

Možnosti zkvalitnění života seniorů v domovech pro seniory

Piroska Ollári

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Piroška OLLÁRI
Osobní číslo: H118216
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Možnosti zkvalitnění života seniorů v domově pro seniory

Zásady pro vypracování:

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

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

- na vymezení pojmů stárnutí, stáří a biologických, psychických a sociálních změn v životě jedince
- na životní spokojenost, kvalitu života ve stáří a faktory, které ji ovlivňují
- na analýzu sociálních problémů života obyvatel v domovech pro seniory s různými formami péče
- na možnosti využití sociální pedagogiky při zkvalitnění života a zvýšení spokojenosti seniorů

Součástí práce bude realizovaný kvalitativní výzkum, zaměřený na zjištění spokojenosti uživatelů v domovech pro seniory a na metody, které mohou účinně přispět ke zkvalitnění jejich života.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Klevetová, D., Dlabalová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9

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

Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3345-2

Pacovský, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8

Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657

Rabušic, L. *Česká společnost a seniory*. Brno: MU, 1997. ISBN 80-210-1729-5

Vaňurová, H., Mühlpachr, P. *Kvalita života*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3757-7

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

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

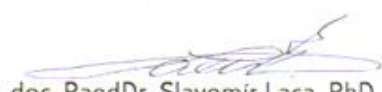
Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014


V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Piroska Ollari
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně *11. 2. 2014*

ued
.....
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 nevydělčně 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, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či 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 užit 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 jim 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 přihlížde k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Práce se zabývá tématem možnosti zkvalitnění života seniorů žijících v domovech pro seniory. Teoretická část pojednává o pojmech stárnutí a stáří, o potřebách seniorů, o základních formách péče o seniory, dále popisuje kvalitu života seniorů. Praktická část se věnuje zmapování kvality života seniorů v domově pro seniory. Jedná se o kvalitativní výzkum, který se zaměřuje na spokojenost uživatelů s kvalitou prostředí, vzájemných vztahů, s kvalitou péče a nabízených služeb i volnočasových aktivit. Vyústěním práce bude vyhodnocení kvality života uživatelů, což vyplyne z analýzy dat získaných v osobních rozhovorech s uživateli. V neposlední řadě se také pokusím uvést možnosti využití sociální pedagogiky při zkvalitnění života a zvýšení spokojenosti seniorů.

Klíčová slova:

Stáří, stárnutí, senior, kvalita života, domov pro seniory, péče, potřeby, spokojenost

ABSTRACT

My work is concerned with improving the quality of life of people living in homes for the elderly. The first part deals with the concept of old age and ageing, on needs of the elderly and forms of care for those people. Then it describes quality of lives focused on them. Practical part deals with the mapping of the quality of their lives in homes for the elderly. It focuses on user satisfaction with the quality of environment, relationships, quality of care, offered services and leisure activities. The result of my work will be evaluation of the quality of user lives which emerges from the analysis of the data obtained in interviews. Finally I will try to refer to the possibility of using social pedagogy in improving the lives and well-being of the elderly.

Keywords:

Old age, ageing process, elderly people, quality of life, home for the elderly, needs, care, satisfaction

Především chci poděkovat vedoucí své práce PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc za cenné podněty, připomínky a odborné rady, za laskavost i trpělivost. Zároveň můj velký dík patří všem za jazykovou pomoc. Děkuji také mým přátelům, kteří mě při studiu morálně i lidsky podporovali.

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

Motto:

„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“

(Ladislav Klíma)

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN	11
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	12
1.2 DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ.....	15
1.3 PROJEVY STÁŘÍ.....	18
1.4 ŽIVOTNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	19
2 POTŘEBY SENIORŮ	23
2.1 ZÁKLADNÍ POTŘEBY SENIORŮ	23
2.2 STRUKTURA ŽIVOTNÍCH VÝVOJOVÝCH POTŘEB	25
2.3 ZJIŠŤOVÁNÍ POTŘEB UŽIVATELŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	26
3 PÉČE O SENIORY A REZIDENČNÍ BYDLENÍ	31
3.1 HISTORICKÝ POHLED NA PÉČI O SENIORY	31
3.2 VYMEZENÍ DOMOVŮ PRO SENIORY PODLE ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH ...	32
4 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ	35
4.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	35
4.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
5 VÝZKUM SPOKOJENOSTI SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY	44
5.1 ÚVOD K VÝZKUMU	44
5.2 CÍL VÝZKUMU A POUŽITÁ METODA	45
5.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ	46
5.4 ZPRACOVÁNÍ ROZHOVORŮ, ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT A DÍLČÍ ZÁVĚR	51
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
SEZNAM OBRÁZKŮ	68
SEZNAM TABULEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

V posledních letech prodělává medicína úžasný rozvoj, daří se dobře diagnostikovat řadu nemocí a někdy je i úspěšně léčit. Naše společnost žije v blahobytu, máme dostatek jídla, pohodlné bydlení, máme tolik možností, jak se realizovat. Díky našim velmi dobrým životním podmínkám a úspěšnému vývoji lékařství se střední doba života v současné době u nás prodlužuje, a to dosti výrazně. Na jedné straně se můžeme radovat z toho, že nám bude dovoleno delší dobu prožívat život a na druhé straně nikdo nemůže vědět, jak bude zachována jeho soběstačnost nebo v jaké míře bude odkázán na své okolí.

Stárnutí se týká nás všech. Stárnutí je vlastní každému živému organismu a je nedílnou součástí našeho života. Týká se nejen jednotlivců, ale celé naší populace. Stárnutí je významným fenoménem života moderní společnosti, který se v souladu s aktuálními demografickými trendy stává stále diskutovanějším. Stárnutí populace je celosvětovým problémem, který je třeba nejen akceptovat, ale také mu musíme přizpůsobit další vývoj civilizované moderní společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život.

My, kteří se každodenně ve své praxi v domově pro seniory se stářím setkáváme, můžeme poznat, že řada starých lidí se musí potýkat s takovými těžkostmi, jako je úbytek kognitivních schopností či ztráta fyzických dovedností (např. snížení mobility), a přitom jsou to přece lidé s velmi bohatými životními zkušenostmi, a my se od nich můžeme mnohému naučit. Senioři jsou hodni naší pozornosti a existuje řada způsobů, jak jim můžeme být nápomocni, a to i těm, kteří se potýkají s nějakým fyzickým či duševním handicapem. Pro všechny lze vytvořit podmínky pro důstojný život, je to dokonce naší povinností. Na základě tohoto vědomí se při psaní této práce hodláme zamyslet nad problematikou možnosti zkvalitnění života seniorů a chceme zjistit spokojenost seniorů v domovech pro seniory.

Cílem naší práce je zmapování kvality života seniorů v domově pro seniory. Zaměříme se na spokojenost uživatelů s kvalitou prostředí, vzájemných vztahů, kvalitou péče, i se spokojeností uživatelů s nabízenými službami a volnočasovými aktivitami. Ptát se budeme také na to, jestli se senioři v domovech pro seniory cítí v bezpečí a co by případně změnili k lepšímu. Vyústěním práce bude vyhodnocení kvality života uživatelů, což vyplyne z analýzy dat získaných v rozhovorech. V neposlední řadě se také pokusíme uvést možnosti využití sociální pedagogiky při zkvalitnění života a zvýšení spokojenosti seniorů.

Bakalářská práce je strukturována do dvou hlavních částí. Teoretickou část tvoří čtyři kapitoly. První kapitola je zaměřena na charakteristiku stárnutí a stáří, na to, jak se tyto fenomény projevují, co je demografické stárnutí a popisujeme biologické, psychologické i sociální změny, které přináší pokročilý věk. V druhé kapitole se věnujeme lidským potřebám, jaké potřeby mají staří lidé a zmíníme se o důležitosti zjištění individuálních potřeb seniorů žijících v domovech pro seniory. Třetí kapitola začíná historickým přehledem vývoje organizované péči o seniory a vzniku institucionalizované péče, dále pokračujeme rezidenční péčí. Obsahem čtvrté kapitoly je kvalita života ve stáří, vymezujeme pojem kvalita a hledáme faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů.

Výzkumná část naší práce zkoumá kvalitu života seniorů v sociálním zařízení. Pro šetření jsme vybrali kvalitativní výzkum a používáme metodu polostrukturovaného rozhovoru, který má zjistit spokojenost uživatele. Výstup (zjištěné údaje) je vlastně ukazatelem kvality poskytované služby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN

Křivohlavý (1995) pojetí lidského života přirovnává k cestě. Každá cesta má začátek jako start, svůj průběh a konec jako cíl. Je tomu tak i se životem. Má svůj začátek, svůj průběh a nakonec svůj závěr, cíl. Podzim života je poslední úsek cesty, je dobou žní a sklizně. Křivohlavý (2011, s. 16) dále uvádí, že třetí úsek života má také svůj úkol, a to je „kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat je dále“.

Lidský život zahrnuje psychosociální vývoj od narození až do stáří. Stáří je poslední etapou lidského růstu. Neustále se něčím stáváme. Začínáme narozením. Své narození musíme dovršit tím, že uskutečňujeme svou existenci, otevíráme cesty, překonáváme překážky a utváříme si vlastní životní cestu. V průběhu svého života se dále rodíme v jakýchsi splátkách, dokud své narození nedokončíme. Stáří je poslední příležitostí, kterou nám život nabízí, abychom dovršili růst, zrání a posléze proces svého rození.“ (Grün, 2010, s. 11)

Současný hodnotový systém upřednostňuje mladost a výkonnost a dívá se na stáří a staré lidi s podceňováním, odmítáním, a taky jako na skupinu, která je obtížná pro společnost a nepřináší nic pozitivního. Je dokonce přesvědčena, že je třeba staré lidi izolovat, aby nezdržovali a nepřekáželi. Tento postoj potvrzují i média tím, že zdůrazňují vnější vzhled a svěžest jako normu. To je vlastně ageismus (rozdílný, jiný přístup k jedné skupině než k jiné z důvodu věku). „Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života.“ (Vágnerová, 2000, s. 443)

Moderní člověk se bojí stáří a zároveň jej odmítá, ale tímto negativním postojem odmítá i možnost konfrontovat se s problémem stáří a vnitřně jej zpracovat. Rozporný postoj ke stáří vyplývá z toho, že se povrchně a letmo přiblížíme k jevům stáří. Proto, abychom postihli, co je stáří a co znamená být starý, musíme se přiblížit k jeho jádru, být otevření problematice stáří. Jen tak poznáme spojitost a kontinuitu mezi jednotlivými úseky života, a dospějeme k tomu, že stáří není nic jiného než „jen“ závěrečná etapa před koncem života. Je potřeba si uvědomit i to, že „o kvalitě svého stáří rozhodujeme po celý život“ (Haškovcová, 2010, s. 9 - 10).

„Jak prožíváme stáří, záleží vždycky na tom, jak jsme žili dosud“ (Grün, 2010, s. 18). Stárnutí budeme schopni přijmout jen tehdy, když uchopíme jeho smysl a nebudeme se na něj dívat jen jako na fyzický jev. „Smysl stáří spočívá podle C. G. Junga v tom, že se

smíříme s úbytkem tělesných i duševních sil a obrátíme svou pozornost k nitru. V duši je ukryto bohatství člověka. Stáří nás zve k tomu, abychom se zahleděli do sebe a našli tam poklad vzpomínek, vnitřní bohatství, které se projevuje množstvím obrazů a zkušeností.“ (in Grün, 2009, s. 12)

1.1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“ (Pacovský, 1981, s. 57)

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).“ (Kalvach, 1997, s. 18)

Stárnutí a stáří mají rozdílný význam. Stárnutí je celoživotní proces a jeho následkem je stáří. Stárnutí je všeobecná cesta ke stáří, která se týká každého člověka, ale zároveň je to individuální proces. Každý jedinec stárne jiným tempem, dokonce ani jednotlivé orgány nestárnou synchronně. (Zavázalová, 2001, s. 11) Toto tvrzení podepírá C. G. Jung svým míněním, že stáří je třeba chápat jako „výsledek procesu individuace“ (in Vágnerová, 2000, s. 445). Mühlpachr (2011) uvádí, že stárnutí je individuálním procesem a je asynchronní, jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně, vlivem genetické výbavy a různými životními podmínkami a chorobami.

Pacovský (1990) zmiňuje dva typy stárnutí:

- fyziologické stárnutí – přirozený a zákonitý průběh života,
- patologické stárnutí – předčasné stárnutí, mezi kalendářním a funkčním věkem není soulad.

Jedno staré latinské přísloví říká: „Nasentes morimur“, v češtině zní: „S naším narozením začíná umírání“. Toto přísloví se úplně neshoduje se skutečností, ačkoli o prenatálním období a narození můžeme mluvit jako o vzniku buněk, dochází během života člověka k dělení a růstu buněk, postupně však narůstá jejich odumírání. Proto člověk roste a vyvíjí

se asi do 24 roku. Na dráze lidského života mezi 24 – 40 rokem jsou tvorba a záhuba buněk přibližně v rovnováze, potom se to ve vyšším věku změní. (Szendei, 1991)

Podle Mühlpachra (2011) je gerontogeneze neboli stárnutí zákonitý jev lidského života. Jedná se o biologický, specifický a celoživotní proces, který způsobuje snížení schopností celého organismu. Involuční projevy nastupují evidentně na přelomu 4. a 5. decenia.

Kalvach (1997) kategorizuje průběh procesu stárnutí takto:

- **Úspěšné stárnutí** – jedinec je soběstačný, jeho zdraví, fyziologické a sociální schopnosti má v lepším stavu než průměr do 9. decenia
- **Obvyklé, normální stárnutí** – zdravotní stav jedince, fyziologické a sociální schopnosti se shodují se současným průměrem
- **Neúspěšné, patologické stárnutí** – předčasné stárnutí, jedinec je odkázán na své okolí, jeho zdravotní stav a ostatní životní funkce neodpovídají ostatním vrstevníkům, má neobvyklé, předčasné choroby

Mühlpachr (2011) označuje stáří jako „pozdní fázi ontogeneze, přirozený průběh života“ a jako involuční proces, který je ovlivněn genetickými dispozicemi i různými faktory a sociálními změnami. Tyto příčiny mohou být ovlivněny například životním stylem a prostředím, životními podmínkami, zdravotním stavem, přijetím dané role, penzí, osamostatněním dětí.

„Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace staří se tak stávají velmi obtížnými.“ (Kalvach, 1997, s. 18)

Věk lidského života je jako „tok let“ a je roztříděn do „sociálně relevantních fází“, uvádí Rabušic (1995 s. 141-142). Lidský biologický čas má jistý „sociální význam“, je „sociálně normován“ a z toho vyplývá, že má „sociální čas“ (dětství, dospělost, stáří). Hranice jednotlivé věkové periody se dají těžko definovat, ale vývoj demografie a společnosti urguje nutnost vyjasnit především pojem stáří, hlavně to, kdy začíná a co znamená.

Stáří se obvykle klasifikuje na biologické, sociální a kalendářní.

Biologické stáří – označuje involuční změny. Změny postihují celý organismus, všechny orgány a tkáně. Objevují se atrofie a různá onemocnění (např. ateroskleróza, Alzheimerova

nemoc), která jsou charakteristická pro vysoký věk. O stárnutí a stáří bylo vytvořeno mnoho hypotéz, ale ani jedna z nich dostatečně neexplikuje podstatu. Existují dvě oblasti:

- **Epidemiologický přístup** – poukazuje na nahodilost a variabilitu
- **Gerontologický přístup** – zdůrazňuje zejména zákonité procesy

Sociální stáří – je vlastně sociální událost, která přináší spoustu sociálních změn – odchod do důchodu, finanční změny, změna rolí, životního stylu a společenské prestiže, nebezpečí ztráty soběstačnosti atd. Sociální periodizace života ukazuje na čtyři velká období.

- **První věk** je předproduktivní, je to období dětství a mládí, růstu, vývoje, učení, profesní přípravy a získání sociálních zkušeností
- **Druhý věk** je produktivní, je to období dospělosti, „produktivita biologická a ekonomicko-sociální“ (Kalvach, Mikeš, 2004, s. 47)
- **Třetí věk** je postproduktivní, je to období snížení aktivit a dovedností. Záporná představa o této fázi je, že je to životní období bez produktivní přínosnosti, ale toto mínění vede k ageismu a nedá prostor celoživotnímu rozvoji osobnosti
- **Čtvrtý věk** je fáze závislosti. Toto označení není úplně vhodné, je v rozporu s úspěšným stárnutím

Chronologické, kalendářní stáří – je ukazatelem jednoznačného stáří, lidského věku, dělí se na určité skupiny.

Ve vymezení hranice kalendářního stáří nepanuje jednotná shoda. Převážně se jedná o hranici stáří 60 či 65 let. Světová zdravotnická organizace (WHO) kategorizuje lidský život na patnáctileté periodizace a označuje hranici stáří k věku 60 let.

Komise expertů WHO se usnesla na členění středního a vyššího věku:

- 45 až 59 let – interevium, zralý, střední věk
- 60 až 74 let – senescence, počínající, časné stáří
- 75 až 89 let – kmetství, senium, vlastní stáří
- 90 let a více – patriarchium, dlouhověkost

Ve vyspělých zemích se zachováním dobré kvality života a funkční zdatnosti posouvá hranice stáří k vyššímu věku 65 let.

Rozšířená dělení z demografického hlediska současné doby:

- 65 až 74 let – mladí senioři – adaptace na penzionování, volný čas, seberealizace
- 75 až 84 let – staří senioři – změna funkční zdatnosti, specifická onemocnění
- 85 let a více roků – velmi staří senioři – problém soběstačnosti a zabezpečení (Mühlpachr, 2009, s. 20-21)

Období dlouhověkosti nebo pokročilý věk se datují nad 85 nebo 90 let života seniora. Fáze dlouhověkosti se týká jen nepatrné části populace, ale díky vývoji zdravotnictví, zlepšování životního prostředí a dalším faktorům se jejich počet zvyšuje.

1.2 Demografické stárnutí

Demografie stáří – se definuje jako nárůst podílu osob seniorského věku (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 80). Ve vyspělých průmyslových zemích se od konce 20. století zásadně změnila struktura populace, tuto změnu vyvolává pokles plodnosti, porodnosti i úmrtnosti (Dvořáčková, 2012, s. 19). Demografické stárnutí je skoro celosvětovou společenskou výzvou (Mühlpachr, 2011, s. 10).

Naši předkové si během civilizačního vývoje přáli najít tajemství dlouhého věku. Tehdy se jen 2 – 4 procenta populace dožívala pozhnaného věku. Příčinou byly nepříznivé faktory jako různá onemocnění, zejména infekční choroby, nedostatečná lékařská péče, vysoká kojenecká úmrtnost, špatné hygienické možnosti, chudoba. (Haškovcová, 2010, s. 33) Dnešní lidé mohou být spokojeni. Díky výraznému vývoji lékařství, farmakologie i techniky se snížila úmrtnost, proto se prodlužuje střední délka života a narůstá naděje dožití při narození (Obr. 1). Ale tento historický úspěch přináší zároveň i problémy a přispívá k populačnímu stárnutí.

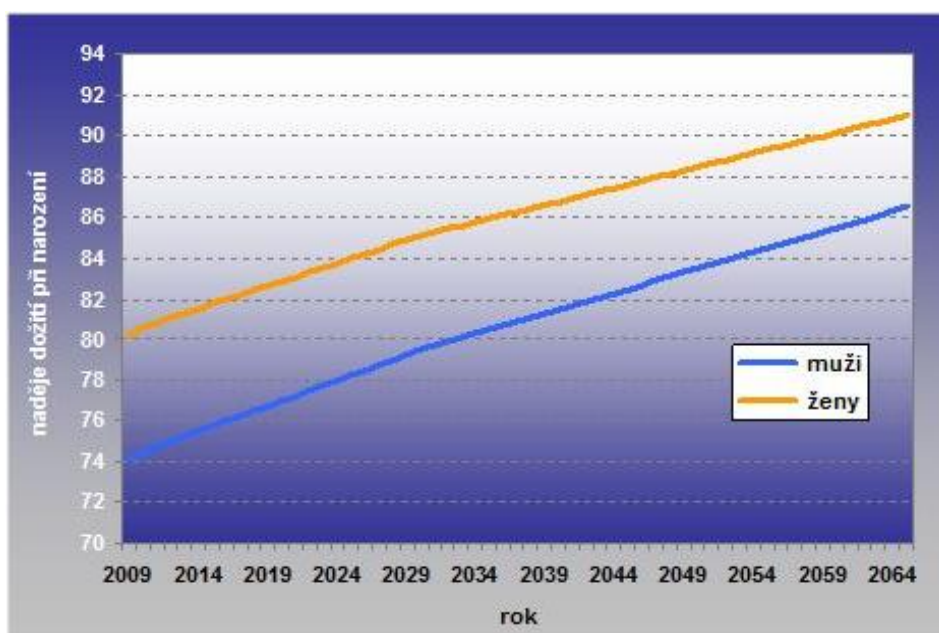
Demografické stárnutí je proces, při němž se zvyšuje absolutní počet starých lidí i jejich procentuální zastoupení v populaci takovým způsobem, že se snižuje podíl dětí mladších 15 let. Demografické změny stárnutí dnešní populace se týkají i naší republiky. Podle prognóz demografů i OSN trend populačního stárnutí bude v ČR i ve světě dále pokračovat. Zatímco na počátku 21. století podíl dětí do 15 let nad reprodukční složkou v ČR převažoval, v následujícím období dochází k převaze procentuálního zastoupení osob starších 65 let a tato převaha se do budoucna bude stále zvyšovat. V současné době představuje podíl dětí ve věku 0-14 let 14,2 % a podíl seniorů 15,2 % (Tab. 1). Střední

varianta projekce ČSÚ předpokládá velmi rapidní nárůst podílu osob ve věku 65 a více let po celé sledované období.“ (Demografický informační portál)

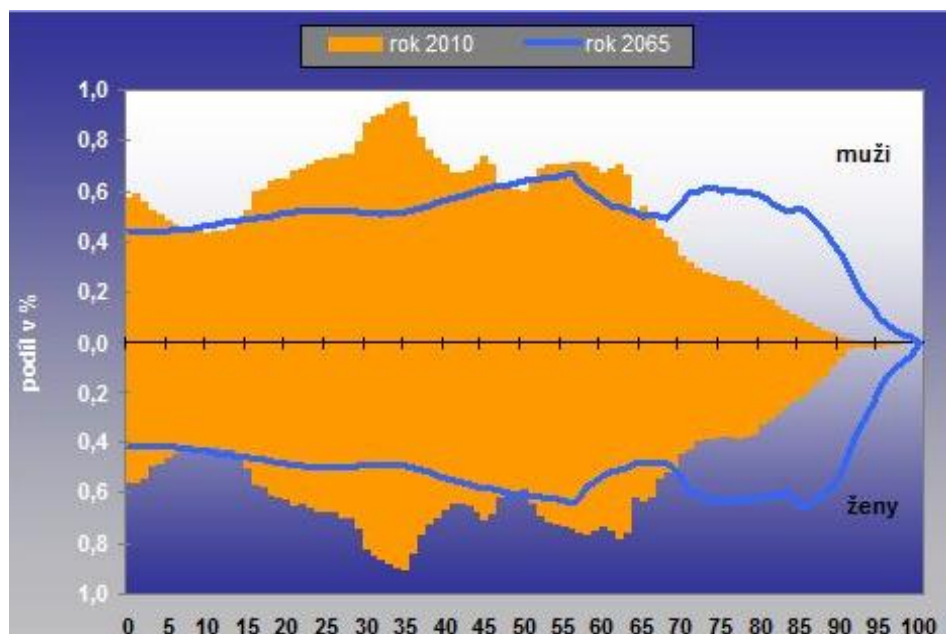
Tab. 1. Vývoj složení obyvatelstva ČR podle hlavních věkových skupin mezi lety 2000 - 2065, vybrané roky (v%) (zdroj: ČSÚ)

Věk	2000	2010	2015	2020	2025	2035	2045	2055	2065
0-14	16,4	14,2	15,1	15,6	14,9	13,0	13,3	13,9	13,2
15-64	69,8	70,6	67,2	64,4	63,4	62,5	57,0	53,7	54,6
65+	13,8	15,2	17,7	20,1	21,7	24,5	29,6	32,4	32,2

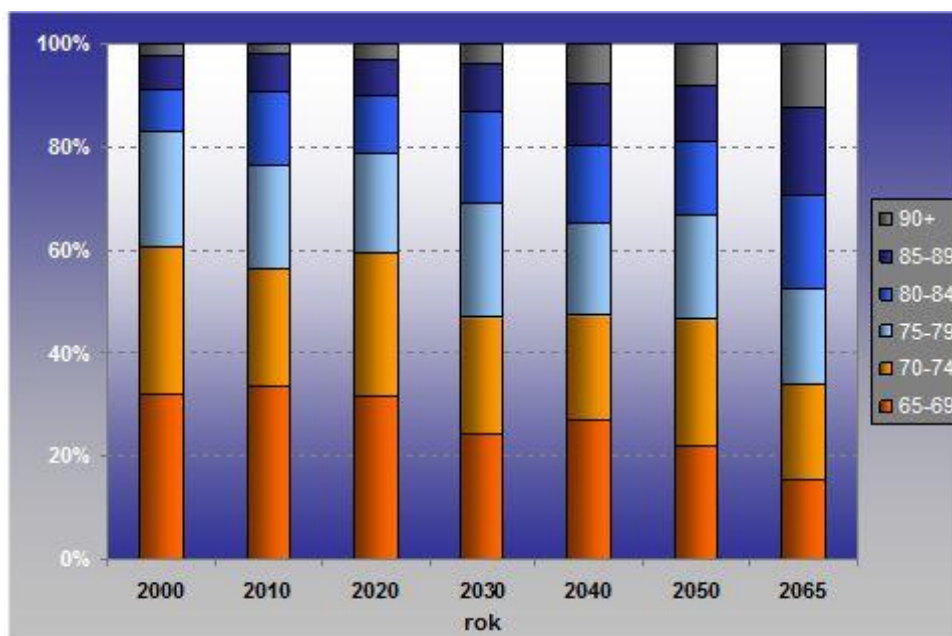
Podle projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by v roce 2030 měli tvořit 22,8% populace lidé starší než 65 let a v roce 2050 až 31,3 %, což ukazuje přibližně na tři miliony osob. To znamená, že rapidně bude narůstat počet nejstarších občanů. Podle demografické prognózy zpracované ČSÚ bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 let a více let. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy. Reálná věková struktura obyvatelstva České republiky nám ukazuje relativní a absolutní stárnutí populace (Obr. 2, 3): zvyšuje se počet starších osob a zároveň se snižuje relativní podíl dětí a mládeže. (Demografický informační portál)



Obr. 1: Vývoj naděje dožití při narození mezi lety 2009 až 2065 v ČR (Zdroj: ČSÚ)



Obr. 2: Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2010 a 2065 (Zdroj: ČSÚ)



Obr 3: Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 65 a více let) ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav (v %) (Zdroj: ČSÚ)

S růstem střední délky života vyvstává otázka o kvalitě seniorských let, zda ve stáří nebudou převládat chronická onemocnění, což negativně ovlivní kvalitu života seniorů a bude potřeba vyžadovat zvýšenou ošetrovatelskou péči. Světová zdravotnická organizace doporučuje vyjadřovat i střední délku života bez chronického onemocnění a střední délku života bez postižení. Usiluje o úspěšné stárnutí, a zastává názor, že kdo má dispozice k dlouhověkosti, je odolnější, a choroby charakteristické pro stáří jsou léčitelné a jejich příčiny jsou známy a ovlivnitelné. Předpokládá se, že senioři budou mít lepší zdravotní i funkční stav, budou vzdělanější a aktivnější. Dokument Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 poukazuje na kvalitu života ve stáří, na soběstačnost seniorů, na jejich sociální život, na zdravotní péči, na začlenění do společnosti a usiluje o osobní i sociální naplnění. (Ondrušová, 2011 s. 24-26) Proces stárnutí lidské populace a věková struktura se dotkne hlavně pozice seniorů ve společnosti i sféry soukromé, mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř rodiny.

Můžeme konstatovat, že stárnutí obyvatelstva je rezultat sociálně ekonomického a demografického vývoje a zasahuje svými důsledky do společenských i individuálních sfér. Důsledky stárnutí jsou: ekonomické, sociálně zdravotní, sociologické a sociálně psychologické a osobní (životní problémy starého člověka). (Zavázalová a kol., 2001, s. 20)

1.3 Projevy stáří

Naše bytí je dané, má určitý genetický předpoklad, který výrazně určuje naše stárnutí. Každý organismus stárne individuálně a zároveň závisí na vlivech prostředí. (Vágnerová, 2000, s. 448) Nepřející působení na proces stárnutí podle Šipra (1997) lze shrnout následovně:

- A) Stárnutí jako předem naprogramovaný děj
 - působení „genů smrti“
 - opotřebování genetické výbavy
- B) Stárnutí jako důsledek působení nepříznivých vlivů během života
 - účinek vnitřních činitelů
 - vliv vnějšího prostředí
- C) Spolupůsobení vrozených faktorů i činitelů, které se uplatňují teprve v průběhu života

Stáří není choroba, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí. Pro stáří je charakteristická polymorbidita (starý člověk má současně víc chronické onemocnění). (Vágnerová, 2000, s. 448) Nejčastější onemocnění, která postihují člověka ve vyšším věku, jsou:

- **Onemocnění srdce a cév** – ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, funkční poruchy oběhového systému
- **Onemocnění dýchacího systému** – obstrukční nemoci plic, poruchy dýchacího systému při restrikci
- **Metabolická a endokrinní onemocnění a poruchy** – obezita, cukrovka, metabolický syndrom
- **Onemocnění ledvin**
- **Onkologická onemocnění** – nádory
- **Gynekologická onemocnění** – stavy po operacích, prolaps dělohy, inkontinence
- **Onemocnění nervová a neuropsychická** – neuritidy, neuralgie, stavy po mozkových mrtvicích, psychické choroby, funkční duševní choroby, neurózy
- **Onemocnění smyslů** – krátkozrakost, nedoslýchavost
- **Hybný systém – jeho poruchy a onemocnění** – svalová nerovnováha (s tendencí ke zkrácení anebo k ochabování), kloubní blokády, artróza, artritidy, koxartróza, řídnutí kostí, osteoporóza. (Matouš, Matoušová, Kalvach, Radvanský, 2002, s. 14-31)

Je pravdou, že starou populaci postihují nemocnost, polymorbidita, polypragmázie, ztráta soběstačnosti a klesání fyzické zdatnosti. Výsledky gerontologického výzkumu umožňují razantní a účinnou léčbu nemocí. Cílem geriatrické péče je udržovat soběstačnost a nezávislost, uchovat zdraví a fyzickou zdatnost, uplatňovat prevence a přispívat k udržení kvality života u starých lidí, především jejich zdraví. (Topinková, 2005, s. XVII a 3)

1.4 Životní změny ve stáří

Stáří do života seniorů přináší řadu nepříznivých změn. Změny se vztahují ke třem oblastem: tělesná, psychická a sociální. Venglářová (2007) to popisuje následovně (Tab. 2):

Tab. 2. Změny ve stáří (podle Venglářová, 2007, s. 12)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> • změny vzhledu • úbytku svalové hmoty • změny termoregulace • změny činnosti smyslů • degenerativní změny kloubů • kardiopulmonální změny • změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování) • změny vylučování moči • změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> • zhoršení paměti • obtížnější osvojování nového • nedůvěřivost • snížená sebedůvěra • sugestibilita • emoční labilita • změny vnímání • zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> • odchod do penze • změna životního stylu • stěhování • ztráty blízkých lidí • osamělost • finanční obtíže

Podle moderních výzkumů se zjistilo, že nejvíc působí na psychické schopnosti starého člověka zdravotní stav, motivace, kulturní a sociální úroveň. Vliv samotného kalendářního věku se uplatňuje mnohem méně. Některé duševní vlastnosti se s věkem zhoršují, jiné se nemění a některé se dokonce zlepšují.

Změny sestupné povahy:

- Paměť upadá především ve složce všípivosti a výbavnosti
- Zpomalení psychomotorického tempa
- Tvůrčí fantazie
- Citové vlastnosti se oplošťují
- Rozhodování

Duševní funkce, které se s věkem nemění:

- Intelekt
- Slovní zásoba
- Jazykové znalosti
- Soudnost, rozvážnost, životní zkušenosti, moudrost

Změny vzestupné povahy:

- Zvyšuje se vytrvalost
- Trpělivost
- Stálost v názorech a vztazích

Se stářím se mění i vnímání času a to není jenom subjektivní pocit, ale jde i o to, že seniorům každodenní výkony zaberou více času. Starému člověku se delší dobu hojí dokonce rána. S prožíváním času je spojena i myšlenka na smrt, tady důležitou roli hraje názor na smysl života a vztah k náboženství, jiný postoj má k smrti ateista a jiný věřící. (Šipr, 1997, s. 58-62)

Zavázalová (2005) vyjmenovává hlavní osobní důsledky stárnutí a stáří a hlavní životní problémy, které postihují seniora, především takto:

- **Snížení a ztráta soběstačnosti** – zajištění každodenních činností, péče o sebe i o domácnost
- **Zhoršující se zdravotní stav** – pokles významných funkcí pro udržení soběstačnosti
- **Zajištění přiměřených finančních prostředků** – zabezpečení potřebné životní úrovně
- Problémy spojené s **úpravou životního programu** – seberealizace po odchodu do důchodu, utváření nového denního řádu
- **Zabezpečení adekvátního bydlení** – podle fyzické schopnosti
- **Zabezpečení správné výživy** – racionální, energetická
- **Otázky všestranné aktivity** – pracovní a ostatní činnosti
- Problémy **psychologické** – zvládnutí rizikových situací a adaptace na životní změny (penze, úmrtí partnera, atd.)
- **Otázky využívání volného času** – pohybové aktivity, společenská angažovanost

Na změny každý stárnoucí člověk reaguje jinak a jinak se s nimi vyrovnává, záleží na jeho osobnosti a možnostech, vzdělání, výchově, životních zkušenostech a prostředí (Malíková, 2011, s. 18). Vágnerová (2000) zmiňuje, že ve stáří je nutné se nějakým způsobem vyrovnat s vlastním omezováním a přijmout ho, z toho plyne, že i okolí naváže se seniorem lepší vztah. Když si nadměrně stěžuje na své potíže, může zkomplikovat i sociální pozici.

V období pravého stáří je senior ohrožen „zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací“, které vyžadují hodně sil k adaptaci. Každá osoba reaguje na zátěže subjektivně. Staří lidé jsou rozdílní i z hlediska svých kompetencí. Někteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled, ale většina je poznamenána značným psychickým a somatickým úpadkem. Typické zátěžové situace v této fázi jsou:

- Nemoc a úmrtí partnera anebo jiné blízké osoby a může to vést k sociální izolaci a opuštěnosti
- Zhoršení zdravotního stavu, úbytek tělesných i psychických schopností, jež jsou spojené s postupnou ztrátou soběstačnosti a očekáváním smrti
- Ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu – častá hospitalizace, případné přemístění do ústavní péče (domov pro seniory, LDN)

Zhoršením zdravotního stavu a ztrátou soběstačnosti je starý člověk odkázán na cizí pomoc i v běžných každodenních činnostech. To zapříčiňuje zásadní změnu jeho životního stylu, jeho eventuální umístění do domova pro seniory. Tato změna přináší mnoho ztrát: ztráta zázemí, známého teritoria, jistoty orientace a bezpečí, ztrátu autonomie a soběstačnosti, které způsobují postupný pokles různých schopností, a umístění do sociálního zařízení může být v neposlední řadě chápáno jako znak blížícího se konce života, smrti. (Vágnerová, 2000, 492 - 496)

2 POTŘEBY SENIORŮ

2.1 Základní potřeby seniorů

Senioři jsou jako všichni ostatní, kteří potřebují uspokojovat své potřeby, a abychom jim mohli být opravdovou oporou pro zlepšení kvality jejich života, je nutné znát jejich potřeby. V průběhu života se lidské potřeby mění v aspektu kvality a kvantity. Nakonečný se domnívá, že potřeba jako základní forma motivu je deficitem, nějaký nedostatek v biologické či sociální dimenzi bytí. (in Dvořáčková, 2012, s. 38) Podle Slovníku sociální literatury je práce potřebou, tedy motivací k jednání. Neuspokojené potřeby způsobují deprivaci. Ale pod pojmem potřeba není zahrnuto jenom strádání anebo nedostatky něčeho, co nám schází, ale znamená i určitou sílu, která člověka posouvá dál, nutí ho k jednání. (Pichaud, Thareauová in Dvořáčková, 2012, s. 39)

Dvořáčková (2012) uvádí, že senioři potřebují pocit jistoty a bezpečí, důležité jsou pro ně důvěra, stabilita, jistota a spolehlivost. Pod pojmem bezpečí si můžeme představit potřebu fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Pichaud a Thareauová (in Ondrušová, 2011, s. 41) konstatují potřeby starého člověka podobně. Ve stáří nejsou podstatné jen fyziologické potřeby, ale také psychologické, z nichž jmenují pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost a smysl života. Haškovcová (2010) opodstatňuje potřeby pro stárnoucího a starého člověka, jimiž jsou přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení, místo, kde je člověk doma, kde ho mají rádi, kde on má někoho rád a kde má svoje soukromí, kde mají potřebu být a zůstat platní, prospěšní, užiteční a uznávaní.

Obecně platný model hierarchie lidských potřeb vytvořil v minulém století americký psycholog Abraham Maslow. Maslow definoval pět základních potřeb od nejnižších po nejvyšší (Tab. 3), podle důležitosti. První čtyři (základní potřeby) kategorie patří k existenci nejnaléhavějších potřeb, jejich uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Někteří autoři mají výhradu k této teorii, že v mezních situacích, kdy nižší potřeby nejsou dostatečně uspokojené, uspokojené vyšší potřeby mohou být nápomocny, například v utrpení, v nemoci.

Lidské potřeby jsou individuální a mění se věkem a prostředím. V průběhu stárnutí se mění i potřeby seniorů a jejich uspokojování v souvislosti se zdravotním stavem a s proměnami partnerských, rodinných a společenských vztahů. Ve stáří je seberealizace spojená s koníčky. Šiklová (2008) konstatuje, že senioři mají uspokojené základní potřeby, ale

strádají v potřebách rozvojových, v potřebách sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky bližních. S uspokojením vyšších životních potřeb souvisí i kvalita života ve stáří. Pro starého člověka jsou zásadními potřebami být užitečný, prospěšný a být potřebován. Pacovský (1997) cituje od svého pacienta: „největší potřeba je, být potřebován“. Kalvach také usiluje o to, aby starý člověk měl zajištěn smysluplný život, dbal na seberealizaci, sebeúctu a důstojnost. (in Ondrušová, 2011, s. 42 – 44)



Obr. 4. Maslowová hierarchie potřeb (zdroj:Hauke,2011, s. 46)

V životě starého člověka jsou významné i duchovní hodnoty, které vyjadřují lidskou potřebu smyslu života. U starého člověka vzrůstá religiozita. Víra stabilizuje hodnoty a jistotu určitého řádu a pravdy. „Víra může přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu

stáří a s ním spojených problémů.“ Zážitek Boha mezi různými ztrátami a v zátěži dá pocit jistoty a bezpečí. Bůh dává i negativním událostem smysl a možnost smysluplného vyústění. Proto i smrt má smysl, je to jen přechod do jiné existence. Účast na bohoslužbě a soukromá modlitba umožňují celkové uvolnění a pocit podpory v situaci bezmocnosti, závislosti a osamělosti. (Vágnerová, 2000, s. 507 – 508)

2.2 Struktura životních vývojových potřeb

Na člověka je potřeba se dívat jako na celistvou bytost, kdy vše souvisí se vším. Celková péče o starého člověka nesmí vycházet jen z tělesných změn, ale musíme dbát na změnu jeho sociálních rolí a životních perspektiv a brát v úvahu význam psychosociálních potřeb. Jejich naplňování je prostředek k upevňování tělesného zdraví a jsou do budoucna pro seniora motivačním prvkem.

Vágnerová (2000) rozděluje vývojové potřeby do šesti oblastí:

Potřeba stimulace správnými podněty – pro lidský organismus a celé jeho bytí je nezbytné dostávat správné podněty, na správném místě, ve správný čas, v přiměřeném množství a kvalitě. Podněty se dostávají do lidského mozku přes naše smysly. Vývojové změny přinášejí starému člověku snížení smyslových funkcí, s tím souvisí snížená schopnost příjmu informací a je snížena orientace. Úlohou kvalitní péče je dát dostatečné informace seniorům.

Potřeba smysluplného světa – správné životní podněty hrají důležitou roli v tom, abychom poznávali sami sebe a prostředí, ve kterém žijeme, a věděli, k čemu získané poznatky můžeme využít.

Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými – znalost biologického rytmu vede k naplánování denního rytmu i ve stáří.

Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti – nikdo z nás není výjimkou - každý potřebuje někam a k někomu patřit, aby měl svoji roli v soukromém životě i ve společnosti. Potřebují to i senioři, kteří se hlavně ve stáří setkávají se změnami a ztrátami (Tab. 3).

Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými – pro každého je podstatné mít svůj život pod kontrolou, mít možnost rozhodovat o svých činnostech, být uznáván takovým, jaký je, a získat pocit důležitosti. Nemoc a sociální omezení mění obraz

sebe sama, sebehodnocení. U starého člověka může dojít ke ztrátě autonomie a ke ztrátě kontroly nad svým životem.

Potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva – člověk v každém období potřebuje mít víru i naději ve vlastní schopnosti i v lidskou podporu, aby měl výhled do budoucna. Stáří přináší do života úskalí, potěšující je však vědomí, že se vždy najde někdo, kdo nám pomůže nést tíhu života, a někdo, komu je možné se svěřit se svým trápením.

Tab. 3. *Změny a ztráty u seniorů (podle Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 69)*

<i>Změny</i>	<i>Ztráty</i>
pracovní role	ztráta pracovního kolektivu a navykklých pracovních činností v závislosti na čase
role otce/matky – prázdné hnízdo	odchod dětí
společenská role – sociální izolace	sociální izolace
rozvod – nemoc – smrt partnera	osamělost vs. samota
bydlení – odchod do nemocnice, domova důchodců	soukromí, vlastní domov
snížení fyzických sil	neschopnost sebezpečce – závislost na druhých
změna fyzického vzhledu	ochota něco nového si koupit, zkrášlit svůj obličej i tělo, jít do společnosti
smyslové funkce	okamžitá orientace a jednání

2.3 Zjišťování potřeb uživatelů v sociálních službách

V sociálních službách je znalost potřeb uživatelů nezbytným požadavkem, bez kterého není možné zajišťovat kvalitní sociální služby. Poznatek potřeb umožňuje, abychom skutečně byli podporou uživatelům a podíleli se na uspokojování jejich potřeb. Neexistuje však služba, která by vyhověla všem žadatelům, proto je nutné plánovat službu podle individuálních potřeb jedince, tj. respektovat potřeby, práva, nezávislost a autonomii uživatele. V roce 2007 vstoupil v účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který mnozí označují za revoluční. Reforma zákona v sociálních službách, zejména

v rezidenčním zařízení, má za úkol transformovat kvalitu poskytovaných služeb (např. aby měl uživatel rovná práva, aby byly jeho potřeby upřednostněny před potřebami personálu, aby měl možnost se sám rozhodovat, atd.). § 88. písmeno f) výše uvedeného zákona udává povinnost všem poskytovatelům „plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby“. V příloze č. 2 Vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. (prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách) obsahuje Standardy kvality (SQ). Kvalita poskytovaných sociálních služeb se ověřuje právě pomocí standardů kvality. (Čámský, Krutilová, Sembdner, Sladký, 2008, s. 10 - 13)

Transformace sociálních služeb souvisí i s rozvojem občanské společnosti, která přispěje k tomu, aby se občan postupně stával subjektem. Klade důraz na práva a povinnosti občana a zaměřuje pozornost na kvalitu poskytovaných služeb, na nastavení jejich pravidel, na přístup k uživatelům služeb a na odbornost pracovníků, kteří je zajišťují.

Poslání SQ má v sociálních službách zajistit a chránit práva těch, kteří službu přijímají, ale zároveň i pracovníků, kteří službu poskytují a mají odpovědnost za její vývoj. Pro SQ jsou vymezené vůdčí principy, které tvoří základ sociálních služeb:

- Nezávislost, autonomie – přiměřená míra péče a podpory podle schopnosti a možnosti uživatele, dbát na jeho svébytnou osobnost a přenechat mu zodpovědnost za vlastní rozhodování
- Respektování potřeb – zjišťování individuálních potřeb uživatele a být nápomocen k jejich naplnění
- Integrace – začlenění, nikoliv sociální vyloučení, podpora způsobu běžného života, zachování přirozených vazeb
- Partnerství – pracovat společně, rovnoprávná spolupráce (pracovníci x uživatel, management x zřizovatel)
- Komunikace – obousměrný konzultační proces, vyjednávání o hodnotách a cílech
- Dodržování práv uživatelů – uživatelé jsou v nevýhodném postavení vůči zařízení a jeho pracovníkům, zařízení proto usiluje o vytváření podmínek, v nichž uživatelé služeb mohou svá práva naplňovat
- Respektování volby uživatelů – vytvoření podmínek, v nichž se uživatelé služeb mohou cítit důstojně, rozhodovat se s porozuměním důsledků svého rozhodnutí

- Individualizace podpory – přizpůsobení služeb jednotlivým uživatelům
- Zaměření na celek – na situaci uživatele služeb se pohlíží v souvislostech, nikoli jen v dílčích aspektech
- Flexibilita – služby se pružně přizpůsobují potřebám uživatelů, nikoli uživatelé potřebám pracovníků, zavedeným způsobům práce a režimu zařízení

Hodně ovlivňuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb intenzivní kontinuální vzdělávání pracovníků. Je vhodné zaměřit pozornost na manažery zařízení a na pracovníky v přímé péči. (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 53 – 57)

Potřeby zjišťujeme především rozhovorem s uživatelem sociální služby, on sám ví nejlépe, co potřebuje. Vhodný přístup zjišťování potřeb uživatele v sociálních službách předpokládá respekt vůči uživateli, neodporovat mu, dát mu prostor pro jejich vyjádření, aktivně mu naslouchat a projevovat verbální i neverbální empatii, případně mu pomoci jeho potřeby najít. S pomocí vhodné komunikační techniky vytvořit důvěrnou atmosféru, ve které uživatel popisuje své pocity a zároveň si během sdělení ulevuje. V rámci možností navrhujeme pomoc řešení některých problémů. Samozřejmě se může stát, že uživatel odmítá naši snahu, v takovém případě postupujeme podle § 2 zákona. Dodržujeme lidská práva a základní svobodu osob, respektujeme jeho vůli, nic nechceme nátlakem vynutit, ale postupně se snažíme získat jeho důvěru.

Zákon předepisuje individualizovanou péči podle individuálního plánování, které je podmínkou kvalitního opatření uživatele. Předpoklad k tomu je respektování individuality uživatele a poznání jeho potřeb, zájmů i hierarchie životních hodnot. U získávání informací je nezbytný náš individuální přístup k jednotlivci, tj. k uživateli, snažit se porozumět mu a jeho očekávání, a tak získat jeho důvěru. Při tom je vhodné dodržet určité postupy, například:

- Nejdříve získat co nejvíce informací z dostupných zdrojů o uživateli
- V klidném prostoru obeznámit uživatele s přínosem a smyslem individuálního plánování, možno uvést konkrétní příklad pro usnadnění pochopení
- Vystupování pracovníka během rozhovoru má být profesionální, rozvážené, klidné a vyrovnané. Nejistý pracovník, který sám nepochopil smysl plánování, těžko vysvětluje význam a kladný přínos IP, ani nezíská důvěru ze strany uživatele

- Neočekávat, že při prvním jednání s uživatelem vše projednáme, je nutné dopřát uživateli čas na přemýšlení
- Při rozhovoru s uživatelem je nutné klást otázky správně a srozumitelně, a dávat pozor, aby na něj naše dotazy nepůsobily příliš vtíravě. Nedotýkat se necitlivě osobních oblastí a nedávat najevo, jaké informace o něm již máme
- Uklidnit klienta, že jde o první informativní rozhovor a že bude mít prostor ke zvážení. Při edukaci informovat i o tom, že dohodnutý osobní cíl má klient právo změnit, a pokud se změní některé důležité okolnosti (zdravotní stav, schopnost mobility a míra soběstačnosti atd.), musí být cíl aktuálně upraven
- Na další schůzce projednat s klientem jeho představy o osobním cíli, upřesnit detaily, specifikovat rozsah cíle. K dosažení cíle je potřebné dojednat i jednotlivé kroky. Nejčastějšími pojmy v tomto konceptu jsou „dlouhodobý cíl“ a „krátkodobý cíl“
- Společně formulovat jeho osobního cíle a vypracovat komplexní návrh činností. Pokud souhlasí, zapsat je přesně do dokumentace individuálního plánu a specifikovat
- Dodržovat termíny hodnocení a kontrol plnění IP s uživatelem (Malíková, 2011, s. 172 – 174)

Hauke (2011) předkládá k zjišťování potřeb uživatele osvědčené pomocné otázky, které jsou od Ivana Úlehly: „Co potřebujete, aby se vám lépe žilo?“, „S čím z toho všeho potřebujete pomoci?“, „Kdo by měl pomáhat?“, „Proč by ten dotyčný s tím měl pomáhat?“, „Jak to pomáhání má probíhat?“ (Hauke, 2011, s. 47). Otázky lze formulovat „na tělo“ podle toho, s kým mluvíme, tak aby otázce rozuměl. Aby naše zjišťování bylo co nejvíce objektivní, je vhodné kromě rozhovoru s uživatelem vše konzultovat i s personálem, který o něj pečuje, s rodinným příslušníkem a zároveň použít metodu pozorování. Když jsme dobře zmapovali požadavky uživatele, pak můžeme být nápomocni a být podporou v uspokojování jeho potřeb, což je vlastně základem dobré a kvalitní služby. (Hauke, 2011, s. 47 - 48)

Nekomunikující osoby (těžké fyzické, mentální, smyslové či psychické postižení) jsou znevýhodněné a omezené, neboť nedokážou udržovat kontakt s okolím, vyjadřovat své pocity, potřeby a přání, což má své psychosociální důsledky, které se promítají velmi

škodlivě do kvality života. Protože tito uživatelé neumí identifikovat, jaké mají potřeby anebo to neumí dát najevo, je třeba hledat vhodnou alternativu, která umožňuje výměnu informací. Problém zjišťování individuálních potřeb u nekomunikujících uživatelů ale zatím není dostatečným a uspokojivým řešením. Ke zjišťování potřeb u nekomunikujících uživatelů jsou doporučovány následující techniky a možnosti:

- Pozorování uživatele v reálné situaci
- Empatická fantazie
- Imaginativní rozhovor
- Modelový rozhovor pracovník – pracovník – empatik
- Analýza uspokojení potřeb
- Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace
- Využití elektronické komunikační tabulky a počítačové techniky
- Alternativní komunikační techniky (Malíková, 2011, s. 175 – 180)

3 PÉČE O SENIORY A REZIDENČNÍ BYDLENÍ

3.1 Historický pohled na péči o seniory

Potřeba péče o staré lidi se objevuje už na začátku historie lidstva. V jednotlivých etapách společenského vývoje to řešili různými formami, hodně záleželo na kulturní, ekonomické i mravní úrovni a na politické situaci té které doby. Můžeme předpokládat, že péče se prováděla všeobecně nejprve v rámci rodiny. Život osamělého starého člověka se stal nejistým, ocital se na periferii společenství.

Ve společnosti počíná formu institucionální péče na principech křesťanské lásky a má charitativní charakter. Postupně byly zakládány starobince a špitály, které vznikaly hlavně při kláštorech, zřizovali je řeholníci a další Bohu zasvěcené osoby a poskytovaly sociálně charitativní péči.

Od XIV. století se do zřizování špitálů zapojila i města a od té doby se péče postupně stává systematictější a organizovanější.

Úroveň péče o potřebné osoby se v Českých a Moravských zemích zlepšila s příchodem řádu Milosrdných bratří (XVII. stl.), kteří pečovali o muže. Co se týká poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, byl druhým nejvýznamnějším řádem Řád sv. Alžběty, který svoji první nemocnici založil v Praze a staral se o ženy.

Mezníkem v péči o seniory bylo zakládání nemocnic v době vlády Josefa II. (1765 - 1790). On pokračoval ve stopách své matky Marie Terezie, která již zavedla několik reforem ohledně zvýšení péče o zdraví obyvatel. Postupně založil specializovaná lůžková zařízení ve velkých městech. Podle pravidel měly být zakládány všeobecné nemocnice, porodnice, nalezince, ústavy choromyslných a chorobince. Chorobince byly určené pro zestárlé osoby a pro dlouhodobě a nevléčitelně nemocné. Měly více méně sociální a azylový charakter; o vysoké lékařské a ošetrovatelské péči nemůže být řeč. Ovšem však nebyly určeny pouze pro osoby vyššího věku.

Až po druhé světové válce, kdy došlo k zestátnění všech léčebných a ošetrovacích ústavů, začaly postupně vznikat domovy důchodců, které jsou dnes nazvány domovy pro seniory. Pro dlouhodobě nemocné a nesoběstačné seniory, kteří nebyli schopní se o sebe postarat, vznikly léčebny jako samostatná zařízení nebo jako oddělení v rámci nemocnice. Jejich stanoveným cílem bylo poskytovat pomoc i doléčovací a rehabilitační péči. Po pádu totalitního režimu se profiluje nový typ péče. Ústavy, které byly primárně orientovány na

vylučování lidí ze společnosti a s minimálním ohledem na požadavky klientů, se začínají zaměřovat na jejich individuální potřeby a rozvoj. Ústavních forem péče ubývá ve prospěch forem neústavních a rozvíjející se občanská společnost hledá nové alternativy v péči o jedince. Objevují se nové formy sociálních služeb, které kladou důraz na kvalitu poskytovaných služeb. (Mühlpachr, 2009, s. 118 – 119, Mlýnková, 2011, s. 60 – 62, Szabó, 2005, s. 33)

Vláda představila po roce 1989 sociální reformy, jejichž obsahem byla i reforma sociálních služeb. Reforma sociálních služeb prosazovala principy: jako nezávislost uživatele, respekt k uživateli a jeho právům, účast uživatele na procesu rozhodování. Skutečný rozvoj sociálních služeb nastal až po mnoha letech úsilí o novou legislativní úpravu sociálních služeb. Teprve v roce 2006 byl schválen nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon přinesl významné změny. Například se stanovila nová kategorizace služeb - konkrétní formy a druhy sociální služeb, určilo se plánování služeb, zavedla se povinnost poskytovatelů dodržovat standardy kvality, realizace inspekce služeb a tak dále. (Holasová, 2014, s. 49 – 53)

3.2 Vymezení Domovů pro seniory podle Zákona o sociálních službách

Zákon definuje tři druhy sociálních služeb podle cíle a zaměření:

- **Sociální poradenství** – každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení
- **Služby sociální péče** – napomáhají osobám zajistit základní životní potřeby jak v domácím prostředí, tak **v zařízeních sociálních služeb**. Cílem sociální péče je umožnit osobám, jež nemohou být bez pomoci jiné osoby, zapojit se v co nejvyšší možné míře do běžného života a zajistit jim důstojné prostředí a zacházení
- **Služby sociální prevence** – slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy

Zákon o sociálních službách přesně stanovuje druhy všech zřizovaných zařízení sociálních služeb, definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb a jednotlivé služby sociální péče. Jednou z forem poskytovaných sociální službou je rezidenční zařízení, tj. dlouhodobý pobyt s ubytováním. V České republice existují tři typy rezidenční péče:

- Domovy - penziony pro důchodce
- Domy s pečovatelskou službou
- Domovy pro seniory

My se však zaměříme pouze na Domovy pro seniory.

Domovy pro seniory poskytují pobytovou službu, pomoc a podporu se zajištěním komplexní péče osobám, jež mají sníženou soběstačnost a nemohou dlouhodobě ze zdravotních, sociálních či rodinných důvodů nebo z důvodů pokročilého věku zajišťovat své životní potřeby ve svých domácnostech a jejich rodina jim nemůže péči poskytnout. Domovy mají stálou snahu umožňovat uživatelům plnohodnotný život až do jeho naplnění, proto kladou důraz na zachování soukromí, na důstojnost člověka a na laskavou péči poskytovanou podle individuálních potřeb každého uživatele tak, aby se cítil být i nadále součástí společnosti a v maximální míře si zachoval svůj původní styl života.

Služby poskytované v domově pro seniory obsahují tyto základní činnosti a úkony:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Na základě zákona o poskytování sociální služby v domovech pro seniory vycházejí cíle skutečných potřeb uživatele, s přihlédnutím k právům uživatelů na soukromí a se snahou plnohodnotný život srovnatelný se životem jejich vrstevníků. Umožnit uživatelům dostupnost společenského prostředí mimo domova, a tím docílit začlenění uživatele do přirozeného společenského prostředí. Být nápomocen při udržování kontaktů s okolím, rodinami, školami, spolky a dalšími společenskými organizacemi. Zajistit komplex pobytových služeb se zaměřením na individuální péči, podporu a důstojnost uživatele a se

zajištěním trvalé komplexní péče. Péče směřuje k udržování schopností a dovedností uživatele a podporuje je v tom, aby úkony a činnosti, které zvládnou sami, sami také prováděli, a to proto, aby péče podporovala rozvoj stávající soběstačnosti uživatele nebo alespoň zachovávala. Nabízené aktivizační činnosti motivují uživatele ke smysluplnému trávení volného času, což také vede k samostatnosti.

Aktivně a individuálně cílená sociální služba a poskytovaná péče napomáhají ke spokojenosti uživatele, ke klidnému prožívání podzimu života a v neposlední řadě, k zajištění chápajícího, milého a laskavého prostředí pro pocit bezpečí.

Základní princip poskytování kvalitní služby v seniorském zařízení je, v první řadě zajištění kvalitní péči jak fyzické, tak i duševní. U křehkých a závislých seniorů nestačí pouze základní zabezpečení a odborné zdravotnické výkony, ale musíme se soustředit a dbát i na jejich:

- Autonomii – zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad děním, soukromí; jde o přístup ke starým lidem a o péči v domovech pro seniory
- Smysluplnost – pomoc při hledání životní náplně, animační programy, které oživují prostředí domova pro seniory, prevence komunikační a senzorické deprivace (smyslové strádání: např. zrakové, sluchové, dotykové)
- Důstojnost – respektování osobnosti, soukromí, studu, vyloučení takových forem péče a chování, které senior vnímá jako ponižující (např. omezovací prostředky, infantilizace), prevence nevhodného zacházení, zanedbávání či dokonce násilí

K základním nástrojům kvalitní péče patří zájem o uživatele, respekt k jeho osobnosti a vůli. Nesmíme podceňovat jejich schopnosti, ba naopak musíme posilovat u uživatele pocit zodpovědnosti a v co nejvyšší možné míře jej aktivně zapojit do běžného života. U kvalitní péče je proto potřebné důsledně usilovat o zachování či zlepšení funkční zdatnosti starého člověka rehabilitačními a rekondičními postupy. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 12 - 14)

Sem patří myšlenka, již expresivně formuluje Haškovcová (2010, s. 182), když píše: úroveň společnosti lze po stránce ekonomické, kulturní i mravní hodnotit různým způsobem. Nepochybně však jedním z validních kritérií je to, jak se stát stará o své staré, nemocné a duševně choré jedince, jeho postoj k nejslabším totiž reprezentuje celou společnost.

4 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

4.1 Vymezení pojmu kvalita života

Kvalita života se v České republice stala předmětem zájmu odborníků z nejrůznějších oblastí, je zkoumána z hlediska psychologického, zdravotnického, historicko-filozofického, sociologického, filozofického i teologického pojetí.

Kvalita života je široký a nejednoznačný pojem, proto se nedá snadno definovat. Můžeme se na ni dívat z různých úhlů pohledu, a pro každého znamená něco jiného. Samotné slovo kvalita, označuje „jakost, hodnota“. V poslední době se poměrně často zabývají výzkumy kvalitou života, a směřují k hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. Odborné literatury se shodují v tom, že pojem kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti: fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. Na kvalitu života působí více faktorů, které jsou v interakci, a to ekonomický faktor, sociální, zdravotní a environmentální podmínky. Kvalita života do sebe zahrnuje i prostředí, ve kterém člověk žije, spolu s potřebami a požadavky, i smysl a pocit užitečnosti vlastního života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní svobody a spokojenosti. (Dvořáčková, 2012, s. 56 – 57) Podle toho je možno říct, že koncept kvalita života má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Objektivní směřuje k naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví. Subjektivní souvisí s psychickou a všeobecnou spokojeností se životem. Obecně můžeme zkoumat kvalitu života trojím způsobem: medicínský, psychologický a sociologický. (Ondrušová, 2011, s. 45)

Zpočátku **medicínský přístup ke kvalitě života** podmiňoval zdraví, nezávislost a normální fungování v každodenním životě. Haškovcová (2010) uvádí, že „kvalita života není vázána pouze na stav zdraví“, neboť opačným tvrzení bychom „odsoudili“ k nekvalitnímu životu všechny ty, kteří trpí nějakým onemocněním, anebo se narodili s hendikepem. Ba naopak, jsou příklady, kdy nemocní dokázali udělat šťastnými nejenom sebe, ale i druhé. Haškovcová (2010) dále cituje slavného Cicera, který píše: „Člověk jedná tak, jaká je jeho duševní jakost“, „ani chudoba, nízký rod, ale ani vady tělesné, slepota a hluchota nejsou s to, aby zničily štěstí člověka“. V současné době odborníci tvrdí, že „kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie“. Jedině člověk sám může o sobě vyjádřit, jestli se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Ale zároveň není pro někoho jednoduché a lehké realizovat kvalitní život v nemoci; je velkou výzvou „ naučit se žít se

svou nemocí“. Vaňurová a Mühlpachr (2005) píše, že umění smířit se se svým onemocněním je indikátorem individuální charakteristiky, souvislí s jedincovou osobností, s tím, jaký je typ, co ho motivuje, jaké má rodinné vztahy, přátele, životní prostředí a společenská klima.

Světová zdravotnická organizace (WHO) určuje 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“. Jde o široký pojem, který je multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Sociologické pojetí kvality života zahrnuje určité charakteristické znaky, jakými jsou sociální úspěšnost, společenský status, vzdělání, majetek, vybavení domácnosti, životní styl, rodinný stav apod.. Z těchto atributů je podstatným ukazatelem kvality života životní styl, který všestranně charakterizuje to, jaký má jedinec status ve společnosti, jakou má práci, jakým způsobem žije. Velký vliv má na životní styl ekonomická situace jedince i celé společnosti. Hodně záleží na tom, čemu dává člověk přednost, co je pro něho hodnotou, co je jeho krédem. (Dvořáčková, 2012, s. 56 – 57)

Podle sociologie s kvalitou života souvisejí:

Životní úroveň – určuje reálný příjem člověka, souvisí s materiálními a ekonomickými podmínkami, člověk si je vědom svého bytí, jaké podmínky si jedinec vytváří v průběhu svého života a jak se projevuje.

Způsob života – zachycuje život člověka jako celek a jeho charakter; „vystupuje jako strukturovaný projev materiálního a duchovního života“; hledání vztahu mezi jedincem a společností.

Životní styl – široký pojem, který zachycuje životní zvyky, obyčeje, sklony a způsoby chování, nalézající svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 30 – 31)

Závěrem lze konstatovat, že kvalita života je ovlivněna přírodním i sociálním prostředím, individuálním předpokladem člověka, fyzickou a psychickou zdatností, otázkami o smyslu a užitečnosti života, subjektivním hodnocením života, osobní pohodou a spokojeností apod..

Z psychologického hlediska chápeme pojem kvalita života především jako osobní štěstí, pohodu a spokojenost. Člověk je šťastný a spokojený tehdy, když má radost ze svého bytí, jeho život má cíl, má smysl a má cenu. Veenhoven vymezuje ve své teorii „čtyř kvalit života“ (tab. 4): životní předpoklady (šance), životní výsledky, vnější kvality (charakteristiky prostředí včetně společnosti), vnitřní kvality (charakteristiky individua). (in Ondrušová, 2011, s. 46 - 47)

Tab. 4. Model čtyř kvalit života podle Veenhovena (Zdroj: podle Ondrušová, 2011, s 46)

Čtyři kvality života	VNĚJŠÍ KVALITY (charakter, prostředí včetně společnosti)	VNITŘNÍ KVALITY (charakteristiky individua)
PŘEDPOKLADY Životní šance	VHODNOST PROSTŘEDÍ Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
VÝSLEDKY Životní výsledky	UŽITEČNOST ŽIVOTA Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce (zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje)	VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti (zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem)

Kvalita života se dá interpretovat též jako pohoda. Odborná literatura osobní pohodu vyjadřuje termínem „well-being“, a to doslova znamená „když je člověku dobře“. Křivohlavý (2010) subjektivní životní pohodu definuje jako „kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života“. V tom hraje roli vlastní životní zkušenost člověka,

množství jeho kladných i negativních emocí, afektů, nálad, a to, jak se člověk dívá na své plány a jak je chce realizovat. Dimenze psychické pohody můžeme vyjmenovat následovně:

Sebepřijímání

- má kladný postoj k sobě samému (vlastnímu životu a existenci)
- přijímá pestrý soubor různých aspektů vlastního života
- cítí kladný emocionální vztah k tomu, čeho bylo dosud v životě dosaženo

Osobní růst

- má pocit, že se neustále nadějně vyvíjí
- je otevřen novým zkušenostem
- cítí se výkonný („k něčemu“)

Účel života

- má určitější životní cíle – zaměření a směřování života
- vidí svůj vlastní životní běh jako smysluplný
- osvojil si (přijal, vypracoval) životní přesvědčení, které dává jeho životu dobrý smysl a cíl

Začlenění do života

- cítí se schopen (kompetentní) řídit svůj život ve složitém prostředí, v němž žije
- je schopen zařadit se v životě tam, kde může dobře využívat svých schopností
- je schopen zdokonalovat své schopnosti a dovednosti podle potřeb životního dění

Samostatnost – autonomie

- je schopen sám řídit své jednání – „lodku svého života“
- je schopen postavit se proti požadavkům myslet a jednat podle nařízení, s nimiž nesouhlasí
- je schopen hodnotit sám sebe svými vlastními (osobními) morálními hodnotami

Vztah k druhým lidem (sociální dimenze života)

- má uspokojivé (vřelé, důvěrné) vztahy k (některým) lidem
- chápe, jak je druhým lidem, a má zájem o to, aby jim bylo dobře
- je schopen empatie (vžívat se do situací druhých lidí), intimity a vřelého citového vztahu
- ví, co to je, a umí dávat i přijímat v mezilidském styku (Křivohlavý, 2010, s. 181 – 184)

4.2 Kvalita života seniorů

V současné době se v populaci obecně zvyšují požadavky na kvalitu života a to platí i u nastupující generace starých lidí. Vohralíková a Rabušic (2004) se k tomu vyjadřují následovně: „Do budoucna se tak rozevírají nůžky mezi narůstajícími subjektivními potřebami a společenskými možnostmi je uspokojit.“ (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 55). Kvalitu života seniorů ovlivňuje nejenom jejich materiální zabezpečení a zdravotní stav, ale patří sem i rodinný stav a situace (přítomnost partnera, ochota dětí a vnuků pečovat o seniory apod.), kvalita bydlení, dostupnost zdravotně sociálních kontaktů a v neposlední řadě osamělost, která je hlavním problémem stárnoucího člověka. Na míru osamělosti působí nejvíce rodinný stav a s tím související forma rodinného soužití, omezení ekonomické aktivity, zhoršení zdravotního stavu, ovdovění nebo ztráta přátel a příbuzných. (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 55 – 57)

Mezi ovlivňujícími nezanedbatelnými faktory patří ke kvalitě života též subjektivní prožívání a hodnocení stáří, vnímání životních podmínek i vzdělání. Sem se řadí ještě jeden podstatný faktor, který též výrazně ovlivňuje spokojenost, a tím je depresivita. Mezi okolnostmi ovlivňujícími životní spokojenost mají nemateriální stránky života relativně větší váhu než materiální. Důležitým aspektem ve stáří je schopnost adaptace, jak se člověk vyrovnává se zhoršujícím se zdravotním stavem, ztrátou přátel, horší finanční situací a s novým životním stylem. Nezanedbatelným faktem je též psychická adaptabilita starého člověka na změny. Životní spokojenost je vyšší tehdy, když se životní styl člověka ve stáří příliš neliší od způsobu života ve středním věku. Kvalitní život ve stáří předpokládá celou řadu vnějších i vnitřních faktorů. (Ondrušová, 2011, s. 48 - 49)

Podle Haškovcové (2010) je stárnutí zákonitým procesem, který je třeba respektovat. Etapa třetího věku přináší individuální radost a spokojenost, a bylo by žádoucí, aby tuto radost a spokojenost prožívalo ve svém stáří čím dál více osob, dopomáhá to k úspěšnému stárnutí a zdravému stáří. Autorka tvrdí, že „lidský život se v současnosti může nejen prodlužovat, ale i zkvalitňovat“. Aby se to uskutečnilo, je potřeba „vytvářet podmínky pro smysluplnost a seberealizaci života ve stáří“.

Záleží na každém seniorovi, jak si představuje a jak si vytváří svůj život, čemu dává přednost, jak bude pečovat o svůj zdravotní stav a jak se bude vyhýbat rizikovým faktorům, jež podmiňují vznik civilizačních chorob. Aby senior udržoval „zdravou délku života“, musí pečovat o svůj psychický a fyzický stav. Psycholog Švancary doporučuje „pět pé“: perspektiva, pružnost, prozíravost, porozumění, potěšení (in Haškovcová, 2010).

Haškovcová (2010) tyto předpoklady popisuje tímto způsobem:

- Mít **životní perspektivu** – nezbytné určit vzdálené nebo blízké cíle, senior by měl čas využít hodnotně a realizovat kreativitu. „Každý by měl žít pro někoho nebo pro něco“
- Usilovat o **pružnost** – úkolem každého by mělo být posilování tělesné a duševní pružnosti: vhodné sportovní aktivity, pohybovat se, rozvoj smyslů, aktivizace smyslových schopností - tzv. „duševní gymnastika“
- Pěstovat **prozíravost** – senior by měl předvídat určitý vývoj událostí (existence choroby, konečnost lidského bytí)
- **Porozumění** pro druhé – nejenom očekávat, aby oni byli pochopení, ale aby i oni rozuměli a porozuměli. Cestou je mezigenerační porozumění
- Nezapomínat na **potěšení** – ani ve stáří nesmí scházet radost a nacházení radosti. Někoho potěší setkání s blízkými osobami, věnování se svým koníčkům, práce na zahradě, starat se o domácí mazlíčky. Naučit se těšit se z maličností (Haškovcová, 2010, s. 170 – 173)

V evropském regionu usiluje WHO o vytváření podmínek pro aktivní stárnutí, čímž dopomáhá optimalizovat zdraví, pocit bezpečí a zároveň zachovává kvalitu života u stárnoucích osob, jelikož starší lidé jsou cennými, obohacujícími prvky naší společnosti. Zákodníci se setkávají s různými dotazy ohledně stáří, např.: Jak můžeme starším lidem pomoci, aby zůstali nezávislí a aktivní?, Jak nejlépe můžeme využít vědomostí, zkušeností

a nadání starších lidí?, Jak můžeme zlepšit kvalitu života rostoucího procenta osob ve vyšším věku? atd..

Jedním důležitým úkolem je obnovení a rozšíření participace seniorů na fungování společnosti, v opačném případě se zvyšují potřeby seniorů, které vedou k jejich izolaci a závislosti. Ve sférách každodenního života se dá usilovat o zapojení starých lidí do společnosti a udělat opatření, která zlepšují jejich existenci. Takovými prostředky jsou dobře osvětlené ulice, vhodný systém veřejné dopravy, nabízení volnočasových a rekreačních programů, cvičení, která pomáhají udržet nebo dokonce zlepšit jejich mobilitu; poskytovat vzdělávací programy v rámci celoživotního učení; pro nedoslýchavé zajistit naslouchátka; poskytovat kurzy znakového jazyka s cílem zachování schopnosti komunikace; zlepšit informovanost; v rámci zdravotnictví nabídnout očkování proti chřipce, zajistit rehabilitaci a speciální procedury.

V Kanadě byl v roce 2002 uskutečněn rozsáhlý výzkum, který se orientoval na kvalitu života seniorů. Podle výsledků výzkumu kvalita života seniorů je ovlivňována individuálními, komunitními a společenskými faktory. K těmto zjištěným důležitým faktorům patří například: sociální síť, sociální kontakty, potřeba asistentů, dobrovolníků, citlivým faktem je ageismus a mýty o seniorech, zajištění speciální dopravy přizpůsobené seniorům, důležitým momentem je pocit, že seniorský hlas je poslouchán a zvažován a podobně. Tyto informace mohou sloužit jako základ k projektům zkvalitňování života seniorů. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 102 – 104)

Demografické stárnutí se týká nás všech, proto je naším společným zájmem kvalita života ve stáří. Vláda ČR si ve svém Usnesení z 9. 1. 2008 č. 8 o „Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ stanovila za jednu z priorit věnovat zvýšenou pozornost kvalitě života starých lidí. Její program se nazývá „Kvalita života ve stáří“. Ne pouze Vláda ČR vidí nutnost zaobírat se kvalitou života ve stáří, ale v podstatě celý svět.

Odborníci vytvořili v současnosti speciální metody měření kvality života, účelem je zlepšení kvality života. Nejčastější formou zkoumání kvality života je použití dotazníků a strukturovaných rozhovorů. Používané nástroje musejí být modifikovány, aby reflektovaly seniorovy specifické potřeby.

V Kanadě bylo založeno sdružení The Health Promotion and the Elderly Working Group a The Centre for Health Promotion profil kvality života seniorů – QOLSV (Quality Of Life Profile: Seniors Version). QOLSV spolupracovalo se seniory, kteří měli odpovědět na

otázky typu: „Co pro vás znamená kvalita života?“ a „Jaké oblasti jsou pro seniory důležité?“. Vytvořený dotazník je nástrojem pro sebesouzení a může být používán při plánování a hodnocení péče u jedince i společnosti jako celku, a také při identifikování zdravotních potřeb a nároků na služby. Oblasti profilu QOL seniorů: existence (fyzická stránka, psychická stránka), sounáležitost (místo mezi lidmi, místo ve společnosti), adaptabilita (každodenní život, volný čas, plány do budoucnosti). (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 105 – 107)

Na počátku 90. let vyvinula WHO dotazníky pro měření kvality života seniorů. Dotazník WHOQOL – 100 je členěn na 6 hlavních oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), dále se dělí na 24 podoblastí. Tento dotazník obsahuje 100 položek a klade si za cíl zhodnotit faktory, které přispívají ke zdravému stárnutí.

Jeho zkrácená forma je WHOQOL – BREF, která určuje čtyři domény, které podmiňují kvalitu života: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí.

V letech 2001 – 2004 se konal mezinárodní projekt „Měření kvality života u seniorů a jejich vztah k zdravému stárnutí“. V rámci tohoto projektu byl vytvořen mezinárodně srovnatelný Dotazník kvality života pro starší populaci, tzv. WHOQOL – OLD. V tomto dotazníku je hodnoceno šest oblastí: fungování smyslů, nezávislost, naplnění (dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a v budoucnosti), sociální zapojení (kontakty s lidmi a dostatek smysluplných činností), postoj ke smrti a umírání a intimita. (Ondrušová, 2011, s. 50 – 51)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM SPOKOJENOSTI SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY

5.1 Úvod k výzkumu

Stárnutí je významným fenoménem života moderní společnosti, který se v souladu s aktuálními demografickými trendy stává stále diskutovanějším. Stárnutí populace je celosvětovým problémem, který potřebujeme nejen akceptovat, ale také mu musíme přizpůsobit další vývoj civilizované moderní společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život.

Zkvalitňováním života seniorů se zabývají Standardy kvality sociálních služeb (SQ), které se staly právním závazným předpisem. (SQ jsou uvedené v teoretické části v 2. kapitole této práce) Cílem SQ je nejenom zvýšit kvalitu poskytovaných služeb, ale také zajistit ochranu práv a svobodu uživatelů sociálních služeb, podporovat rovný přístup a plnohodnotný život uživatelů, podporovat přirozené zdroje uživatelů a jejich nezávislost a autonomii. (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 54 – 57) Můžeme říci, že SQ kladou důraz na člověka jako na subjekt, který má nejen povinnosti, ale i práva, potřeby a přání. K tomu, abychom mohli poskytovat kvalitní službu, musíme znát osobní potřeby a cíle uživatele a podle toho poskytovat naši službu (viz. 2. kapitola).

Definice kvality (viz 4. kapitola) sociálních služeb jsou podle Malíkové (2011) často spojovány s následujícími oblastmi: **spokojenost uživatele, reakce na potřeby uživatele, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, bezpečné a odpovídající prostředí, návaznost a dostupnost péče.**

Nástrojem zjištění kvality služby je průběžné ověřování a hodnocení. Jedním z důležitých způsobů ověřování kvality služby je zpětná vazba od našich uživatelů. Způsob zpětné vazby musí být bezpečný i anonymní, aby bylo zaručeno, že uživatelé sdělí svůj názor otevřeně a beze strachu z možných následků. Je více možností, jak spokojenost uživatelů zjišťovat. Někdy se používají anonymní dotazníky, které zahrnují více oblastí, které uživatele hodnotí. Další metodou mohou být rozhovory s uživateli. Naše práce směřuje k zjištění spokojenosti uživatelů technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Tato metoda výzkumu byla zvolena, jelikož umožňuje dobře vystihnout skutečné pocity respondentů. Spokojenost je velmi široký pojem a každý klade důraz ve smyslu

spokojenosti na něco jiného. Rozhovory umožňují širší a přirozený prostor pro opravdu upřímné vyjádření respondentů.

5.2 Cíl výzkumu a použitá metoda

Cílem výzkumu je zmapovat současnou kvalitu života seniorů v domově pro seniory a možnosti dalšího zkvalitnění. Zaměříme se zejména na zjištění spokojenosti uživatelů s kvalitou prostředí, kvalitou stravy, kvalitou péče a nabízenou službou. Všimneme si, vzájemných vztahů i spokojenosti uživatelů s volnočasovými aktivitami. Zajímat se budeme také o to, jestli se senioři v domovech pro seniory cítí v bezpečí a mají dostatečné soukromí. V neposlední řadě se zeptáme, co postrádají, co jim chybí a v čem spatřují cestu k tomu, aby se jim žilo ještě lépe. Vyústěním práce bude vyhodnocení kvality života uživatelů, což vyplyne z analýzy dat získaných dat v rozhovorech. Nakonec se pokusíme uvést možnosti využití sociální pedagogiky při zkvalitnění života a zvýšení spokojenosti seniorů.

Pro šetření jsme vybrali kvalitativní výzkum a používáme metodu individuálního polostrukturovaného rozhovoru, který má zjistit spokojenost uživatelů. Výstup zjištěných údajů bude ukazatelem kvality služby.

Příprava rozhovoru nás vedla k tomu, abychom si předem vytvořili hlavní výzkumné otázky. Rozhovory byly řízeny pomocí navazujících a pátracích otázek. Snažili jsme se, aby pátrací otázky byly jednoduché a srozumitelné s ohledem na věk i zdravotní stav uživatelů.

Hlavní výzkumné otázky:

- 1. Jak vnímají senioři kvalitu rezidenční péče v daném zařízení?**
- 2. V jaké míře jsou spokojeni s poskytovanou službou?**

Navazující a pátrací otázky:

1. Jak jste spokojen/a s bydlením, ubytováním?
2. Jak jste spokojen/a se zahradou domova?
3. Jak jste spokojen/a se stravou, kterou domov zajišťuje?
4. Jak jste spokojen/a s péčí, kterou poskytuje domov?
5. Jak jste spokojen/a s personálem domova?

6. Jak jste spokojen/a se svým soukromím?
7. Cítíte se v prostředí domova bezpečně?
8. Na koho byste se obrátili v případě problémů?
9. Co je ve vašem současném životě důležité?
10. Jak jste spokojen/a s nabídkou volnočasových aktivit?
11. Máte potřebu duchovního života?
12. Jak jste spokojen/a s ostatními klienty v domově?
13. Jste spokojen/a s poskytovanými službami a využíváte je?
14. Je něco, co by se podle Vás mělo v domově zlepšit?

Rozhovory se konaly po předchozí dohodě v odpoledních hodinách, v pokojích uživatelů, tedy v jejich současném přirozeném prostředí. Na začátku rozhovoru jsme respondentům vysvětlili, k jakému účelu bude rozhovor sloužit a jak bude probíhat. Ujistili jsme je, že se jedná o anonymní rozhovor a nikde nebudou uváděna jejich jména, byli upozorněni i na to, že nejsou špatné a dobré odpovědi. Respondenti souhlasili se zaznamenáváním rozhovoru na nahrávací zařízení. Rozhovory probíhaly v důvěrné atmosféře, respondenti byli otevření a ochotní. Rozhovory byly následně analyzovány a vyhodnoceny. Jako možné negativum se nám jeví využití omezeného vzorku respondentů, čímž mohou být výsledky do určité míry ovlivněny.

5.3 Výběr respondentů

Popis prostředí

Výzkum jsme prováděli v Charitním domově pro seniory v Hluku, ve Zlínském kraji. Zařízení poskytuje podporu, která umožňuje uživatelům plnohodnotný život až do jeho naplnění. Klade důraz na zachovávání soukromí, důstojnost člověka a na laskavou péči poskytovanou podle individuálních potřeb každého uživatele tak, aby se cítil být i nadále součástí společnosti.

Zařízení je určeno lidem, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vyššího věku, kteří nemohou dlouhodobě ze zdravotních, sociálních či rodinných důvodů zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí. Jedná se o osoby, jejichž soběstačnost je snížena pro

pokročilý věk, omezenou pohyblivost, chronické nemoci a jejichž rodina jim nemůže péči poskytnout.

Služba není určena seniorům s těžkými formami smyslového a mentálního postižení a s formami demence, pro které uživatel potřebuje individuální asistenci anebo zařízení s uzpůsobenými podmínkami pro tato typy postižení.

Hlavní cíle a zásady Charitního domova v Hluku:

- Respektování individuality každého uživatele - důraz na individuální volbu každého uživatele, respektování individuálních přání, potřeb, schopností a zdravotního stavu uživatele
- Poskytování přiměřené podpory – důraz na podporu v takové formě a rozsahu, aby podporoval uživatele v co největší míře soběstačnosti a dovednosti
- 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

V domově je umístěno 25 uživatelů, což odpovídá rodinnému typu služby. Má 22 pokojů, z toho 20 jednolůžkových (jeden z nich je se sociálním zařízením), 1 dvoulůžkový, 1 třílůžkový. Všechny pokoje domova jsou vybaveny umyvadlem a signalizačním zařízením, které umožňuje uživatelům kontakt s personálem domova. Celý objekt je bezbariérový. Dále má jednu koupelnu, která je k dispozici k pravidelnému koupání uživatelů ve vaně anebo k pravidelnému sprchování ve sprše. Pro uživatele jsou určeny společné WC, zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Společná jídelna, kde jsou prováděny skupinkové aktivizace a skupinové rehabilitace, cvičení. Vedle jídelny se nachází ošetrovna. Zde jsou umístěny zdravotní sestry pro potřeby uživatelů. K domovu patří i zahrada s lavičkami a altánkem, kde mohou uživatelé trávit čas v příjemném venkovním prostředí. Charitní domov je otevřeným zařízením. Uživatelé mohou mít kdykoliv návštěvu a návštěvy jsou vítány.

Popis vzorku respondentů

Výběrový soubor představoval 9 respondentů, 5 žen a 4 muže, kteří byli vybráni podle jejich schopností a ochoty a byla u nich předpokládána hodnověrná a validní výpověď. Rozložení respondentů dle věku: nejmladší respondentka má 74 let, nejstarší má 96 let. Nejmladší respondent má 70 let a nejstarší 87 let. Průměrný věk žen ve sledovaném vzorku je 86 let, u mužů je nižší, a to 79,5 let. Celkový průměrný věk je 83,1 let. 4 respondenti přišli do charitního domova z domácího prostředí, zbývajících 5 bylo přemístěno z jiného sociálního nebo zdravotnického zařízení.

V následující části uvádíme charakteristiky vybraných respondentů.

Respondentka 1 (R.č.1)

Paní ve věku 74 let, ubytovaná na jednolůžkovém pokoji. Je mobilní, samostatná a soběstačná. Do domova se nastěhovala před sedmi lety. Přišla z domácího prostředí po smrti svého manžela, když se její zdravotní stav zhoršil. Na nové prostředí si velmi rychle zvykla. Paní využívá skupinové rehabilitace a navštěvuje kulturní programy. Její životní zásadou je být užitečná a být nápomocná. Ráda chodí navštěvovat některé spoluuživatele domova, kteří jsou upoutáni na lůžko anebo jsou omezeni v pohybu. Ráda jim pomáhá. S rodinou udržuje blízký vztah, rodina ji často navštěvuje a bere si ji domů na návštěvy. Kamarádky z bývalého bydliště ji také příležitostně navštěvují, je oblíbená.

Respondentka 2 (R.č.2)

Paní ve věku 96 let. Obývá jednolůžkový pokoj se sociálním zařízením. Uživatelem domova se stala před sedmi lety, nastěhovala se z jiného zařízení, aby byla blíže k rodině. Je samostatná a soběstačná, chodí s pomocí chodítka. I přes svůj vysoký věk je zcela orientovaná v čase a prostoru. Jedná se o velmi usměvavou a milou paní. Svůj volný čas si raději organizuje sama. Ve větší komunikaci jí zabraňuje její špatný sluch. Ráda luští křížovky, čte zdravotní noviny a básně. V domově se účastní pouze skupinové rehabilitace. Drží se svých zásad, každý den chce pravidelně vícekrát chodit po chodbách nebo na terase ze zdravotních důvodů, přestože má bolesti. Hlídá si vydatnost jídla, aby nepřibrala, a dbá na svůj vzhled, vždy je pěkně upravená. Je optimistická, ráda vzpomíná na mládí a na svoji bývalou práci. Byli se svým manželem doktoři, děti neměli, zcela se věnovala svému povolání, chudobným poskytovala zadarmo lékařskou službu. Její rodina ji často navštěvuje.

Respondentka 3 (R.č.3)

Paní ve věku 90 let. Je ubytovaná na jednolůžkovém pokoji. V domově žije šest a půl let, problémy s adaptací neměla, na poměry v domově si rychle zvykla. Její zdraví se v poslední době zhoršuje, ještě v nedávné minulosti chodila samostatně s pomocí chodítka. Ráda vyhledávala společnost jiných uživatelů a stravovala se v jídelně. V současné době se zdržuje ve svém pokoji, většinu dne polehává na lůžku. Má zájem o rehabilitace a jednou za den absolvuje chůzi v chodítku po chodbě. Chodí pouze s pomocí druhé osoby. Chůze je pro ni namáhavá, ale snaží se. Navštěvuje ji pouze sestra, i když bydlí daleko. Paní má velké trápení proto, že její děti, které bydlí v blízkosti domova, o ni absolutně neprojevují zájem. Její přání je, aby měla před smrtí vyrovnané a smířené vztahy s dcerami.

Respondentka 4 (R.č.4)

Paní ve věku 82 let. Je ubytovaná na jednolůžkovém pokoji. V domově je tři roky, žádné problémy s adaptací neměla, říkala, že se v životě ještě nikdy tak dobře neměla. Manžel jí byl nevěrný a opustil rodinu, a ona sama musela vychovávat své děti, měla těžký život. Teď je moc spokojená, ráda bydlí v domově. Je soběstačná, účastní se všech aktivit v domově a ráda si povídá s ostatními uživateli. Během rozhovoru mi ukázala globus, který má postavený na stole, zajímá se o zeměpis a byla velkou cestovatelkou, navštívila devět států a v Rusku byla dvakrát. Od mládí ráda kreslí, maluje, říkala, že konečně má čas věnovat se svým koníčkům. Je nadaná na ruční práce, moc šikovná. Když jsem u ní byla, právě vyráběla papírové růžičky na jízdu králů na zakázku. Kromě toho ještě hodně čte a vyplňuje osmisměrky. S rodinou udržuje blízký vztah, často ji navštěvují. V pokoji měla hodně vystavených fotografií svých pravnoučat.

Respondentka 5 (R.č.5)

Paní ve věku 88 let. Je ubytovaná na jednolůžkovém pokoji. V domově je pět let. Začátky pro ni byly těžké, měla adaptační problémy, před tím nikdy nikde nebyla, kromě svého domova, ale dnes už je spokojená, zvykla si na domov pro seniory. Paní je samostatná a částečně soběstačná, k chůzi používá francouzské hole a potřebuje pomoc jiné osoby při koupeli. Účastní se všech aktivit a programů pořádaných domovem, ale největší zájem má o bohoslužby. Je hluboce věřícím člověkem, hodně pro ni znamená víra v Boha a v jeho prozřetelnost. Z toho čerpá sílu ke každodennímu životu. Její „zbraní“ je růženec, který se často modlí, rovněž každý den poslouchá na rádiu Proglas mši svatou. Ráda luští

omsmisměrky. S nadšením mluvila o své rodině, hlavně o svých jedenácti pravnoučatech. Rodina ji pravidelně navštěvuje. Ona je moc příjemná a milá, má charisma.

Respondent 6 (R.č.6)

Pán ve věku 79 let, který prodělal mozkovou příhodu a je částečně imobilní. Před dvěma roky se stál uživatelem domova, byl přeložen z nemocnice. Je ubytován na jednolůžkovém pokoji. Je samostatný, ale ne soběstačný, potřebuje pomoc druhé osoby při všech sebeobslužných úkonech, jako např. koupání, oblékání apod.. Připravené jídlo sní sám. Třikrát za týden má rehabilitaci, chtěl by rád znovu chodit, aby se mohl vrátit domů k manželce. Je odkázaný na mechanický vozík a na pomoc druhé osoby. Rád se zdržuje na zahradě domova, kde sleduje, jak rostou rostliny, a přes léto je s pomocí druhé osoby zalévá. Vzpomíná, jakou krásnou zahradu měl doma a jak se o ni pečlivě staral. Moc nevyhledává společnost, je náladový, ale když má dobrou náladu, rád se zabaví. Rodina ho navštěvuje každý týden, když manželka nemůže přijít, je rozladěný.

Respondent 7 (R.č.7)

Pán ve věku 87 let, trpí Parkinsonovou chorobou. Je svobodný. Do domova byl přeložen z nemocnice ve špatném zdravotním stavu před čtyřmi lety. První rok v domově byl pro něho těžký, dlouho mu trvalo vyrovnat se se skutečností, že už nemůže sám bydlet. Od té doby si zvykl na domov pro seniory a jeho zdravotní stav se také zlepšil. Stal se z něho soběstačný člověk, přes zdravotní potíže je optimistický a drží se svých zásad. Žije aktivním životem, pořád je v pohybu. Svůj volný čas si organizuje sám. Venku chodí s pomocí jedné francouzské hole. Sám si nakupuje a občas navštěvuje rodinu. Každý den jde na procházku a do svého vlastního domu, když je pěkně, stará se tam o zahradu. V domově je také aktivní, zametá chodníky kolem domova, přes zimu odhrnuje sníh, v jídelně po stravování sbírá použité nádoby a dává k umývání. Každou neděli chodí do kostela na bohoslužbu. Víra v Boha je pro něho podstatným aspektem života.

Respondent 8 (R.č.8)

Pán ve věku 70 let, má ochrnuté nohy. Nastěhoval se do domova před rokem. Bydlí na jednolůžkovém pokoji. Je samostatný, ale ne soběstačný, potřebuje pomoc druhé osoby při všech sebeobslužných úkonech, ale připravené jídlo sní sám bez pomoci, a když chce sledovat televizní program, sám manipuluje ovladačem. Je odkázaný na mechanický vozík a na pomoc druhé osoby. Je komunikativní, ale občas je nepříjemný a odmítavý. Odebírá denní tisk a často sleduje televizi. Aktivně se účastní volnočasových aktivit a kulturních

programů. Rád hraje „Člověče nezlob se“. V této hře se účastnil soutěže mezi domovy pro seniory. Často se zdržuje v zahradě domova s ostatními uživateli. Rodina ho navštěvuje, dcera ho provází na procházky a na hřbitov. Jeho přáním je, aby znovu chodil.

Respondent 9 (R.č.9)

Pán ve věku 82 let. Prodělal mozkovou příhodu, po které se znovu naučil chodit, ale mluvení mu dělá menší potíže. Do domova se přestěhoval před 8 lety po mozkové příhodě. Je samostatný a částečně soběstačný, při koupeli potřebuje pomoc i podporu. Chodí s oporou jedné francouzské hole. Každý den pochoduje minimálně hodinu po chodbách domova nebo za příznivého počasí v zahradě. Zúčastňuje se skupinové rehabilitace. Moc nevyhledává společnost, má komunikační problémy kvůli sluchu. Raději se dívá na televizi nebo čte časopisy, odebírá Křesťanské noviny a zúčastňuje se modliteb a bohoslužeb v kapli domova. Je svobodný, rodina ho navštěvuje, hlavně sestřenice i kamarádi.

5.4 Zpracování rozhovorů, analýza a interpretace získaných dat a dílčí závěr

Zpracování rozhovorů

Respondentům bylo položeno celkem 14 otázek. V průběhu rozhovoru byly otázky pokládány nahodile, nikoliv podle logické návaznosti. Tento způsob dotazování jsem zvolila proto, aby se respondentům jednotlivé otázky vzájemně neprolínaly.

1. Jak jste spokojen/a s bydlením, ubytováním?

Respondenti jsou spokojeni s bydlením v domově, ale dva z nich se zmínili, že pokoje jsou malé.

R.č.1: „*Jsem maximálně spokojená, mám i balkon společně se sousedem.*“

R.č.2: „*Mně stačí, je to normální pokoj se sociálním zařízením, starý člověk nic víc nepotřebuje.*“

R.č.3: „*Pokoj by mohl být širší, ale stačí mi.*“

R.č.4: „*Libí se mi, jsem spokojená, přinesla jsem si z domu křesla, abych to měla ještě útulnější. Nikdy jsem se neměla tak dobře jako tady.*“

R.č.6 „*Tady je bydlení je dobrý, jsem spokojen, sice já si někdy zanádvám, ale nemám na co si stěžovat.*“

R.č.7: „*Jsem spokojen velice, je tu teplo, akorát pokoj je menší. Nemusím mít moc věcí.*“

R.č.9: „*Dobře, máme to tu hezké.*“

2. Jak jste spokojen/a se zahradou domova?

8 respondentů se vyjádřilo kladně, první respondentka měla výhradu:

R.č.1: „*Dohromady tam nic není, ale je to pěkné pro staré lidi. Tam jdu i já.*“

R.č.2: „*Moc dobře, že ji máme, jsou tam lavice, altánek.*“

R.č.6: „*Zahrada je akorát, rád se tam zdržuji.*“

R.č.7: „*Zahrada je výborná, chodím tam na procházky, když je potřeba tam něco udělat, rád to udělám: zametám chodníky, ostříhám keře.*“

R.č.8: „*Jsem spokojen velice, tam se scházíme a povykládáme si.*“

R.č.9: „*Rád tam chodím na procházky, mně se tam líbí.*“

3. Jak jste spokojen/a se stravou, kterou domov zajišťuje?

Na tuto otázku odpověděl každý jednoznačně kladně. Všichni jsou spokojeni se stravou, je vydatná a jsou spokojeni i s výběrem a s pestrostí.

R.č.2: „*Ani doma by nebylo lépe.*“

R.č.5: „*Jídlo je velmi dobré, chutné a dostávám hodně, ani to nesním, většinou to dělím, něco nechám i na večeri.*“

R.č.6: „*Jídlo mi chutí, dají toho dost, já už ani moc nejím.*“

R.č.8: „*Máme tady možnost vybrat si ze dvou možností. Dobře vaří.*“

4. Jak jste spokojen/a s péčí, kterou poskytuje domov?

Na otázku odpověděli všichni respondenti kladně.

R.č.2: „*Já si nestěžuji, jsem spokojená. Uvědomuji si a je přirozené, že proti věku není léku.*“

R.č.3: „*Jsem spokojená, sestřičky jsou starostlivé.*“

R.č.6: „*Jsem spokojen, stejně mi lepší nebude.*“

R.č.8: „*Péče je výborná, na dobrý úrovni, tady se starají vzorně.*“

5. Jak jste spokojen/a s personálem domova?

6 respondentů je spokojeno s personálem, podle nich jsou vstřícní a snaživí. R.č.8 se vyjádřil následovně: „*Když zazvoním, jsou ochotné mému přání vyhovět*“. 3 respondenti mají vůči některým zaměstnancům nějaké výhrady:

R.č.2: „*Personál je vstřícný, ale některé jsou protivnější, ale vím, kolik mají práce s ostatními uživateli, kteří jsou v horším stavu.*“

R.č.3: „*Holky jsou dobré, o co je požádám, to udělají, ale jedna mi ublížila a ani se neomluvila.*“

R.č.6: „*Jsem spokojen, když je kolem mě klid. Nemám rád, když pečovatelky dělají kolem mě honem-honem.*“

6. Jak jste spokojen/a se svým soukromím?

Každý respondent odpověděl jednoznačně kladně. Jsou se svým soukromím spokojeni. Účastníci výzkumu bydlí v jednolůžkových pokojích, nikdo neměl negativní připomínky, ani personál ani ostatní uživatelé nenarušují jejich soukromí.

R.č.2: „*Ano, nikdy jsem si nevšimla, že by někdo v mých věcech něco hledal. Ve svém pokoji mám dostatečné soukromí.*“

7. Cítíte se v prostředí domova bezpečně?

Všech 8 respondentů se v domově cítí bezpečně.

R.č.1: „*Já se tady cítím bezpečně, kdyby byla válka, bombardování, tak ne, ale teď je mír.*“

R.č.7: „*Cítím se bezpečně, je o nás dobře postaráno. Na chodbě i přes noc svítí světla.*“

R.č.9: „*Ano. Cítím se zde bezpečně. Nic se tu neztrácí, nekrade se, nikdo cizí neobtěžuje.*“

Respondent č. 6 dal nejednoznačnou odpověď: „*V domově nejsem odkázán sám na sebe.*“

8. Na koho byste se obrátili v případě problémů?

5 respondentů by se v případě problémů obrátilo na své děti, respondentky č.2, č.3 a respondent č.7 na vedoucího zařízení a respondent č.9 na své neteře.

9. Co je ve vašem současném životě důležité?

V odpovědích na tuto otázku respondenti zdůraznili hlavně zdraví. R.č.2 a R.č.3 ještě dodali: „*Nechci být na obtíž, modlím se za milosrdnou smrt.*“

R.č.3: „Zdraví mít, hlavně zdraví, jiného už nic, jenom to zdraví, jen už to nebude, jsou už to roky, musím to přijat, nic mi nezbyvá. A chtěla bych srovnat můj vztah s dcerami, které mne vůbec nenavštěvují a neprojevují vůči mně zájem.“

R.č.5: „Pán Bůh, nejvíc..., k němu utíkám. Včera jsme byli posilnění, dostali jsme pomazání chorých.“

R.č.8: „Zdraví, když je zdraví, tak je všechno, rád bych chodil.“

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

Všichni respondenti jsou spokojeni s nabídkou. 3 respondenti uvedli, že využívají všechny aktivity, někteří si vybírají podle zájmu jen některé, někteří si sami najdou činnosti a navštěvují pouze kulturní programy.

R.č.1: „Já si je zajistím sama.“

R.č.2: „Já se účastním programu, když vystupují děti a když je tady pan s harmonikou. Ale mne mrzí, že se už nemůžu věnovat tomu co v mládí, nemůžu chodit po horách.“

R.č.4: „Jsem spokojená s nabídkou, ráda maluji a dělám ruční práce.“

R.č.5: „Chodím tam, ale radši si ve svém pokoji čtu noviny nebo knihu, luštím křížovky, modlím se růženec, křížovou cestu a poslouchám mši svatou.“

R.č.8: „Mne programy baví, pravidelně je navštěvuji, rád dělám ruční práce.“

11. Máte potřebu duchovního života?

Většina respondentů tvrdí, že duchovní život potřebují, jsou věřící a hodně si zakládají na víře, jen R.č.6 má jiné přesvědčení. Možnost účastnit se bohoslužeb přímo v domově využívá 6 respondentů, R.č.7 chodí do místního kostela. R.č.3 se nemůže účastnit obřadů kvůli zdravotnímu stavu a říká: „Každý týden za mnou chodí pastorační asistent, podá mi svaté přijímání. To mě drží.“

12. Jak jste spokojen/a s ostatními klienty v domově?

Respondenti jednotně uvedli, že jejich vztahy k ostatním obyvatelům jsou dobré.

R.č.1: „Vycházím s nimi dobře, já se snažím se všemi vycházet. Získala jsem tady nové kamarádké vztahy. Navštěvuji nemocné, které už nemohou chodit, a pomáhám jim.“

R.č.2: „Já si s každým promluví, třeba co čtu zajímavého v časopise a tak. Proti nikomu nic nemám.“

R.č.3: „*Já s nikým nemám žádné konflikty. Mám zde kamarádky, bar co mi udělají, přijdou za mnou i na besedu.*“

R.č.5: „*Já se snažím s každým vycházet, s každým prohodím pár slov. Do pokoje nechodím k nikomu, jen do společenských místností a na zahradu.*“

R.č.8: „*V pohodě, je tady dobrý kolektiv, s každým najdu společnou řeč.*“

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

S poskytovanými službami jsou respondenti spokojeni. Celkem 6 z nich využívá služby kadeřnice, 7 z nich pedikúru. 4 respondenti využívají skupinové rehabilitační cvičení a 3 cvičí individuálně. Jeden respondent nabízené služby nevyužívá.

Všichni respondenti dle potřeby využívají individuální dopravu automobilem, např. k lékaři, na úrad, na návštěvu rodné obce, na výlet apod..

14. Je něco, co by se podle Vás mělo v domově zlepšit?

R.č.1: „*Já jsem tady maximálně spokojená. Není co zlepšit.*“

R.č.4: „*Nic, mně se tady líbí.*“

Podobné odpovědi zazněly i od ostatních. 5 respondentů uvádělo, že jsou spokojeni, nic by neměnili, ale přivítali by, kdyby měl domov svého lékaře anebo, aby je aspoň pravidelně navštěvoval. R.č.3: „*Vyhovovalo by mi, kdyby tady byl doktor pořád a každý den by se zeptal, jak se mám*“. R.č.2 má podobný názor: „*Aby měl domov svého doktora*“. R.č.7: „*Kdyby aspoň občas sem přijel, jinak jezdím k odborným lékařům*“.

Analýza a interpretace získaných dat

Do analýzy výsledků zahrnu výňatky z rozhovorů, popíše, co z nich vyplynulo. Pro analýzu získaných dat jsou odpovědi seřazeny do pěti kategorií. Kategorie jsou vytvořené z hlediska potřeby člověka, respektive seniora. Na seniora je nutné pohlížet jako na celistvou bytost, která má základní, fyziologické a vyšší životní potřeby. Uspokojené potřeby zajišťují kvalitní život. U kategorizace jsme vycházeli z toho, že kvalita života člověka bývá chápána jako spokojenost či pocit naplnění v rozhodujících životních oblastech.

Určili jsme tyto oblasti:

- **Spokojenost s prostředím domova (otázky č. 1., 2., 3., 6., 7.).**
- **Spokojenost s poskytovanou péčí a službou (otázky 4., 13.).**
- **Mezilidské vztahy (otázky 5., 8., 12.).**
- **Seberealizace - volný čas, duchovní život (otázky 10., 11.).**
- **Priority současného života seniorů**

Spokojenost s prostředím domova (otázky č. 1., 2., 3., 6., 7.)

Z rozhovorů vyplynulo, že bydlení v domově hodnotí respondenti velmi dobře. Všem se líbí celkové prostředí domova. Se zahradou je spokojeno 8 respondentů a pouze jeden vyjádřil nelibost: „*Dohromady tam nic není.*“ S ubytováním je bez výhrad spokojeno sedm respondentů a připomínky měli pouze dva respondenti: „*Akorát pokoj je menší.*“, „*Mohl být širší.*“

Se stravou jsou jednoznačně spokojeni, všichni respondenti ji vyhodnotili výborně, je chutná a pestrá. Vyhovuje jim výběr jídla ze dvou možností. Každý respondent hodnotí vydatnost stravy slovy: „*Dost*“, „*Hodně*“. V domově se cítí všichni bezpečně, se svým soukromím jsou také spokojeni, nikdo jim je nenarušuje.

Tuto kategorii můžeme podle odpovědí respondentů shrnout tak, že jsou v podstatě všichni spokojeni s prostředím domova, kde se cítí bezpečně a kde našli zázemí a mají dostatečné soukromí. Je obecně známo, že bydlení má velký vliv na kvalitu života každého člověka. Charitní domov působí příjemně, je bezbariérový, na chodbách a WC jsou namontovaná madla. Přes noc svítí na chodbách světla, která také slouží jako prevence proti úrazům a poskytují bezpečí. Strava také vyhovuje požadavkům uživatelů. Dva respondenti měli poznámku, že pokoje by mohly být větší, to se už však řešit nedá, ale dotazovaní respondenti jsou s tím již smířeni a přizpůsobili se podmínkám.

Spokojenost s poskytovanou péčí a službou (otázky 4., 13.)

Všichni dotazovaní vyhodnotili poskytovanou péči velmi kladně, jsou spokojeni: „*Péče je výborná, na dobré úrovni, tady se starají vzorně, sestřičky jsou starostlivé.*“

Charitní domov zajišťuje pro uživatele různé služby a nabízí jim je; například kadeřnici, pedikúru (klasickou i léčebnou) a individuální dopravu automobilem. Třikrát v týdnu navštěvuje zařízení rehabilitační sestra, která vede skupinové rehabilitační cvičení, a kdo má zájem, cvičí s ním individuálně. S poskytovanými službami jsou respondenti spokojeni.

Jen jeden respondent nabízené služby nevyužívá. Ostatní uživatelé služby kadeřnice, pedikúry a rehabilitačního cvičení využívají.

Cílem výše uvedené kategorie bylo zjistit spokojenost s péčí a nabízenými službami a jejich využitelnost. Oslovení respondenti vyjádřili v této kategorii svoji spokojenost, nikdo neměl žádné výhrady. Každý uživatel má možnost si vybrat službu, kterou právě potřebuje a kdykoli může využít automobilovou dopravu. Charitní domov je ochoten vyjít vstříc přání uživatele. Při péči zaměstnanci usilují o respektování individuality a osobních potřeb uživatelů a snaží se jim být oporou.

Dle našich závěrů je v domově poskytována kvalitní péče, která odpovídá požadavkům a přáním respondentů.

Mezilidské vztahy (otázky 5., 8., 12.)

V souvislosti s personálem domova většina respondentů odpověděla. „*Jsem spokojen/á*“, někteří však měli výhrady. Většina dotazovaných odpověděla jednoznačně kladně, podle nich je personál snaživý a vstřícný: „*Jsou ochotné mému přání vyhovět.*“ Tři z respondentů uvádí určité nedostatky: „*Ale některé jsou protivnější...*“, „*...ublížila mi a ani se neomluvila.*“, „*Nemám rád honem-honem.*“

V případě osobních problémů by se 6 respondentů obrátilo na své děti anebo na rodinného příslušníka, např. na neteř. Respondenti udržují s rodinou blízký a osobní kontakt, rodina je často navštěvuje a bere si je domů na návštěvy. Dva bezdětní respondenti by při vzniklých problémech vyhledali vedoucí zařízení, stejně se vyjádřila i respondentka, která nemá se svými dcerami žádný vztah.

Vztahy mezi uživateli jsou velmi dobré. Někteří si mezi sebou vytvořili kamarádské vztahy, vzájemně se navštěvují, komentují to následovně: „*Přijdou za mnou i na besedu.*“ Někteří projevují i zájem o druhé uživatele, například jedna respondentka, která chtěla být užitečná celý život a usilovala o to pomáhat jiným, a proto si dala za úkol, že bude navštěvovat jednu uživatelku, která je opoutaná na lůžko.

V konečném hodnocení této kategorie můžeme konstatovat, že vzájemné vztahy mezi uživateli jsou velmi dobré, celková atmosféra je vyhovující. Někteří respondenti mají k některým zaměstnancům výhrady. Řešením je naučit se jednat asertivně. Asertivní jednání je komunikační dovednost zdůrazňující aspekt sebedůvěry a nenásilné

sebeprosazení. Jakým způsobem komunikuje pečující s uživatelem, má vliv na to, jak uživatelé péče hodnotí výslednou kvalitu péče.

Jeden respondent vyjádřil nespokojenost s personálem takto: „*Nemám rád honem-honem.*“ Faktem však zůstává, že pracovníci pomáhajících profesí mohou rychle podlehnout syndromu vyhoření. Proto Charitní domov dbá na prevenci zaměstnanců formou vzdělávání a pravidelných supervizí. Smyslem supervize je rozvíjet profesní dovednosti, posilovat vztahy v pracovním týmu a nacházet řešení problematických situací, zároveň má funkci vzdělávací a podporující. Supervize zvyšuje účinnost práce a kvalitu práce.

Seberealizace - volný čas, duchovní život (otázky 10., 11.)

Volnočasové aktivity hodnotí respondenti velmi kladně. Vyjadřují se v tom smyslu, že jejich nabídka a pestrost jsou uspokojivé: „*Jsem spokojená s nabídkou.*“ Ti, kteří mají o tyto aktivity zájem, se dle odpovědí zúčastňují všech aktivit. Aktivity tak dávají možnost naplňovat potřeby užitečnosti a sociálního kontaktu. Ostatní si mohou vybrat to, co je zajímavé: „*Účastním se programu, když vystupují děti a když je tady pan s harmonikou.*“ V domově jsou zařízení tak, aby uživatelé mohli se svými volnočasovými aktivitami disponovat sami, jejich přání jsou respektována. Jedna respondentka se k této věci vyjadřuje takto: „*Já si to zajistím sama.*“ Když někdo potřebuje individuální přístup, pracovnice je ochotna mu vyhovět. Uživatelé jsou podporováni při pěstování svých zájmů, například, kdo potřebuje noviny, osmisměrky, materiály k ruční práci, domov je zajistí.

Religiozity uživatelů si zařízení váží, zajišťuje jim svatou mši každý týden, někdy i dvakrát. Každý pátek navštěvuje domov pastorační asistent a vysluhuje svátost.

Všichni dotázaní respondenti jsou v této oblasti spokojeni, vyhovují jim volnočasové nabídky a též jim vyhovuje možnost praktikovat jejich víru.

Priority současného života seniorů (otázky 9., 14.)

Na dotaz, co je v jejich současném životě důležité, všichni zdůraznili zdraví: „*Mít zdraví, když je zdraví, tak je všechno.*“ Každý respondent vnímá svůj zdravotní stav jako stav odpovídající věku či zdravotním problémům. Žádný se nevyjádřil v tom smyslu, že by jeho zdravotní stav byl tak špatný, že by ho už život nebavil. Dva částečně imobilní respondenti uváděli svá přání: „*Rád bych chodil.*“, jeden z nich je motivován a rehabilituje s rehabilitační sestrou, druhý už nevidí perspektivu, neboť mu lékař sdělil: „*Je to nemožné.*“ Podstatným aspektem je u dvou respondentů soběstačnost: „*Nechci být na*

obtíž. „Snaží se udržovat svůj dosavadní zdravotní stav, každý den chodí na procházky a cvičí. Jsou toho názoru, že je lepší raději zemřít, než být opoután na lůžko a být závislý na jiné osobě: „*Modlím se za milosrdnou smrt.*“

Jedna respondentka vyjádřila v odpovědi i své trápení nad tím, že její dcery neprojevují zájem o její osobu: „*Chtěla bych srovnat můj vztah s dcerami.*“

I když jsou všichni s domovem „*maximálně*“ spokojeni, nic nechtějí změnit, uvádějí: „*Tady se mi líbí, není co zlepšit.*“ Třem z respondentů schází stálá lékařská služba přímo v domově, komentují to slovy: „*Kdyby aspoň občas sem přijel.*“ V současné době dojíždí ošetřující lékař do charitního domova tehdy, když se některý uživatel dostane do akutního stavu a je imobilní. V případě potřeby není problém zajistit odvoz uživatelů k ošetřujícímu lékaři a k jakémukoliv odbornému lékaři, je zajištěn i doprovod.

K otázkám, kterými zkoumáme spokojenost seniorů, jsme zařadili i otázky, které hledají odpověď na to, co by chtěli respondenti změnit v domově, co jim chybí a co je pro ně v současném životě důležité. Podstatou tohoto dotazování je zjistit fakta, která jsou podstatná a prioritní v současném životě respondentů. Je potřeba se nejen ptát, jak jsou respondenti spokojeni či nikoliv, ale také, co jim schází a čemu dávají přednost. Předpokládáme, že poznání toho, co je pro uživatele důležité, může být pro domov směrodatné. Například v čem je potřeba zlepšovat a zkvalitňovat poskytovanou službu a v čem je možno být uživateli oporou.

Dle odpovědí respondentů je zřejmé, že je pro ně prioritní zdraví, pohyb a soběstačnost. Co je v mládí samozřejmostí, je ve stáří nezaplacitelným pokladem. Z toho i vyplývá, že respondentům v domově schází pouze stálá lékařská služba. Vedoucí domova už v tomto směru oslovila více lékařů, ale nikdo z nich o to neměl zájem, není to pro ně finančně zajímavé.

Zařízení chce pomoci respondentce, jejímž přáním je upravit vztahy se svými dcerami. Například minulý rok jim s pomocí sociálního pracovníka napsala na Vánoce přání, ale na to dcery nereagovaly. Respondentka bude mít v květnu 90 let, vedoucí zařízení jí plánuje uspořádat malou oslavu, chtěla by pozvat i respondentčiny příbuzné, a tím vytvořit příležitost k rodinnému setkání.

Dílčí závěr

Na začátku výzkumu jsme formulovali hlavní výzkumné otázky: *„Jak vnímají senioři kvalitu rezidenční péče v daném zařízení?, V jaké míře jsou senioři spokojeni s poskytovanou službou?.* Na tyto otázky jsme se pokusili nalézt odpovědi pátracími a navazujícími otázkami.

Na základě zjištěných dat z výsledků rozhovorů, můžeme konstatovat, že respondenti jsou spokojeni s poskytovanou službou v daném zařízení. Když kvalita života člověka bývá chápána jako spokojenost, dovolujeme si tvrdit, že kvalitu rezidenční péče účastníci výzkumu vnímají kladně.

Dotazováni byli ti, kteří nejsou upoutáni na lůžko nebo netrpí závažnější psychickou poruchou a ke kvalitě života jsou schopni se sami vyjádřit na základě vlastního úsudku. Z kvalitativního výzkumu na základě rozhovorů, ale i z literárních zdrojů vyplývá, že na kvalitě života se podílí celá řada faktorů, jako jsou zejména prostředí, osobní vztahy, dosavadní průběh života a v neposlední řadě, má velký vliv na kvalitu života zdraví. Kvalita života je mnohostranný pojem, který každý jednotlivec vnímá individuálně.

Obecně lze shrnout, že respondenti jsou v daném Charitním domově s kvalitou poskytované péče spokojeni. Spokojenost vyjádřili slovy: *„Nikdy jsem se neměla tak dobře jako tady.“* *„Jsem maximálně spokojená.“*

ZÁVĚR

Cílem naší bakalářské práce na téma „**Možnosti zkvalitnění života seniorů v domovech pro seniory**“ bylo zmapovat spokojenost uživatelů s kvalitou poskytovaných služeb. V teoretické části jsme se zabývali charakteristikou stárnutí a stáří, lidskými potřebami, zjištěním individuálních potřeb seniorů. Dále také historickým přehledem vývoje organizované péče o seniory, vznikem institucionalizované péče a v neposlední řadě kvalitou života ve stáří. Vymezuje pojem kvalita a hledáme faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů.

V empirické části jsme hledali odpovědi na výzkumné otázky: „**Jak vnímají senioři kvalitu rezidenční péče v daném zařízení?**“ a „**V jaké míře jsou senioři spokojeni s poskytovanou službou?**“ Výzkumné otázky chtěly odhalit, zda jsou senioři se současnou kvalitou života v daném domově pro seniory spokojeni. Pro analýzu získaných dat byly odpovědi seřazeny do pěti kategorií. Určili jsme tyto oblasti: **spokojenost s prostředím domova, spokojenost s poskytovanou péčí a službou, mezilidské vztahy, seberealizace - volný čas, duchovní život a priority současného života seniorů**. Oblasti byly vytvořeny z hlediska potřeb člověka, respektive seniora. Na seniora je nutné pohlížet jako na celistvou bytost. V celkové péči o starého člověka nestačí uspokojovat jen fyziologické potřeby, ale také je třeba dbát na uspokojení vyšších potřeb. Ani sociální pedagogika se nezajímá pouze o naplnění fyziologických potřeb, ale zaměřuje se hlavně na vyšší hodnoty, které jsou v lidském životě stejně důležité jako materiální zabezpečení.

Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo devět respondentů, kteří nejsou upoutáni na lůžko nebo netrpí závažnější psychickou poruchou a ke kvalitě života jsou schopni se sami na základě vlastního úsudku vyjádřit. Jsme si vědomi toho, že výsledky výzkumu a informace získané od komunikačních partnerů nemůžeme zobecňovat na všechny seniory. Zkoumané oblasti spokojenosti jsou totiž výrazně ovlivňovány celkovým vlastním hodnocením životní situace jedinců.

Na základě zjištěných dat z výsledků rozhovorů můžeme konstatovat, že respondenti jsou s poskytovanou službou v daném zařízení spokojeni. Kvalita života člověka bývá chápána jako spokojenost, podle toho si dovoluujeme tvrdit, že kvalitu rezidenční péče vnímají účastníci výzkumu kladně. Podle jejich výpovědí jsme mohli poznat, jak důležité jsou pro ně zdraví a soběstačnost, osobní vztahy, bezpečí i to, že se mají na koho spolehnout,

obrátit, když je to potřeba. Dotazovaní jsou spokojeni v takové míře, že v podstatě nic nenavrhli ke zlepšení. Jen několika respondentům schází přímá lékařská péče v domově.

Navzdory tomu, že všichni respondenti jsou spokojeni a že na zadané otázky odpověděli téměř vždycky kladně, během rozhovorů někteří respondenti sdělovali, že se museli smířit s faktem, že životní situace je přinutila změnit na sklonku života své prostředí.

Provedený výzkum o zjišťování spokojenosti uživatelů může být napomocen objasnit, jak senioři poskytovanou službu vnímají. Spokojenost s institucionální péčí může přispět k hodnocení kvality poskytovaných služeb. Spokojenost uživatelů může být také důležitou prevencí pro nevhodné zacházení s klienty ze strany personálu.

Poznatky získané z výzkumu mohou být též obohacím pro sociální pedagogiku. Získaná data může sociální pedagogika uplatnit při hledání nových přístupů k seniorům a při hledání možností zkvalitňování života uživatele v domovech pro seniory. Sociální pedagogika naopak učí hledat a zvolit metody práce reflektující specifika stáří tak, aby sociální pomoc byla pro seniora efektivní, citlivá, byla jím vnímána pozitivně a současně zohledňovala jeho zájmy a práva.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČÁMSKÝ, Pavel, Dagmar, KRUTILOVÁ, Jan, SEMBDNER a Pavel, SLADKÝ, 2008. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb. JPD 3-CZ.04.3.07/2.1.00.1/0003.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk, KALVACH a Libuše, ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GRÜN, Anselm, 2009. *Umění stárnout*. Přeložil Vojtěch ČERNÝ. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-316-6.
- GRÜN, Anselm, 2010. *Život je teď: umění stárnout*. Přeložil Vladimír PETKEVIČ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-749-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vydání druhé, podstatně přepracované a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování. Praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3849-9.
- HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HOLASOVÁ MALÍK, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4315-8.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar, DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar, DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4139-0.
- KALVACH, Zdeněk a Alice, ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdenek, Zdeněk, ZADÁK, Roman, JIRÁK, Helena, ZAVÁZALOVÁ, Petr, SUCHARDA a kolektiv, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena, DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-40-247-2169-9.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva, RÁŽOVÁ, 2008. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-462-0

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav, KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-43-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál. ISBN 973-80-7367-726-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3604-4.

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

MATOUŠ, Miloš, Miluše, MATOUŠOVÁ, Zdeněk, KALVACH a Jiří, RADVANSKÝ, 2002. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0331-9.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla, KODYMOVÁ, Jana KOLÁČKOVÁ, (eds.), 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel a Miroslav, BARGEL, 2011. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: IMS. ISBN 978-80-87182-21-5.

MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. Brno: MU. ISBN 978-80-210-5029-7

MÜHLPACHR, Pavel, 2005. *Schola Gerontologica*. Brno: MU. ISBN 80-210-3838-1

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, Václav a Helena, HEŘMANOVÁ, 1981. *Gerontologie*. Praha: Avicenum. ISBN 08-044-81.

PACOVSKÝ, Václav, 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.

RABUŠIC, Ladislav, 1995. *Česká společnost stárne*. Masaryková univerzita v Brně. ISBN 80-210-1155-6.

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

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel, MÜLPACHR, 2005. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 987-80-247-2170-5.

VOHRALÍKOVÁ, Lenka a Ladislav, RABUŠIC, 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV. ISBN 80-239-4218-2

WEHNER, Lore a Ylva, SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Přeložil František NOVÁK. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-40-247-4423-0.

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kolektiv, 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

Nesamostatná část knihy (např. kapitola)

Kolektiv autorů, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 51-70. Kapitola V. BICKOVÁ, Lucia a Dana, HRDINOVÁ. Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním. ISBN 978-80-904668-1-4.

Webové sídlo

Öregedés, öregség. [online]. [cit. 2013-11-05]. Dostupné z:

http://www.informed.hu/betegsegek/betegsegek_reszletesen/geriatrics/oregedes-oregseg-26462.html

Az öregedés 2. A fizikai aktivitás és a szellemi képességek változása. [online]. [cit. 2013-11-05]. Dostupné z:

http://www.informed.hu/betegsegek/betegsegek_reszletesen/geriatrics/oregedes-oregseg-26462.html

Analýza: demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. [online]. [cit. 2013-11-17].

Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824&

MPSV. *Příprava na stárnutí: Příprava na stárnutí v České republice.* [online]. [cit. 2013-

11-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

Obr. 1. [online]. [cit. 2013-11-17]. Dostupné z:

http://www.demografie.info/user/img/article/120326_kamca_graf4_1332749437.jpg

Obr. 2. [online]. [cit. 2013-11-17]. Dostupné z:

http://www.demografie.info/user/img/article/120326_kamca_graf2_1332749402.jpg

Obr. 3. [online]. [cit. 2013-11-17]. Dostupné z:

http://www.demografie.info/user/img/article/120326_kamca_graf3_1332749413.jpg

Příspěvek do webového sídla (např. příspěvek v online sborníku)

SZABÓ, Istvánné. Az időskorúak szociális gondozása. In: *Az időskorúak társadalmi helyzete és ellátása. A szociális alapszolgáltatások.* [online]. Magyar Máltai Szeretetszolgálat Jelzőrendszeres Házigondozás Országos Módszertani Központ 2005 [cit. 2014-03-08].

Dostupné z: http://www.maltai.hu/data/nodes/364/file/alapellatas_szovegyujtemeny.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OSN	Organizace spojených národů.
ČSÚ	Český statistický úřad.
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných.
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí.
SQ	Standardy kvality.
WHO	Světová zdravotnická organizace.
IP	Individuální plánování.
Sb.	Sbírka.
WHOQOL	Dotazník kvality života.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Vývoj naděje dožití při narození mezi lety 2009 až 2065 v ČR	
Demografické stárnutí (zdroj ČSÚ).....	16
Obr. 2. Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky	
v letech 2010 a 2065 (zdroj ČSÚ).....	17
Obr 3. Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 65 a více let) ve vybraných	
letech, reálný a projektovaný stav (v %) (zdroj ČSÚ).....	17
Obr. 4. Maslowová hierarchie potřeb (zdroj:Hauke,2011, s. 46).....	24

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Vývoj složení obyvatelstva ČR podle hlavních věkových skupin mezi lety 2000 - 2065, vybrané roky (v%) (zdroj: ČSÚ).....	16
Tab. 2. Změny ve stáří (podle Venglářová, 2007, s. 12).....	20
Tab. 3. Změny a ztráty u seniorů (podle Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 69).....	26

SEZNAM PŘÍLOH

P I Obsah standardů kvality sociálních služeb, dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.

PŘÍLOHA P I: OBSAH STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

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