitelné s ohledem na věk i zdravotní stav uživatelů. Přesto jsem několikrát musel položit doplňující otázku.

Výzkumné otázky:

1. Jak jste spokojen/a se svým zdravotním stavem?
2. Jak se cítíte v prostředí, ve kterém se právě nacházíte?
3. Jak vycházíte s ostatními obyvateli domova důchodců?
4. Jaké jsou Vaše vztahy s rodinou?
5. Cítíte se zde v domově důchodců bezpečně?
6. Vyhovuje Vám nastavený denní režim domova důchodců?
7. Jak se Vám líbí prostředí domova důchodců (pokoje, soc. zařízení,...)?
8. Stačí výše starobního důchodu k pokrytí Vašich potřeb zde v domově důchodců?
9. Podporuje zdejší domov důchodců Váš duchovní život?
10. Jak jste spokojen/a s nabídkou volnočasových a využíváte je?
11. Jste spokojen/a s nabídkou pracovních aktivit?
12. Jak si rozumíte se zaměstnanci domova důchodců?
13. Jste spokojen/a se svým soukromím?
14. Jste spokojen/a s poskytovanými službami a využíváte je?

15. Jste spokojen/a s lékařskou péčí?

Rozhovory probíhaly po předchozí dohodě v pokojích uživatelů, tedy v jejich současném přirozeném prostředí, a to v odpoledních hodinách. Uživatelům jsem vysvětlil, k jakému účelu bude rozhovor sloužit a jak bude probíhat. Ujistil jsem je, že se jedná o anonymní rozhovor a nikde nebudou uváděna jejich jména. Uživatelé souhlasili s písemným zaznamenáváním svých odpovědí.

Rozhovory byly následně analyzovány a vyhodnoceny. Jako možné negativum se mi jeví využití omezeného vzorku uživatelů, čímž mohou být výsledky do určité míry ovlivněny.

4.2 Výběr respondentů

Výzkum jsem prováděl v Domově důchodců Onšov. Prostředí tohoto domova jsem podrobně popsal ve 3. kapitole. V domově důchodců je umístěno 48 uživatelů, ale v době výzkumu jich bylo schopno a ochotno poskytnout hodnověrné informace 19. Další 4 uživatelé odpovídali způsobem, který se nedal zaznamenat. Ostatní jsem s ohledem na jejich zdravotní stav neoslovoval. Mezi 19 uživateli je 14 žen, nejmladší 59 let, nejstarší 93 let a 5 mužů, nejmladší 68 let a nejstarší 95 let. Průměrný věk žen ve sledovaném vzorku je stejný jako průměrný věk mužů, a to 83,4 roku. 8 uživatelů přišlo do domova důchodců z domácího prostředí, zbylých 11 bylo přemístěno z jiného sociálního nebo zdravotnického zařízení.

V následující části uvádím charakteristiku vybraných uživatelů.

Uživatel 1 (dále U1)

Žena ve věku 65 let, v domově umístěna pro psychické potíže (přeložena z Psychiatrické léčebny v Jihlavě), bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, se spolubydlíci si rozumí, je soběstačná, samostatná, potřebuje dohled při koupeli a sprchování, aktivní ve všech činnostech, denně se zúčastňuje skupinové rehabilitace a programů dne. Sama chodí na motoped, kde denně šlape 2 až 3 hodiny. Přestože má třes rukou, účastní se ergoterapie – pečení perníků, krájení jablek, loupání česneku apod. V letních měsících ráda pomáhá na zahradě domova. Účastní se aktivit jak v domově, tak i mimo něj. Naposledy vstoupila mezi celebrity (viz 3. kapitola). Říká, že v domově našla druhý

domov. Z rodiny ji navštěvuje pouze sestřenice. V domově je 4 roky a v produktivním věku pracovala jako uklízečka.

Uživatel 2 (dále U2)

Muž ve věku 68 let, po mozkové příhodě je částečně ochrnutý. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji. Je odkázaný na mechanický vozík a na pomoc druhé osoby. Je nesoběstačný, ale např. připravené jídlo sní sám bez pomoci. Je orientovaný a hodně komunikativní. Muž využívá individuální denní rehabilitace, denně šlape aktivně na motopedu, částečně s pomocí. Aktivit pořádaných domovem důchodců se nezúčastňuje, rovněž nejezdí na zájezdy a nechodí na přednášky, dochází pouze na dětské programy. Odebírá denní tisk a rád sleduje televizi. Nejraději má westernové filmy. S rodinou je často ve spojení telefonicky, návštěvy rodiny jsou spíše sporadické. Společnost nevyhledává, má rád omezený okruh lidí. Se stravou v domově je spokojený. V domově je 6 let, byl přeložen z LDN v Pelhřimově, pracoval jako opravář v Agrostroji.

Uživatel 3 (dále U3)

Žena ve věku 93 let. Obývá dvoulůžkový pokoj. Je samostatná, soběstačná, chodí bez opory. I přes svůj vysoký věk, je žena zcela orientovaná v čase i prostoru. Jedná se o velmi usměvavou paní. Dobře komunikuje a ráda přednáší básně, které si dobře pamatuje, rovněž ráda zpívá. V domově důchodců se účastní veškerého dění. Je optimistická, přátelská a v kolektivu oblíbená. V rodině mají dlouhověkost. Její rodina ji často navštěvuje. V domově důchodců je 4 roky, přišla z domova, s novým prostředím se sžila velmi rychle, dříve pracovala v kanceláři.

Uživatel 4 (dále U4)

Muž ve věku 82 let, který prodělal mozkovou příhodu a je částečně imobilní. Je ubytován na třílůžkovém pokoji. Je odkázan na mechanický vozík, který si sám ovládá. Denně se účastní skupinové rehabilitace a chůze v chodítku za pomoci druhé osoby. Je flegmatický. Komunikuje méně. Účastní se všech aktivit, i když ne vždy je z těchto aktivit nadšený. Rád se pohybuje na čerstvém vzduchu, kdy většinu času tráví venku. Muž je samostatný, ale ne soběstačný, potřebuje pomoc druhé osoby při všech sebeobslužných úkonech, jako např. koupání, oblékání apod. Rodina ho navštěvuje každý týden. Muž moc nevyhledává společnost, raději se dívá na televizi nebo čte

časopisy. Na otázky odpovídá stroze. Do domova byl přeložen před 8 lety z LDN Pelhřimov, v produktivním věku byl řidičem dálkové dopravy.

Uživatel 5 (dále U5)

Žena ve věku 89 let, trpí stařeckou demencí. Je ubytovaná na čtyřlůžkovém pokoji. Je mobilní, jedenkrát denně chodí s pomocí rolátoru a s doprovodem. Je nesoběstačná, potřebuje pomoc druhé osoby při všech sebeobslužných úkonech. Se službami, které domov důchodců nabízí, je spokojená. Využívá jednou týdně individuální masáže dolních končetin a zad a jednou týdně odborné masáže zad. Rovněž využívá služeb kadeřnice a pedikérky. Ráda chodí na procházky po dvoře a zahradě domova důchodců. Ráda se účastní kulturních programů. Naopak se nezúčastňuje skupinových cvičení, ergoterapie, ani programů dne. Žena má jednoho syna, ale ten se o ni nezajímá a matku nenavštěvuje, dokonce ji nebere ani telefon, když mu volá. Do domova důchodců přišla před 14 lety z DD Proseč-Obořiště. Dříve pracovala jako uklízečka.

Uživatel 6 (dále U6)

Žena ve věku 86 let. Je ubytovaná na jednolůžkovém pokoji, který si doplnila o vlastní nábytek. Žena je mobilní, samostatná a soběstačná, chodí bez opory. Denně dochází na skupinové rehabilitace. Rovněž se denně účastní ergoterapie, kdy utírá nádoby a prostírá přístroje na jídelně. Je velice aktivní, účastní se veškerých aktivit a programů pořádaných domovem. Denně tráví 30 minut jízdou na motopedu. Rodina ji často navštěvuje, často se o ni zajímá u personálu. Do domova přišla před 4 roky, neboť syn, který se o ni do té doby staral, začal jezdit v rámci své práce často do ciziny. Pracovala dříve jako poštovní doručovatelka.

Uživatel 7 (dále U7)

Žena ve věku 80 let, je ubytovaná na dvoulůžkovém pokoji. Žena je mobilní, chodí za pomoci rolátoru. Je samostatná a soběstačná. Zúčastňuje se všech programů a aktivit pořádaných domovem. Je plně aktivní při skupinové rehabilitaci. Ráda sleduje televizi, rozumí všemu dění. Rodina ji pravidelně navštěvuje. Do domova přišla před 5 lety, vnuk jí ubližoval a nakonec ji vyhodil z domu. Celý života pracovala ve státním statku.

Uživatel 8 (dále U8)

Žena ve věku 92 let, trpí stařeckou demencí. Bydlí na dvoulůžkovém pokoji. Žena je mobilní, chodí bez opory, a to i po schodech. Je samostatná a částečně soběstačná, pomoc druhé osoby potřebuje při hygieně. Žena v souvislosti se svou nemocí hodně zapomíná a málo si pamatuje. Musí se jí vše často připomínat, ale snaží se spolupracovat. Denně dochází na skupinové rehabilitace. Rovněž se účastní všech aktivit a programů pořádaných domovem. Ráda chodí na procházky. Hodně čte, a to jak knihy, tak tiskoviny. Rovněž ráda sleduje televizi. Rodina s ní udržuje převážně telefonický kontakt, občas ji i navštíví. Před 10 lety přišla z domova, z důvodu nemoci se o sebe nedokázala sama postarat. Ve svém aktivním životě pracovala jako účetní v kanceláři.

Uživatel 9 (dále U9)

Žena ve věku 59 let, je zbavená svéprávnosti. V Domově důchodců v Onšově je od svých 18 let. Ubytovaná je na třílůžkovém pokoji. Žena je mobilní, samostatná a soběstačná, dohled opatrovníka potřebuje pouze při hygieně a koupeli. Účastní se ergoterapie, kdy celodenně pomáhá v kuchyni. Třikrát až pětkrát týdně jezdí na motopedu po třiceti minutách. Ráda navštěvuje muzikoterapii. Žena je velmi aktivní, zapojuje se do veškerého dění v domově důchodců i mimo něj. Z poskytovaných služeb ráda využívá masáže a pedikúru. S rodinou udržuje dobré vztahy, ženu si rodina bere dvakrát za rok domů. Do domova přišla z ÚSP Těchobuz.

Uživatel 10 (dále U10)

Žena ve věku 85 let. Trpí Parkinsonovou chorobou. Je ubytovaná na dvoulůžkovém pokoji, kde bydlí s přítelem, který ji posluhuje, jelikož žena je imobilní. Pohybuje se pomocí mechanického vozíku, díky němuž se účastní veškerého dění v domově. Denně se účastní skupinové rehabilitace, hodinu denně jezdí na motopedu. Celé léto tráví na zahradě domova. Přítel jí často předčítá z knih. Z poskytovaných služeb nejraději využívá masáž zad, a to pravidelně jednou za týden. S rodinou si často dopisuje, občas ji v domově navštíví. V domově je 9 let a byla sem převezena z LDN v Jablonci nad Nisou. Zde také pracovala jako dělnice v závodě na výrobu bižuterie.

Uživatel 11 (dále U11)

Žena ve věku 92 let, trpí stařeckou demencí, navíc špatně slyší. Je ubytovaná na dvoulůžkovém pokoji. Žena je mobilní. Chodí v doprovodu svého přítele nebo

ošetřujícího personálu. K dispozici má rolátor, který zapomíná využívat. Je nesamostatná a nesoběstačná. Potřebuje pomoc při všech sebeobslužných úkonech, zejména přítel ji řídí ve všech směrech a všude ji doprovází. Pasivně se účastní skupinové rehabilitace a programů dne. Třikrát týdně po třiceti minutách jezdí na motopedu. Žena se ráda parádí a maluje, v každé situaci se snaží být elegantní. Z rodiny ji často navštěvuje dcera. Před 4 roky přišla do domova důchodců z Prahy, dlouho se nemohla vyrovnat s tím, že je na vesnici, chybí jí obchody a kulturní vyžití. Pracovala jako garderobiérka.

Uživatel 12 (dále U12)

Muž ve věku 84 let, ubytovaný na dvoulůžkovém pokoji. Muž je mobilní a chodí bez opory. Doprovází svou přítelkyni, se kterou bydlí a kterou vede celodenním životem. Muž je samostatný a soběstačný. Denně se účastní skupinových rehabilitací i všech programů pořádaných domovem důchodců, někdy je jeho účast částečně pasivní. Rodina muže pravidelně navštěvuje. Před 4 roky přišel z DD v Pelhřimově, neboť chtěl být blíže své rodině. Problémy s adaptací neměl, na poměry v domově důchodců už byl zvyklý. Dříve pracoval jako dělník v Kartáčovnách v Pelhřimově.

Uživatel 13 (dále U13)

Muž ve věku 88 let, je po mozkové příhodě. Je ubytovaný na třílůžkovém pokoji. Muž je imobilní. Je vysazován na lůžko, křeslo a mechanické křeslo, na kterém se pohybuje po pokoji. Muž denně rehabilituje u žebřin a individuálně rehabilituje dolní končetiny na lůžku. Je nesoběstačný, potřebuje pomoc druhé osoby při všech sebeobslužných úkonech. Muž všemu rozumí, často vyhledává společnost, hodně si pamatuje a rád si vypravuje se známými. S oblibou navštěvuje ostatní obyvatele domova. Často se účastní kulturních programů v domově důchodců a za každého počasí chodí s pomocí mechanického vozíku a s doprovodem na procházky do okolí. Programy pořádané domovem důchodců a skupinové rehabilitace využívá jen občas. Do domova důchodců přišel před 10 lety, celý život pracoval v zemědělství.

Uživatel 14 (dále U14)

Žena ve věku 89 let, po mozkové příhodě má ochrnutou jednu ruku. Je ubytovaná na dvoulůžkovém pokoji. Žena je mobilní, chodí za pomoci rolátoru. Je částečně samostatná a soběstačná. Pomoc druhé osoby potřebuje při hygieně a oblékání. Žena se

denně aktivně účastní skupinových rehabilitací a na programech dne. Ráda šlape na motopedu, a to až 2 hodiny denně, přitom si povídá se spolubydlícími. Účastní se všech aktivit v domově důchodců i mimo něj. Ráda hraje „Šoupandu“, kdy často vyhrává. V této hře dokonce vyhrála krajskou soutěž mezi domovy důchodců. Hodně čte a vyplňuje osmisměrky. Rovněž ráda sleduje televizi. Každou neděli jezdí k synovi na návštěvu. Před 14 lety byla do domova důchodců odvezena kvůli těžkému zdravotnímu postižení z nemocnice. Dříve pracovala v zemědělství.

Uživatel 15 (dále U15)

Žena ve věku 85 let, ubytovaná na třílůžkovém pokoji. Žena je mobilní, samostatná a částečně soběstačná. Chodí s pomocí rolátoru. Denně individuálně rehabilituje horní končetiny. Je hodně aktivní při skupinových rehabilitacích a denních programech. V domově důchodců se účastní všech aktivit. Ráda chodí na procházky. S rodinou udržuje blízký vztah, často ji navštěvují a berou si ji domů na návštěvy. V domově důchodců je už 17 let, přišla z domova, kdy už se nebyla schopná sama o sebe postarat. Na nové prostředí si velmi rychle přivykla. Doma měli hospodářství, kde celý život pracovala.

Uživatel 16 (dále U16)

Žena ve věku 81 let, trpí stařeckou demencí. Je ubytovaná na třílůžkovém pokoji. Žena je imobilní, po většinu dne polehává na lůžku. Chodí pouze s pomocí druhé osoby. Žena jednou za den rehabilituje chůzi po chodbě. Chůze je pro ni namáhavá, ale snaží se. K dispozici má mechanický vozík. Žena nevyužívá ani skupinové rehabilitace, ani žádný z nabízených denních programů. Navštěvuje pouze tzv. oslavičky a kulturní programy. Z rodiny ji často navštěvuje syn, za to je mu moc vděčná. Do domova důchodců byla přeložena z Psychiatrické léčebny v Jihlavě před 12 lety. Je vyučená kuchařka, určitou dobu se živila také jako uklízečka.

Uživatel 17 (dále U17)

Žena ve věku 86 let. Je ubytovaná na dvoulůžkovém pokoji. Žena je imobilní. Pohybuje se pomocí mechanického vozíku. Potřebuje pomoc ošetrovatelského personálu při všech samoobslužných úkonech. Na druhou stranu žena zvládá obsluhovat televizi, uklidí si stůl a je orientovaná v prostoru i čase. Žena denně absolvuje individuální rehabilitace dolních končetin na lůžku, dále denně absolvuje vertikalizaci u žebřin, kdy se jedná

o nácvik stoje. Denních aktivit a kulturních akcí se účastní zřídka. Ze služeb poskytovaných domovem žena využívá jednou za týden odbornou masáž dolních končetin, dále využívá služeb pedikérky a kadeřnice. Ráda se prochází po dvoře a zahradě domova důchodců s pomocí mechanického vozíku a s doprovodem. Rodina ženu pravidelně navštěvuje. V domově je 6 let, aby byla blíže k rodině, nechala se přeložit z DD Praha-Háje. Dříve doma soukromě hospodařila.

Uživatel 18 (dále U18)

Žena ve věku 86 let. Špatně slyší. Je ubytovaná na třílůžkovém pokoji. Žena je mobilní, chodí s pomocí rolátoru. Každodenně se pasivně účastní na skupinové terapii, občas se účastní programů dne. Žena je samostatná a soběstačná. Ráda o sebe pečuje. Je přátelská a nevyhledává konflikty. Nevydrží nikde dlouho sedět, často se prochází po chodbě domova důchodců, při příznivém počasí chodí ráda věku po okolí. Účastní se veškerého dění v domově důchodců, nejraději má muzikoterapii. Rodina si ženu bere několikrát za rok domů na vícedenní návštěvy. Do domova důchodců přišla před 6 lety z domova, kde nechtěla být sama. Pracovala jako dělnice v Dřevozpracujícím družstvu Lukavec.

Uživatel 19 (dále U19)

Muž ve věku 95 let. Je ubytovaný na třílůžkovém pokoji. Muž je mobilní. Chodí za pomoci rolátoru. Muž je samostatný a soběstačný, pomoc ošetřujícího personálu potřebuje při koupeli. Účastní se všech aktivit pořádaných domovem důchodců, pouze přestal jezdit na výlety mimo domov. Před 5 roky, ve svých 90 letech, byl nejstarším účastníkem leteckého zájezdu do Řecka, který pořádala organizace Veselý senior Praha. Na tento zájezd velice rád vzpomíná. V letních měsících se rád opaluje na sluníčku a rád cvičí. Stále se usmívá. Rodina bydlí daleko, ale i tak si najde čas na návštěvu. Přišel před 7 lety z DD Praha-Háje, kde nebyl spokojen, protože chtěl být více v přírodě. Dříve pracoval jako dělník v továrně.

4.3 Získaná data

Získaná data jsem přiřadil k výzkumným otázkám a provedl jejich kvantifikaci.

1. *Jak jste spokojen/a se svým zdravotním stavem?*

5 uživatelů odpovědělo, že se svým zdravotním stavem je spokojeno, 6 spokojeno není. Ostatní se vyjádřili v tom smyslu, že některé zdravotní problémy omezují jejich spokojenost a přiznávají, že to, co bývalo, už není a nebude.

U1: *„Zatím dobrý, jsem spokojená.“*

U2: *„Byl bych spokojený, kdybych nikoho nepotřeboval.“*

U9: *„Ta cukrovka mě omezuje a někdy také alergie.“*

U10: *„Nejsem, nemohu chodit a ta nemoc mě otravuje, někdy se klepu jako sulc.“*

U18: *„No, co zdraví, to nemám. Nohy bolí, ale když chodím, tak je to lepší, špatně slyším a co bych chtěla? Že tu budu tak dlouho, to jsem si nepomyslila. A dá-li pánbůh, tak bych si chtěla ještě užít pravnučku.“*

2. *Jak se cítíte v prostředí, ve kterém se právě nacházíte?*

Na tuto otázku odpovědělo 18 uživatelů jednoznačně kladně. Pouze jedna odpověď byla odlišná, a to u U5: *„Mám málo prostoru, ale stačí mi.“* Z ostatních uvádím jen některé:

U6: *„Výborně, jsem moc spokojená.“*

U7: *„Cítím se fajn.“*

U12: *„Dobře, máme to tu hezké.“*

3. *Jak vycházíte s ostatními obyvateli domova důchodců?*

13 uživatelů uvedlo, že jejich vztahy k ostatním obyvatelům jsou dobré, 6 uživatelů uvedlo, že mají k některým výhrady.

U7: *„Vycházím dobře, ale nerozumím si s jedním uživatelem, neboť se vůči mně chová jako hulvát.“*

U9: *„Vycházím, ale taky se zlobím na chlapy, hlavně na ty kecy.“*

U11: *„Já si rozumím hlavně s tím mojím a nikoho nevyhledávám.“*

U3: *„Já s nikým nemám žádné konflikty. Ať si každý dělá, co chce.“*

4. *Jaké jsou Vaše vztahy s rodinou?*

17 uživatelů uvádí dobré vztahy, z nich 15 uvádí časté návštěvy (tj. alespoň jedenkrát za měsíc), 2 uživatele rodina nenavštěvuje.

U1: „Špatné. Rodina absolutní nezájem. Druhou rodinu jsem si našla v domově.“

U5: „Syn se o mě nezajímá. Nikoho jiného nemám.“

U9: „Dobré, teď jim volám a oni mně, a také někdy jedu k nim a oni zas za mnou, tak 2x za rok.“

U15: „Já mám velkou rodinu a často mám návštěvy a taky si mě berou k sobě domů. Mám hezké vztahy i s vnučkama.“

U19: „Moc dobrý. Jezdí za mnou často, i když to mají daleko. Přijedou mi zahrát a zazpívat na svátek i narozeniny, a tím vlastně hrají pro všechny.“

Také U8 je spokojený: „Dobře, často mi volají a někdy také přijedou. Oni to mají daleko.“

5. Cítíte se zde v domově důchodců bezpečně?

Všech 19 uživatelů se v domově důchodců cítí bezpečně.

U1: „Ano. Cítím se zde bezpečně. Doprovody do banky, k lékaři, pokladna zamčená, nic se tu neztrácí, nekrade se, nikdo cizí neobtěžuje.“

U7: „Cítím se bezpečně, je o nás dobře postaráno. Akorát ta doktorka, že sem nejezdí.“

6. Vyhovuje Vám nastavený denní režim domova důchodců?

Nastavený režim všichni uživatelé respektují a vyhovuje jim. U9 neví, co je denní režim, vysvětluji mu tento pojem a pak dostávám kladnou odpověď.

U2: „Vyhovuje mi, řídím si ho, jak potřebuji.“

U11: „Já nemám žádný problém.“

U19: „Ano, vyhovuje a při nějaký změně mi to musí říct tak, abych to slyšel.“

7. Jak se Vám líbí prostředí domova důchodců (pokoje, soc. zařízení,...)?

15 uživatelů se vyjadřuje kladně, 4 mají výhrady, a to:

U2: „Líbí se mi tu hodně, jen teplota na pokoji by mohla bejt vyšší.“

U5: „Líbí, je to tu hezký, ale mám tu málo placu na pokoji.“

U10: „Raději bych měla pokoj s koupelnou, ale to tu nemůžou mít všichni. Ten pokoj je hodně tmavý jako hrobka, ale já tu moc nejsem.“

U14: „Líbí, ale lepší by bylo, kdybych bydlela sama.“

Uživatel U1 vyjádřil svou spokojenost následovně: „*Líbí se mi tu hodně, doma jsem nic takového neměla. Máme se tu jako na zámku. U pokoje mám WC, koupelnu, sprchu. Venku se mi taky moc líbí.*“

8. Stačí výše starobního důchodu k pokrytí Vašich potřeb?

12 uživatelů má peněz dostatek, 5 uvádí, že vycházejí s penězi jen tak tak, 2 uživatelé by měli rádi více peněz.

U1: „*Mohlo by to být lepší, nestačí mi na to, abych mohla být na jednolůžkovém pokoji.*“

U15: „*No, byla bych ráda, kdybych měla víc, to se ví, léky jsou drahé.*“

U17: „*Hodně peněz vydám za léky, ale vystačím. Moc nezbyvá.*“

9. Podporuje zdejší domov důchodců Váš duchovní život?

Podle odpovědí uživatelů domov důchodců duchovní život podporuje. Možnost účastnit se na bohoslužbách přímo v domově nebo místním kostele využívá 10 uživatelů, 8 uvádí „*nevyžívám*“, „*nejsem věřící*“ nebo „*nemusím to*“. Uživatel U7 uvádí: „*Jsou tu mše, ale já mám jinou víru.*“

10. Jak jste spokojen/a s nabídkou volnočasových aktivit a využíváte je?

Na tuto otázku spokojenosti s nabídkou odpověděli všichni uživatelé kladně. Co se týče využívání, uvedli někteří, že využívají všechny aktivity, někteří si vybírají podle zájmu jen některé. Jedinou negativní odpovědí byla u U16: „*Nic nechci, to stačí, ne?*“

Nejčastěji se objevovaly odpovědi: „*Chodím, když to jde, na všechno.*“ „*No, snažím se být u všeho.*“ „*Máme bohatý program a je to fajn.*“

11. Jste spokojen/a s nabídkou pracovních aktivit?

14 uživatelů se podle svých schopností zapojuje do pracovních aktivit, pomáhají v kuchyni, na zahradě. 5 uživatelů už žádné aktivity nevyvíjí, jejich zdravotní stav jim to nedovoluje.

U4: „*Vzhledem k mému ochrnutí jsem s nabídkou pracovních aktivit spokojen, hlavně jednou rukou zdobím a připravuji zeleninu.*“

U5: „*Já už nepracuji, už jsem se nadělala dost, tak teď už nic nedělám. Hlavně rehabilituji nohy.*“

U13: „*Já to můžu jen kontrolovat.*“

U1: „*Jsem spokojená, převážně v létě pomáhám ráda na zahradě a v okolí domova.*“

12. Jak si rozumíte se zaměstnanci domova důchodců?

Uživatel U19 odpovídá „*výborně*“, dalších 15 uvádí odpověď: „*dobře*“.

U1: „*Se všemi nejsem zcela spokojená, problém mám s některými ošetřovatelkami v komunikaci.*“

U2: „*Někdo mi vyhovuje méně, někdo víc.*“

U18: „*Jsem spokojená, i když nejsou všichni stejný.*“

Uživatel U5 pochválil kuchařky. „*Hlavně mám ráda kuchařky.*“

13 Jste spokojen/a se svým soukromím?

17 uživatelů je se svým soukromím spokojeno, nebo si dokáží soukromí najít jinde než na pokoji. 2 uživatelky vyjádřily přání bydlet na jednolůžkovém pokoji.

U1: „*Mám dost soukromí, ráda bych přeci jednolůžkový pokoj.*“

U14: „*Soukromí, toho mám málo. Nechcete si zaplatit jednolůžkový pokoj?*“ „*To ne.*“

U15 jednolůžkový pokoj nevyhledává. „*Já jsem spokojená, líbí se mi bydlet s dalšími.*“

14. Jste spokojen/a s poskytovanými službami a využíváte je?

Celkem 14 uživatelů využívá služby kadeřnice, 12 dle potřeby pedikúru a 10 masérské služby. S poskytovanými službami jsou spokojeni. 5 uživatelů nabízené služby nevyužívá, např. U16: „*...stačí mi služby poskytované rehabilitační sestrou.*“ U13: „*Mně stačí, když přijde sestřička a cvičí se mnou.*“

Všichni uživatelé dle potřeby využívají individuální dopravu automobilem např. k lékaři, do banky, na úřad, ale i na návštěvu rodné obce, na návštěvu kulturního představení, na výlet apod.

15. Jste spokojen/a s lékařskou péčí?

14 uživatelů odpovědělo, že je spokojeno s ošetřující lékařkou. Byli to většinou ti, kterým pouze předepisuje léky. 4 uživatelé uvádějí, že se raději obrazejí na odborné lékaře. Např. U13: „*Jsem spokojený více s těmi odbornými.*“ U18: „*Jsem spokojená, taky jezdím k odborným lékařům na kardiologii, hematologii, oční.*“ 1 uživatel, U10, neuvedl ani „spokojen“ ani „nespokojen“, ale uvedl přání: „*Nejvíce by mi vyhovovalo, kdyby doktor byl tady pořád a nemusela bych jezdit za ním já.*“

4.4 Analýza získaných dat

Položil jsem celkem 15 otázek. Otázky jsem seřadil nahodile, nikoli podle toho, jak by logicky k sobě patřily. Také proto, aby uživatelé mohli na jednotlivé otázky odpovídat, aniž by se jim vzájemně prolínaly. Vycházejí z toho, že „kvalita života člověka bývá chápána jako spokojenost či pocit naplnění v rozhodujících životních oblastech“ (viz kap. 2.1.1), jsem pro analýzu získaných dat odpovědi rozdělil do pěti oblastí.

- *1. Zdraví a lékařská péče (otázky 1, 15)*

Spokojeno se svým zdravotním stavem je 5 uživatelů, tj. 26 % všech dotázaných. Ostatní uživatelé vnímají svůj zdravotní stav jako stav odpovídající věku či zdravotním problémům. Žádný uživatel se nevyjádřil v tom smyslu, že by jeho zdravotní stav byl tak špatný, že by ho už život nebavil nebo podobně. Není problém zajistit odvoz uživatelů k ošetřujícímu lékaři a v případě potřeby k jakémukoliv odbornému lékaři. V současné době nedojíždí ošetřující lékařka do domova důchodců, což 2 uživatelé uvádějí jako problém.

Doporučení: zdravotní stav klientů nelze ovlivnit, odpovídá průměrnému věku sledovaného vzorku (83,4 let), pro zajištění lékařské péče by bylo vhodné zajistit přítomnost lékaře přímo v domově důchodců alespoň 1x týdně.

- *2. Prostředí domova důchodců (otázky 2, 5, 6, 7, 13)*

Prostředí hodnotí uživatelé velmi dobře. Všichni se cítí bezpečně, všem vyhovuje nastavený denní režim, všem se líbí celkové prostředí domova včetně okolí. Se soukromím je spokojeno 89 % (tj. 17) uživatelů. 79 % (tj. 15) uživatelů hodnotí velmi dobře ubytování. 4 uživatelé mají výhrady k pokojům: 1 – „málo místa“, 1 – „chladno na pokoji“, 1 – „mít u pokoje koupelnu“, 1 – „být na pokoji sama“.

Doporučení: řešení bych viděl ve více jednolůžkových pokojích včetně sociálního zařízení. Tento požadavek bych ovšem těžko prosazoval, když domov důchodců se nachází v památkově chráněném objektu.

- 3. *Vztahy uživatelů k ostatním obyvatelům, zaměstnancům, rodině (otázky 3, 4, 12)*

68 % (tj. 13) uživatelů uvádí, že má s ostatními obyvateli velmi dobré vztahy. 32 % (tj. 6) má k některým uživatelům „určité“ výhrady, ve všech případech se jedná o ženy, muži jsou spokojeni. 84 % (tj. 16) uživatelů hodnotí vztahy se zaměstnanci jako dobré. 16 % (tj. 3) se vyjadřuje tak, že „si s někým rozumí více, s někým méně.“ Co se týče vztahu uživatelů s rodinou, jsem rád, že 17 z nich je s rodinou v blízkém kontaktu. Je škoda, že 2 uživatelé toto štěstí nemají. Je na druhé straně dobré, že jedna z nich si „našla druhou rodinu v domově.“

Doporučení: není v mých silách napravovat vztahy. Také považuji za zcela přirozený jev, že určitá nespokojenost či vzájemné dohady mohou nastat. V konečném hodnocení však vzájemný poměr procent spokojenosti a nespokojenosti ukazuje na celkovou velmi dobrou atmosféru v domově důchodců. Jediné doporučení, které mě napadá, je přestěhovat (pokud je to možné) uživatele tak, aby si vzájemně vyhovovali.

- 4. *Služby, volnočasové a pracovní aktivity, duchovní život (otázky 9, 10, 11, 14)*

I když jsou všichni uživatelé domova spokojeni s nabízenými službami (masážní a kadeřnickou službou, pedikúrou, manikúrou), využívá je 14 uživatelů, tj. 74 %. Ostatní uvádějí, že jsou spokojeni se službou od rehabilitační sestry nebo od rodiny. Volnočasové aktivity hodnotí 100 % uživatelů velmi kladně. Vyjadřují se v tom smyslu, že „život v domově důchodců je pestrý“. Ti uživatelé, kteří mají o tyto aktivity zájem, se dle odpovědí zúčastňují všech aktivit. Ostatní si mohou vybrat to, co je zajímavé. Dle informace zdravotní sestry jsou v domově důchodců zařízení tak, aby všichni uživatelé mohli sami nebo s pomocí opustit pokoj. Volnočasové aktivity jsou podrobně popsány v kapitole 3.4.

74 % uživatelů ještě vykonává nějakou pomocnou práci. Hodnotím kladně to, že je jim tato drobná práce nabízena.

Všichni dotázaní uživatelé jsou se svým duchovním životem spokojeni.

Doporučení: v této oblasti žádné není třeba dávat. Každý uživatel má volnou ruku v tom, aby si vybral službu či aktivitu ke své spokojenosti. A má z čeho vybírat!

- *Finance (otázka 8)*

Všech 19 uživatelů odpovědělo, že starobní důchod jim stačí na pokrytí jejich potřeb. 2 uživatelé (tj. 11 %) by uvítali více peněz, které by jedné z nich umožnily zaplatit si jednolůžkový pokoj, po kterém touží.

Doporučení: nemohu dát žádné, vše se odvíjí od výše stanoveného důchodu.

ZÁVĚR

Stářím život nekončí. Je jen další etapou života, i když možná o něco těžší než ty předcházející. Starý člověk má na vybranou, může pracovat, pokud mu síly stačí, může svůj volný čas věnovat vnoučatům, ale může ho také věnovat sobě, svým koníčkům, zálibám, cestování. Stáří může být i hezké, dokud je člověk zdrav a může si užívat důchodového věku. Záleží však na tom, jak ve svém životě o stáří uvažoval a jak se na ně připravoval.

Starých lidí je mnoho. Stále jich přibývá a přibývat bude. A tak paradoxně v době, kdy se lidem splnilo jejich přání žít dlouho, stalo se stáří problémem pro společnost i pro jednotlivce. Člověk má vždycky, tedy i ve stáří, určité možnosti. Měl by zůstat aktivní, protože to, co se nepoužívá, chátrá. Měl by vědět, že nemůže žádat nemožné. Měl by svým každodenním životem dokazovat sobě i okolí, že přijal odpovědnost za své stáří.

I ve vysokém věku, při zdravotních potížích a při troše štěstí, může být člověk šťastný i v domově pro seniory. Musí ale jak on, tak jeho blízcí s tím „štěstím“ spolupracovat, být pozitivní, mít rádi lidi a žít skromně.

Cílem praktické části mé práce bylo zmapování kvality života seniorů ve vybraném domově důchodců. Za tímto účelem jsem položil 19 uživatelům patnáct výzkumných otázek. Všechny otázky byly zodpovězeny, cíl práce byl splněn.

Jsem přesvědčen, že uživatelé Domova důchodců Onšov, kde jsem prováděl svůj výzkum, jsou v tomto zařízení spokojeni. Znovu se vracím k tomu, že „kvalita života člověka bývá chápána jako **spokojenost** či pocit naplnění v rozhodujících životních oblastech“ (viz kap. 2.1.1). A právě tato spokojenost vyzařovala při rozhovorech v různé intenzitě ze všech 19 oslovených uživatelů. Domov důchodců je umístěn v krásném prostředí onšovského zámku, uprostřed rozlehlé zahrady, kde mohou uživatelé odpočívat, procházet se i pracovat. Pro kvalitu života je důležité vytvořit program pro volný čas. Aktivita je prevencí nesoběstačnosti. Ve vybraném domově důchodců mají uživatelé k dispozici množství volnočasových aktivit, za všechny bych jmenoval univerzitu volného času, čtenářský kroužek, hudební kroužek, výlety, návštěvy kulturních akcí a další. Společná setkávání vrstevníků i prohlubování mezigeneračních vazeb mají velký význam pro prožití kvalitního stáří. Uživatelé mohou

využívat i nabízené služby včetně dopravy k lékaři. Mají možnost vyjadřovat se k dennímu režimu, složení jídelního lístku, a také požádat o změnu. Domov důchodců není velký, co se týče prostoru, není velký, co se týče počtu zaměstnanců, není velký, co se týče počtu uživatelů. Proto by se dalo říci, že tu vládne téměř rodinná pohoda. Jedna z uživatelů to vyjádřila slovy: „... *Druhou rodinu jsem si našla v domově.*“

Výsledky mého výzkumného šetření a následná doporučení v kapitole 4.3 by mohly být využity vedením domova důchodců ke zlepšení kvality života uživatelů. Touha po větším soukromí i pravidelná přítomnost ošetřujícího lékaře by uspokojila jistě více uživatelů, než kteří toto přání vyjádřili v rozhovoru se mnou.

Vážím si toho, že jsem mohl navštívit zařízení, kde vedle sebe žijí muži i ženy, kteří mají různá zdravotní postižení a kteří se s pomocí personálu aktivně zapojují do života domova důchodců. Největším přínosem pro mě osobně je to, že jsem poznal, že staří lidé, o které se nemůže rodina postarat, mohou prožít kvalitní život i v takovémto sociálním zařízení.

Diplomovou práci uzavírám slovy J. W. Goetha, který o stáří řekl:

„Stáří, to je zdvořilý pán.

Jednou přijde a zaťuká,

nikým však není dovnitř zván.

Venku ale zůstat se mu nechce,

zabuší znova, pak se vecpe –

až teď se zjeví drsný kmán.“

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.azzp.cz/zakon-o-zamestnanosti-c-435-2004-sb>.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. Právní úprava pracovních podmínek seniorů (změny od 1. 1. 2010) [online]. [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://pravniciradce.ihned.cz/c1-40730070-pravni-uprava-pracovnich-podminek-senioru>.

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://autoskolafoltyn.kvalitne.cz/novela-2013.pdf>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108-2006.pdf>.

Vyhláška č. 277/2004 Sb., o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel, příloha č. 3 [online]. [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz>.

AMÉRY, J. *O Stárnutí – Revolta a rezignace*. 1. vyd. Praha: Prostor, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7260-207-0.

ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009. 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.

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

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.

JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JAROŠ, V., et al. *Onšov - 750 let obce 1252 – 2002*. Obecní úřad v Onšově, 2002. 43 s.

JEDLIČKA, V., et. al. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

KALVACH, Z. Tělesné projevy stáří. In *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOVÁČ, D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Časopis Psychiatrie*, 2001, č. 1, s. 34-43. ISSN 0069-2336.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.

MATOUŠEK, O., et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80.7367-502-8.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-20100-76-8.

REIDL, A. *Senior – zákazník budoucnosti*. 1. vyd. Brno: BizBooks, 2012. 256 s. ISBN 978-80-265-0018-6.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 136 s. ISBN 80-7178-920-8.

TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*, 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.

VAĐUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

VOHRALÍKOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2004. 90 s. IBSN 8023942-18-2.

WOLF, J. et al. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982. 367 s.

ZDRAŽILOVÁ, L. *Determinanty tvořivé činnosti ve stáří*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta filozofická, 2007. Vedoucí diplomové práce Josef Švancara.

Další zdroje

JAROŠ, V. *Výroční zpráva DD Onšov 2010*.

JAROŠ, V. *Výroční zpráva DD Onšov 2011*.

Kronika Domova důchodců Onšov 1992-1994.

Kronika Domova důchodců Onšov 1995-1997.

Kronika Domova důchodců Onšov 1998-1999.

Kronika Domova důchodců Onšov 2000-2001.

Kronika Domova důchodců Onšov 2002-2003.

Internetové zdroje

http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf. [cit. 2013-01-15].

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>. [cit. 2012-11-02].

http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbormik.pdf. [cit. 2012-11-02].

<http://www.mamaloca.cz/wp-content/uploads/2012/03/Manu%C3%A1l-2.pdf>. [cit. 2012-11-20].

<http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>. [cit. 2013-01-28].

<http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>. [cit. 2012-11-24].

<http://www.ddonsov.cz/uvod/2.html>. [cit. 2013-01-20].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-------|--------------------------------------|
| apod. | a podobně |
| atd. | a tak dále |
| DD | domov důchodců |
| ICT | informační a komunikační technologie |
| LDN | léčebna dlouhodobě nemocných |
| MŠ | mateřská škola |
| např. | například |
| QOL | kvalita života |
| RZP | rychlá zdravotnická pomoc |
| tj. | to je |
| tzv. | tak zvané |
| ÚSP | ústav sociální péče |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |
| ZŠ | základní škola |
| ZUŠ | základní umělecká škola |

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Vztah mezi potřebami a kvalitou života

Obr. 2. Domov důchodců Onšov

Obr. 3. Organizační struktura Domova důchodců Onšov

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Fotografie ze života uživatelů v Domově důchodců Onšov
(zdroj: archiv domova důchodců)

Příloha P I: Fotografie ze života uživatelů v Domově důchodců Onšov



Foto 1. Srdce na dlani



Foto 2. Rehabilitace na rotopedu a motopedu



Foto 3. Návštěva známé osobnosti



Foto 4. Práce s počítačem



Foto 5. Divadlo



Foto 6. Oslava životního jubilea



Foto 7. Červený den



Foto 8. Certifikát o absolvování cesty kolem světa na rotopedu



Foto 9. Dvoulůžkový pokoj



Foto 10. Promoce na Karlově univerzitě