

Kvalita života seniorů ve vybraných zařízeních ve Zlínském kraji

Bc. Klára Novotná

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Klára Novotná**
Osobní číslo: **H170063**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života seniorů ve vybraných zařízeních ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti kvality života seniorů, problematiky seniorského věku a potřeb seniorů ve vybraných zařízeních ve Zlínském kraji.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace výzkumu kvantitativní metodou formou standardizovaného dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BARRETT, Patrick, Beatrice HALE a Mary BUTLER. Family care and social capital: transitions in informal care. New York: Springer, 2014. 165 s. ISBN 9789400768727.
DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
SUCHOMELOVÁ Věra. Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě. Praha: Návrat domů, 2016. 303 s. ISBN 978-80-7255-361-7.
TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Univerzita Karlova, 2017. 254 s. ISBN 978-80-246-3612-2.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd
Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**
Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2018**

Ve Zlině dne 1. prosince 2017


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 6.3.2018

.....
Morodna'

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:

²⁾ Vysoká škola nevyjádřila své rozhodnutí o obhajobě diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kteréžto proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

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

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

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

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

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů ve vybraných zařízeních Zlínského kraje. V teoretické části jsou popsány základní informace o stáří, vymezení pojmu stáří a stárnutí, změny ve stáří, kvalita života seniorů, koncept zdravého stárnutí a poslední kapitola je zaměřena na umírání a smrt.

Cílem praktické části diplomové práce je zjistit kvalitu života seniorů v domově pro seniory a v domě s pečovatelskou službou, a ty pak zhodnotit a porovnat. Zjišťování proběhlo kvalitativním výzkumem pomocí standardizovaného dotazníku kvality s názvem SQUALA.

Klíčová slova: SQUALA, sociální služby, domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the quality of seniors' life in selected establishments of the Zlín Region. The theoretical part describes basic information about age, definition of age and aging, changes in old age, quality of seniors' life, concept of healthy aging and the last chapter is focused on dying and death.

The aim of the practical part of the diploma thesis is to evaluate the quality of life of seniors in the home for the elderly and in the house with caregiver service and then to evaluate and compare this quality of life. Qualitative research using a standardized quality questionnaire called SQUALA.

Keywords: SQUALA, social services, home for seniors, nursing home

Ráda bych poděkovala mému příteli, rodině a přátelům za podporu po celou dobu studia. Dále děkuji všem participantům za snahu, upřímnost a ochotu spolupracovat při realizaci výzkumného šetření.

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

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN	11
1.1 VYMEZENÍ POJMU STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
1.2 KDO JE SENIOR	14
1.3 OBORY ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU SENIORSKÉHO VĚKU	15
1.4 ZMĚNY VE STÁŘÍ	16
1.4.1 Fyzické změny	17
1.4.2 Psychické změny	19
1.4.3 Socioekonomické změny	19
1.5 KONCEPT ZDRAVÉHO STÁRNUTÍ	20
1.6 UMÍRÁNÍ A SMRT	21
2 KVALITA ŽIVOTA	25
2.1 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	27
2.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	30
2.3 AKTIVNÍ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	32
3 PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICĚ	35
3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	36
3.2 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI	43
4.1 TECHNIKA SBĚRU DAT VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	43
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	44
4.3 HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA	44
4.4 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
4.5 HYPOTÉZY.....	44
4.6 DRUH VÝZKUMU	45
4.7 VÝZKUMNÝ SOUBOR	45
4.8 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	46
4.9 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	46
4.10 ZÁVĚRY VÝZKUMU.....	67
ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	75
SEZNAM TABULEK	76
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Problematika týkající se stárnutí se v dnešní společnosti postupem času vyskytuje čím dál častěji. Různé statistické výzkumy ukazují, že společnost stárne a rodí se méně dětí. Dle Českého statistického úřadu skupina lidí nad 65 let od roku 2007 početně převyšuje skupinu lidí do 15 let věku a index stáří v budoucnu dále poroste. Dnes pobytové sociální služby pro seniory z kapacitních důvodů nepřibírají nové uživatele. Pořadníky žadatelů, kteří čekají na přijetí do těchto služeb, jsou dlouhé.

Téma “kvalita života seniorů“ jsem si vybrala proto, že mě zajímá a má pro mě i osobní charakter. Nejen při mé práci, ale i ve svém okolí se s ním setkávám čím dál častěji. Lidé mají pocit, že když umístí např. člena rodiny do domova pro seniory, dávají mu tím najevo, že je nechtěný, odložený a má v sociálním zařízení dožít svůj život. Naopak. Tato zařízení jsou dle mého názoru přizpůsobena potřebám našich maminek, tatínků, či babiček a dědečků, a dávají jim tak možnost žít svůj život v rámci jejich momentálních sil, aniž by se cítili jakýmkoliv způsobem méněcenní nebo sami. Což je, myslím si, to nejcennější, co jim můžeme umožnit.

Prostřednictvím této diplomové práce bych Vám ráda zprostředkovala pocity jich samotných. Pocity lidí, o které v této práci jde obzvlášť. Pocity seniorů.

Cílem mé diplomové práce je zjistit kvalitu života v domech s pečovatelskou službou a v domovech pro seniory, a dále bych chtěla tyto úrovně v daných službách porovnat.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a obsahuje tři velké kapitoly, kterým náleží jednotlivé podkapitoly. První se nazývá „stáří jako společenský fenomén“, a zabývá se problematikou stáří: popisuje seniora, či obory, které se zabývají stárnutím a stářím, nemoci ve stáří, a také zmiňuje změny ve stáří, a to fyzické, psychické, sociální a ekonomické. Dále se věnuji tomu, co dělat pro zdravé stárnutí, a v poslední podkapitole je popsána fáze umírání, protože i tohle téma ke stáří náleží. V další kapitole teoretické části se věnuji úrovni kvality života seniorů a popisují také standardy kvality, které jsou pro sociální služby velmi důležité a závazné. Poslední kapitolou je péče o seniory v České republice, kde popisují, jaká péče byla v dávných dobách seniorům poskytována a srovnávám péči o seniory dnes a tenkrát. Dále se pokusím vysvětlit záležitosti týkající se zdravotní a sociální péče o seniory.

Druhou částí mé diplomové práce je část praktická, kde provádím výzkum kvantitativní metodou pomocí standardizovaného dotazníku SQUALA, jenž je určen zejména pro výzkum kvality života. Ve výzkumu se zaměřuji na seniory žijící v pobytových zařízeních sociálních služeb. Dotazník byl rozdán ve stejném poměru seniorům žijícím v domovech pro seniory a seniorům, kteří žijí v domech s pečovatelskou službou. Na konci tohoto výzkumu pak porovnávám kvalitu života lidí žijících v těchto dvou na první pohled stejných, ale přesto v mnohém odlišných zařízeních.

.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN

Věk je identifikovatelná, ale poněkud nehmotná vlastnost jednotlivců. Je těžké najít studii, která nezahrnuje věk, zejména jako prostředek pro klasifikaci lidí do skupin. Věk je často spojen s různými zkušenostmi (moudrost, emoční regulace nebo duševní zdraví) a stává se ochranným faktorem nějakého typu (nahromaděné zkušenosti mohou přinést širší zkušenosti strategií zvládnání různých situací). Nicméně stáří je posuzováno jako pokles nebo riziko v různých oblastech (kognitivní a fyzické zdraví) (Bengston, Settersten, 2016, s. 9-10).

Stáří a stárnutí je určitý biologický proces, který se vyznačuje tím, že je dlouhodobě nekódovaný, nevratný, neopakovatelný, jeho povaha je různá a zanechává neměnné stopy. Stáří podléhá formativním vlivům prostředí (Dvořáčková, 2012, s. 9).

Stárnutí je individuální proces mnoha vnitřních a vnějších faktorů a projevuje se v průběhu času různými změnami. V nejširším slova smyslu můžeme říci, že proces stárnutí doprovází jedince od narození a pokračuje dospíváním nezadržitelně až k samotné smrti (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 109).

Pro mnoho lidí je však stáří jedním z nejkrásnějších a nejklidnějších životních období v životě, protože mají možnost k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Člověk, který je schopen využívat každého volného dne, dokáže i zdravě a pohodově stárnout. Proto se někdy hovoří i o umění stárnout. Je to záležitost, která se týká každého z nás (Malíková, 2011, s. 14).

Každý z nás stárne. Toto tvrzení je společensky známé a uznávané. Někteří lidé sdělují, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou jistotou, kterou v životě máme. Přesto o svém vlastním stárnutí a stáří neuvažujeme, nezamýšlíme se nad tímto problémem až do doby, kdy se nás začne týkat, ať už konkrétně nás nebo naší blízké osoby (Haškovcová, 2010, s. 16–17).

1.1 Vymezení pojmu stárnutí a stáří

Pod pojmem stárnutí a stáří se rozumí změny ve struktuře a funkci organismu. Jednoznačné vymezení pojmu stáří není snadné. V odborné literatuře můžeme najít spoustu definicí pohlízejících na stáří z různých hledisek a projevů. Úpadek tělesných funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti jedince, neboť většina orgánových soustav vykazuje po třicátém věku každoroční úbytek přibližně o 1 procento (Dvořáčková, 2012, s. 9).

V krátkém přehledu uvedeme několik definic stárnutí:

Podle Tomeše (2005) je stárnutí populace přirozený, cyklický a konečný proces. Ve vyspělých zemích probíhá déle, než dvě století (Malíková, 2011, s. 15).

Langmeier a Krejčířová (2006) popisují stárnutí jako soubor změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonností jedince, které vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti (Malíková, 2011, s. 15).

Pacovský (1990) chápe stárnutí jako cestu do stáří a členění stárnutí na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí vystihuje normální součást života a zákonitou epochu ontogeneze. Jako příklad patologického stárnutí představuje stárnutí předčasné a takové, kdy je kalendářní rok vyšší, než věk funkční (Malíková, 2011, s. 15).

Dále si uvedeme přehled definic stáří:

Stáří je zákonitým dovršujícím procesem vývoje člověka (Malíková, 2011, s. 15).

Podle Mühlpachra (2004) „Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.“ Ta se se zvyšujícím věkem výrazně snižuje, a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně (Malíková, 2011, s. 15).

(Malíková, 2011, s. 15) ve své knize charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství a mládí, a zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřejmé a viditelné jsou až v pozdějším věku.

Dvořáčková (2012) uvádí, že stáří se pokládá za období, kdy dochází k výrazné změně dosavadního způsobu života. Produktivní člověk přechází pozvolna do období stárnutí a stáří. Tento přechod si mnohdy člověk uvědomí, když přijde období tzv. prázdného hnízda – osamostatnění se dospělých dětí, které si zakládají vlastní rodiny a vlastní domácnosti. Dalším velkým ukazatelem je odchod ze zaměstnání a nástup do penze, kde postupně dochází úbytku sil člověka, zpomalování životního tempa a taky ke zhoršení zdravotního stavu. V neposlední řadě je tohle vše spojeno se špatnou ekonomickou situací. Další závažnou změnou v životě seniora může být úmrtí partnera, vrstevníků, kamarádů, rodinných příslušníků. Taky dochází k pocitu zbytečnosti, což může vést k vážným

psychologickým problémům. Nejvíce jsou u seniorů ohroženy sociální kontakty, v případě zanedbání těchto kontaktů může vést k sociální izolaci (Dvořáčková, 2012, s. 10–11).

Za vnitřní příčiny ovlivňující stáří jsou považovány genetické předpoklady, poruchy metabolismu a porucha interakce mezi jednotlivými články regulačního systému. A do vnějších příčin je řazen vliv prostředí, životní styl jedince, zdravotní péče, ekonomické podmínky a celková životní úroveň.

Stárnutí rozlišujeme na fyziologické, které je přirozenou součástí lidského života, a stárnutí patologické. Fyziologické stáří je stárnutí, kdy věk kalendářní odpovídá věku biologickému. Patologické stárnutí je stav, kdy je kalendářní věk v rozporu s biologickým. K tomuto stavu jedince dojde při dlouhodobém přetěžování organismu (Kroutilová Nováková, 2011, s. 109–110).

Malíková ve své knize popisuje věkové kategorie, které jsou rozčleněny podle světové zdravotnické organizace (WHO), která vystupuje z patnáctiletých věkových cyklů, a podle nich se charakterizuje následující rozdělení:

- 30–44 let** dospělost
- 45–59 let** střední věk (zralý věk)
- 60–74 let** senescence (počínající, časné stáří)
- 75–89 let** kmetství (senium neboli vlastní stáří)
- 90 let a více** patriarchum (dlouhověkost) (Malíková, 2011, s. 14).

V současné době je velmi rozšířené členění stáří podle Mühlpachra:

- 65–74 let** mladí senioři (objevuje se zde problematika penzionování, volného času a aktivit)
- 75–84 let** staří senioři (problematika funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více** velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení) (Mühlpachr, 2004, s. 39).

Z praktických důvodů je používán kalendářní věk, který se vyznačuje od data narození a je od něj odvozen. Ovšem nevypovídá o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka. Velmi důležitý je věk funkční, který se nemusí shodovat s kalendářním věkem. Stárnutí a stáří je individuální z hlediska času, projevů fyzických a psychických změn. Každý člověk stárne individuálně, někdo rychleji někdo podstatně pomaleji (Dvořáčková, 2012, s. 11).

Projevy stáří:

Důvěřivé stáří – v seniorském věku stoupá autorita před institucemi a úředníky a díky tomu roste poslušnost vůči oficiální autoritě. Toto stáří má slepé důvěry příliš moc, proto je snadným terčem pro podvodníky. Důvěřivý senior se nechá lehce oklamat uniformou, titulem, slušně vypadajícím jedincem, nepravými obchodními zástupci. Tato chyba seniorů by neměla být vyčítána, ale měli bychom je spíše povzbudit, aby se z takové události spíše poučili a mohl se jí v budoucnu vyvarovat.

Podivínské stáří – takový senior přivádí své okolí spíše k zoufalství tím, že sbírá neúčelné a nepotřebné věci a odmítá se jich vzdát. Tito senioři se projevují spořivostí až lakotou, podezřívavostí, lpěním na určitých věcech. Dotyčný nenaslouchá svému okolí a chová se stále po svém.

Bláznivé stáří – souvisí úzce s podivínským stářím. I pro odborníky je těžké rozpoznat, zda osoba už ztratila kontakt s realitou a žije si ve svém světě nebo hovoří o tom, co opravdu zažila nebo co se odehrává v její mysli. Psychotické příznaky mohou propuknout až ve stáří.

Nesnášenlivé stáří – u seniorů se objevuje pocit nesnášenlivosti. Tato nesnášenlivost může vyústit až v afektivní kriminální agresi. Senior, který nikdy neměl prohřešky proti zákonu, který se stane pachatelem na první pohled nerozumného útoku, trpí obvykle stařeckou nesnášenlivostí.

Odbřžděné stáří – je to tzv. deliberace sexuálního pudu ve stáří, je v literatuře popisována jako spíše okrajový, ale vyskytující se jev.

Osamělé stáří – je třeba věnovat pozornost. Osamělí senioři jsou z hlediska viktimizace rizikovější skupinou, právě tito senioři se můžou snadno stát obětí vloupání. Tohle může v seniorech zanechat hluboké rány (Mühlpachr, 2017, s. 33-35).

1.2 Kdo je senior

Charakterizovat seniora není zas až tak jednoduché. Dnešní senioři chápou tuto etapu života jako období, které neslouží jen k pouhému dožití.

Ve společnosti se běžně užívají pojmy jako „důchodce“, „senior“, „geront“.

S pojmy „babička“, „dědeček“, „stařenka nebo stařeček“ se často setkáváme v médiích. Tohle označení může snižovat důstojnost člověka.

Haškovcová (2010, s. 21), která výčet výše uvedených termínů sama popisuje, jej doplňuje i o výraz: „přestárlí občané“ a doplňuje jej o velmi výstižný text: „*Přestárlý bývá strom, a každý sadař ví, že je nutné jej pokácet a nahradit novým. Podobný scénář se nabízel v případě přestárlý občan, tedy toho, který tu nemá, co dělat, kdo je zde „navíc“ a překáží těm mladým. Nevhodné označení nepochybně přispělo k celkově negativnímu obrazu stáří, nebo naopak, bylo jeho jednoznačným výrazem*“.

Sýkorová ve své knize popisuje výzkum, který v roce 2003 realizovali Vidovičová a Rabušic, kdy se dotazovali osob ve věku 18–75 let a zjišťovali faktory, které vedou k vnímání člověka jako starého. Níže si uvedeme jednotlivé faktory, které jsou uspořádány sestupně a byly zjištěny z tohoto výzkumu:

- fyzický stav,
- věk,
- ztráta duševní svěžesti,
- ztráta autonomie,
- potíže přizpůsobit se změnám,
- odchod do důchodu,
- potíže s řešením problémů,
- narození vnoučat (in Sýkorová, 2007, s. 48).

Spíše se přikláníme k věkové hranici 65 let z toho důvodu, že Česká republika patří k vyspělým státům světa. Dále proto, že lidé, kteří mají 60 let, stále pracují, zatímco lidé, kteří dosáhnou věku 65 let, již zpravidla nepracují. Zda jedinci pracují či nepracují výrazně ovlivňuje jejich volný čas. Proto je hranice 65 let vhodnější pro označení člověka za seniora (Janiš, Skopalová, 2016, s. 31–35).

1.3 Obory zabývající se problematikou seniorského věku

Problematikou seniorského věku se zabývá věda jménem gerontologie, která je členěna na čtyři části gerontologii experimentální, sociální, klinickou a geriatrii. Další obory, které se vztahují k této oblasti, jsou gerontopsychologie a gerontopedagogika.

Gerontologie – jedná se o vědu, která se zabývá stárnutím a stářím, jenž nemá za cíl se zabývat jen degenerativními onemocněními ve stáří, ale i základními mechanismy stárnutí, které reaguje na funkční zdatnost jedince. Weber (2000, s. 11) poukazuje na to, že mezi procesy normálního stárnutí a chorobnými pochody jsou výrazné rozdíly. Jsou zde

rizika, která vznikají jako důsledek fyziologického pochodu ve stáří (krevní tlak, obezita, glykemie). Nová gerontologie se pokouší o prodloužení aktivního života a udržení funkčních kapacit po celý život jedince.

Dle Haškovcové (2006, s. 9) si popíšeme jednotlivé obory:

Gerontologie experimentální – zkoumá mechanismus biologického procesu stárnutí buněk, orgánů a tkání a organismů a také se zabývá procesy biologického a psychologického stárnutí člověka.

Gerontologie sociální – zajímá se o problematiku sociálních dopadů na stárnutí a stáří jedince. Studuje vlivy společenské i sociální, které by mohly působit na proces stárnutí. Dále zjišťuje sociální potřeby stárnoucích lidí. Podílí se na prevenci a na tvorbě programu zdravého stárnutí.

Gerontologie klinická – projednává o zvláštnostech chorob ve stáří a specifických aspektech léčby starých lidí.

Geriatric – jedná se o samostatný klinický medicínský obor, jeho zvláštností je interdisciplinární přístup k diagnostice, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří. Vzhledem k tomu, že přichází stárnutí populace, dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. To znamená, že senioři se vyskytují skoro ve všech lékařských oborech. Cílem geriatric je posilování nezávislosti a zlepšení soběstačnosti starších a nemocných jedinců.

Gerontopsychologie – zabývá se psychickými změnami ve stáří.

Gerontopedagogika – zabezpečuje podporu a pomoc seniorům při plnění a uspokojování jejich životních potřeb (Malíková, 2011, s. 23).

1.4 Změny ve stáří

Stárnutí lze charakterizovat určitými aspekty, které se podílejí na ovlivňování pozitivního či negativního vnímání tohoto období života ve společnosti.

Stáří je proces, který je doprovázen několika obecně pozorovatelnými změnami. Tyto změny jsou nezvratné a postupem času oslabují a omezují funkci organismu.

Procesem stárnutí prochází celý profil člověka. Stárnutí postihuje stránku biologickou, psychickou a sociální. Jedním ze základních znaků stáří jsou změny biologické, jako je držení těla, vzhled kůže a vlasů, pokles hmotnosti a výšky, pohybové potíže.

Jednotlivé změny můžeme tedy rozdělit do tří základních skupin: fyzické, psychické a socioekonomické. Tyto oblasti jsou v životě člověka propojené (Janiš a Skopalová, 2016, s. 41–42).

1.4.1 Fyzické změny

Seniorský věk s sebou přináší zpravidla polymorbiditu, jedná se o nemoc ve stáří, která je definována jako výskyt několika chorob najednou. Zhoršující zdravotní stav se u seniorů odráží v nárůstu fyzicky neaktivních jedinců. Fyzické změny ve stáří zahrnují poruchy kardiovaskulárního systému, kloubů, páteře, problémy se smyslovými receptory atd. Dále se také jedná o změnu vizuální – šedivění vlasů, vrásky, změna pružnosti kůže. Pro někoho mohou být vizuální změny mnohem horší než zhoršení samotného zdravotního stavu, ale vizuálním změnám ve stáří můžeme předejít (barvení vlasů, plastické operace) (Jasniš, Skopalová, 2016, s. 42).

Každý orgán stárne nestejně rychle, zmíníme si rizika, která mohou nastat ve stáří.

Kosterní a svalová soustava – snižuje se funkce meziobratlových chrupavčitých plotýnek, čímž se snižuje tělesná výška. Tělesná hmotnost ve stáří pozvolna klesá, ubývá svalová výkonnost a snižují se motorické dovednosti, a to má za následek zvýšené riziko úrazu.

Imobilita – jedná se o omezenou nebo zkrácenou pohyblivost.

Osteoporóza – označuje se jako úbytek kostní tkáně, kde jsou kosti křehké a lomivé.

Sakropenie – jedná se o úbytek svalové hmoty.

Kardiovaskulární soustava – srdce má snížené výkonnostní maximum, dochází ke snížení tepové frekvence, postupně se ztrácejí svalové buňky, které se nahrazují vazivovým intersticiem. Dochází ke snížení pružnosti cévní stěny a snižuje se průtok krve. Proto je nutné u těchto lidí sledovat tlak krve.

Infarkt myokardu – je jeden z projevů ischemické choroby srdeční (ISCH).

Nervová soustava – všechny funkční změny mají vliv na paměť, pozornost a myšlení. Dochází k úbytku mozkové tkáně, tím klesá hmotnost mozku, dále se zde objevuje srašťování mozkových závitů. Dochází k projevům demence, nejčastěji Alzheimerova typu.

Trávicí soustava – kazivost chrupu může vést až k postupnému vypadávání zubů. Ztráta dentice má za následek typický stařecký vzhled s vpadlými tvářemi a vystouplou bradou. Snižuje se odtok žluči.

Enkopréza – neschopnost udržet stolicí, můžeme nazývat i jako inkontinenci stolice.

Obstipace – jedná se o zácpu.

Vylučovací soustava – klesá hmotnost ledvin, dochází ke snížení průtoku krve ledvinami, močový měchýř ztrácí tonus a ochabuje.

Enuréza – únik moči neboli pomočování nebo inkontinence moči.

Retence moči – zadržování moči, neschopnost se vyprázdnit.

Kožní soustava – dochází k poklesu vody v pokožce a narůstání vrásek kolem očí. Kůže je více suchá, díky snížené produkci mazových žláz. Objevuje se také vypadávání, šedivění vlasů a zpomalení růstu nehtů. Ochlupení v podpaží a v ohanbí řídne, ale v nose a uších je tomu naopak.

Dehydratace – utlumení pocitu žízně nebo úplné chybění.

Dekubity – proleženiny.

Smyslová soustava – ve stáří smysly slábnou a dochází k úbytku počtu receptorů.

Zrak – zhoršuje se akomodace, dochází ke ztrátě zrakové ostrosti a zmenšení zorného pole. Dalším aspektem je posun vnímání barev, pomalejší zpracování zrakových podnětů.

Sluch – nejčastějším typem poruchy sluchového ústrojí je presbyakuzie (takzvaná stařecká nedoslýchavost), sluch slábne již v průběhu dospělosti, ušní boltce se zmenšují, zvukovod se zanáší ušním mazem. Může se objevit i tzv. zvonění v uších neboli tinnitus.

Chuť a čich – snížený čichový práh – hyposmie, atrofie čichových buněk.

Hmat – vyšší práh citlivosti, aby byl zaznamenán dotek, musí dojít k větší stimulaci kůže. Osoby ve stáří jsou odolnější vůči bolesti.

Soustava žláz s vnitřní sekrecí – snížení počtu vylučovacích hormonů má za následek změny v intelektuální činnosti, ztrátu vlasů, ospalost, lámavost nehtů. Snižuje se množství růstového hormonu. U mužů je zaznamenáno snížení testosteronu. U žen taktéž tvorba estrogenu klesá (Kroutilová Nováková, 2011, s. 111–114).

1.4.2 Psychické změny

Typickým projevem v procesu stárnutí je „úbytek“ mozkové tkáně (10–15%). Psychické změny můžeme chápat jako probíhající demontáž osobnosti. Stárnutí je spojeno se změnou osobnosti jedince. U seniorů se začínají projevovat negativní vlastnosti. Psychické změny hromadně se sociálními změnami zhoršují seniorům adaptaci na nové prostředí. Je nutné umět odlišit problematické chování způsobené stárnutím od duševních poruch.

Psychické změny sestupného rázu – pokles elánu, vitality, zhoršení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti sociálního začleňování, sociálních kontaktů.

Psychické změny vzestupného rázu – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti.

Psychické funkce, u kterých nedojde ke změně, jako jsou jazykové znalosti, intelekt nebo slovní zásoba.

Pro období stáří je charakteristický úbytek duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na biologické úrovni. Úbytek přichází pozvolna (Dvořáčková, 2012, s. 12–13).

1.4.3 Socioekonomické změny

Socioekonomické změny jsou nedílnou součástí seniorského věku. Seniori patří do skupiny, kteří jsou ohroženi sociální exkluzí (hrozí vyloučení na okraj společnosti) a také relativní chudobou. Do těchto změn patří například odchod ze zaměstnání a nástup do starobního důchodu. Popisované změny si neuvědomujeme jako změny fyzické. Kvalita života je determinována úrovní fyzických a psychických činností, ale zejména zdravím. V oblasti sociálních změn se musíme vyrovnat se dvěma velkými změnami: odchodem do důchodu, kdy dochází k omezení kontaktu se svými spolupracovníky, a odchodem dětí z domova (pokud děti máme) a seznámení se s novým režimem a náplní dne. Dochází ke změně sociálního statusu. Další velkou změnou je snížení našich finančních příjmů, a to za předpokladu, že se starobní důchod stane našim jediným příjmem. Objevuje se zde i pojem desocializace starších a starých lidí ve velmi pokročilém věku. Jedná se o chorobnou společenskou izolovanost nebo částečnou či úplnou ztrátu sociálních vztahů (Janiš, Skopalová, 2016, s. 49–50).

Zdraví jako determinanta adaptace na stáří

Přechýlení života do jeho konečné etapy představuje pro mnohé velmi náročnou životní situaci, která může vyústit do podoby krize. Může pro jednotlivce způsobovat takový stres, se kterým se jedinec nemůže vyrovnat bez pomoci jiné osoby. Hovoříme tzv. o **tranzistorní krizi**, jedná se o krizi z očekávaných životních změn. Optimálním cílovým stavem je dosažení plné adaptace a její účinky se projevují ve třech základních liniích.

- 1) Psychického vyrovnání – jedinec se vyrovná s reálnými změnami, které stáří obsahuje.
- 2) Adaptace probíhá dále na úrovni sociálních aktivit a vztahů seniora – vyplnění volného času seniora.
- 3) Poslední úrovní adaptace je tělesná stavba a fungování, které vznikají na podkladě chorobných změn a také dosavadním nevhodným životním stylem (Tomeš a Šámalová, 2017, s. 80-81).

1.5 Koncept zdravého stárnutí

Každý by chtěl žít dlouho, ale s podmínkou kvalitního a plného zdraví. Tomuto může pomoci projekt Evropské unie Zdravé stárnutí. Cílovou skupinou tohoto projektu jsou lidé nad 50 let, kteří se mají o své zdraví starat s podporou společnosti tak, aby ještě dlouhá léta mohli žít ve fyzické i psychické pohodě, bez diskriminace se podílet na všech pracovních a společenských aktivitách a mohli žít nezávislý život. Taky zdůrazňuje to, že senioři by neměli být vyháněni z trhu práce, pokud jsou schopni a ochotni nadále pracovat. Tohle je přínosné v mnoha směrech – vytváří nové hodnoty, finančně nezatěžuje napjatý systém, zvyšuje životní úroveň jednotlivců, upevňuje mezigenerační vztahy ve společnosti a posiluje jejich vlastní zdraví.

Samozřejmostí je i to, že senioři, kteří skončili svou pracovní činnost, mohou úspěšně stárnout např. navštěvováním Akademie a Univerzity třetího věku, a tímto se budou snažit oddálit periodu stáří, ve které se objevují různé nemoci a obtíže. Již v minulosti se lidé snažili oddálit stáří různými elixíry mládí a dnes tomu není jinak. Vzhledem k pokročilým znalostem o stárnutí a stáří, nabývají na významu práce programy zdravého stárnutí, kde radí „jak na to“.

Taky stojí za zmínku tzv. antiaging medicína, což je část medicíny bojující proti stárnutí a stáří. Stáří a stárnutí nelze zastavit, můžeme ho pouze oddálit. Medicína jistě pomáhá, ale neměla by být garantem úspěšného stárnutí, a to z toho důvodu, že nemůže zajistit

každému seniorovi štěstí a spokojenost. Odborníci mají negativní názor i na tzv. vítězství reklamy nad lékařskou vědou a varují před nereálnými účinky, které však senioři očekávají.

Jedná

se o reklamu na velké množství podpůrných léků, vitamínů, a potravinových doplňků (Haškovcová, 2012, s. 24–25).

Klevetová (2017, s. 20–22) uvádí ve své knize příběh staré paní a její zdravé stárnutí:

Paní Eva oslavila své 92 narozeniny. Paní Eva žije sama a 3x do měsíce ji přijde navštívit její dcera, občas za jí přijde i její vnuk nebo syn. Paní Eva využívá možnosti pečovatelské služby. Její životní styl se odvíjí od přijetí stávajících podmínek a využití možností, které má ke svému prospěchu. Paní Eva hovoří o tom, že ještě nechce zemřít a že má ze smrti strach a není na ni vůbec připravena. S dopomocí chodítka chodí navštěvovat své mladé sousedy.

Recept paní Evy na úspěšné stáří:

Ve svých 60 letech začala denně cvičit jógu, po které jí během roku zesílily svaly o čtvrtinu. Paní Eva se zdravě stravuje a nikdy se nepřejídá (tmavý chléb, ovoce, jogurty a žádné maso, které obsahuje moc tuku). Dodržuje pitný režim a používá doplňky stravy. Konzumuje pravidelně česnek a med. Má vydatný a pravidelný spánek. Užívá čtyři léky a ví, na co je bere. Denně cvičí a chodí na procházky. Denně se vzdělává (internet, čtení). Projevuje lásku kolem sebe, jak k mladým, tak i ke starým lidem. Přizpůsobuje se okolnostem. Dokáže oslovit cizí lidi, navázat s nimi kontakt, nedělá jí to problém. Paní Eva uvedla, že chce žít a bojovat s nemocí. Dokáže se radovat z každodenních maličkostí. Vzpomíná, co prožila hezkého a snaží se to prožít znovu. Plánuje si rozvrh týdne a dne a zapisuje si to do kalendáře a postupně si kontroluje, co splnila. Ráda poslouchá hudbu. Činnosti, které nezvládne, nahradí pro ni jinou zajímavou činností (Klevetová, 2017, s. 20–22).

1.6 Umírání a smrt

Většina lidí má sklon se k otázce smrti vyhýbat. Navzdory tomu platí, že lidskost se zrodila, když jedinec pochopil svoji smrtelnost a začal se jí zabývat. Překvapující je, že přemýšlení o vlastní smrti nevede k destrukci vlastního života, ale naopak obohacuje život člověka (Dvořáčková, 2012, s. 33).

Smrt je posledním ukončením životního cyklu člověka. O smrti společnost téměř nemluví, dá se říct, že je to tabuizované téma, i když v poslední době dochází k jeho odtabuizování.

Lidé k němu mají zaujatý negativní a záporný postoj, který plyne jednak ze strachu ze smrti, ale taky ze strachu z umírání, které může být dlouhé a bolestné, nepříjemné a pro mnohé lidi nepředstavitelné.

Uvedeme si zde **proces smířování** se s vlastní smrtí, který si rozdělíme na následující stádia:

První fází je popření. Jedná se o takový proces, kdy si umírající jedinec nechce nebo nedokáže připustit vlastní smrt. Ve druhé fázi se jedinec dostává do **frustrace a zlosti**, jeho pocity jsou směřovány k vlastní osobě nebo k vlastnímu okolí, viní z celé jeho situace sebe nebo svou rodinu. Dále nastupuje stádium **smlouvání**, v němž se člověk snaží oddálit svou vlastní smrt, smlouvá tzv. o čas, přemýšlí, co by ještě rád zažil. V tomto stádiu nikdy nemocnému nedáváme „falešné naděje“. Předposlední fáze se nazývá **deprese**, kdy dochází k uvědomění si neodvratnosti vlastní existence, jedinec je unavený až vyčerpaný, psychicky zesláblý. V této fázi je pro něj důležité, aby měl s kým hovořit o smrti. Posledním stádiem je pak **přijetí neboli smíření se**, kdy se jedinec smíří s faktem vlastní smrti a s tím, že smrt čeká každého. V této situaci může jedinec vyžadovat mlčenlivost za přítomnosti lidské osoby, držení za ruku, utírání slz.

Není pravidlem, že člověk musí projít všemi fázemi, celý průběh života i umírání prožívá každá osoba jedinečně a individuálně (Kroutilová Nováková, 2011, s. 26).

Dále si uvedeme **proces umírání**, který se dělí na čtyři části:

Teorie biologických hodin – člověk umírá tehdy, kdy se naplnil jeho biologický program života, nebo když je v určitém daném čase realizován tzv. program smrti.

Sociální smrt – stav, kdy jedinec žije, ale je odtržen od společnosti a nelze jej v kontextu společnosti vrátit. Tato smrt může nastat i u zdravého člověka.

Psychická smrt – úplná psychická rezignace, jedinec prožívá beznaděj a zoufalství. Usnadňuje vstup smrti fyzické.

Fyzická smrt – jedná se o ztrátu vědomí ať už trvalou nebo částečnou, odchází mozkové funkce. Tato smrt znamená, že nefunguje žádná část mozku a nastává smrt. Po mozkové smrti následuje smrt všech orgánů v těle (Kutnohorská, 2011, s. 74).

Období umírání

Dle Kutnohorské se proces umírání dělí do tří období:

Období pre finem – začíná, když nemocnému dochází, že jeho nemoc je vážná a prakticky neslučitelná se životem. Smrt je v různém časovém horizontu velmi pravděpodobná. Po celou dobu tohoto období je třeba dbát o zmírnění subjektivních potíží jedince. Každý jedinec, který prochází tímto obdobím, by měl mít aspoň jednoho člověka, se kterým by mohl komunikovat o všem, jedná se tzv. o otevřenou komunikaci.

Období in finem – je spojen s lékařským pojetím tzv. terminální stádium. Zde se zahrnuje i problematika eutanazie. Provádí se terminální péče, která je poskytována pacientovi, když není možné zlepšení jeho zdravotního stavu, a patří sem i péče v době, kdy přichází smrt.

Období post finem – je to období, kdy se pečuje o mrtvé tělo a zahrnuje péči o pozůstalé (Kutnohorská, 2011, s. 75).

Do této podkapitoly si ještě zahrneme dva **modely umírání**:

Umírání ritualizované – smrt byla rituálem, kdy končil život. V minulosti smrt nebyla záležitost jen samotného jedince, ale týkala se celé jeho rodiny, přátel, známých, příbuzných. Bylo společenskou povinností dostavit se k umírajícímu lůžku a rozloučit se s umírajícím. I v minulosti se lidé smrti báli, hlavně vlastní smrti, ale rodina jim byla oporou a umírání vypadalo podstatně jinak než dnes. Naši předkové měli vypracovaný rituál rodinného umírání, kde si celý život nesli hodnotu, které my už budeme těžko rozumět a přáli si šťastnou smrt a mohli v ni jen doufat. Umírající jedinec si mohl uspořádat své osobní věci, vyjádřit lítost nad utrpením, které způsobil druhým, mohl dát rady do života, rozdělit majetek, vyzpovídat se.

Umírání institucionalizované – takové umírání se odehrává v nemocnicích na LDN, domovech pro seniory – tedy v institucích. Jedinec zde umírá sám a stará se o něj kvalifikovaný personál. V současné době se hledají, a ještě se budou hledat varianty nového rituálu umírání, jako je ponechat umírajícího doma a zajistit mu kvalitní odbornou péči, přijmout rodinu umírajícího do nemocnice. Čas umírání může být i časem, kdy jedinec nečeká jen na smrt, ale jedná se i o hodnoty vztahové, o to, co je každému člověku blízké a drahé během jeho života (Kutnohorská, 2011, s. 76–77).

Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že:

- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení.
- Chápe umírání jako přirozený proces.
- Neusiluje o urychlení, ale ani o zadržování smrti.

- Umožňuje podporu umírajících, která jim umožňuje žít aktivní život až do smrti.
- Dále nabízí podporu rodinám nemocných.
- Podporuje kvalitu života a pozitivně ovlivňuje průběh onemocnění (Kupka, 2014, s. 27).

Péče o umírajícího člověka – taková péče by měla být zaměřena na potlačování obtížného, těžkého, bolestivého umírání. Z obecného hlediska můžeme chápat, že se při péči o umírajícího člověka zaměřujeme na udržení fyzické a psychické pohody a zajištění klidné a důstojné smrti. Taky by měla být zaměřena na odstranění nebo zmírnování nepříjemných příznaků. Komplexní péče o umírajícího člověka zahrnuje:

- Symptomatickou léčbu příznaků, které umírající osoba má.
- Snižování psychické a somatické bolesti.
- Podporu rodině i umírajícímu.
- Spirituální podporu.
- Sociální zázemí pro rodinu i umírajícího.
- Aktivizační program pro umírajícího, pokud je to možno.
- Odbornou pomoc rodině.

Osoba, které pečuje o umírajícího, musí respektovat jeho práva a důstojnost. Charta práv umírajících je etický dokument, ve kterém jsou popsána práva umírajících. Taková osoba by měla vědět, co rodina i umírající cítí, čím si prochází, co prožívají – je zapotřebí znát proces smířování se s vlastní smrtí, který máme popsany výše (Kroutilová Nováková, 2012, s. 82).

2 KVALITA ŽIVOTA

Termín kvalita života se za poslední léta začal objevovat vzrůstající frekvencí. Neobjevuje se pouze ve vědeckých studiích, ale i v obecných úvahách, proniká do medicíny, obohatil i jazyk politiků a představitelů státní správy. V sociologii je kvalita života standardně využívaným pojmem, označuje celek socioekonomických indikátorů pocitů životní spokojenosti společnosti, naopak v medicíně je kvalita života posuzována v souvislosti se zdravotním stavem.

Celkové pojetí kvality života můžeme definovat jako vnímání individuálního postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém osoba žije a ve vztahu +k jeho cílům, očekáváním, obavám a standardům. Kvalita života může být chápána jako odlišnost mezi chtěnými a uskutečněnými životními cíli – čím větší tato odlišnost je, tím nižší je kvalita života. Kvalita života v pozitivním smyslu zahrnuje psychický stav, duševní schopnosti, tělesnou stabilitu, sociální vztahy a plnění úloh v každodenním životě (Salajka, 2006, s. 11–12).

O kvalitě sice můžeme hovořit jako o kvalitním výrobku, kvalitní informaci nebo kvalitní službě, ale nyní se setkáváme s kvalitou života. Kvalita života s sebou nese hodnotící kritéria. Kvalita života nepředstavuje jen fyzickou existenci, ale také zdokonalování, obohacování, duchovno, tvořivost a kreativitu, ale také mnoho dalších sociálních, duchovních a psychických oblastí, které budeme velmi těžko hodnotit. Jinými slovy, kvalita života se nám transformuje na kvalitu života lidského jedince. Zahrnuje materiální, nemateriální i duchovní hodnoty. Kvalitu života můžeme definovat jako stupeň uspokojování duchovních a materiálních potřeb jedince, stupeň splněných očekávání v životě a stupeň integrace do společnosti. Pokud budeme mluvit o kvalitě života, musíme mít na paměti objektivní podmínky ekonomické, sociální, zdravotní, podmínky bydlení, sociální prostředí, bezpečnost jedince, volnočasové aktivity jedince a spoustu jiných. Dále je třeba pamatovat na subjektivní podmínky. Jedná se o každodenní života člověka: jak ho sám vnímá, sebehodnocení (spokojenost, strach, naděje, samota). Jsou to tedy takové podmínky, které zná jen on sám a velmi těžce se měří. Člověk by měl být se svým životem spokojený, neboť díky tomu vidí smysl života, což podmiňuje jeho štěstí (Mühlpachr, 2017 s. 49-50).

Zde si uvedeme čtyři významy pojmu kvalita:

- **Deskriptivně analytická rovina pojmu** – popisuje povahu předmětu, jehož popis vlastností je hodnotově neutrální.
- **Normativní rovina pojmu** – hodnocení kvality života je zjišťováno na základě cílů, požadavků a očekávání. Kritéria jsou stanovena podle určité škály (dobrý – špatný – dostačující – nedostačující).
- **Evaluativní rovina pojmu** – vychází z normativního obsahu pojmu. Poté následuje hodnotící proces, při kterém se ověřuje předmět nebo proces, který dospívá k určitému názoru na základě stanovených měřítek.
- **Rovina orientovaná na jednání** – obsahuje požadavky jednání, protože jsou zde zahrnuty aktivity vedoucí ke zlepšení kvality nebo k zajištění uspokojivého stavu věcí.

Pokud v běžném životě chceme vyjádřit, že je něco výborné nebo vynikající, označme to většinou za kvalitní. Kvalitní výrobek či služba pro nás mají vysokou hodnotu a ve většině případů jsme ochotni zaplatit více peněz. Abychom mohli kvalitu vyjádřit, musíme ji popsat, což znamená, že využíváme ukazatele kvality (Malík Holasová, 2014, s. 18–19).

Psychologické pojetí kvality života

Kvalita v psychologickém pojetí může být chápána více způsoby. Toto pojetí zahrnuje zjištění životní spokojenosti, kdy se zaměřujeme na odpovědi a otázky, jež lidi činí spokojenými. Dále se zaměřuje na to, jaké faktory ovlivňují spokojenost nebo jaké faktory ke spokojenosti vedou. Konceptu psychologického pojetí kvality života tvoří to, co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti v životě. Tato koncepce se vytváří z hlubšího poznání individuálního životního stylu, způsobu života, rodinné a zdravotní situace, hodnotového systému a postojů člověka. Subjektivní pohoda či nepohoda se odráží na pozitivních či negativních reakcích člověka, na uspokojení jeho potřeb a na celkovém životním stylu jedince.

Sociologické pojetí kvality života

Sociologické pojetí kvality života můžeme hodnotit sociální úspěšností, společenským statutem, životním stylem, vzděláním, hmotným zabezpečením atd. Velmi důležitý termín pro sociologické pojetí je životní styl, jenž lze charakterizovat všeobecnými podmínkami určující kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti. Do životního stylu se zahrnuje

i ekonomické postavení jednice ve společnosti. Chování člověka je ovlivněno jeho prioritami, pohlavím, věkem atd. (Dvořáčková, 2012, s. 62–65).

2.1 Dimenze kvality života

Koncept kvality života můžeme posuzovat ze dvou hledisek – jedná se o objektivní a subjektivní posouzení. Nyní mnoho odborníků přikládá význam subjektivnímu hodnocení kvality života (Dvořáčková, 2012, s. 69).

Objektivní kvalita života se zabývá materiálním zabezpečením, materiálními podmínkami, sociálním statutem jedince a fyzickým zdravím. Subjektivní kvalita je chápána jako vnímání svého postavení ve společnosti v závislosti na jeho kultuře a hodnotovém systému. Výsledek spokojenosti vyplývá z jeho osobních cílů, zájmů a očekávání. V určité literatuře se můžeme dočíst, že subjektivní a objektivní hodnocení poskytují odlišná data, ale obě jsou nepostradatelné pro kvalitu života (Gurková, 2011, s. 57).

Dvořáčková ve své knize uvádí celou problematiku kvality života ve třech odlišných rovinách:

- makro,
- mezo,
- a personální rovina (Dvořáčková 2012 s. 71–73).

Křivohlavý (2002, s. 63) popisuje tyto roviny takto:

Makro rovina se zabývá otázkami velkých celků a jejich kvality života. Život v této rovině je chápán jako absolutní morální hodnota a většinou přechází do politických úvah.

Mezo rovina se naopak zabývá malými sociálními skupinami (škola, nemocnice). Jedná se o vzájemné vztahy mezi lidmi nebo se může zabývat uspokojováním/neuspokojováním lidských potřeb a společnosti.

Personální rovina se týká každého jedince a jde o hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu. V této rovině hodnotí každý svou kvalitu vlastního života.

Uvedeme si zde ještě čtvrtou rovinu, která se nazývá fyzická existence. Je rovinou, jež řeší chování druhých lidí, které je možno objektivně zhodnotit (Křivohlavý, 2002, s. 63).

Níže si uvedeme koncept kvality života, který se skládá ze tří základních oblastí a každá obsahuje tři podoblasti. Tento koncept je navrhovaný QOL Research Unit:

Tabulka 1: Konceptní model definující kvalitu života

EXISTENCE	KDO JSEM
Fyzická stránka	fyzické zdraví
	osobní hygiena
	výživa
	cvičení
	péče o vzhled a oblečení
	vzhled
Psychická stránka	psychické zdraví
	vnímání
	pocity
	sebehodnocení, sebepojetí
Duchovní stránka	osobní hodnoty
	osobní standard chování
	duchovní hodnoty, vyznání
SOUNÁLEŽITOST	VAZBY NA PROSTŘEDÍ
Místo na světě	domov
	práce/škola
	sousedství
	užší společnost
Místo mezi lidmi	blízcí přátelé
	rodina
	přátelé
	spolupracovníci
	sousedství a užší společnost

Místo ve společnosti	adekvátní příjem
	zdravotnické a sociální služby
	zaměstnání
	vzdělávací programy
	volnočasové aktivity
	společenské dění a události
ADAPTABILITA	DOSAHOVÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ A PŘÁNÍ
Každodenní život	činnosti v domácnosti
	zaměstnání
	škola nebo dobrovolné aktivity
	využívání zdravotnických a sociálních služeb
Volný čas	relaxační činnosti
	činnosti redukcující stres
Plány do budoucna	činnosti pro udržování nebo zlepšování vědomostí a dovedností
	adaptace na změny

Zdroj: (Dvořáčková, 2012, s. 71–73)

Pro porovnání si uvedeme čtyři typy kvality života:

Tabulka 2: Čtyři typy kvality života podle Veenhovena

	Vnější kvalita života (prostředí)	Vnitřní kvalita života (jedinec)
Životní šance, předpoklady	A. Vhodnost prostředí životní prostředí sociální kapitál prosperita životní úroveň	B. Životaschopnost jedince Psychologický kapitál Zdraví způsobilost
Podoba života a výsledky	C. Užitečnost života	D. Porozumění vlastnímu životu Subjektivní pohoda Spokojenost, štěstí

Zdroj: (Dvořáčková 2012, s. 73)

„A“ zahrnuje vhodnost prostředí pro život, zdůrazňuje sociální, ekonomické, ekologické, životní a kulturní podmínky, které zkoumá sociologie, ekologie, sociálně – politické vědy. Používá se taky pojem environmentální kvalita života, jež se snaží propojit životní, sociální a zdravotní podmínky, díky čemuž vznikl nový název – Health – Related environmental Quality of Life.

„B“ se vztahuje na životaschopnost jedince, která se týká jeho fyzického a duševního zdraví, schopností a vnitřní kvality.

„C“ se zabývá užitečností člověka, jak přispívá k dobru jiným lidem než sobě samému, dále také jeho morálním vývojem.

„D“ představuje pojetí kvality života ve všech vědách, v současnosti velmi rozšířený typ především v medicíně. Typ „D“ vytváří vlastní metodologické postupy. Můžeme zde zařadit dotazník WHOQOL (Dvořáčková, 2012, s. 74–75).

2.2 Kvalita života seniorů

„Pro zvýšení kvality života ve stáří bychom se měli zaměřit na aktivní stárnutí, prostředí a komunitu, vstřícnou ke stáří, zlepšení stáří a zdravotní péče ve stáří, podporu rodiny a lidských práv“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 53).

„Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Kvalita života souvisí s uspokojováním lidských potřeb“ (Janiš, Skopalová, 2016, s. 53).

Celkovou kvalitu života každého jedince můžeme popsat jako vnímání individuálního postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém daný člověk žije a ve vztahu k jeho standardům, cílům, očekáváním a obavám (Salajka, 2006, s. 11).

Kvalita života má závažný význam pro každého jedince. Většinou si jej uvědomíme v případech, kdy se jedná o nemocné lidi, kteří jsou ve většině případů omezeni. Tato omezení mění velmi často hodnoty a životní potřeby těchto lidí. Kvalitu života lze upravit individuálním poznáním jedince a jeho uspokojováním potřeb. Skutečností je, že se kvalita života každého člověka v průběhu života stále mění, a to díky několika faktorům např. sociálním, společenským, kulturním, zdravotním. Kvalitou života se zabývají taky i jiné obory jako je psychologie nebo sociologie.

Zde si uvedeme přístupy kvality života:

- **Skandinávský přístup** – objektivně zjišťuje podmínky životní úrovně nebo podmínky, které jsou pro člověka obecně pokládány za nevyhnutelné pro důstojný život.
- **Americký přístup** – zaměřuje se na subjektivní rozsah dobrého života člověka.
- **Německý přístup** – rozumí propojení skandinávského a amerického přístupu (Janiš, Skopalová, 2016, s. 55–56).

Zvyšování kvality života například poskytnutím adekvátních sociálních služeb nemusí přinést pocit většího štěstí seniora. Zvyšování kvality života můžeme brát jako rozšiřování osobního růstu, což může vést k větším nárokům na seniora a taky negativní přístup při neúspěchu. Větší váhu pro seniora mají spíše podmínky, ve kterých senior žije než na jeho subjektivní přístup. Kvalita života přispívá k naplňování potřeb seniora, jeho osobních cílů, či smyslu života. V tomto případě je kvalita života velmi individuální záležitostí (Matoušek a kol., 2011, s. 177).

Jak jsme si už uvedli výše, kvalita života seniorů zpracovává mnoho faktorů, zde si nějaké uvedeme:

Fyzický stav – zahrnuje výskyt onemocnění, vedlejší či nežádoucí účinky v důsledku léčby onemocnění, únava, bolest (akutní, chronická).

Funkční zdatnost – schopnost komunikace s okolím, schopnost uplatnění na trhu práce.

Psychický a duševní stav – patří sem nálady člověka, schopnost přizpůsobit se nemoci a její léčbě, sebehodnocení, způsob, jak jedinec prožívá nemoc a jak se k ní staví, úzkosti, deprese, strach ze smrti.

Spokojenost s léčbou – zakládá se na přístupu ošetřujícího lékaře, zdravotní sestry a ostatního personálu, zahrnuje celkovou úroveň léčebného prostředí.

Sociální vztahy – jedná se o to, jak rodina či příbuzní přistupují k nemocnému; týká se i členů ošetrovatelského týmu a partnerských či sexuálních vztahů.

Prostředí – objasňuje dostatečnou svobodu, bezpečí, dostupnost péče (ošetrovatelské, zdravotní), finance, úpravu a vzhled prostředí nemocného (Dvořáčková, 2012, s. 76–80).

2.3 Aktivní stárnutí a stáří

Pojem aktivní stáří můžeme poprvé zaznamenat koncem 90. let 20. století. Byl definován světovou zdravotnickou organizací v důsledku reakce na problematiku stárnutí populace v celém světě. Popisuje potřebu přeměnit přístup k začleňování seniorů do společnosti. Celkovým základem aktivního stáří je prohloubení vědomí společnosti ke vztahu k seniorům, snaží se o to, aby široká veřejnost tolerovala práva, hodnoty a potřeby seniorů. Snaží se o rovné příležitosti ke zdraví a bezpečí všech lidí. Usiluje o princip solidarity, respektu, individuality a jedinečnosti. Jeho cílem je zajistit seniorům vysokou kvalitu života a zlepšit vztah mezi generacemi. Do aktivního stáří můžeme zařadit kontakt s okolním světem, koníčky a zájmy, práce, sebevzdělávání, vzdělávání na univerzitách (U3V), práce na zahradě, výlety, senioři by si hlavně neměli připouštět stáří – tyto aktivity závisí na individualitě a přístupu každého jedince. Aktivní stáří přináší spoustu možností, kterých mohou senioři využít. Každý máme ve svém okolí aktivní seniory a můžeme vidět, že věk není základním kritériem činnosti. Jedná se o aktivitu, která je v člověku zakotvená nebo není.

V současné době máme spoustu nabídek, které jsou pro seniory dostupné. Jedná se o různé kroužky pro seniory, taky nabídky zájezdů pro seniory cestovních kanceláří, které jsou finančně zvýhodněné. Na takových zájezdech je přizpůsobeno i tempo seniorům. Aktivity nás budou naplňovat tehdy, pokud je budeme dělat s chutí, protože je dělat chceme, a nikoliv z donucení, protože musíme.

Zde si uvedeme několik faktorů, které ovlivňují stárnutí a stáří:

- individuální pohled,
- předchozí životní zkušenosti týkající se mezilidských vztahů,
- zdravotní stav,
- pracovní trh,
- vzdělávání.

Je však skutečností, že existují i senioři, kteří z důvodu zdravotního stavu aktivně žít nemohou, popřípadě nechtějí (Janiš, Skopalová, 2016, s. 57–58).

Sexualita u seniorů

Každý jedinec má právo na uspokojivý sexuální život, liší se pouze projevy, možnosti a tužby každého jedince. Moderní pojetí sexuálního života akceptuje mnoho forem, jako je například sex mezi mužem a ženou nebo mezi lidmi stejného pohlaví. Významnou roli hraje taktéž autoerotika neboli masturbace, ta stoupá v období dospívání nebo právě v období, kdy chybí partner. Důležitým principem je souhlas obou partnerů, kde je vzájemný respekt a ochota vyhovět si.

Sexualita seniorů je vnímána jako společenské tabu. Většina lidí se domnívá, že sexuální aktivita v určitém věku končí. I když fyzické změny ve stáří mohou narušovat náruživost mužů i žen, pro mnoho seniorů je sexualita důležitým a naplňujícím aspektem života.

Desatero zdravého sexuálního života:

1. Sex je zdravý.
2. Sex je přirozený.
3. Sex je krásný.
4. Sex je dobrý.
5. Sex umožňuje uvolnit a rozvinut to nejlepší v nás, jako je například láska, důvěra, intimita, tvořivost.
6. Sexuální fantazie jsou přirozené.
7. Sexuální fantazie jsou neomezené, chování je omezeno zásadou neublížit.
8. Masturbace je přirozená a neškodí zdraví.
9. Normu si určují partneri společně, je to věc dohody.
10. Je nutné respektovat hranice partnera (Venglářová, 2007, s. 66).

Sexuální život starších lidí je potřeba detabuizovat a zbavit bariér, jak vnitřních (zábran, výčitek, obav), tak zevních (předsudků). Potřeba naplňovat fyzické i emocionální touhy a partnersky je sdílet zůstává zachována a nemůže být ani v pokročilém věku odpírána (Čevela, Kalvach, 2012, s. 35).

Potřeby seniorů

Senioři mají potřeby jako každý jiný člověk a tyto potřebují ve svém životě uspokojovat, i když jsou velmi často připoutáni na pomoc jiné osoby. Během života se mění z hlediska kvality i kvantity. Senioři mají potřeby jako je například pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, jistotě a spolehlivosti (Dvořáčková, 2012, s. 37).

Dvořáčková ve své knize popisuje zjištění, že mezi hodnoty, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická podpora. Za nejdůležitější potřeby seniorů uvádí fyziologické, a sociální potřeby

i potřeby bezpečí. Kaufmanová se domnívá, že senioři zdůrazňují ty hodnoty, které pociťují jako ohrožené (Dvořáčková, 2012, s. 38).

Motivační teorie potřeb A. Maslowa

Jedná se o nejslavnější klasifikaci potřeb. Maslow se domníval, že existuje pět hlavních kategorií potřeb, které jsou společné pro všechny lidi: počínaje základními fyziologickými potřebami, přes pocit jistoty a bezpečí, sociální potřeby, potřeby lásky a uznání a potřebou seberealizace konče. Podrobně se zabýval lidskými potřebami, zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy (Amstrong, 2007, s. 223-224).

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: (filosofie-uspechu.cz , 2012).

3 PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE

Úvodem této třetí kapitoly bych chtěla přiblížit malou retrospektivu tehdejší společnosti systému péče o seniory a lidi s různými typy postižení před rokem 1989, kde můžeme porovnat, jak se k seniorům přistupovalo a jak se k nim přistupuje nyní. Lze vidět velmi výrazný pokrok v sociální a zdravotnické oblasti.

Když si představíme péči o seniory v dobách před rokem 1989, pozorujeme, že situace v problematice poskytování sociálních služeb se výrazně posunula k lepšímu, což je velmi pozitivní pro naši společnost a celkově i pro náš život. Dříve byli lidé s mentálním postižením, senioři či umírající izolováni od společnosti v ústavech převážně ve zdravotnických nebo sociálních, a tohle téma bylo v široké společnosti tabuizováno. Společnost před těmito lidmi zavírala oči a žila jen ve společnosti, kde žijí zdraví, silní a výkonní jedinci. Izolování těchto lidí brali jako dobrý čin, „vždyť je přece o ně dobře postaráno“. Scházel zde vnitřní pohled do této problematiky, že lidé, kteří jsou izolováni, mají své potřeby, city a vnímají, jak je o ně postaráno a kde vlastně jsou „zavření“. Tohle všechno vedlo ke snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Často se takto řešil problém s bydlením, že i zdraví senioři museli odejít do domovů pro seniory, i když by zvládali samostatný život, nebyla možnost výběru volby. V případě, že se o nesoběstačného seniora nemohla postarat rodina, byla jedinou možností ústavní péče, kterou stát financoval. Do té doby, než byla možnost umístit seniora do ústavní péče, se tato situace řešila opakovanými pobyty na nemocničních odděleních LDN. Rodina je navštěvovala pouze v nemocnicích, odnášeli si důchod svého člena rodiny a stát platil veškeré náklady na zdravotnickou péči. Sestry v léčebnách dlouhodobě nemocných trpěly syndromem vyhoření a profesionální deformací. Senioři neměli možnost se vyjádřit k poskytované zdravotní nebo sociální péči, a fungovalo zde rozhodování o něm bez něj. Rodina umístila seniora do ústavní péče bez ohledu na jeho přání, kde se musel podřít chodu a režimu zařízení. Poslední etapu života senioři trávili většinou na vícelůžkových pokojích, aby jich mohlo být v zařízení umístěno co nejvíce. Bylo zde jedno sociální zařízení na patře a pro lidi, kteří byli upoutáni na lůžko, byla možnost navštívit sociální zařízení téměř nemožná, tak se vyprazdňovali na lůžko a stali se zbytečně inkontinentními. Chod celého zařízení opět financoval stát a rodina si chodila jen pro důchod seniora. Nejvíce návštěv bylo brzy po dnu výplaty důchodu. Pasivita, ponížení, pocity krivdy, lítosti doprovázely seniora v domovech důchodců po zbývajících dny jeho života. Běžně se používala restriktivní opatření, bez jakýchkoli zápisů. Restriktce záležela na personálu, který pracoval v přímé péči (kdy restriktci použije, jak

dlouho nechá seniora s omezením). O seniory tehdy pečovaly zdravotní sestry nebo sanitářky. Senior ani jeho rodina neměli možnost volby zařízení (zachovávala se spádová příslušnost v rámci regionu), a jejich práva byla porušována. Je jasné, že tento model nemohl trvat věčně a díky změnám po roce 1989 pronikl výrazný pokrok v oblasti sociálních služeb. Pro seniory a pro osoby s kterýmkoliv postižením skončila jedna náročná životní etapa a otevřela se před nimi šance na změnu k lepšímu prožívání jejich života v institucionálním zařízení (Malíková, 2011, s. 29–30).

Jak jsme se už dočetli výše, situace se v České republice změnila po roce 1989, ale výraznější změny byly až po vstupu platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, In: Sběrka zákonů české republiky. Nový zákon zahrnul všechny osoby sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci. Nastolil nová pravidla a směr od institucionalizace k deinstitucionalizaci. Dalším aspektem zákona o sociálních službách je začleňování lidí se zdravotním postižením do běžné společnosti. Tuhle změnu je možno charakterizovat jako zásadní transformaci sociálních služeb (Malíková, 2011, s. 30).

3.1 Sociální služby pro seniory

V širším slova smyslu jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu života nebo je ve vsí maximální míře do společnosti začlenit. Sociální služby se zabývají jak uživatelem, tak i jeho rodinou (Dvořáčková, 2016, s. 81).

Sociální služby zajišťují pomoc při péči o vlastní osobu, stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem bývá podporovat rozvoj nebo alespoň zachovávat stávající soběstačnost uživatele, jeho návrat do domácího prostředí, znovuobjevení nebo zachování životního stylu, snížení rizik, jak sociálních, tak i zdravotních, které souvisí se způsobem života uživatelů (Dvořáčková, 2016, s. 81).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů (108/2006 Sb., 2006).

Legislativa

Sociální služby jsou v České Republice součástí státního systému sociálního zabezpečení. Druhy sociálních služeb legislativně definuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., který je rozděluje na sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Tyto služby si uživatel může na základě přiznaného příspěvku na péči objednat u organizace poskytující sociální služby, za některé poskytnuté služby se platí, některé jsou zdarma. Sociální služby poskytují organizace nebo jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění. Maximální ceny za služby upravuje prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách.

Pomoc sociálních služeb musí vycházet z individuálních potřeb osob, musí na osoby působit aktivně, podporovat jejich samostatnost, motivovat je k činnostem, posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí dbát na to, aby bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Dvořáčková, 2016, s. 82).

Formy poskytování sociálních služeb lze rozdělit na služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytovými službami se rozumí služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. Ambulantní služby jsou takové služby, za kterými přichází dotyčná osoba, je dopravována, doprovázena do zařízení sociálních služeb, ale součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí jedince. Některé služby jsou poskytovány bezplatně a některé za úhradu (pečovatelská služba) (Arnoldová, 2016, s. 27).

V celém systému sociálních služeb má specifickou činnost sociální poradenství, které je rozděleno na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Jedná se o bezplatné předání informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Na základní sociální poradenství má právo každá osoba.

Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin (např. občanské poradny, poradny pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí) (108/2006 Sb., 2006).

Pobytová zařízení pro seniory

Dům s pečovatelskou službou – jedná se o kombinaci pečovatelské služby a pobytového zařízení. Jejich zřizováním se současně řeší poskytnutí pečovatelské služby a nevyhovující bydlení seniorů. Výhodou je přítomnost pečovatelky po celou její pracovní dobu v pracovních dnech.

Domov pro seniory – jedná se o typickou pobytovou sociální službu. Tato služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje podporu a pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem – tento typ pobytové sociální služby poskytuje péči osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo trpí závislostí na návykových látkách, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Dvořáčková, 2016, s. 85–86).

Domov pro osoby se zdravotním postižením – tato služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Holčerová, Dvořáčková, 2013, s. 10).

Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality staly právním předpisem od 1. ledna 2007. Znění standardů je přílohou č. 2 vyhlášky MPSV 505/2006 Sb., provádějící předpisu k zákonu 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Standardy kvality zahrnují podporu transformace sociálních služeb, změnu vnitřního prostředí, či personální posílení pro zkvalitnění individuálního přístupu ke klientům (Holčerová a Dvořáčková, 2013, 11–12).

Slouží k naplňování a ověřování kvality v sociálních službách, které popisují, jak má kvalitní sociální služba vypadat (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 44).

Standardy mají fungovat jako metodický nástroj inspektorům kvality, mají sloužit i pro uživatele služeb. Je třeba, aby za ně odpovídali experti s dostatečnou metodickou způsobilostí. Standardy mohou stylizovat poskytovatele péče dohromady se zřizovateli služeb a klienty, a jsou jakýmsi ukazatelem „dobré praxe“. Dále jsou využitelné i pro sebeposuzování, ale zároveň je nutné, aby se k naplňování těchto kritérií vyjadřovali i nezávislí odborníci, klienti, rodinní příslušníci. Hodnocení naplňování standardů může mít objektivně zjistitelná data (v kolik hodin se v zařízení vydávají obědy, kolik obyvatel spolu žije na jednom pokoji), ale i subjektivní data jako je například dodržování lidské důstojnosti (Matoušek a kol., 2012, s. 135–136).

Kontrolu standardů kvality provádí stát, který je garantem sociální péče, za pomoci orgánu, který se nazývá inspekce kvality sociálních služeb (Kroutilová, Nováková a kol., 2011, s. 44).

Standardy kvality se dělí do tří hlavních oblastí, a to oblast procesní, personální a provozní.

1. První oblast s názvem procesní neboli procedurální určuje, jak má poskytovaná sociální služba vypadat, na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu. Dostatečná pozornost je věnována ochraně práv uživatelů, jako jsou například stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů atd.
2. Druhou část tvoří personální oblast, která popisuje personální zajištění služby. Kvalita sociální služby je závislá na pracovnících, na jejich vzdělání, motivaci, dovednostech a podmínkách, které pro práci mají.
3. Třetí oblast se nazývá provozní, věnuje se podmínkám pro poskytování sociální služby, dostupnosti poskytované sociální služby, informovanosti o službě a zvyšování kvality služby (Holczerová a Dvořáčková, 2013, 12).

Proces deinstitucionalizace v České republice

Tato myšlenka se v České republice začala objevovat teprve na přelomu tisíciletí. Cílem transformace je zajištění poskytování takových typů služeb, které odpovídají individuálním potřebám jedince. Transformace se týká především cílových skupin jako jsou osoby se zdravotním postižením nebo senioři.

Klíčovými ukazateli transformace je vznik standardů kvality, o kterých se můžeme dočíst výše, dále postupný odklon od poskytování dlouhodobé péče v institucích a vznik individualizované podpory života v přirozeném prostředí jedince, nebo přijetí zákona o sociálních službách, který nastavil podmínky pro vytvoření trhu (Kroutilová, Nováková a kol., 2011, s. 48).

Dále bych se chtěla zmínit o **příspěvku na péči**, který byl navýšen **od 1. srpna 2016**. Příspěvek na péči upravuje zákon 108/2006 SB., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb. Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopni zajistit základní životní potřeby, a proto je nutná pomoc druhé osoby. Z daného příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich uvážení poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu (portal.mpsv, 2016).

Výše PnP se odráží od žadatelova věku a do míry závislosti na jiné fyzické osobě. Míra potřeby péče je posuzována sociálním pracovníkem. Žádost na příspěvek na péči se podává na krajské pobočce úřadu práce, která rozhodne o nároku na tuto dávku ve spolupráci s lékařskou posudkovou službou. PnP je hrazen ze státního rozpočtu (Arnoldová, 2016, s. 21).

Výše příspěvku na péči:

pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc,

- 3 300 Kč – I. stupeň závislosti (lehká závislost),
- 6 600 Kč – II. stupeň závislosti (středně těžká závislost),
- 9 900 Kč – III. stupeň závislosti (těžká závislost),
- 13 200 Kč – IV. stupeň závislosti (úplná závislost),

pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc,

- 880 Kč – I. stupeň závislosti (lehká závislost),
- 4 400 Kč – II. stupeň závislosti (středně těžká závislost),
- 8 800 Kč – III. stupeň závislosti (těžká závislost),
- 13 200 Kč – IV. stupeň závislosti (úplná závislost) (portal.mpsv, 2016).

3.2 Zdravotní péče o seniory

Základem je primární péče, která je poskytována praktickým lékařem pro dospělé. Praktický lékař ve své práci provádí primární, sekundární a terciální prevenci. V péči o seniora by měl kooperovat s rodinou a se složkami primární péče jako je například pečovatelská služba, domácí ošetrovatelská péče aj. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována na doporučení praktického lékaře a je hrazena z finančních prostředků zdravotního pojištění. Pro tuto péči je velmi důležité, aby klinický stav pacienta byl stabilizovaný, je zde potřeba i zapojení rodiny. K typickým úkonům domácí péče (home care) patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu. Pro takovou péči je velmi významná možnost půjčování ošetrovatelských, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek včetně lůžek, které se dají polohovat. V případě ambulantní péče poskytují péči odborníci především z oblastí vnitřního lékařství, urologie, neurologie, oční lékařství, zubní lékařství ortopedie, gynekologie (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60–61).

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, In: Sbíрка zákonů České republiky definuje **sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**. Jedná se o pobytovou sociální službu, která je určena pro osoby, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se obejít bez pomoci druhé osoby a nemohou být propouštěni ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do té doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo je zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb.

Tato služba zahrnuje:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně,
- pomoc při zvládnání péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108/2006 Sb., 2006).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část mé diplomové práce koresponduje s částí teoretickou. Je zaměřena na data, která mají zjistit kvalitu života seniorů ve vybraných zařízeních Zlínského kraje.

Během svého studia v rámci vysokoškolské praxe nebo zaměstnání jsem se potkala s velkým množstvím seniorů. Myslím, že společnost odsuzuje tyto služby právě z důvodů neznalosti. Nejednou se mi stalo, že senior nebo rodina nezvládali péči v domácím prostředí například z důvodu vytížení v zaměstnání nebo nedostatku času, a když byl nadnesen návrh o přechodu do pobytové sociální služby, bylo sděleno, že „babičku přece nepošlou někde zemřít“. A právě proto si myslím, že naše společnost by měla znát chod např. domova pro seniory. Na rozdíl od minulosti, kterou jsem již zmínila v teoretické části, kde jsem popisovala historii těchto zařízení, je nyní jejich kvalita na vysoké úrovni.

V této části mé diplomové práce bych chtěla přiblížit názor seniorů na kvalitu života v těchto zařízeních. Ráda bych porovнала seniory, kteří žijí v domovech pro seniory a seniory, kteří bydlí v domech s pečovatelskou službou v různých oblastech, a to z hlediska jejich důležitosti a spokojenosti.

4.1 Technika sběru dat výzkumná strategie

Výzkum probíhal v Domově pro seniory Nezdenice a v Domě s pečovatelskou službou Bojkovice. Jako výzkumnou techniku jsem použila standardizovaný dotazník SQUALA (viz příloha 1), který je jedním z nejznámějších dotazníků pro zjišťování kvality života seniorů. Výzkumné šetření probíhalo v období od 19. 2. do 9. 3. 2018. Jedná se o kvantitativní výzkum.

Dotazník je rozdělen na tři části. V první zjišťuje demografické údaje jako je pohlaví, věk, bydlení, hmotné zabezpečení. Další část dotazníku se týká hodnocení důležitosti. Je zde 21 oblastí a u každé je nutno zaznačit jednu odpověď z výběru možností nezbytné/velmi důležité/středně důležité/málo důležité/bezvýznamné. V závěru druhé části se v dotazníku ptám, zda je ještě něco, co považují respondenti za důležité; zde je ponechána možnost volné odpovědi. Poslední část dotazníku se zabývá spokojeností. Jeho vyplnění je založeno na stejném principu jako předchozí část, ale jsou v něm uvedeny jiné možnosti odpovědí, a to zcela spokojen/velmi spokojen/spíše spokojen/nespokojen/velmi zklamán. Opět se zde vyskytuje možnost volné odpovědi.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. 55 z nich v Domově pro seniory a druhá polovina v Domě s pečovatelskou službou. Celková návratnost činila 110 dotazníků, což je 100 %, které budu vyhodnocovat.

Dotazník SQUALA je často využívaný dotazník, který vznikl v roce 1992 M. Zannottim, a původně byl určen pro psychiatrickou populaci. Tento dotazník vychází z Maslowovy pyramidy potřeb a zahrnuje oblasti vnějších i vnitřních aspektů kvality každodenního života (Gillernová, Kebza a Rymeš, 2011, s. 31).

4.2 Výzkumný problém

Hlavním výzkumným problémem mé praktické části diplomové práce bylo zjistit kvalitu života seniorů ve vybraných zařízeních Zlínského kraje a porovnat je mezi sebou.

4.3 Hlavní výzkumná otázka

Jaké jsou rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na typu pobytového zařízení v oblasti spokojenosti?

4.4 Dílčí výzkumné otázky

1. Jaká je míra kvality života seniorů z hlediska důležitosti?
2. Jaká je míra kvality života seniorů v oblasti „odpočinek“ z hlediska důležitosti?
3. Jaká je míra kvality života seniorů v oblasti „mít koníčky“ z hlediska důležitosti?
4. Jaká je míra kvality života v oblasti zdraví z hlediska spokojenosti?
5. Jaká je míra kvality života v oblasti rodinných vztahů z hlediska spokojenosti?
6. Jaká je míra kvality života seniorů z hlediska spokojenosti?

4.5 Hypotézy

H1: V hodnocení oblasti důležitosti nejsou velké rozdíly mezi seniory žijícími v domě s pečovatelskou službou a seniory žijícími v domově pro seniory.

H2: Senioři žijící v domově pro seniory považují oblast „odpočinek“ za důležitější než senioři žijící v domě s pečovatelskou službou.

H3: Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou považují oblast „mít koníčky“ za důležitější než senioři žijící v domově pro seniory.

H4: V oblasti důležitosti příjemného prostředí a bydlení nejsou velké rozdíly mezi seniory žijícími v domě s pečovatelskou službou a seniory žijícími v domě pro seniory.

H5: Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou jsou se svým zdravím spokojenější než senioři žijící v domově pro seniory.

H6: Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou jsou v oblasti rodinných vztahů spokojenější než senioři žijící v domově pro seniory.

H7: V hodnocení oblasti spokojenosti nejsou velké rozdíly mezi seniory žijícími v domě s pečovatelskou službou a seniory žijícími v domě pro seniory.

4.6 Druh výzkumu

Zaměřila jsem se na metodický kvantitativní výzkum pro lepší možnost oslovení většího počtu respondentů. Výhodou dotazníkového šetření je také možnost uchování anonymity respondenta a jeho zpracování.

4.7 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor dotazníkového šetření míry kvality života sestával ze seniorů žijících v domě pro seniory a seniorů v domech s pečovatelskou službou ve vybraných zařízeních Zlínského kraje.

Výběr výběrového souboru byl nenáhodný a záměrný – vybrala jsem seniory s určitými znaky.

Definice kritérií záměrného výběru:

- Senioři žijící v DS a DPS.
- Senioři žijící ve vybraných zařízeních Zlínského kraje.
- Senioři ve věkovém rozmezí 50–100 let.
- Senioři, kteří jsou schopni samostatně nebo s dopomocí vyplnit dotazník.
- Senioři, kteří v pobytovém sociálním zařízení bydlí více než 1 rok.

4.8 Analýza a interpretace dat

Pro následné zpracování výzkumu byly otázky ve standardizovaném dotazníku vyhodnoceny zvlášť.

Bylo provedeno procentuální vyhodnocení a získaná data pro lepší názornost byla zpracována do tabulek nebo grafů. Získané výsledky jsou zaznamenány v závěru výzkumu.

Před zahájením svého výzkumu jsem provedla předvýzkum, který jsem dělala ve stejném zařízení jako výzkum. Předvýzkum probíhal tak, že jsem rozdala dotazník čtyřem seniorům k vyplnění, pro zjištění srozumitelnosti formulací otázek a obsahu.

Dále jsem uvedla vyhodnocení získaných dat z mého dotazníkového šetření. Veškeré výsledky dotazníkového šetření jsem zaznamenala do tabulek a grafů.

4.9 Demografické údaje

V této části jsem zjišťovala pohlaví a věk respondentů, z jakého zařízení pocházejí a jejich hmotné zabezpečení.

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka 3: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	32	16 %
Žena	78	34 %
celkem	110	50 %

Komentář:

Celkem se výzkumu účastnilo 110 respondentů. V nadpoloviční většině odpovídalo 67 % žen a 33 % mužů. Převahu ženského pohlaví u respondentů odůvodňuji tím, že ženy se dožívají vyššího věku a ochotně spolupracují při vyplňování dotazníku.

Otázka č. 2: Věk:

Tabulka 4: Věk respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
50–65 let	22	20 %
65–85 let	78	71 %
85 let a více	10	9 %
celkem	110	100 %

Komentář:

Věkové rozmezí zkoumaných osob je z větší poloviny zastoupeno věkovou kategorií 65–85 let, to je 71 %, skupinu mladších seniorů 50–65 let tvoří 20 % a nejmenší početnou skupinou jsou senioři 85 let a více, což je 9 %.

Otázka č. 3: Bydlíte v:

Tabulka 5: Bydliště respondentů

Bydlíte v:	Absolutní četnost	Relativní četnost
DPS	55	50 %
DS	55	50 %
Celkem	110	100 %

Komentář:

50 % respondentů uvedlo, že bydlí v Domově pro seniory a druhá polovina dotazovaných osob, což je taktéž 50 % osob uvedlo, že bydlí v Domě s pečovatelskou službou.

Otázka č. 4: Hmotné zabezpečení:

Tabulka 6: Hmotné zabezpečení

Hmotné zabezpečení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nadprůměrné	16	15 %
Podprůměrné	17	15 %
Průměrné	77	70 %
celkem	110	100 %

Komentář:

Více než ½ respondentů (70 %) uvedla, že svou finanční situaci hodnotí jako průměrnou. 15 % z celkového počtu respondentů ohodnotilo, že jejich hmotné zabezpečení jako podprůměrné a zbylých 15 % uvedlo, že jejich finanční situace je nadprůměrná.

Otázka č. 5: Být zdravý:

Tabulka 7: Zdraví

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	57	52	Zcela spokojen	40	36
Velmi důležité	48	44	Velmi spokojen	48	44
Středně důležité	5	4	Spíše spokojen	15	14
Málo důležité	0	0	Nespokojen	5	4
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	2	2
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Zdraví je v životě člověka velmi důležitou složkou. To můžeme vidět v tabulce důležitosti zdraví. 57 respondentů považuje své zdraví za nezbytné a 48 za velmi důležité. Pouze pět respondentů považuje zdraví za středně důležité. U tabulky spokojenosti zdraví vidíme, že 88 lidí odpovědělo, že je se svým zdravím spokojena a 15 respondentů odpovědělo, že jsou spíše spokojena. 5 dotazovaných osob není spokojeno a pouze dva respondenti odpověděli, že jsou zklamáni.

Otázka č. 6: Fyzická soběstačnost

Tabulka 8: Fyzická soběstačnost

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	51	46	Zcela spokojen	32	29
Velmi důležité	46	42	Velmi spokojen	36	33
Středně důležité	9	8	Spíše spokojen	37	34
Málo důležité	4	4	nespokojen	5	4
bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Fyzickou soběstačnost jako nezbytnou považuje 46 % respondentů, dalších 42 % respondentů jako velmi důležitou a zbylých 12 % za středně nebo málo důležitou.

S fyzickou soběstačností je 33 % odpovídajících velmi spokojeno, 29 % je zcela spokojeno, 34 % spíše spokojeno a 4 % jsou se svou fyzickou soběstačností nespokojeni, což může souviset s faktem, že v pokročilému věku není pohyblivost taková, jako ve věku nižším.

Otázka č. 7: Cítit se psychicky dobře

Tabulka 9: Psychická pohoda

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	40	36	Zcela spokojen	37	34
Velmi důležité	57	52	Velmi spokojen	47	43
Středně důležité	12	11	Spíše spokojen	18	16
Málo důležité	1	1	Nespokojen	5	4
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	3	3
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Pro 52 % respondentů je velmi důležitá psychická pohoda, 32 % jich uvedlo, že je pro ně nezbytná a pro 11 % odpovídajících je středně důležitá, pouze jeden respondent uvedl, že je pro něj málo důležitá.

Psychická pohoda je pro celkový život seniora velmi důležitá – pokud se senior cítí dobře po psychické stránce, odráží se to i na jeho zdravotním stavu a na celkové spokojenosti jeho života.

43 % respondentů uvedlo, že s jejich psychickou spokojeností jsou velmi spokojeni, 34 % se cítí psychicky dobře, 16 % je spíše spokojeno a 4 % jsou se svou psychickou pohodou nespokojena.

Otázka č. 8: Prostředí bydlení:

Tabulka 10: Prostředí bydlení

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	79	72	Zcela spokojen	68	62
Velmi důležité	24	22	Velmi spokojen	31	28
Středně důležité	5	4	Spíše spokojen	11	10
Málo důležité	2	2	Nespokojen	0	0
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Pro 72 % respondentů je příjemné prostředí a bydlení nezbytné. Ostatní respondenti hodnotí důležitost příjemného bydlení jako velmi důležité (22 %), středně důležité (4 %) a málo důležité (2 %).

62 % odpovídacích je zcela spokojeno se svým bydlením, 28 % velmi spokojeno a 10 % je spíše spokojeno. Senioři jsou s jejich bydlením spokojeni, což působí kladně na jejich psychiku a vyvolává v nich příjemné pocity a pohodu.

Otázka č. 9: Dobrý spánek

Tabulka 11: Spánek

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	58	53	Zcela spokojen	68	38
Velmi důležité	40	36	Velmi spokojen	31	20
Středně důležité	9	8	Spíše spokojen	11	32
Málo důležité	3	3	Nespokojen	8	7
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	3	3
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Důležitost spánku 53 % respondentů vnímá jako nezbytnou, 36 % velmi důležitou, 8 % středně důležitou a 3 % málo důležitou.

Při spokojenosti se spánkem 38 % odpovědělo, že je se spánkem zcela spokojeno, 32 % spíše spokojeno, 20 % velmi spokojeno, 7 % nespokojeno a 3 % jsou velmi zklamána. Tyto odpovědi mě překvapily, protože většina seniorů uvádí, že se zvyšujícím věkem je spánek nepravidelný a doba spánku se zkracuje.

Otázka č. 10: Rodinné vztahy

Tabulka 12: Rodinné vztahy

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	39	35	Zcela spokojen	54	49
Velmi důležité	48	44	Velmi spokojen	45	41
Středně důležité	19	17	Spíše spokojen	6	5
Málo důležité	2	2	Nespokojen	5	5
Bezvýznamné	2	2	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

44 % respondentů hodnotí rodinné vztahy jako velmi důležité, pro 35 % jsou tyto vztahy nezbytností, 17 % odpovědělo, že jsou pro ně středně důležité a zbylé 4 % málo důležité až nezbytné. Tenhle výsledek mě ujistil v tom, že seniori potřebují být v blízkosti své rodiny a potřebují mít pocit, že mají blízké, kterým na nich záleží.

Spokojenost s rodinnými vztahy vyjádřilo 90 % respondentů, 5 % uvedlo, že jsou spíše spokojeni a 5 % nespokojeni.

Otázka č. 11: Vztahy s ostatními

Tabulka 13: Vztahy s ostatními

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	32	29	Zcela spokojen	30	27
Velmi důležité	58	53	Velmi spokojen	23	21
Středně důležité	20	18	Spíše spokojen	37	34
Málo důležité	0	0	Nespokojen	15	14
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	5	4
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Vztahy s ostatními lidmi považuje 53 % respondentů za velmi důležité, 29 % za nezbytné a 18 % jako středně důležité.

Spokojenost se vztahy s ostatními lidmi, respondenti hodnotí z 34 % spíše spokojen, 27 % zcela spokojen, 21 % velmi spokojen, 14 % nespokojen a 4 % velmi zklamán.

V oblasti důležitosti můžeme vidět, že jsou vztahy s ostatními lidmi pro seniory důležité, což předchází pocitům samoty a izolovanosti.

Otázka č. 12: Mít a vychovávat děti

Tabulka 14: Mít a vychovávat děti

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	42	38	Zcela spokojen	45	41
Velmi důležité	45	41	Velmi spokojen	30	27
Středně důležité	21	19	Spíše spokojen	22	20
Málo důležité	1	1	Nespokojen	2	2
Bezvýznamné	1	1	Velmi zklamán	11	10
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Důležitost mít děti a vychovávat děti 79 % hodnotí jak velmi důležité až nezbytné. 19 % uvedlo, že mít a vychovávat děti je pro ně středně důležité, a 2 % uvedlo možnosti málo důležité až bezvýznamné.

U spokojenosti s dětmi 41 % respondentů uvedlo, že jsou zcela spokojeni, odpověď velmi spokojeni si vybralo 27 % respondentů, spíše spokojeni 20 %, velmi zklamáni 10 % a 2 % účastníků uvedlo, že jsou nespokojeni.

Otázka č. 13: Péče o sebe samouTabulka 15: **Důležitost péče o sebe sama**

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	48	44	Zcela spokojen	36	33
Velmi důležité	41	38	Velmi spokojen	26	24
Středně důležité	18	16	Spíše spokojen	30	27
Málo důležité	3	2	Nespokojen	18	16
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Důležitost při péči o sebe sama hodnotí senioři z 82 % jako velmi důležité až nezbytné. Pouze 18 % respondentů hodnotí toto téma jako středně důležité až málo důležité. Nikdo z respondentů nevedl odpověď bezvýznamné. Jelikož nikdo ze seniorů nevedl „bezvýznamné“, můžeme vidět, jak je tato oblast pro lidi v tomto věku důležitá.

Se spokojeností s péčí o sebe sama je 33 % zcela spokojeno, 27 % spíše spokojeno, 24 % velmi spokojeno a 16 % nespokojeno.

Otázka č. 14: Láska

Tabulka 16: Láska

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	40	36	Zcela spokojen	19	17
Velmi důležité	58	53	Velmi spokojen	24	22
Středně důležité	4	4	Spíše spokojen	48	44
Málo důležité	5	4	Nespokojen	18	16
Bezvýznamné	3	3	Velmi zklamán	1	1
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Láska je pro každého člověka v životě velmi důležitou instancí, což lze vyčíst i z výsledků této části dotazníku. Více než polovina respondentů (89 %) odpověděla, že je pro ně láska důležitá až nezbytná, a pouze 7 % uvedlo, že láska je pro ně středně důležitá až bezvýznamná.

Z hodnocení spokojenosti vyplývá, že 32 % respondentů je nespokojeno. Musíme však přihlídnout k tomu, že někteří senioři ztratili své partnery, což se odráží na jejich odpovědích.

Otázka č. 15: Sexuální život

Tabulka 17: Sexuální život

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	14	13	Zcela spokojen	10	9
Velmi důležité	23	21	Velmi spokojen	11	10
Středně důležité	25	23	Spíše spokojen	11	10
Málo důležité	23	21	Nespokojen	70	64
Bezvýznamné	25	23	Velmi zklamán	8	7
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Důležitost sexuálního života seniorů hodnotí polovina respondentů spíše negativně 21 % jako málo důležité, 22 % bezvýznamné a 13 % nezbytné, což poukazuje na klesající sexuální aktivitu v seniorském věku.

Se sexuálním životem je spokojeno 29 % respondentů a zbylých 71 % je nespokojeno až zklamáno, tyto odpovědi souvisí se skutečností ztráty partnera.

Otázka č. 16: Odpočívát ve volném čase

Tabulka 18: Odpočinek ve volném čase

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	41	37	Zcela spokojen	47	43
Velmi důležité	30	27	Velmi spokojen	34	31
Středně důležité	17	16	Spíše spokojen	9	8
Málo důležité	19	17	Nespokojen	12	11
Bezvýznamné	3	3	Velmi zklamán	8	7
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Většina respondentů (80 %) uvádí, že odpočinek je pro ně důležitý, což je vzhledem k jejich věku pochopitelné a očekávané. S přibývajícím věkem je člověk rychleji unavený a odpočinek je pro něj nutností.

74 % respondentů uvádí, že jsou spokojeni se svým odpočinkem a 25 % jsou spíše spokojeni až velmi zklamáni.

Otázka č. 17: Mít koníčky

Tabulka 19: Koníčky

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	47	43	Zcela spokojen	32	29
Velmi důležité	32	29	Velmi spokojen	36	33
Středně důležité	26	23	Spíše spokojen	37	34
Málo důležité	3	3	Nespokojen	5	4
Bezvýznamné	2	2	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Většina respondentů (95 %) vnímá koníčky jako důležité, zbylých 5 % jako málo důležité až bezvýznamné.

V oblasti spokojenosti s koníčky jsou senioři spokojeni, pouze 8 % respondentů je nespokojeno. Tenhle výsledek je přičítán tomu, že jim výběr volnočasových aktivit omezuje jejich zdravotní stav nebo finanční situace.

Otázka č. 18: Být v bezpečí

Tabulka 20: Bezpečí

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	21	19	Zcela spokojen	45	41
Velmi důležité	41	37	Velmi spokojen	21	19
Středně důležité	38	35	Spíše spokojen	42	38
Málo důležité	10	9	Nespokojen	2	2
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Potřeba jistoty a bezpečí je důležitá pro každého z nás, respondenti odpovídali podobně, jen 9 % dotazovaných považuje bezpečí za málo důležité.

Ve spokojenosti s jistotou a bezpečím jsou spokojeni, jen 2 % uvedla, že jsou nespokojeni.

Otázka č. 19: Práce

Tabulka 21: Práce

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	24	22	Zcela spokojen	18	16
Velmi důležité	33	30	Velmi spokojen	8	6
Středně důležité	38	34	Spíše spokojen	17	16
Málo důležité	12	11	Nespokojen	58	53
Bezvýznamné	3	3	Velmi zklamán	10	9
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Práce je důležitá pro 86 % respondentů, málo důležitá až bezvýznamná pro 14 % těchto lidí.

Spokojenost s prací je u 38 % respondentů a 62 % respondentů je s prací nespokojeno.

Se vzrůstajícím věkem se zhoršují zdravotní problémy, které omezují jejich pracovní možnosti.

Otázka č. 19: Spravedlnost

Tabulka 22: Spravedlnost

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	16	14	Zcela spokojen	41	37
Velmi důležité	37	34	Velmi spokojen	29	26
Středně důležité	36	33	Spíše spokojen	35	32
Málo důležité	6	6	Nespokojen	5	5
Bezvýznamné	15	14	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Spravedlnost za důležitou považuje 81 % respondentů, a 19 % ji považuje za málo důležitou až bezvýznamnou.

Spokojenost se spravedlností je 95 % a pouze 5 % je nespokojeno.

Otázka č. 20: Svoboda

Tabulka 23: Svoboda

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	44	40	Zcela spokojen	45	37
Velmi důležité	39	35	Velmi spokojen	42	26
Středně důležité	23	21	Spíše spokojen	18	32
Málo důležité	4	4	Nespokojen	3	5
Bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	2	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Oblast svobody považuje 40 % respondentů za nezbytnou, 35 % za velmi důležitou, 21 % za středně důležitou a 4 % za málo důležitou. Pocit svobody je důležitý pro každého člověka bez ohledu na věk.

41 % respondentů je zcela spokojeno se svobodou, 38 % velmi spokojeno, 16 % spíše spokojeno, 3 % jsou nespokojeni, 2 % velmi zklamána.

Otázka č. 21: Krása a umění

Tabulka 24: Krása a umění

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	15	14	Zcela spokojen	30	27
Velmi důležité	19	17	Velmi spokojen	21	19
Středně důležité	62	56	Spíše spokojen	38	35
Málo důležité	10	9	Nespokojen	21	19
Bezvýznamné	4	4	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

U důležitosti krásy a umění odpovědělo 56 % účastníků, že je to pro ně spíše důležité. Pokud senior trpí určitými zdravotními problémy, zájem o tuto oblast spíše klesá.

V oblasti spokojenosti respondenti odpovídali, že jsou spíše spokojeni (35 %), zcela spokojeni, (27 %), velmi spokojeni (19 %) a nespokojeni (19 %).

Otázka č. 22: Pravda

Tabulka 25: Pravda

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	50	45	Zcela spokojen	39	36
Velmi důležité	38	35	Velmi spokojen	25	23
Středně důležité	17	15	Spíše spokojen	31	28
Málo důležité	5	5	nespokojen	7	6
bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	8	7
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Senioři pravdu považují za důležitou 95 %, což vypovídá o jejich morálních hodnotách. 5 % odpovědělo, že pravda je pro ně málo důležitá.

V hodnocení spokojenosti je 87 % spokojeno s pravdou a zbylých 13 % je nespokojeno až zklamáno.

Otázka č. 23: Peníze

Tabulka 26: Peníze

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	82	75	Zcela spokojen	11	10
Velmi důležité	22	20	Velmi spokojen	30	27
Středně důležité	6	5	Spíše spokojen	47	43
Málo důležité	0	0	nespokojen	22	20
bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Důležitost financí hodnotí 75 % respondentů jako důležitou, 20 % velmi důležitou a 5 % středně důležitou. Nikdo neoznačil možnost „málo důležité, bezvýznamné“.

43 % respondentů uvádí, že je spíše spokojeno s penězi, 27 % jsou velmi spokojeni, 10 % zcela spokojeni a 20 % respondentů uvedlo, že jsou s jejich finanční situací nespokojeni.

Otázka č. 24: JídloTabulka 27: **Jídlo**

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
Nezbytné	60	54	Zcela spokojen	40	36
Velmi důležité	38	35	Velmi spokojen	30	27
Středně důležité	10	9	Spíše spokojen	36	33
Málo důležité	2	2	nespokojen	4	4
bezvýznamné	0	0	Velmi zklamán	0	0
CELKEM	110	100	CELKEM	110	100

Komentář:

Pro 98 % respondentů je dobré jídlo důležité, pouze 2 % respondentů uvedla, že je pro ně dobré jídlo málo důležité.

Spokojeno s jídlem je 96 % respondentů, jen 4 % jsou nespokojena. Z těchto odpovědí je patrné, že respondenti jsou se stravováním v těchto zařízeních spokojeni.

Tabulka 28: VYHODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

Senioři žijící v Domě s pečovatelskou službou

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1. být zdravý	67 %	33 %	0 %	0 %	0 %
2. být fyzicky soběstačný	60 %	40 %	0 %	0 %	0 %
3. cítit se psychicky dobře	52 %	44 %	4 %	0 %	0 %
4. příjemné prostředí a bydlení	62 %	29 %	5 %	4 %	0 %
5. dobře spát	51 %	31 %	13 %	5 %	0 %
6. rodinné vztahy	20 %	51 %	29 %	0 %	0 %
7. vztahy s ostatními lidmi	25 %	42 %	33 %	0 %	0 %
8. mít a vychovávat děti	35 %	58 %	3 %	2 %	2 %
9. postarat se o sebe	54 %	35 %	9 %	2 %	0 %
10. milovat a být milován	16 %	71 %	5 %	4 %	4 %
11. mít sexuální život	9 %	6 %	22 %	27 %	36 %
12. odpočívat ve volném čase	4 %	34 %	22 %	35 %	5 %
13. mít koníčky ve volném čase	39 %	25 %	29 %	5 %	2 %
14. být v bezpečí	27 %	31 %	40 %	2 %	0 %
15. práce	16 %	9 %	51 %	19 %	5 %
16. spravedlnost	15 %	22 %	35 %	10 %	18 %
17. svoboda	45 %	29 %	24 %	2 %	0 %
18. krása a umění	18 %	16 %	57 %	9 %	0 %
19. pravda	69 %	18 %	11 %	2 %	0 %
20. peníze	82 %	9 %	9 %	0 %	0 %
21. dobré jídlo	55 %	33 %	9 %	3 %	0 %

Tabulka 29: VYHODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

Senioři žijící v Domově pro seniory

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1. být zdravý	36 %	55 %	9 %	0 %	0 %
2. být fyzicky soběstačný	33 %	44 %	16 %	7 %	0 %
3. cítit se psychicky dobře	20 %	60 %	18 %	2 %	0 %
4. příjemné prostředí a bydlení	81 %	15 %	4 %	0 %	0 %
5. dobře spát	54 %	42 %	4 %	0 %	0 %
6. rodinné vztahy	51 %	36 %	5 %	4 %	4 %
7. vztahy s ostatními lidmi	33 %	63 %	4 %	0 %	0 %
8. mít a vychovávat děti	41 %	24 %	35 %	0 %	0 %
9. postarat se o sebe	34 %	40 %	24 %	2 %	0 %
10. milovat a být milován	56 %	35 %	2 %	5 %	2 %
11. mít sexuální život	4 %	7 %	18 %	49 %	22 %
12. odpočívat ve volném čase	71 %	20 %	9 %	0 %	0 %
13. mít koníčky ve volném čase	47 %	33 %	18 %	0 %	2 %
14. být v bezpečí	11 %	44 %	29 %	16 %	0 %
15. práce	27 %	51 %	18 %	4 %	0 %
16. spravedlnost	15 %	45 %	31 %	0 %	9 %
17. svoboda	35 %	42 %	18 %	5 %	0 %
18. krása a umění	10 %	18 %	56 %	9 %	7 %
19. pravda	22 %	51 %	20 %	7 %	0 %
20. peníze	67 %	31 %	2 %	0 %	0 %
21. dobré jídlo	55 %	36 %	9 %	0 %	0 %

Tabulka 30: HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Senioři žijící v Domě s pečovatelskou službou

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
22. zdraví	22 %	60 %	16 %	2 %	0 %
23. fyzická soběstačnost	31 %	18 %	51 %	0 %	0 %
24. psychická podpora	18 %	51 %	22 %	9 %	0 %
25. prostředí bydlení	55 %	36 %	9 %	0 %	0 %
26. dobrý spánek	35 %	22 %	27 %	11 %	5 %
27. rodinné vztahy	60 %	22 %	9 %	9 %	0 %
28. vztahy s ostatními	38 %	18 %	31 %	13 %	0 %
29. děti	36 %	20 %	35 %	0 %	9 %
30. péče o sebe sama	37 %	25 %	16 %	22 %	0 %
31. láska	15 %	9 %	46 %	28 %	2 %
32. sexuální život	9 %	14 %	4 %	64 %	9 %
33. odpočinek	58 %	20 %	13 %	9 %	0 %
34. koníčky	18 %	22 %	44 %	16 %	0 %
35. pocit bezpečí	27 %	20 %	53 %	0 %	0 %
36. práce	25 %	9 %	13 %	35 %	18 %
37. spravedlnost	18 %	22 %	51 %	9 %	0 %
38. svoboda	18 %	58 %	15 %	5 %	4 %
39. krása a umění	27 %	22 %	42 %	9 %	0 %
40. pravda	35 %	22 %	16 %	13 %	14 %
41. peníze	9 %	36 %	35 %	20 %	0 %
42. jídlo	18 %	27 %	51 %	4 %	0 %

Tabulka 31: HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Senioři žijící v Domově pro seniory

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
22. zdraví	51 %	27 %	11 %	7 %	4 %
23. fyzická soběstačnost	27 %	47 %	17 %	9 %	0 %
24. psychická podpora	49 %	35 %	11 %	0 %	5 %
25. prostředí bydlení	69 %	20 %	11 %	0 %	0 %
26. dobrý spánek	42 %	18 %	36 %	4 %	0 %
27. rodinné vztahy	38 %	60 %	2 %	0 %	0 %
28. vztahy s ostatními	16 %	24 %	36 %	15 %	9 %
29. děti	45 %	35 %	5 %	4 %	11 %
30. péče o sebe sama	29 %	22 %	38 %	11 %	0 %
31. láska	18 %	35 %	42 %	5 %	0 %
32. sexuální život	9 %	5 %	16 %	64 %	6 %
33. odpočinek	27 %	42 %	4 %	13 %	15 %
34. koníčky	45 %	33 %	22 %	0 %	0 %
35. pocit bezpečí	55 %	18 %	24 %	3 %	0 %
36. práce	7 %	4 %	18 %	71 %	0 %
37. spravedlnost	56 %	31 %	13 %	0 %	0 %
38. svoboda	64 %	18 %	18 %	0 %	0 %
39. krása a umění	28 %	17 %	27 %	28 %	0 %
40. pravda	36 %	24 %	40 %	0 %	0 %
41. peníze	11 %	18 %	51 %	20 %	0 %
42. jídlo	55 %	27 %	15 %	3 %	0 %

4.10 Závěry výzkumu

K vyhodnocení důležitosti, ke kterému se vztahují hypotézy č. 1–3 vybraných oblastí potřebných pro kvalitní život seniorů, jsem použila výsledky z prvních tří možností, které byly na škále důležitosti – nezbytné a velmi důležité, středně důležité.

K vyhodnocení spokojenosti respondentů se vztahují hypotézy č. 4-6 a zde jsem použila výsledky z prvních 3 možností na hodnotící škále – zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen.

H1: V hodnocení oblasti důležitosti nejsou velké rozdíly mezi seniory žijícími v domě s pečovatelskou službou a seniory žijícími v domě pro seniory.

Rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na typu pobytového zařízení v oblasti důležitosti, nám znázorňuje tabulka č. 49 a tabulka č. 50. Největší odlišnosti jsem našla v důležitosti fyzické soběstačnosti, a to tak, že pro seniory žijící v DPS je fyzický stav velmi důležitý, dá se říct i nezbytný, kdežto pro seniory v DS méně. Zaznamenala jsem také rozdíly v důležitosti rodinných vztahů, kde senioři žijící v DPS kladou na rodinné vztahy větší důležitost než senioři v DS. Dále lze z výsledků vyčíst odlišnosti v přikládání důležitosti odpočinku, pro seniory v DS je odpočinek více důležitý než pro seniory v DPS. Pro seniory v DPS je bezpečnost důležitější než pro seniory v DS, a naopak práce je v životě více důležitá pro seniory v DS. Spravedlnosti pak přikládají vyšší důležitost senioři v DS. A posledním značným rozdílem důležitosti byly odpovědi na důležitost krásy a bezpečí, kde pro seniory v DS je tato hodnota důležitější.

Hypotéza je **falzifikována**.

H2: Senioři žijící v domově pro seniory považují oblast „odpočívání“ za důležitější než senioři žijící v domě s pečovatelskou službou.

Pro porovnání důležitosti v oblasti „odpočívání ve volném čase“ jsem využila tabulky č. 49 a 50, ze kterých vyplývá, že pro seniory žijící v domově pro seniory je odpočinek důležitější než pro seniory žijící v domě s pečovatelskou službou s rozdílem 40 %. Z daného výsledku můžeme pozorovat, že v domovech pro seniory žije vyšší věková kategorie uživatelů, kteří potřebují více odpočinku.

Hypotéza je **verifikována**.

H3: Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou považují oblast „mít koníčky“ za důležitější než senioři žijící v domově pro seniory.

Z tabulky číslo 49 a 50 vyplývá, že pro seniory žijící v domově pro seniory je o 5 % důležitější mít koníčky než pro seniory žijící v domě s pečovatelskou službou. Tento výsledek přisuzuji tomu, že senioři v domě s pečovatelskou službou jsou vytíženější, starají se o svou domácnost, většina seniorů si sama vaří obědy, naproti tomu v domovech pro seniory vyplňují a plánují jejich volný čas aktivizační pracovnice.

Hypotéza je **falzifikována**.

H4: V oblasti důležitosti příjemného prostředí a bydlení nejsou velké rozdíly mezi seniory žijící v domě s pečovatelskou službou a seniory žijící v domě pro seniory.

V této oblasti dle tabulky č. 49–50 jsou senioři žijící v DS spokojenější než senioři, kteří bydlí v DPS, což přisuzuju faktu, že je v DPS poskytována nedostatečná péče lidem, kteří ji potřebují 24 hodin denně, ale kvůli nedostatku volného místa z kapacitních důvodů nelze přejít do jiného typu sociální služby.

Hypotéza je **falzifikována**.

H5: Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou jsou se svým zdravím spokojenější než senioři v domově pro seniory.

Jak lze vidět v tabulkách 51 a 52, senioři žijící v domě s pečovatelskou službou jsou se svým zdravím spokojenější než senioři žijící v domově pro seniory, a to o 9 %. Tyhle výsledky mohly být ovlivněny věkem respondentů (DPS jsou mladší uživatelé než v DS, ale péče je seniorům v obou zařízeních poskytována podle jejich potřeb).

Hypotéza je **verifikována**.

H6: Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou jsou se v oblasti rodinných vztahů spokojenější než senioři v domově pro seniory.

Senioři v domově pro seniory jsou s rodinnými vztahy spokojenější než senioři, kteří žijí v DPS, tento rozdíl je 9 %. Dotazovaní při výzkumu uváděli, že jsou rádi, když je jednou za půl roku rodina navštíví nebo si je vezmou domů. Z důvodu zaměstnání na respondenty

nemají moc času. I přesto můžeme pozorovat, že senioři jsou s rodinnými vztahy spokojeni a jsou vděční za každou rodinnou návštěvu.

Hypotéza je **falzifikována**.

H7: V hodnocení oblasti spokojenosti nejsou velké rozdíly mezi seniory žijící v domě s pečovatelskou službou a seniory žijící v domě pro seniory.

Při ověřování hypotézy jsem našla značné rozdíly v míře kvality života seniorů v závislosti na typu pobytového zařízení (tabulky č. 51 a č. 52). Vyskytují se jak ve zdraví, tak ve fyzické spokojenosti, přičemž se zdravotním stavem jsou více spokojeni klienti DPS. V oblasti spokojenosti se spánkem jsou spokojenější senioři v DS. Ve spokojenosti vztahů s ostatními lidmi jsou pozitivní převážně respondenti žijící v DPS. Více spokojeni s péčí o sebe sama jsou senioři v DS, nejspíš také díky tomu, že zde funguje dopomoc/pomoc pracovníka 24 hodin denně, což v domě s pečovatelskou službou není. V oblasti odpočinku jsou spokojenější senioři v DPS, což mě nepřekvapuje z důvodu většího počtu jednolůžkových pokojů než v domově pro seniory. V DS jsou senioři spokojenější s koníčky, nejspíš z toho důvodu, že v DS mají senioři větší možnost aktivizace a výplně jejich volného času. V hodnocení oblasti práce jsou také viditelné rozdíly, možná proto, že lidé z DPS mají menší zdravotní znevýhodnění a jsou věkově mladší. Poslední rozdíl je ve spokojenosti s pravdou, senioři žijící v DPS jsou méně spokojeni než senioři v DS.

Hypotéza je **falzifikována**.

ZÁVĚR

„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“

(Michel Eyquem de Montaigne)

Procesem stárnutí a stáří si většinou projde každý z nás a je jen na nás, jak se na stáří adaptujeme, jak k němu budeme přistupovat a jak ho budeme prožívat. Každý jedinec ke stáří přistupuje jinak: někdo si stáří užívá, využívá plnohodnotně volný čas, navštěvuje své blízké, má aktivní styl života; jiný je uzavřený do sebe, nevyhledává společnost a stáří je pro něj spíše trestem. Někteří senioři se snaží stáří oddálit nebo zastavit, ale všichni víme, že tohle nelze, protože stáří je v našem životě nevyhnutelné.

Lidé se díky pokroku v medicíně dožívají vyššího věku, ale prodloužení věku by nemělo být jediným cílem stárnutí a stáří. Důležitým aspektem by mělo být i zlepšení kvality života seniorů a umožnit jim prožívat své stáří plnohodnotně, aktivním způsobem, a dle jejich potřeb.

Na kvalitu života pohlížíme každý jiným způsobem. Někdo je skromný a vystačí si s málem, jiný je velmi náročný a nebude spokojený nikdy. Na stáří se připravujeme celý život, vytváříme si finanční úspory, podmínky, ve kterých budeme chtít bydlet a je jen na nás, jak k této přípravě přistoupíme.

Kvalitu života neovlivňuje jen jedinec, ale i společnost a podmínky státu. V posledních letech se kvalita života posunula na vyšší úroveň, což dokazuje zákon o sociálních službách, jeho vyhláška a hodnocení a dodržování standardů kvality sociálních služeb.

Určité problémy pozoruji v negativním pohledu společnosti na staré lidi, kteří jsou vnímáni jako nepotřební a neprospěšní. Dalším problémem je také špatná informovanost o aktivním stárnutí a stáří.

Cílem praktické části diplomové práce bylo porovnat kvalitu života seniorů z hlediska důležitosti v různých oblastech života, totéž i z hlediska spokojenosti u seniorů žijících v domově pro seniory a domě s pečovatelskou službou. Cíl tedy považuji za splněný.

Výsledky jsem uvedla do tabulek a ke každé tabulce je uveden komentář. Při porovnání hypotéz jsem vytvořila tabulky, které jsem poté vyhodnocovala a každou hypotézu jsem

potvrdila (verifikovala) nebo vyvrátila (falzifikována). Z výzkumu vyplývá, že bylo 5 hypotéz vyvráceno a 2 byly potvrzeny.

Výsledky výzkumu značí, že celková kvalita života seniorů je na výborné úrovni, lze pozorovat inovaci v sociálních službách, která se pořád zlepšuje. Snaží se vyvážet jednolůžkové pokoje, aby senioři měli soukromí, a aby si mohli své pokoje vybavit vlastním nábytkem, fotkami. Prostě tak, aby si připadali jako doma.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARMSTRONG, Michael, 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1407-3.
- [2] ARNOLDOVÁ, Anna, 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3724-9.
- [3] ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.
- [4] BENGTON, Vern L. et al., 2016. *Handbook of theories of aging*. Third edition. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2942-0.
- [5] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [6] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [7] Filosofie-uspechu. Maslowova pyramida potřeb. [online]. © 2012 [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: http://www.filosofie-uspechu.cz/jak-motivovat-zamestnance/maslowova_pyramida/
- [8] GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.
- [9] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [10] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [11] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
- [12] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [13] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [14] HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4772-9.

- [15] JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5535-9.
- [16] KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [18] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [19] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [20] MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
- [21] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [22] MATOUŠEK, Oldřich, 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [23] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- [24] MÜHLPACHR, Pavel, 2017. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-260-3.
- [25] NOVÁKOVÁ, Radana, 2011. *Pečovatelská činnost II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-531-2.
- [26] Portal.mpsv. Příspěvek na péči [online]. © 2016 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
- [27] SALAJKA, František, 2006. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1306-3.
- [28] SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-62-5.
- [29] TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ, 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
- [30] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

- [31] Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky [online]. © 2017 [2017-11-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PnP Příspěvek na péči

DS Domov pro seniory

DPS Dům s pečovatelskou službou

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Koncepční model definující kvalitu života	28
Tabulka 2: Čtyři typy kvality života podle Veenhovena	29
Tabulka 3: Pohlaví respondentů	46
Tabulka 4: Věk respondentů	47
Tabulka 5: Bydliště respondentů	47
Tabulka 6: Hmotné zabezpečení	48
Tabulka 7: Zdraví	49
Tabulka 8: Fyzická soběstačnost	49
Tabulka 9: Psychická pohoda	50
Tabulka 10: Prostředí bydlení	51
Tabulka 11: Spánek	51
Tabulka 12: Rodinné vztahy	52
Tabulka 13: Vztahy s ostatními	53
Tabulka 14: Mít a vychovávat děti	53
Tabulka 15: Důležitost péče o sebe sama	54
Tabulka 16: Láska	55
Tabulka 17: Sexuální život	55
Tabulka 18: Odpočinek ve volném čase	56
Tabulka 19: Koníčky	57
Tabulka 20: Bezpečí	57
Tabulka 21: Práce	58
Tabulka 22: Spravedlnost	59
Tabulka 23: Svoboda	59
Tabulka 24: Krása a umění	60
Tabulka 25: Pravda	61
Tabulka 26: Peníze	61
Tabulka 27: Jídlo	62
Tabulka 28: VYHODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI	63
Tabulka 29: VYHODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI	64
Tabulka 30: HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI	65
Tabulka 31: HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI	66

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb.....	34
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Souhlas s použitím dotazníku SQUALA.....	79
Příloha 2: Dotazník SQUALA.....	80

Příloha 1: Souhlas s použitím dotazníku SQUALA



Dragomirecka, Eva Eva.Dragomirecka@ff.cuni.cz ▾

29. 10. 2017, 15:07

Komu: nov.kla@seznam.cz

✉ RE: Žádost o souhlas k použití dotazníku SQUALA



Vážená kolegyně,

dotazník můžete použít.

Srdečně zdravím
Eva Dragomirecká

Od: Klára Novotná [nov.kla@seznam.cz]

Odesláno: 28. října 2017 13:37

Komu: Dragomirecka, Eva

Předmět: Žádost o souhlas k použití dotazníku SQUALA

Dobrý den,

žádám Vás o souhlas k užití dotazníku SQUALA pro potřeby vypracování mé diplomové práce s názvem Kvalita života seniorů ve vybraných zařízeních ve Zlínském kraji.

Předem děkuji za kladnou odpověď,
s pozdravem,

Bc. Klára Novotná
tel: 731 318 102
studentka Fakulty humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati Zlín

Příloha 2: Dotazník SQUALA

Vážený pane, vážená paní,

Jmenuji se Klára Novotná a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského programu sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad pro zpracování praktické části mé diplomové práce. Moje diplomová práce je s názvem *KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ VE VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍCH ZLÍNSKÉHO KRAJE*.

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života seniorů.

Dotazník je zcela anonymní, odpovědi důvěrné a budou sloužit pouze jako podklad k mé diplomové práci.

V první části dotazníku prosím o vyplnění demografických údajů (zakroužkujte nebo vypište správnou odpověď). Ve druhé části dotazníku zjišťuji, jaké hodnoty považujete za důležité a jak si jich ceníte. A v poslední části Vás prosím o vyplnění, nakolik jste spokojen/a v určitých oblastech ve Vašem životě.

Předem Vám moc děkuji za ochotu, spolupráci a vyplnění mého dotazníku.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Prosím zakroužkujte, vypište správnou odpověď:

1. POHLAVÍ:

- a) muž
- b) žena

2. VĚK:

3. BYDLÍTE V:

- a) domově pro seniory
- b) domě s pečovatelskou službou

4. HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak hodnotíte svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

- a) podprůměrné
- b) průměrné
- c) nadprůměrné

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte (zaškrtnutím políčka) důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete níže uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1. být zdravý					
2. být fyzicky soběstačný					
3. cítit se psychicky dobře					
4. příjemné prostředí a bydlení					
5. dobře spát					
6. rodinné vztahy					
7. vztahy s ostatními lidmi					
8. mít a vychovávat děti					
9. postarat se o sebe					
10. milovat a být milován					
11. mít sexuální život					
12. odpočívat ve volném čase					
13. mít koníčky ve volném čase					
14. být v bezpečí					
15. práce					
16. spravedlnost					
17. svoboda					
18. krása a umění					
19. pravda					
20. peníze					
21. dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

Pokud ano, uveďte

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

V této tabulce zaznamenejte, do jaké míry se cítíte spokojen/a ve svém životě v různých oblastech, kterou jsou uvedeny níže v tabulce. Zaškrtněte příslušné okénko, které vyjadřuje míru Vaší spokojenosti.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
22. zdraví					
23. fyzická soběstačnost					
24. psychická podpora					
25. prostředí bydlení					
26. dobrý spánek					
27. rodinné vztahy					
28. vztahy s ostatními					
29. děti					
30. péče o sebe sama					
31. láska					
32. sexuální život					
33. odpočinek					
34. koníčky					
35. pocit bezpečí					
36. práce					
37. spravedlnost					
38. svoboda					
39. krása a umění					
40. pravda					
41. peníze					
42. jídlo					

Je ještě jiná oblast, ve které se cítíte spokojen/a, a není uvedena v tabulce?

Pokud ano, uveďte.....