

Aktivní stárnutí aneb kvalita života v kanadském sociálním zařízení

Aneta Hubená

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Hubená**
Osobní číslo: **H16266**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Aktivní stárnutí aneb kvalita života seniorů v kanadském sociálním zařízení**

Zásady pro vypracování

Analýza dokumentů, studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti – stáří, stárnutí, kvalita života, senior, sociální zařízení.
Příprava metodiky smíšeného designu výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace výzkumu technikou rozhovoru a obsahové analýzy.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DECTER, M. Navigating Canada's Health Care: A User Guide To Getting The Care You Need. Toronto: Penguin Group, 2006. 528 p. ISBN 978-0143050469.
DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
JANIŠ, K. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016. 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
ROSS-KERR, J. C. Canadian Fundamentals Of Nursing. Toronto: Elsevier Canada, 2013. 1551 p. ISBN 978-1-926648-53-8.
TOMEŠ, I. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Karolinum, 2017. 256 s. ISBN – 978-80-246-3612-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

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

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či 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 nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce zabývá aktivním stárnutím a kvalitou života kanadských seniorů v sociálním zařízení West Shore Village. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou.

Teoretická část je členěna na dvě hlavní části, v první části je vysvětlována zdravotní péče v Kanadě, ve druhé části je popisováno aktivní stárnutí a kvalitu života seniorů.

V empirické části jsou prezentovány výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření, byla použita dokumentace klientů a proběhl rozhovor s vrchní sestrou. Bylo zjištěno, že péče v domově pro seniory je rozdělena do samostatných balíčků a každý balíček má jinou cenu.

Klíčová slova: aktivní stárnutí, kvalita života, kanadští senioři

ABSTRACT

Bachelor's thesis is about active ageing and quality of life Canadians seniors in West Shore Village Retirement Home. The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical.

The theoretical part is split in two main components – the first component is about Health Care in Canada, the second component describes active ageing and quality of senior's life.

The empirical part presents the results of qualitative and quantitative research which was implement by study of clients records and interview with the Director of Care. It was found that care in the retirement house is divided into separate packages and each of them has different price.

Keywords: active ageing, quality of life, Canadian seniors

Děkuji Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za množství času, trpělivosti a cenných rad při vedení bakalářské práce. Velké poděkování patří mé rodině, která mi byla oporou během celého studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZDRAVOTNÍ PÉČE V KANADĚ.....	13
1.1 HISTORIE ZDRAVOTNÍ PÉČE	14
1.2 NYNĚJŠÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	15
1.4.1 Registrovaná sestra.....	19
1.4.2 Registrovaná praktická sestra.....	20
1.4.3 Pečovatelky	20
1.5 ZDRAVOTNÍ PÉČE V PROVINCII ONTARIO.....	21
1.6 PÉČE O SENIORY V KANADĚ	22
1.6.1 Agentury domácí péče.....	22
1.6.2 Seniorské bydlení pro dlouhodobou péči	23
2 AKTIVNÍ STÁRNUTÍ A KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	25
2.1 POJMY VYUŽÍVANÉ V KONCEPTU POZITIVNÍHO STÁRNUTÍ	26
2.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	27
2.2.1 Teoretické modely kvality života seniorů	28
2.2.2 Měřicí nástroje kvality života seniorů	28
2.3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH V KANADĚ	29
2.3.1 Přehled vyhledávacích kritérií.....	30
2.4 ANALÝZA DAT.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
3 WEST SHORE VILLAGE	39
3.1 VLASTNOSTI A VYBAVENÍ	39
3.2 SPOLEČENSKÉ A REKREAČNÍ AKTIVITY.....	40
3.3 OSOBNÍ PÉČE A SERVIS	41
3.4 UBYTOVÁNÍ	41
3.5 BUNGALOVY	41
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	43
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
4.3 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
4.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	45
4.5 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	46
4.6 ETICKÉ ASPEKTY	47
4.7 POSKYTOVANÉ BALÍČKY	48

5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	51
5.1	ROZHOVOR S VRCHNÍ SESTROU	51
5.2	ANALÝZA KVANTITATIVNÍCH DAT.....	54
6	DISKUZE	61
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	71
	SEZNAM TABULEK	73
	SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Téma stárnutí populace se dostalo do popředí již před mnoha lety, tento termín výrazně ovlivňuje společenské dění, vzhledem k tomu, že se procentuálně zvyšuje zastoupení osob starších 65 let, a to ve většině vyspělých zemí po celém světě, navíc tempo stárnutí se dle současných prognóz bude nadále zvyšovat. Témata zabývající se stárnutím a s tím se pojící kvalita života je tedy stále více aktuální. Nezanedbatelnou součástí problematiky je také zvážení, zda stárnoucí jedinec zůstane žít ve svém dosavadním domově, nebo bude nutné se přestěhovat do domova seniorů nebo jiného specializovaného sociálního zařízení. Obě z uvedených variant mohou mít pro seniora své výhody a nevýhody, které jej mohou ovlivnit ve výběru budoucího bydlení. Vzhledem k již zmíněnému stárnutí populace a s tím související prodlužující se délka života, je od konce minulého století rozvíjen koncept aktivního stárnutí. Lidé jsou obvykle aktivní ve více oblastech a aktivita se prolíná celým jejich životem. Celý koncept aktivního stárnutí je zaměřen proti určitému stereotypnímu vzorci, kdy je starý člověk opomíjen a pro společnost je spíše na obtíž.

Tato bakalářská práce zmiňuje nejen tematiku aktivního stárnutí, ale zaměřuje se především na kvalitu života seniorů v kanadském sociálním zařízení, které jsem měla možnost navštívit, při svém letním pobytu v Kanadě. Základním úkolem domovů pro seniory je zajistit stárnoucím klientům důstojný a kvalitní život v hezkém prostředí s pomocí starostlivého pečujícího personálu.

Ze své vysokoškolské praxe jsem měla možnost poznat, jak funguje domov seniorů v Česku, a chtěla jsem nahlédnout i do kanadského sociálního zařízení s účelem nasbírat potřebná data a ta použít do své práce.

Teoretická část je zpracována z článků z odborné literatury, představuje termíny pro uvedení do tématu o zdravotní péči v Kanadě, související historii péče, systém financování zdravotnictví, zdravotnický personál. Práce pokračuje definicemi aktivního stárnutí a kvality života seniorů, z nichž vychází také rešeršní šetření na téma kvality života seniorů v Kanadě na základě odborných databází pojednávajících o tomto tématu. Teoretická část je vystavěna primárně na zahraničních zdrojích. V empirické části je pak popsáno samotné sociální zařízení West Shore Village v Kanadě, v práci je přiblíženo, jak jsou jednotlivé budovy dle struktury klientů členěny, kdo z řad zdravotnických pracovníků o klienty pečuje a jak je financováno jeho struktura a řízení. V tomto zařízení dále probíhal výzkum, a to pomocí kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru s vrchní sestrou zařízení a dále kvantitativní metodou studiem dokumentace klientů zjišťující, jaké zdravotní a další služby

jsou jim poskytovány a za jaký finanční obnos. Tato bakalářská práce by svým základem mohla přispět k rozšíření znalostí o problematice stárnutí a kvalitě života seniorů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNÍ PÉČE V KANADĚ

Kanada se rozkládá na území severní části Severní Ameriky.¹

V roce 2019 měla Kanada 37,59 milionů obyvatel, to je ovšem relativně velmi málo na tak velkou zemi. Patří mezi země s jednou z nejmenších hustot osídlení obyvatel na km². První populační nárůst byl zpozorován díky evropské kolonizaci před zhruba 400 lety. Nárůst je ovšem patrný i v dnešní době. Díky otevřené migrační politice se Kanada řadí mezi nejvíce populačně rostoucí země na bázi imigrace. Podstatnou etnickou skupinou jsou Kanadčané. Mezi další významné skupiny se řadí Angličané, Skotové, Francouzi, Irové, Němci a Číňani.² Suverénně nejvíce obyvatel žije na jižní části Kanady podél hranic s USA, a to z důvodu, že je zde nejhostinnější území. V létě je zde teplo a zimy nejsou tak kruté, tudíž je tato oblast vhodná pro zemědělství. Dalším důvodem jsou obchodní styky se Spojenými státy. Oficiálními jazyky jsou angličtina a francouzština (World population review, online, © 2020).

¹ Společnou hranicí s USA vytváří nejdelší pozemní hranici na světě. Země je obklopena i řadou ostrovů, patří sem Kanadské arktické souostroví na severu, ostrov Newfoundland na východě, ostrov Vancouver na západě.

Jedná se o druhou největší zemi na světě. Svou rozlohou zaujímá 9,9 mil. km² a hraničí s třemi oceány: Pacifickým na západě, Arktickým na severu a Atlantským na východě. Napříč celým územím poskytuje Kanada kouzelné pohledy na mnoho rozličných krajin, od zvlněných plání a hor, až po chladné tundry na severu (Sauvé, 1997, s. 2), (Ivory, 2008, s. 10).

První lidé se na území Kanady vyskytovali již před 26 tisíci lety. Polovina obyvatel žila podél pobřeží Pacifiku a na území dnešního jižního Ontaria. Postupně se přistěhovalci rozšířili do velké části Severní a Jižní Ameriky. Okolo roku 500 př. n. l. přišli Inuité ze západní Aljašky. Původní obyvatelé žili v harmonii, respektovali přírodu jako poskytovatele života a brali si z ní jen to, co potřebovali k přežití. Vše se drasticky změnilo s příchodem Evropanů. Vikingským objevitelem byl Leif Eriksson. (Sauvé, 1997, s. 6-8), (Ivory, 2008, s.28) S přelomem patnáctého a šestnáctého století se na území dostávají opět evropské lodě. Ve službách Británie John Cabot, jež se roku 1497 vylodil na území dnešního Newfoundlandu, který byl později prohlášen za anglický. Francie vyslala Jacquese Cartiera v roce 1534, který své zemi zabral území Québecu. Francouzi zakládali na svém zabraném území města a kolonisté zde území osidlovali, středem se později stala provincie Québec. Kolonizace zpočátku probíhala bez konfliktů, avšak od sedmáctého století se začaly objevovat ozbrojené střety kvůli území, které získali Britové, v oblasti Québecu už však žilo mnoho Francouzů. Británie proto přijala Québec Act, jež obyvatelům umožňuje ponechat si francouzský občanský zákoník i rodný jazyk. (Sauvé, 1997, s. 6, 10,11; Ivory, 2008, s.28,30)

² Kanada je konstituční monarchie, jejíž hlavou je královna Velké Británie, Alžběta II. Královna jmenovala generální guvernérku, jíž je Julie Payetteová. Tento systém jmenování zástupce pro královnu je používán pro celé Britské společenství národů. Patří mezi demokratické země, se třemi stupni vlády: federálním, provinciálním a obecním. Skládá se z deseti provincií a tří teritorií. Mezi provincie patří Alberta, Britská Kolumbie, Manitoba, Nový Brunšvik, Newfoundland a Labrador, Nové Skotsko, Ontario, Ostrov prince Edwarda, Québec a Saskatchewan. Do teritorií se řadí Severozápadní teritoria, Nunavut a Yukon. (Sauvé, 1997, s. 32, 38, 39)

1.1 Historie zdravotní péče

V roce 1867 se země stala samostatnou vládnoucí kolonií se stranou British North America Act (tzv. Constitution act), která spojovala tři kolonie z původních čtyř provincií (ON, QB, NV, NB). Provincie nesly zodpovědnost za zdraví, edukaci a sociální služby. S rostoucí kanadskou populací se zvyšoval městský i průmyslový ruch, což způsobilo postupné zhoršení životních podmínek. Prostřednictvím provincií byl zajištěn zdravotnický personál, jež měl edukovat a kontrolovat hygienické návyky občanů. Zdravotní sestry, pracující v této komunitě, se staly prvními průkopnicí ve zrodu zdravotnictví jako funkčního celku. Pro venkovské komunity bylo náročné financovat nové lékaře, tento problém vyřešil federální Municipality Act 1916. Všechny venkovské komunity obdržely příspěvek pro možnost financování lékařů. Během hospodářské krize, která dramaticky zasáhla zdravotnický systém, si mnoho lidí nemohlo dovolit uhradit „medical bills“. Nemocniční pobyty tímto způsobily finanční zruinování. Se vzrůstajícími potřebami bylo zřejmé, že mnoho provincií nemělo daňový základ pro hrazení těchto služeb a zajištění paralelních služeb po celé zemi. Tyto těžkosti inspirovaly kanadskou provinciální vládu k vytvoření předplacené zdravotnické a lůžkové pojistky. Roku 1947 premiér Tommy Douglas ze Saskatchewanu představil veřejný univerzální lůžkový pojistný plán. Tento plán v roce 1957 vedl k HIDA (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act). HIDA poskytoval federální příspěvky k pokrytí zhruba poloviny výdajů. V roce 1961 již všechny provincie a teritoria poskytovaly zmíněné pokrytí pro lůžkovou nemocniční péči. Při zajištění zdravotnické péče mimo nemocnice se provincie Saskatchewan znovu ujmula vedení. Saskatchewan si díky federálnímu státnímu financování mohl dovolit uhradit pro polovinu lůžkové péče zdravotnickou pojistku a v roce 1962 byl vydán Medical Care Insurance Act. Tato legislativa však byla v rozporu s provinciálními lékaři, kteří 23 dnů stávkovali, což vedlo ke kompromisu, kdy autonomie lékařů byla zachována výměnou za souhlas s jedním plátcem, jenž bude financovat jejich služby. V roce 1972 se zdravotnická pojistka rozšířila i na zdravotnickou péči mimo nemocnici (Astle, Duggleby et col., 2019, s. 16-17); (Government of Canada, online, © 2020). V roce 1984 vznikl sloučením HIDA a Medical Care Insurance Act tzv. „Canada Health Act“ (CHA) - Kanadský zákon o zdraví, je to kanadská federální legislativa pro veřejné financování zdravotního pojištění, obsahuje kritéria a podmínky, které požadují dané provincie a teritoria, poskytnout univerzální pokrytí nezbytné lékařské a nemocniční služby bez poplatku navíc pro pacienta. Obsahuje 5 podmínek, jež musí plán zdravotní péče daných provincií a teritorií dodržovat, aby provincie získaly federální dotaci.

Mezi těchto zmíněných pět podmínek patří: - veřejná správa - plán zdravotní péče každé provincie musí být řízen neziskovou veřejnou organizací, zodpovídající se vládě, - přístupnost všem - provincie musí poskytovat stejné pojištění na služby všech potřebných lékařů a nemocnic, na chirurgické i dentální služby poskytované v nemocnicích, - universálnost - pojištění musí být přístupné všem residentům provincie za jednotných podmínek (pro nově příchozí čekací lhůta nesmí přesáhnout 3 měsíce), - přenosnost - ten občan, který se právě v provincii nenachází, je stále pojištěn, - přístupnost - lékaři a dentisté mají nárok na rozumnou úhradu za jimi poskytované služby. V provinciích je tak poskytována pojištěncům zdarma zdravotní péče (Government of Canada, online, © 2020), (Church, MacKinnon, 2010, s. 41).

1.2 Nynější zdravotní péče

Podle Bennetta je zdravotní péče v Kanadě již dlouhá léta chápána jako nejlepší zdravotní systém na světě a často se používá jako referenční. Špičková zdravotní péče je poskytována každému občanovi, a to díky všeobecné dostupnosti a státnímu financování. Není podstatné, zda občan cestuje do jiné provincie Kanady, péče je v celé zemi jednotná. Podle WHO kvalitně fungující zdravotnický systém vyžaduje především stabilní financování, dobře zaškolené, adekvátně placené pracovní síly a spravované zařízení, odpovídající normám. Nezbytný přístup ke spolehlivým informacím, na nichž lze založit správná rozhodnutí. Na základě posledních studií byla Kanada ohodnocena a umístěna jako země s nejkvalitnější zdravotní péčí (Bennett, Archbold, 2000, s. 3).

Kvalitní zdravotní péči zajistí vláda prostřednictvím federálních norem. Kanadská zdravotnická zařízení jsou nákladově efektivní, protože mají jednodušší administrativní systém (Sauvé, 1997, s. 247).

Federální vláda zde má čtyři povinnosti. Mezi ně patří:

- Stanovení a udržování standardů péče o kanadskou zdravotní péči
- Plnění funkcí souvisejících se zdravím, jako je regulace léčiv a chemikálií.
- Zajištění přístupu k zdravotní péči pro první národy a další skupiny.
- Poskytování financování pro území a provincie (Effective Public Healthcare, online, © 2020).

Federální vláda zastává ve zdravotnictví svou roli, zahrnuje poskytování primárních a dalších služeb určitým skupinám obyvatel. Mezi něž patří: první obyvatelé žijící v

rezervacích; Inuité; příslušníci sloužící kanadským ozbrojeným silám; způsobilí veteráni a vězni ve federálních věznicích. Naopak turisté a ti, jež nejsou občany Kanady nebo získali status trvalého pobytu, si musí péči hradit ze svých prostředků.

Veřejně financovaný systém zdravotní péče se označuje termínem medicare. V Kanadě je nejlépe popsán jako vzájemně propojený soubor deseti provinčních a tří územních zdravotnických systémů, jeden pro každou provincii nebo území.

Tento systém poskytuje přístup k široké škále zdravotnických služeb, všichni kanadští obyvatelé tak mají přístup k zdravotnickým a lékařským službám. Dále se díky tomuto systému financují zdravotničtí pracovníci (Effective Public Healthcare, online, © 2020).

Zdravotní péče se v zemi dělí na primární, sekundární služby. Pakliže Kanadčan potřebuje zdravotní péči, nejčastěji využívají služeb primární zdravotní péče. Jedná se o poskytnutí služeb prvního kontaktu, a také zajištění kontinuity péče. Primární zdravotní péče je stále komplexnější, zahrnuje pohotovostní službu, nemocniční a specializovanou péči, rehabilitační služby, paliativní péči.

Naopak mezi sekundární služby se řadí specializovaná péče v nemocnici nebo v zařízení dlouhodobé péče. Služby sekundární zdravotní péče bývají poskytovány i doma u pacienta. Doporučení pro domácí nebo ústavní péči mohou poskytovat lékaři, nemocnice, komunitní agentury, rodiny a pacienti sami. Ve zdravotnictví odborníci posuzují potřeby pacientů a vše je koordinováno tak, aby byla poskytnuta kontinuita péče. Péči poskytují často rodinní příslušníci nebo pečovatelé (Government of Canada, online, © 2020).

Komplexní ošetrovatelská péče probíhá především v nemocničních zařízeních. Mnoho nemocnic bylo založeno misionáři a jezuitskými knězi, dle křesťanské tradice pomáhat nemocným. Další nemocnice s veřejným zdravotnickým systémem byly přidruženy k církvi. Dvě z mnoha pozoruhodných příkladů jsou St. Michael's Hospital a Catholic Hospital, nemocnice v centru města Toronto, které zde směřují potenciální pacienty. V Montrealu je to Jewish General Hospital, nemocnice, která se zaměřuje na péči o geriatrické pacienty a výzkum (Church, MacKinnon, 2010, s. 180-181).

V současnosti mohou být nemocnice rozděleny do několika skupin:

1. Community hospitals – malé až střední nemocnice v menších městech, mohou se zde provádět lehké procedury a operace. Trendem je nyní nezavádět žádné chirurgické výkony, což způsobilo starosti v daných komunitách, jelikož občané považují za nutnost poskytovat služby při výskytu vážnějších situací, kde by měl figurovat erudovaný personál.

2. Tertiary hospitals – v těchto nemocnicích je typicky prováděn komplex chirurgických výkonů, např. transplantace orgánu, otevřené operace srdce. Pacienti zde obvykle přicházejí na pokyn svého praktického lékaře, z Community hospital nebo jsou přeloženi z jiné nemocnice, někdy záchrannou službou nebo helikoptérou. Někteří rozdělují Tertiary hospitals na další subkategorie, jež se nazývají Quaternary hospitals, které poskytují nižší specializační služby, jako je například pokročilá traumatická péče.

3. Regional hospitals – tato zařízení jsou kombinací Community hospitals a Tertiary hospitals, ale svým systémem se hodně podobají Community hospitals.

4. Specialty hospitals – odnož od Tertiary hospitals a zaměřují se na jedinečný aspekt péče nebo specifického pacienta (Church, MacKinnon, 2010, s. 180-181).

1.3 Financování kanadského zdravotnictví

Kanadský zdravotní systém je primárně financován federální a provinční vládou, většinou z daňových příjmů. Federální a provinční vláda se podílí na financování těchto nákladů. Federální vláda přispívá přibližně 35 % na veřejné financování zdravotní péče, tyto peníze zpřístupňuje provinciím a teritoriím, které je pak využívají k hrazení svých vlastních programů Medicare. Provinční vlády vyjednávají s lékaři poplatky, vytvářejí rozpočty na operace pro nemocnice a schvalují jejich investiční výdaje (Government of Canada, online, © 2020).

Všechny peníze v kanadském systému zdravotní péče však nepocházejí ze zmíněného zdanění. Recepty na léky jsou v některých provinciích hrazeny starším osobám a chudým občanům, stejně jako brýle a kontaktní čočky a veškeré léčení v soukromě vlastněných

zařízeních. Velkou roli však hrají také charitativní příspěvky, a to především při hrazení nových nemocničních programů (Effective Public Healthcare, online, © 2020).

Existuje i soukromé zdravotní pojištění na ty služby, které nejsou pokryty veřejným pojištěním, např. poplatky za soukromé nebo napůl soukromé pokoje ve veřejných zařízeních, kosmetická chirurgie nezahrnutá do veřejného pojištění, stomatologická péče, jelikož v Kanadě neexistuje národní plán stomatologického pojištění (Parlamentní institut, online, ©1995)

1.4 Zdravotnický personál

Zdravotničtí pracovníci tvoří jeden z největších přínosů kanadského systému zdravotní péče. (Canadian Institute for Health Information, online, © 2020).

V nemocnici je možné se setkat s mnoha členy zdravotnického týmu. Ošetřující lékař zastává důležitou funkci vedoucího týmu a nese odpovědnost za veškerá přijatá opatření, která mají vliv na péči o pacienta, včetně diagnózy.

V menších komunitách může působit jako ošetřující lékař primární péče, jež má rozhodující vliv na ošetření nemocného. Pakliže se potýká pacient s vážným specifickým problémem, požádá ošetřující lékař o pomoc z řad kolegů specialisty. Odborníkem může být lékař, který je vyškolen v diagnostice a léčbě poruch nejen interních tělních systémů a soustav zajišťující zdravé fungování organismu, ale také třeba chirurg zaměřující se na zvláštnosti a zajímavosti ve svém oboru.

Důležitým profesním partnerem lékaře jsou erudované zdravotní sestry. Právě ony zastupují v Severní Americe nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu. Pracují nejen v nemocnicích, ale také v lékařských ordinacích, školách, domácí péči a v zařízeních pro dlouhodobě nemocné. V současné době lze stále častěji vidět odvážné sestry čelící výzvam ve zdravotnictví. Ošetřovatelství se také stalo tzv. “co-ed” (coeducational – mužské a ženské pohlaví se učí společně v jedné škole). Ačkoliv téměř 98 % severoamerických sester zastupují ženy, muži vstoupili do tohoto oboru s velkým potenciálem a jejich počet pravděpodobně bude stále vzrůstat (Lindenburger, 1998, s. 95-96).

Dalšími významnými členy zdravotnického týmu jsou fyzioterapeuti hodnotící pacientovu sílu, koordinaci a navrhnou krátké nemocniční cvičební programy, které lidem pomáhají lépe fyzicky fungovat a stát se více nezávislími.

Nemocniční diety zajišťují registrovaní dietologové, jež absolvovali specializované výživové a lékařské školení, což jim pomáhá určit stravovací návyky pacienta a naplánovat stravování v zařízení i mimo něj, dle požadavků lékaře. Zároveň při sestavování diet berou v úvahu pacientovy osobní, náboženské a kulturní preference. (Merck manual, online, © 2018)

Každý zaměstnanec ve zdravotnickém zařízení musí nosit pracovní uniformu. Zdravotní sestry mají na výběr rozmanitou škálu zdravotnických uniforem. V některých nemocnicích jsou zaměstnanci rozlišeni dle svého pracovního zařazení rozdílným spektrem barevných uniforem. Zejména ve velkých nemocnicích barevné uniformy pomáhají rozlišovat zdravotnický personál mezi různými odděleními v nemocnici. Je to jednodušší nejen pro zaměstnance, ale i pro pacienty a kohokoliv, kdo přijde do zařízení. Jiná zařízení dovolují svým zaměstnancům si vybrat z rozmanité škály nejen barev, ale i výstředních vzorů uniforem, jež trh nabízí. V nemocnicích, které nevyžadují, aby se jejich zaměstnanci oblékali podle určených barev, může být výběr barevného vzoru dle libosti matoucí, protože například někdo může zaměnit zaměstnance za rezidenta (Dress A Med, online, © 2020).

1.4.1 Registrovaná sestra

Sestra může v Kanadě vykonávat svou profesi jen pokud má registraci v dané provincii. Náplní práce sestry není pouze péče o nemocné pacienty. Plní rozhodující roli v edukaci o pacienta, preventivní medicíně, podpoře zdraví, komunitní činnosti a službě. Vzdělání sestry se liší od komunitního vysokoškolského diplomovaného programu, až po 4letý univerzitní program, který si mnoho sester zvolí po absolvování diplomovaného programu. Avšak stále více se univerzitní programy stávají určitou normou (Lindenburger, 1998, s. 95-96).

V kanadském zdravotnictví je nejvíce registered nurse (RN) registrovaných sester, mají největší zodpovědnost v jakémkoliv zdravotnickém zařízení.

Aby sestra měla pozici jako vrchní sestra, dozorová sestra, sestra instruktorka nebo hlavní sestra, musí být registrovaná sestra v nemocnici. Stále více se objevuje zdravotní sestra specialista. Tyto sestry jsou školeny v různých specifických oblastech

a často slouží jako odborný konzultant dalším zdravotním sestřím. Takové sestry mají často magisterské vzdělání a stále více z nich si otevírá vlastní praxi. (např. sestra se zaměřením na chronické rány, diabetická sestra a další). Avšak prozatím je zdravotní péče stále v drtivé většině řízena lékaři (Lindenburger S.,1998 s. 98-99).

1.4.2 Registrovaná praktická sestra

Vedle registrované sestry jsou tu další kategorie sester, kde nejvíce rozšířena je registered practical nurse (RPN), registrovaná praktická sestra. Tyto sestry mohou mít různé označení podle dané provincie či státu. Například registered nursing assistant (RNA) registrovaný zdravotnický asistent, Licensed Practical Nurse (LPN), licencovaná praktická sestra. Vzdělání praktické sestry je obvykle 10-12 měsíců na komunitní college nebo odborné škole. Registrované sestry obvykle zodpovídají za praktické sestry v poskytování péče o pacienta (Lindenburger, 1998, s. 98-99).

1.4.3 Pečovatelky

Pečovatelky a ošetřovatelky patří mezi nižší zdravotnický personál. Extrémně sporným problémem dnešních sester je příchod pracovníků známých jako Personal Care Attendant (PCA) – ošetřovatel. PCA jsou vyškoleny dát určité rutinní aspekty v oblasti patientské péče, jako je koupání nebo krmení. Nemocnice váhaly použít tyto PCA, především kvůli snižování nákladů v zařízeních. Použití ošetřovatelů zvýšilo obavy mezi registrovanými sestrami a širokou veřejností kvůli patientské bezpečnosti, jelikož PCA nejsou tak kvalifikováni jako sestry. Jsou součástí health care systému a při hospitalizaci pečují o klienta. V dlouhodobém zařízení, jako je domov důchodců se lze setkat s různými druhy Personal Care Worker – pečovatel, někdy taky jako Health Care Aid. Pracují pod vedením registrovaných sester. Tento zdravotnický personál je kvalifikován poskytnout základní péči v oblasti hygieny, výživy, oblékání (Lindenburger, 1998, s. 99-100).

1.5 Zdravotní péče v provincii Ontario

Provincie Ontario leží ve východní části země, na západě sousedí s provincií Manitoba, na jihu vytváří s USA hranici jen řeky a jezera. Dále sousedí s provincií Québec na východě a je ohraničeno Hudsonovým a Jamesovým zálivem na severu.

Rozlohou je Ontario druhou největší provincií. V současné době má více než 12 milionů obyvatel, což jí přisuzuje prvenství nejlidnatější provincie celé země. Hlavní město je označované jako nejkosmopolitnější město na světě, a to z důvodu značného příchodu migrantů z celého světa (Jak do Kanady, online, © 2020); (Orbion, online, © 2020).



Obrázek 1 Mapa Kanady (maps Canada,online © 2020)

Ontarijský zdravotní systém je jeden z nejlepších zdravotních systémů na světě. Ontariané mohou mít ve své komunitě přístup k rozmanité zdravotní péči.

Z veřejných prostředků jsou hrazeny tyto služby: návštěva praktického lékaře, specialisty, návštěva Walk – in clinic, jež funguje jako pohotovost. Za zaplacení zdravotních služeb si Ontario nastavila OHIP (Ontario Health Insurance Plan) - což je karta pojištěnce, díky OHIP teritoria a provincie platí řadu zdravotních služeb, které potřebují. Jestliže Ontariané platí daně, část těchto peněz se použije do zdravotního pojištění. Podmínky pro obdržení OHIP

karty – kanadské občanství, být původní obyvatel – indiáni, imigranti s trvalým pobytem, lidé s pracovními vízy, kteří pracují na plný úvazek nejméně 6 měsíců, lidé s pracovními vízy pod federálním „live-in Caregiver Program“, uprchlíci, chráněné osoby, členové duchovenstva, kteří mohou legálně zůstat v Kanadě a ministrovat v Ontariu minimálně 6 měsíců (Ontario, online, © 2015).

1.6 Péče o seniory v Kanadě

1.6.1 Agentury domácí péče

Senioři se liší svými nároky na bydlení. Mnoho z nich dá přednost klidnému bydlení ve vlastním domě a nevyžadují žádnou podporu, zatímco jiní potřebují pomoc v zajištění jejich vlastní péče. Často je rodina přinucena zasáhnout z důvodu nemoci či nehody, a tak si rodinní příslušníci začnou klást otázky, které je nezbytné řešit. Jakým způsobem spravovat seniorskou nezávislost, jak zvýšit bezpečnost, co je pro seniory tím nejlepším. Veškeré státní sektory nabízí určitou komunální péči pro seniory, jež žijí doma a byli zhodnoceni provinciální nebo teritoriální agenturou. Jurisdikce požaduje vyhodnocení potřeb, aby tak zajistila pokrytí celého servisu. V provincii Ontario je zaveden systém, v němž jakmile je klient propuštěn z nemocnice a pacient potřebuje následnou péči, propouštěcí projektant – planner zorganizuje přístup k domácí péči. Pokud klient není v nemocnici, musí kontaktovat lokální Community Care Acces jenž zařídí následné přezkoumání pacienta. V provinciích, jež jsou organizovány regionálně, což je většina všech provincií v Kanadě, obecně pacient musí sám kontaktovat regionální zdravotní autoritu, která provede vyhodnocení potřeb klienta a bude schopna zorganizovat péči nebo podporu, kterou pacient potřebuje. Napříč hranicemi jsou v Kanadě čtyři základní druhy domácích a komunálně založených servisů pro seniory:

- **Visiting Health Professional Services** – tento servis poskytuje seniorům domácí návštěvy zdravotnickým profesionálem, obvykle sestrou, za účelem zjištění zdravotního stavu pacienta, plánování, řešení problémů a také provádění domácí péče.
- **Personal Care and Support** – tento servis provede různou škálu denních aktivit, které zahrnují koupání, oblékání a krmení.

- **Homemaking** – tento servis zahrnuje služby jako nakupování, lehký úklid a přípravu jídla.
- **Community Support Services** – servis zahrnující transport, doručování jídla, sociální a rekreační servis a security kontroly.

Pokud se jedinec rozhodne pro domácí péči, namísto základní péče, musí být obeznámen, že některá domácí péče poskytovaná vládou závisí na státním uspořádání dostupných zdrojů v dané komunitě. Vládou hrazená péče je obvykle omezena na počet hodin za týden či měsíc. (Decter, Grosso, 2008, s.229-231).

1.6.2 Seniorské bydlení pro dlouhodobou péči

Pobytové sociální služby pro seniory lze rozdělit do tří kategorií:

- **Supportive Housing** – podporující bydlení je známé též jako asistující žití nebo nezávislé žití. Toto zařízení se zaměřuje na seniory vyžadující základní péči a péči s dopomocí tak, aby žili nezávisle. Ačkoliv nájem a servis hradí residenti a poskytují se příspěvky či dotace, péče o residenty může být financována domácí agenturou.
- **Retirement Homes** – tyto domovy jsou soukromě hrazená zařízení pro seniory, kteří jsou schopni žít nezávisle nebo s minimální péčí. Zahrnuje od základního až po luxusní servis a všechny služby jsou placeny samotnými klienty. Veřejně hrazená domácí péče může být poskytována.
- **Funded Facilities – Nursing Homes and Long-term Care Facilities** – v Kanadě také označovány jako pečovatelské domy. Zařízení poskytuje ubytování pro seniory, kteří vyžadují více péče v běžném životě. Registrované pečovatelské domy jsou provozovány ziskovými či neziskovými organizacemi. Ačkoliv jsou pečovatelské domy částečně hrazeny, čekací doba může být velmi dlouhá. Všechny pečovatelské domy musí být registrovány, ať už ziskově či neziskově, a to z důvodu inspekce. Retirement homes registrovány nejsou.

Registrované pečovatelské domy v Kanadě jsou hrazeny, ale pouze částečně a poskytují 24hodinovou veřejně hrazenou ošetrovatelskou péči a zdravotnický servis residentům. V některých státních sektorech je dokonce částečně hrazené ubytování a residenti doplácí zbývající částku. Tato částka se také nazývá ubytovací poplatek, uživatelský poplatek nebo

také spoluúčast na platbě a tento poplatek se v některých státních sektorech odvíjí od klientského příjmu – starobního důchodu.

Pojišťovna Clarica uvádí, že podle provincie, v níž žijete, by vaše náklady na ubytovací zařízení měly být mezi 18.250-36.000 \$ ročně.

Je tu široká škála finančních uspořádání a ta se mohou lišit na základě provincie, ale i regionu. Léky obvykle nejsou v těchto zařízeních hrazeny, takže resident si za ně musí platit skrz vládou hrazený program nebo jakýkoliv privátní program (Decter, Grosso, 2008, s. 232-243).

2 AKTIVNÍ STÁRNUTÍ A KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

„Světová zdravotnická organizace představuje aktivní stárnutí jako v podstatě celoživotní projekt, který primárně neodkazuje k fyzické aktivitě, ale spíše k zajištění možnosti participace na dění ve společnosti ve všech fázích života“ (Active Aging A Policy Framework, online, 2002)

Světová zdravotnická organizace popisuje aktivní stáří jako proces optimalizace možností pro zdraví, spoluúčast na společenském životě a dění, bezpečí a zvýšení kvality života ve stáří. Aktivitou zde není myšlena ani tak fyzická činnost nebo pracovní nasazení, jako spíše prodloužení účasti v sociálních, kulturních, duchovních a občanských záležitostech. Za aktivitu se považuje otevřenost okolnímu světu a ovlivňování dění, které se zde odehrává. Pro stárnoucího člověka tedy není ani tak důležitá schopnost být fyzicky aktivní či být účasten na trhu práce, nýbrž možnost aktivně se podílet na tom, co se děje kolem a co může zpětně ovlivňovat jeho život. Posláním aktivního stárnutí má být to, aby jedinec žil bohatý produktivní život ve všech směrech, a skutečné zestárnutí těla nesmí být překážkou. (WHO 2002, s. 12). Jestliže osoba přijme odpovědnost za průběh vlastního stárnutí, stává se tím aktivním činitelem v tomto procesu, a aktivní stárnutí je následně výsledkem úspěšnosti ve vývojovém procesu společnosti (Ráczová, Marhevska, 2013, s. 39). Je řada faktorů, majících vliv na aktivitu stárnoucího jedince. Významnou roli hrají nejen kulturní zvyklosti, ale i celospolečenské klima a možnost uplatnění. Podstatným faktorem je hlavně životní styl, osobnost, prožité životní situace, kterými si starší dospělý prošel anebo prochází. Zda osoba prožije vlastní stáří aktivně nebo pasivně je vždy otázkou jeho samého. Stárnoucí člověk žijící osaměle má méně podnětů k aktivitě na rozdíl od osoby žijící s rodinou a přátelským okolím (Holmerová et al., 2006, s. 163).

Termín aktivní stárnutí se užívá v různých spojeních s tím, že každý kontext zdůrazňuje některé rysy a pojmy spojované s aktivitou. Pomocí těchto pojmů a jejich konceptu je možné rozeznat složky v legislativním prostředí a systému sociálních služeb, které mohou činit nebezpečí, či se stát komplikací na cestě k uskutečnění představy aktivního stárnutí právě v tomto prostředí. Mnohé problémy vznikají kvůli ustanovení právních výhrad provozu sociálních služeb, část rizikových prvků značně závisí na chování, postojích a dovednostech pracovníků pomáhajících profesí v určité společnosti. Biografie a psychobiografický model péče poskytuje nástroje, jež mohou v mnoha odvětvích koncept aktivního stáří dopomoci uskutečnit i v pobytových a sociálních službách, i na úrovni každodenních rutinních činností (Tomeš, Šámalová, a kol., 2017, s. 112).

2.1 Pojmy využívané v konceptu pozitivního stárnutí

V pojetí aktivního stárnutí se často vyskytují pojmy, jež v rozdílných souvislostech obsahují stejné znaky. Stejně pojmy se promítají i mezi indikátory jednotného indexu aktivního stáří.

- **Participace**

Podílení se na životu ve společnosti. Zahrnuje účast na dění v komunitě a zároveň naplnění občanské role. Od každého jednotlivce se očekává participace v politickém životě a s tím související zahrnutí do sociální politiky. Aktivitu v rozhodování v záležitostech vlastního života, zároveň i aktivní účast na obhajobě a prosazování svých práv.

- **Zapojení**

Tento pojem se užívá v kontextu někam patřit nebo být něčeho součástí. Aktivní geront postupuje v dosahování rozdílných společenských rolí na poli společenství, rodiny, komunity nebo obce. V rodinném kruhu se zapojení projevuje starostí o vnoučata, nebo o vlastní děti, eventuálně o stárnoucího manželského partnera. Vytváření a udržování vlastních vztahů mezi lidmi je nedílnou součástí samotného zapojení.

- **Seberealizace**

Seberealizace je na vrcholu Maslowovy pyramidy hierarchie potřeb. Pocit životní pohody a spokojenosti a tím přímou měrou rostoucí kvalita života souvisí s naplněním potřeby seberealizace.

- **Usilování o to být přínosný**

Být užitečný pro rodinu, komunitu, obec je podstatné pro udržení vlastní hodnoty, pro poznání své důstojnosti. Potřeba přínosu je spjata i se společenským uznáním. Jedinec závislý na pomoci další osoby se považuje za břemeno. Takto vnímali senioři pocit ztráty vlastní důstojnosti.

- **Celoživotní vzdělávání a pohybová aktivita**

Do podstatné části aktivního stárnutí spadá i pohybová aktivita a vzdělávání.

- **Odpovědnost**

Odpovědnost za sebe sama a s tím související ekonomická situace, zdraví, prosazování svých práv může jedince podpořit a dovést k aktivitě, zvýšit sebevědomí ve smyslu ovlivnění záležitostí (Tomeš, Šámalová a kol., 2017, s. 114-116).

2.2 Kvalita života seniorů

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 9).

„V sociální gerontologii se za důležité dimenze kvality života ve stáří považuje celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost“ (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 10).

Kvalita života seniorů závisí na mnoha faktorech. Kvalita života je holistický konstrukt, který vnímá lidské zdraví a pohodu v kontextu proximálního a distálního prostředí. Kombinuje prvky širokých společenských ukazatelů se skutečnou žitou zkušeností lidí. Kvalita života také nabízí výhody bytí srozumitelné jak pro členy komunity, tak pro tvůrce politik a lze je považovat za zástupce zdraví a pohody.

Zjišťování a hodnocení kvality života gerontů se stává dalším tématem, jež je předmětem intenzivního odborného zájmu sociální gerontologie 21. století (Tomeš, Šámalová, 2017, s. 103). Pozorování a hodnocení kvality života značně souvisí s jednotlivými aspekty, jež klienta v životě provází. Udržení vitality i ve vyšším věku souvisí s mnoha faktory. K těm patří životní styl, genetická dispozice, aktuální prostředí, stravování, nemoci současné i minulé, opotřebením organismu, odolnost ve stresových situacích a další. Vliv stáří nelze od ostatních vlivů jednoduše izolovat, je proto náročné udat, co způsobuje věk samotný a co ostatní faktory. Faktor věku změnit nelze, zatímco jiné vlivy obvykle ano (Galvas, in Dvořáčková 2012, s. 9). Míra adaptace určuje konečnou kvalitu života seniora, a to jak prožívanou subjektivně, odvozenou především od individuálně chápané spokojenosti, tak měřitelnou objektivně (Čornaničová 2004, s. 143-154, in Tomeš, Šámalová, 2017, s. 83). Pro udržení adekvátní kvality života starších lidí v domovech pro seniory je důležité akceptovat lidskou důstojnost a udržovat a zlepšovat celkovou životní pohodu (Farský, Solárová, 2010, s. 38). Umění stárnout a využití každého nového dne je něco, co se týká všech, nejen seniorů. Pro některé je stáří považováno za nejkrásnější období lidského života, a to z důvodů velkého množství času k realizaci svých osobních tužeb a plánů (Malíková, 2011, s. 13-14).

2.2.1 Teoretické modely kvality života seniorů

Jsou zde užívány syntetizující modely kvality života, které byly vytvořeny pro účely postihnouti rozmanité škály vlivů, jež ovlivňují ve stáří úroveň kvality života. Tento model vyvinula i WHO díky mezinárodní spolupráci uskutečněné patnácti zeměmi světa v roce 1997. Cíl modelu zahrnoval vytvořit konvenční, použitelný nástroj pro měření kvality života. Model určuje čtyři základní domény v životě, které se vzájemně ovlivňují, a určují tak kvalitu života. Patří sem tělesné zdraví a nezávislost, duševní funkce, vnější prostředí a sociální vztahy (Tomeš, Šámalová, 2017, s. 83). V rámci zmíněného modelu je pokládán za klíčový aspekt kvality života přímo funkční zdraví, jelikož právě to poukazuje na potenciál jednotlivce k dosažení dalších potřeb, jako je udržení osobní nezávislosti, důstojnosti, seberealizace, participace, smysluplnosti života a jeho naplnění. Intenzita funkčního zdraví závisí zejména na přítomnosti těžké choroby a potenciálu zdraví (Tomeš, Šámalová, 2017, s. 83).

2.2.2 Měřicí nástroje kvality života seniorů

Nástrojů pro měření kvality života existuje celá řada. Nejznámějším z nich, sestaveným WHO, je dotazník WHOQOL. Tento nástroj byl vyvíjen a testován v kooperaci různých států, proto existují různé jazykové verze, i česká, a dotazník je možné využít v různých kulturách. Pro veškeré věkové kategorie starších osob využíváme dotazníky např. WHOQOL-OLD, OPQOL, AQoL (Ondrušová, 2009, s. 37).

WHOQOL-OLD je měřicí nástroj, jenž byl vytvořen na základě standardní metodologie pro měření kvality života u stárnoucích seniorů. Může být použit společně s WHOQOL-100 nebo s WHOQOL-BREF (Gurková, 2011, s. 168). Pro vytvoření tohoto modulu spolupracovalo celkem dvacet tři výzkumných zemí pod vedením prof. Micka Powera z Univerzity v Edinburghu (Dragomirecká, Prajsová, 2009 s. 11). Ve vývojovém týmu mimo jiné spolupracovala i skupina z Psychiatrického centra v Praze (Ondrušová, 2009, s. 38). Tvorba dotazníku proběhla ve dvou fázích. V první fázi bylo cílem při měření kvality života u seniorů identifikovat nedostatky WHOQOL-100. Konkrétní položky se testovaly u 7 400 respondentů (Gurková, 2011, s. 168).

2.3 Kvalita života seniorů v sociálních zařízeních v Kanadě

Celá kapitola je postavena na vypracované rešerši. Pro zjištění kvality života seniorů v Kanadě bylo nutné vyhledat adekvátní materiály související s touto problematikou, bylo proto nalezeno několik studií.

Potřebná data byla hledána za pomoci několika elektronických databází. Byly vyhledávány studie, které souvisely s kvalitou života seniorů v kanadských residenčních zařízeních. Na základě různorodé kombinace klíčových slov v angličtině byly vyhledány výzkumné studie. Kritéria pro hledání: plný text, jazyk angličtina, země Kanada, téma – quality of life, aging, knihy, časopisy, odborná periodika. Kritéria pro vyloučení: novinky, obchodní publikace. Data byla zpracována pomocí tematické analýzy založené na způsobu třídění. Pro kvalitu života seniorů v sociálních zařízeních v Kanadě není příliš studií. Ve vyhledaných studiích byly použity kvalitativní i kvantitativní metody výzkumu. Doposud nebylo získáno takové množství dat, aby byla jasně určitelná kvalita v kanadských seniorských zařízeních.

Klíčová slova: seniors, quality of life, Canada, retirement homes

Se zvyšující se poptávkou po pečovatelských službách starší dospělí a jejich rodiny očekávají výjimečné služby. S vyššími nároky na péči vzniká naléhavá potřeba zlepšit kvalitu života a poskytnout řešení trvalých problémů v zařízeních s dlouhodobou péčí. Mezi citované problémy patří nedostatek včasné, kvalitní péče a nedostatečný počet zaměstnanců. Z mnoha důvodů je vyžadováno zlepšení kvality života v zařízeních dlouhodobé péče. Zdraví a pohoda kanadských seniorů je v Kanadě v oblasti veřejného zdraví velmi důležitá. Pro měření kvality života byla vyvinuta řada různých škál a měřicích technik. Tato práce předkládá několik studií zaměřujících se na kvalitu života seniorů v kanadských sociálních zařízeních. Je poukázáno na jejich výhody i úskalí v této problematice týkající se samotného stáří. Cílem práce je ukázat, jaký může být život seniorů v residenčních zařízeních v Kanadě. Metodika této práce zahrnuje vyhledávání literatury, zahrnutí článků a kritického hodnocení, extrakci a syntézu dat. Dále vyhledávání a screening literatury. Především byly zkoumány články popisující kvalitu života. V elektronických databázích PubMed, ProQuest, EBSCO, ScienDirect byla provedena rešerše elektronické literatury pro recenzované články publikované v období od roku 2010 do roku 2020. Pro vyhodnocení počtu ověřených článků bylo zvoleno rozsáhlejší vymezení za posledních 10 let, jež zajišťuje význam pro současné souvislosti s demografickým a zdravotním systémem. Strategie

vyhledávání zahrnovala geografický omezovač „Kanada“ a byla použita vybraná klíčová slova, buď samostatně, nebo v kombinaci, a systém vygeneroval celkový počet článků. Toto celkové počáteční číslo zahrnovalo původní výzkum jakéhokoli designu (kvantitativní, kvalitativní a smíšené metody), protože nebylo známo, zda bude k dispozici dostatečný počet pokusů pro systematické přezkoumání. Všechny vygenerované články byly pečlivě přeloženy z anglického jazyka do českého. Informace z článků byly vloženy do připraveného dokumentu v MS Word. Díky strategii vyhledávání bylo nalezeno množství studií, z čehož po řádné filtraci zůstalo 38 článků. Pět z těchto studií bylo dále analyzováno. Nejnovější článek je z roku 2019.

2.3.1 Přehled vyhledávacích kritérií

Vyhledávání literárních zdrojů bylo provedeno pouze v anglickém jazyce. Sumarizační údaje, na jejichž základě byla provedena rešeršní strategie, jsou prezentovány v Tabulce 1.

Tabulka 1 Vyhledávací kritéria

V rámci přípravy rešeršní strategie byla uplatněna tato primární hesla:	Quality of life, Canada, seniors
Vyhledávání bylo realizováno v:	PubMed, ProQuest, EBSCO, ScientDirect
Období provedení rešerše:	1.4. 2020–1.5. 2020
Při rešeršní strategii byla využita tato výběrová kritéria	plný text, jazyk angličtina, země Kanada, téma – quality of life, aging, knihy, časopisy, odborná periodika
Při rešerši byla využita tato omezení:	novinky, obchodní publikace

Na základě výsledků rešeršní strategie v tabulce č. 2 je uvedeno 5 relevantních odborných periodik. Tato periodika byla důkladně prostudována a následně analyzována. Byl sestaven přehledný text, v němž jsou popsány cíle, metody, rok a místo výzkumu, výzkumný vzorek a výstup studie.

Tabulka 2 Výsledky analýzy

<u>Zdroje</u>	<u>Rok, místo, nástroje měření</u>	<u>Cíl</u>	<u>Primární výstup</u>	<u>Efekt</u>
1.Janice Keefe, Mary Jean Hande, Katie Aubrecht, Tamara Daly,	2019, Kanada	Popsat vztahy mezi kvalitou péče, práce,	Výzkumný tým zjistil že	ano

Denise Cloutier, Deanne Taylor, Matthias Hoben, Kelli Stajduhar, Heather Cook, Ivy Lynn Bourgeault, Leah, MacDonald, Carole A. Estabrook		života a smrti;	přibližované procesy, výstupy a výsledky jsou vzájemně propojené.	
2. Laura Gougeon, Jessie Johnson, Hannah Morse	2017, Kanada	Syntetizovat experimentální důkazy o účinnosti modelů spolupráce v Kanadě v oblasti zdravotních výsledků a pohody občanů ve věku ≥ 65 let, kteří dostávají zdravotní péči doma.	Tyto modely nejsou v domácí zdravotní péči pro kanadské seniory žijící v komunitě, a to důvodu omezení důkazů pouze na tři provincie a celkově nízký počet publikovaných studií.	Ne
3. Veronique M. Boscart, Souraya Sidani, Jenny Ploeg, Sherry L. Dupuis, George Heckman, Jessica Luh Kim, Josie d'Avernas, and Paul Brown	2019, Kanada	Cílem této současné studie bylo implementovat a vyhodnotit sousedský týmový rozvoj.	Tato studie povede k jinému způsobu organizace, v tom, jak týmy spolupracují, aby co nejlépe sloužily potřebám starších osob.	ano
4. Toba Bryant, Ivan Brown, Tara	2014, Kanada	Zapojit kanadské seniory do	Mezi seniory existují společné	Ano

<p>Cogan, Clemence Dallaire, Sophie Laforest, Patrick 5. McGowan, Dennis Raphael, Lucie Richard, Loraine Thompson, Joyce Young</p>		<p>procesu identifikace a řešení problémů se zdravím. Poskytnout zdroje materiálů, které umožní skupinám seniorů v Kanadě provádět podobný proces identifikace zdravotních determinantů.</p>	<p>potřeby, které místní orgány nenaplňují. To se nejvíce projevuje v měnící se roli vlády v oblasti bydlení a zdravotní péče, kterou senioři označili za problematickou.</p>	
<p>5. Jennifer C Davis, Stirling Bryan, Rob McLeod, Jessica Rogers, Karim Khan, and Teresa Liu-Ambrose</p>	<p>2012, Kanada</p>	<p>Zjistit, jak riziko pádu, kognitivní funkce a denní funkce souvisí s kvalitou života spojenou se zdravím a kvalitou života u starších dospělých s poruchami pohyblivosti.</p>	<p>Nedostatek potřebných zdrojů souvisejících s tématem. Kvalita života seniorů v kanadských sociálních zařízeních je téma, které stále nebylo dostatečně prozkoumáno.</p>	<p>Ne</p>

2.4 Analýza dat

Databáze: EBSCO, PubMed, ProQuest, Sciencedirect. Vyhledávání: quality of life, Canada, senior, rozšířené vyhledávání: retirement house, resident, quality of life, zadání: použít související slova, v časovém omezení od roku 2010-2020. Zvolený jazyk: angličtina. Výsledky: EBSCO 1 254 zdrojů, PubMed 110, ProQuest 71 a Sciencedirect 42 zdrojů. Po vyřazení duplicit zbylo celkem 85 zdrojů. Jako relevantní se zdálo 38 zdrojů a v konečném počtu jich bylo celkem hodnoceno 5, označeny číslicemi od 1-5.

Posuzované zdroje: název, závěr, analýza obsahu.

Zdroj 1 – databáze EBSCO

Název – Team-Based Integrated Knowledge Translation for Enhancing Quality of Life in Long-term Care Settings: A Multi-method, Multi-sectoral Research Design

Cíl – Popsat vztahy mezi kvalitou péče, práce, života a smrti;

Analýza obsahu: Ve článku je shrnuta metodologie projektu integrovaného překladu znalostí (iKT) s názvem Senioři-Přidání let (SALTY), navrženo pro generování důkazů ke zlepšení pozdního života v prostředí dlouhodobé péče (LTC) v Kanadě.

Výsledky: Výzkumný tým zjistil že přibližované procesy, výstupy a výsledky jsou vzájemně propojené.

Zdroj 2 – databáze ScienceDirect

Název: Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community – dwelling seniors health and well-being in Canada: A systematic review of trials

Cíl: Systematicky syntetizovat kanadské důkazy o účinnosti modelů zdravotní péče interprofesional (IP) na zdraví a pohodu obyvatelstva ve věku nad 65 let, kteří dostávají zdravotní péči.

Analýza obsahu: Nalezená studie se zabývá spoluprací zdravotnických týmů za účelem zachování zdraví a pohody seniorů v Kanadě. Zaměřuje se na zlepšení zdravotní péče pro větší počet klientů v sociálních zařízeních. Bylo provedeno systematické vyhledávání indexovaných recenzovaných článků reportujících o komunitních modelech zdravotní péče, které zahrnovaly alespoň dvě různé disciplíny.

Výsledky: Toto systematické hodnocení ukázalo, že týmy IP zřejmě pozitivně ovlivňují některé zdravotní výsledky. Modely jsou však nemají národní zastoupení, zejména z venkovských a odlehlých oblastí. Zobecnění nálezů je omezeno z důvodu omezení důkazů pouze na tři provincie a celkově nízký počet publikovaných studií.

Zdroj 3 – databáze ProQuest

Název: Neighbourhood Team Development to promote resident centred approaches in nursing homes: protocol for a multi component intervention

Cíl: Cílem této současné studie bylo implementovat a vyhodnotit sousedský týmový rozvoj. Konkrétními cíli byly:

1. Provéřit věrnost programu, pokud je implementován v organizaci pečovatelské služby s více domácími organizacemi;
2. Provéřit dopady programu na obyvatele, členy týmu, rodinné a organizační výsledky a vztah mezi úrovní věrnosti provádění a výstupy a;

Analýza obsahu: Sousedský týmový rozvoj (NTD) je vícekomponentní intervence, jež má za úkol vyškolit zaměstnance v poskytování péče zaměřené na obyvatele v prostředí pečovatelských domech (NH). Kvantitativní a kvalitativní údaje byly sbírány spolehlivými a platnými opatřeními v průběhu 3 let od obyvatel (kvalita života, spokojenost s péčí), rodin (spokojenost s péčí), zaměstnanců (spokojenost s prací, schopnost poskytovat péči zaměřenou na člověka, vztahy v týmu). Pro analýzu byly použity smíšené modely.

Výsledky: Tato studie je první v programu výzkumu, který povede k jinému způsobu organizace, inovacím v tom, jak týmy spolupracují, aby co nejlépe sloužily potřebám

starších osob, a důležitým poznatkům o tom, jaké faktory je třeba zavést pro udržitelné modely.

Zdroj 4: databáze PubMed

Název: What Do Canadian Seniors Say Supports Their Quality of Life? Findings From a National Participatory Research Study

Cíl: Zapojit kanadské seniory do procesu identifikace a řešení problémů se zdravím.

Poskytovat místním, provinčním a federálním vládám rozhodnutí týkající se zdraví a pohody seniorů. Poskytnout zdroje materiálů, které umožní skupinám seniorů v Kanadě provádět podobný proces identifikace zdravotních determinantů.

Demonstrovat participativní aktivity zahrnující seniory spolupracující s jinými sektory jako cennou informační aktivitu.

Analýza obsahu: Zkoumání vnímání kvality života seniorů. Z toho důvodu vznikl projekt týkající se kvality života seniorů. Do projektu bylo zařazeno sedm měst: Montreal, Quebec City, Ottawa, Toronto, Regina, Vancouver a Whitehorse.

Se seniory probíhaly individuální rozhovory, a to za použitím kvalitativních metod. Každý projekt byl koncipován tak, aby bylo možné vyslechnout hlasy seniorů a jejich názory na to, které problémy ovlivňují kvalitu jejich života.

Výsledky: I přesto, že v každé studii byly používány poněkud odlišné otázky a postupy je překvapující, jak podobná jsou zjištění napříč městy. Ve výsledcích bylo naznačeno, že mezi seniory existují společné potřeby, které místní orgány nenaplnují. Konzistence zjištění je uklidňující, protože skutečný proces participativního výzkumu aplikovaný v každé lokalitě byl jedinečný. To se nejvíce projevuje v měnící se roli vlády v oblasti bydlení a zdravotní péče, kterou senioři označili za problematickou.

Zjištění napříč lokalitami a schopnost seniorů tyto nálezy vykazovat ukazují na užitečnost determinantů zdravotní perspektivy a metodologický přístup participativního výzkumu.

Zdroj 5: databáze EBSCO

Název: Exploration of the association between quality of life, assessed by the EQ-5D and ICECAP-O, and falls risk, cognitive function and daily function in older adults with mobility impairments

Cíl: Zjistit, jak riziko pádu, kognitivní funkce a denní funkce souvisí s kvalitou života spojenou se zdravím a kvalitou života u starších dospělých s poruchami pohyblivosti.

Analýza obsahu: studii byla zkoumána souvislost mezi kvalitou života hodnocenou EQ-5D a ICECAP-O a poruchou pohyblivosti u starších dospělých. Kvalita života související se zdravím (HRQoL) je důležitým konstruktem zdravého stárnutí; popisuje celkový zdravotní stav jedince. Ve studii se jednalo o krátký pětidílný dotazník s více možnostmi výběru, ve kterém je měřen HRQoL a zdravotní stav jednotlivce podle následujících pěti oblastí: mobilita, péče o sebe, obvyklé činnosti, bolest a úzkost

Výsledky: Značným omezením vyhledávání požadovaných dat byl nedostatek potřebných zdrojů souvisejících s tématem. Ačkoliv studií zabývajících se kvalitou života je nespočet, i přes kombinaci tří různých databází nebyly výsledky uspokojivé. Kvalita života seniorů v kanadských sociálních zařízeních je téma, které stále nebylo dostatečně prozkoumáno.

Seznam použité literatury:

- [1] BOSCARD, Veronique M. et al., 2019. *Neighbourhood Team Development to promote resident centred approaches in nursing homes: a protocol for a multi component intervention* [online]. [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.1186/s12913-019-4747-0. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6889341/>
- [2] BRYANT, Toba et al. What Do Canadian Seniors Say Supports Their Quality of Life? *Canadian Journal of Public Health* [online]. 299-303 [cit. 2020-05-25].
- [3] DAVIS, Jennifer et al., 2012. *Exploration of the association between quality of life, assessed by the EQ-5D and ICECAP-O, and falls risk, cognitive function and daily function, in older adults with mobility impairments* [online]. [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.1186/1471-2318-12-65. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3534357>

[4] GOUGEON, Laura, Jessie JOHNSON a Hannah MORSE, 2017. Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. NICKOL, Devin. R. a AL RUNDIO. *Journal Of Interprofessional Education and Practise* [online]. Elsevier, s. 29-37 [cit. 2020-05-25]. ISBN 2405-4526. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405452616300957?via=ihub&fbclid=IwAR3ZHP3Y1844O7EHvkSatxZG8jN-0Dmif6aNF_pF1p5uQWNixgxZVHgwD_w#!

[5] KEEFE, Janice et al. Team-Based Integrated Knowledge Translation for Enhancing Quality of Life in Long-term Care Settings: A Multi-method, Multi-sectoral Research [[[[]Design. *International Journal Of Health Policy And Management* [online]. 138-142 [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.15171. Dostupné z: https://www.ijhpm.com/?_action=showPDF&article=3708&_ob=99c1311b91d2009e9811ecb42b2d32bf

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 WEST SHORE VILLAGE

Sociální zařízení West Shore Village leží nedaleko pobřeží jezera Scugog, toto jezero se nachází u historického města Port Perry. West Shore je rodinná společnost pro seniory v důchodu, jež se pyšní filozofií – „stáří na prvním místě“. Tato filozofie dovoluje zařízení individuální podporující péči. Tyto služby jsou vytvořeny tak, aby mohly pomoci tak dlouho, jak jedinec potřebuje, za pomoci asistence, udržování a zdokonalování vlastní kvality života bez strachu muset podstoupit změnu. West Shore Village náleží 29 nájemních bungalovů a 71 pokojů v hlavní budově.

3.1 Vlastnosti a vybavení

Jako část „all inclusive“ balíčku může klient očekávat domácí styl jídla, občerstvení, které je vždy k dispozici, v domově je dostupná ošetrovatelská péče, prádelna, prádlo, toaletní potřeby, denní úklid, a systém nouzového volání sestře.

<u>Služby</u>	<u>Občerstvení</u>	<u>Pohyb</u>	<u>Vnitřní vybavení</u>	<u>Venkovní vybavení</u>
Šoférské služby	Dvě elegantní jídelny	Posilovna	Prostorné chodby, tři centrální výtahy	Venkovní terasa, altán, zahrady, stezky pro procházky
Systém nouzového volání sestře	Možnost soukromého jídla s rodinou	Aktivizační cvičení a wellness program	Kaple	Externí kamerový systém
Kadeřnictví, pedikúra, reflexologie, masážní terapie			Koupací lázně	Posezení s ohništěm u jezera

Obchod			Bezplatná prádelna pro služby residentů	
			Možnost uskladnění vlastních věcí do úložného prostoru	
			Klimatizace a podlahové vytápění, hasicí zařízení a záložní generátor	
			Interní kamerový systém	

Tabulka 3 Služby a vybavení

3.2 Společenské a rekreační aktivity

West Shore Village rekreační program zahrnuje širokou škálu akcí, které obstarávají komunitní organizace. Možná je návštěva muzea, vinařství, herny, výletní plavba na lodi nebo farmářské trhy.

S vlastními dodávkami může zařízení nabídnout naplánované cesty do místních medicínských center, nemocnic, k zubařům a různým lékařům anebo vyrazit na nákupy.

Denní aktivity a fitness programy se konají v místní posilovně.

Nespočet aktivit, mezi něž patří „line dancing“ (cvičení v kroužku), canisterapie, háčkování a pletení, bingo, karetní hry a stolní hry, jsou rozvrženy na každý týden.

Při teplejším počasí se konají barbecue, „happy hour“ - (posezení s alkoholem), „ice cream-social“ – (posezení se zmrzlinou u něhož se povídá), to vše se pořádá na místní terase u jezera, někdy jsou tyto akce doprovázeny živou hudbou za doprovodu kapely.

Dále se koná studium Bible, kostelní bohoslužby se pravidelně pořádají v místní kapli, při nichž jsou všechny církve vítané. Večerní a víkendová zábava zahrnuje posezení u vína, sýru, konají se divadelní večere, filmové večery a živé muzikální vystoupení.

3.3 Osobní péče a servis

Plnohodnotný balíček zahrnuje 24hodinovou ošetrovatelskou péči každý den, systém nouzového volání sestře v případě potřeby. Tři výživná jídla, speciální diety jsou samozřejmostí. Káva, čaj, čerstvé ovoce, svačiny dostupné po celý den. Jídlo přinesené do pokoje, pokud je klient nemobilní.

Personal Support Workers – pečovatelé, k dispozici 24/hod denně. Každodenní úklidový servis s denním vynášením odpadků. Každodenní prádelní servis. Měsíční monitorace krevního tlaku a váhy. Osobní doručování pošty. Zakrývání oken-žaluzie, venkovní rolety. Wellness program – zahrnuje jógu, sit and stretch - (sedni a protáhni se), fitness hodiny. Sociální a rekreační programy. Další služby jsou na požadavek.

3.4 Ubytování

Ve West Shore Village jsou k dispozici dva typy ubytování s rozdílným výhledem. Ze strany s výhledem na jezero je k dispozici pokoj, který zahrnuje manželskou postel, skříň, vybavenou koupelnu, volitelnou kuchyňku. Obytná jednotka měří 90 čtverečních metrů. Další vybavení zahrnuje individuální podlažní vytápění, koberce anebo linoleum, venkovní žaluzie, požární hlásiče a nouzové volání sestře.

Apartmá směrem do „vesnice“ zahrnuje obývací pokoj, kuchyňský kout, separovanou ložnici s vestavěnou skříň a plně vybavenou koupelnu. Obytná jednotka měří 137 metrů čtverečních. Další vybavení je stejné jako u předešlého typu.

3.5 Bungalovy

V bungalovech je možnost bydlet nezávisle ve vlastním domě s příležitostmi využívat programů, služeb a nabízených servisních programů.

Bungalovy jsou nabízeny jako tzv. „životní pronájem“, což znamená, že resident si zakoupí od zařízení vlastní obytnou jednotku s vyrozuměním, že pokud si domek nepřejí vlastnit, mohou jej prodat zpět zařízení za cenu prvotní koupě. V době dalšího prodeje se zařízení stará o renovace a přípravy pro další prodej a nynější obyvatel není nijak zatěžován s náklady spojenými s prodejem domu.

West Shore Village je zodpovědný za renovaci bungalovů v době příštího prodeje. Residenti kupující bungalov v této komunitě, kam se stěhují, si mohou vybrat dvě barvy pro malbu a podlahu. Bungalovy podobně jako fungují kondominium-což znamená, že platí poplatky za údržbu. Údržbářský poplatek zahrnuje: úklid sněhu, sekání trávy, úpravy terénu, rezervní fondy, městskou vodu. Jedna jednotka bungalovu zahrnuje jednu garáž, dvě ložnice a dvě koupelny, terasu nebo verandu, plně vybavenou kuchyň a kombinovanou jídelnu s obývacím pokojem. Pár jednotek bungalovů má první patro. Všechny domovy jsou plně aktualizovány před nastěhováním nového obyvatele, dle potřeb nových nájemníků. Zatímco residenti žijí nezávisle ve vesnici, mohou si užít nespočet sociálních aktivit, sportovních, kulturních, a různých dalších koníčků, kterých se mohou účastnit dle vlastní libosti.

Hlavní budova pro seniory nabízí péči zaměřenou na konkrétní potřeby klienta. Jestliže se při pobytu v bungalovu změní potřeba sebestarání, je možné klienta přesunout do hlavní budovy s minimálním stresem a narušením jeho života. Zařízení pro seniory je blízko pěším stezkám, ke kterým je možné se dostat vstupem přes privátní bránu, od níž vede krátká cesta do místní knihovny, parku a historického centra města Port Perry (West Shore Village, online, © 2005).

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V úvodu empirické části je popsáno kanadské sociální zařízení West Shore Village, určené pro stárnoucí seniory v Kanadě. Je zde popsána práce ošetrovatelského personálu, zdravotnická a další péče v zařízení. Byl použit smíšený design výzkumu. V kvalitativní části výzkumu byl sběr dat zajištěn pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

V kvantitativní části byla provedena analýza dokumentů. V kapitole jsou formulovány výzkumné cíle a jsou kladeny jednotlivé výzkumné otázky. Dále jsou zde popsány přípravy, charakteristika výzkumného souboru, samotný průběh šetření, metody sběru dat organizace a zpracování získaných dat.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat sociální zařízení West Shore Village.

4.2 Výzkumné otázky

V rámci zkoumaného problému byly stanoveny následující výzkumné otázky:

VO1: Jaké balíčky služeb zařízení poskytuje?

VO2: Jaká je cena balíčků poskytovaných služeb?

Zde se poukazuje na poskytované služby, jež klienti využívají v zařízení West Shore Village. Stanovené výzkumné otázky reflektují vymezené cíle výzkumu, okruhy otázek se zároveň velmi úzce prolínají.

4.3 Metody výzkumného šetření

Pro dosažení cílů a získání dat byl realizován výzkum kombinací metody kvalitativního i kvantitativního sběru dat. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Hendl, 2005, s. 50). Mezi kvalitativní metody se řadí i polostrukturovaný rozhovor, jež patří do nejrozšířenější podoby interview. Tato metoda analýzy dat byla nejvhodnější pro danou situaci.

Polostrukturovaný rozhovor je metoda založená na flexibilní technice dotazování. Tazatel má předem připravené otázky, jež se vážou k tématu a které je možné dále rozšiřovat v závislosti na průběhu rozhovoru. Na začátku je potřeba získat důvěru, prolomit případné bariéry a zajistit si samozřejmě souhlas se záznamem. Je možné pokládat otázky pro doplnění podrobností či důkladnému vysvětlení poznatků a zkušeností (Miovský, 2006, s. 79).

Polostrukturovaný rozhovor byl použit k zodpovězení první výzkumné otázky: VO1. Hlavním cílem rozhovoru bylo zjistit, jak sociální zařízení West Shore Village funguje a jak v něm probíhá zdravotní péče o residenty. Klíčovým důvodem volby polostrukturovaného rozhovoru se stala především možnost aktivně reagovat na obdržené odpovědi dotazované. Polostrukturované interview umožňuje, aby byla dodržována struktura, ale zároveň je ponechán prostor pro mírné odbočování od tématu. Po celou dobu interview probíhalo plynule. Otázky byly pokládány dle schématu, zároveň jsem u rozhovoru sledovala také některé vnější reakce dotazované, jako výrazy tváře a podle nich potom pohotově usměrňovala další průběh kladení otázek. Vzhledem ke komunikaci v anglickém jazyce jsem si doplňujícími otázkami opakovaně ověřovala, zda jsem odpověď správně pochopila. Stále jsem se však držela struktury předepsaných otázek.

Druhou metodou výzkumu je obsahová analýza textu. „*Obsahová analýza je kvantitativní výzkumnou metodou pro systematický a intersubjektivně ověřitelný popis komunikačních obsahů, vycházející z vědecky předloženého kladení otázek.*“ (Scherer, 2004, s. 30)

Miovský (2006, s. 239) uvádí, že analýzu tvoří námět, obsah a forma. Prostřednictvím zmíněných třech bodů výzkumník získává a zpracovává jednotky analýzy, aby je posléze mohl statisticky zpracovat a získaný výsledek interpretovat. Metoda analýzy dokumentů poskytuje systematický rozbor a hodnocení vybraného dokumentu, označuje se za velmi populární metodu, kterou lze efektivně využít k získání množství cenných údajů ukrytých v různých druzích dokumentací. Jedná se o hodnocení a analýzu obsahu psaných dokumentů. Probíhá nejrůznějšími způsoby – od jednodušších rozborů obsahu textu, až po hluboké interpretace a vysvětlení (Gavora, 2010, s. 142). Primární soubor tvoří veškeré texty, jež se zabývají zkoumanou problematikou. Může se jednat pouze o jeden text nebo o soubor mnoha různých textů (Gavora, 2010, s. 142). V rámci tohoto výzkumu měla podstatnou roli data především ze zdravotnické dokumentace klientů vedených zdravotnickým personálem. Struktura dokumentací, ke kterým jsem měla přístup, vznikly před zahájením výzkumu, jelikož se vedly od počátku pobytu každého klienta, což činilo od

několika měsíců, až po 20 let. Analýza dokumentace byla provedena celkem u 20 klientů ze zařízení. Díky analýze dokumentace byla získána relevantní data o ošetrovatelské péči a ceně za tuto péči poskytovanou klientům v zařízení.

4.4 Výběr výzkumného souboru

Výzkum měl kvalitativní i kvantitativní část. V rámci kvalitativní části byl proveden polostrukturovaný rozhovor a v rámci kvantitativní části analýza dokumentů.

Pro uskutečnění výzkumu bylo nutné oslovit vedoucího pracovníka, jenž celé zařízení důkladně zná. Hlavním koordinátorem ošetrovatelského týmu je vrchní sestra, (ta pracuje v zařízení již řadu let a má četné zkušenosti, jak v práci u lůžka ve zdravotnickém zařízení, tak na vedoucí pozici právě i v sociálním zařízení, kde je pečováno o seniory.) Tato erudovaná sestra řídí zdravotnické činnosti, zná potřeby klientů i zaměstnanců, dohlíží na chod celého pracoviště v oblasti péče, edukace, managementu. Před samotným uskutečněním rozhovoru bylo důležité se nejprve se sestrou osobně sejit a domluvit se, kdy může být šetření provedeno. Z toho důvodu asi dva týdny před plánovaným rozhovorem proběhla domluva s vrchní sestrou přímo na pracovišti. Sestře byl vysvětleno, že poznatky týkající se zařízení West Shore Village jsou pouze do bakalářské práce. Sestra s výzkumem souhlasila a byl dohodnutý konkrétní den a čas. Asi dva týdny před samotným rozhovorem, jsem v zařízení vyhledala vrchní sestru, představila jsem se, a vysvětlila jsem, že bych do své bakalářské práce ráda zařadila právě poznatky týkající se péče o seniory v zařízení West Shore Village. Zařízení jsem navštívila asi dva týdny před plánovaným rozhovorem. Vrchní sestru jsem v zařízení vyhledala, představila jsem se a vysvětlila jsem, že bych do své bakalářské práce ráda zařadila právě poznatky týkající se zařízení West Shore Village. Sestra s výzkumným šetřením souhlasila a dohodly jsme se na konkrétním dni a čase. Nejdříve byl uskutečněn polostrukturovaný rozhovor, a to pouze s vedoucí sociálního zařízení. Rozhovor proběhl po předešlé domluvě s vrchní sestrou přímo v hlavní budově domova v její kanceláři. Celkové klima při rozhovoru bylo velmi příjemné, jelikož vrchní sestra byla dobře naladěna a rozhovor prokládala humornými poznámkami. Nejdříve proběhlo krátké představení a následoval samotný rozhovor, který trval asi 40 minut.

Analýza zdravotnické dokumentace byla pilotně testována na 20 dokumentacích, následně byl proveden samotný výzkum na 20 zdravotnických dokumentacích klientů, jež byli v zařízení do prosince 2019. Pomocí obsahové analýzy bylo následně zpracováno 20

zdravotnických dokumentací residentů v zařízení, z celkového počtu 20 klientů bylo 18 žen a 2 muži. Klienti byli různého věku, nejmladší klient měl 61 let, naopak nejstarší klient, jehož dokumentace se analyzovala se dožil 100 let. Kritéria pro kvalitativní výzkum byla vybrána tak, aby výběr ošetrovatelských dokumentací klientů představoval co nejrozmanitější soubor klientů. Z toho důvodu byly vybrány zdravotnické dokumentace klientů s různou mírou soběstačnosti a rozdílnými lékařskými diagnózami. Délka pobytu se u každého klienta značně lišila.

V září 2019 vydal ředitel zařízení West Shore Village souhlasné stanovisko s umožněním přístupu k informacím v sociálním zařízení, kde byly následně získávány podklady pro výzkumné šetření, viz příloha PI.

4.5 Průběh výzkumného šetření

Kvalitativní výzkumné šetření proběhlo v kanadském městě Port Perry v sociálním zařízení West Shore Village, kde je poskytována péče o seniory. V průběhu svého pobytu jsem sestavovala otázky, jež měly být použity v polostrukturovaném rozhovoru, to vyžadovalo dostatek času, jelikož byly psány v angličtině a bylo nutné je důkladně prokonzultovat s rodilým mluvčím. Otázky byly vytvořeny asi měsíc před dohodnutým rozhovorem a zahrnovaly intenzivní přípravu vzhledem k podstatným tématům z ošetrovatelských činností. Otázky byly koncipovány tak, aby měly logickou strukturu a plynuly od nejprimárnějších informací souvisejících se zařízením, až po zajímavosti. Dále byly otázky připravené a postavené tak, aby se dle reakce dotazované mohly pohotově tvořit doplňující otázky a zároveň se rozhovor ubíral co nejvíce přirozeně a volně plynul. Celý rozhovor proběhl po předchozí osobní domluvě s vrchní sestrou rezidentského zařízení. Sestra s výzkumným šetřením souhlasila a domluvily jsme se na odpoledním čase, což bylo pro sestru praktické, protože jí v tu dobu už končila služba. V dohodnutý den a čas mě již vrchní sestra očekávala ve své kanceláři a přátelsky mě přivítala. Před samotným rozhovorem mi sestra ukázala sesternu, vybavení, pomůcky, systém, jakým podávají léky, ošetrovatelskou dokumentaci. Po prozkoumání ošetrovny mi ukázala společenskou místnost, kde jsem se krátce hovořila s jednou místní seniorkou, nahlédla jsem do prostorné jídelny, z níž je výhled na jezero a viděla jsem i několik pokojů residentů. Veškeré vybavení bylo poměrně luxusní a celkový dojem působil, jako bych byla v hotelu. Následně jsme se přesunuly do formálního prostředí kanceláře vrchní sestry, kde rozhovor probíhal. Sestře jsem dala vytištěné otázky pro případnou nepřesnost v mé výslovnosti a snadnější průběh celého šetření. Pro absolutní

přesnost bylo polostrukturované interview zvukově zaznamenáno za použití mého chytrého mobilního telefonu. Vždy jsem nejdříve položila otázku a vrchní sestra odpovídala, vzhledem k volnému pokládání otázek sestra odpověděla i na související témata, jež se k otázce vázala. Některé otázky byly humorně okomentovány a v kanceláři panovala velmi příjemná atmosféra a rozhovor byl po celou dobu nahráván bez přerušení. Vrchní sestře jsem poděkovala za její čas a rozloučila jsem se. Zvuková nahrávka rozhovoru byla posléze elektronicky přepisována do dokumentu MS Word. Jednotlivá data z elektronického přepisu byla následně převedena do souvislého textu.

Cílem pilotního výzkumu bylo popsat balíčky, jež zahrnují zdravotnické a další služby.

V rámci pilotního výzkumu byly stanoveny oblasti charakterizující nejčastěji poskytovanou ošetrovatelskou péči, kterou zajišťuje registrovaná praktická sestra a pečovatelka u klientů v zařízení. Kódování se provádělo takovým způsobem, že vybrané zdravotnické dokumentace byly nejdříve vytisknuty a byly vyznačovány podstatné položky v sekci ošetrovatelských balíčků se zaznamenáváním jejich jednotlivých cen. Od každého klienta byl do tabulky v příloze PII zaznamenán věk klienta, balíček nebo ošetrovatelská služba, který hradí, a jeho délka pobytu v zařízení. Ceny byly zaznamenávány za měsíc, následně za celkovou dobu pobytu, aby se zjistilo, kolik klienti uhradili za pobyt v zařízení. V programu Microsoft Excel byla vytvořena tabulka pro obsahovou analýzu se specifikovanými konkrétními nejčastěji poskytovanými oblastmi péče, a v rámci obsahové analýzy zdravotnických dokumentací byly zaznamenávány do tabulky jednotlivé intervence, které pokrývaly a saturovaly určitou vybranou oblast. V průběhu výzkumného šetření byly informace zaznamenávány v programech Microsoft Word a Excel a vhodná data následně statisticky zpracována pomocí popisné statistiky.

4.6 Etické aspekty

Vrchní sestra byla seznámena s tím, že data budou použita pouze pro účely zpracování bakalářské práce a nebudou nikde zveřejněna. Z dat uvedených v práci není rozpoznat identita klientů a citlivá data klientů jsou řádně zabezpečena. Před uskutečněním samotného rozhovoru s vrchní sestrou zařízení sestra ústně souhlasila s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon. Vrchní sestře bylo vysvětleno, že odpovědi z rozhovoru budou použity v bakalářské práci, zároveň byla seznámena s důvodem celého výzkumu a následným způsobem zpracování získaných dat. Pro zpřístupnění informací pro vytvoření analýzy dokumentů, v tomto případě analýzy zdravotnické dokumentace bylo nezbytné zajistit od

zařízení souhlas o poskytnutí informací. Tento souhlas poskytla vrchní sestra na základě písemné žádosti o umožnění přístupu k informacím v rámci bakalářské práce. Souhlas je přiložen v příloze PI. Dokumentace byly použity výhradně pro zpracování bakalářské práce, s ohledem na citlivé údaje klientů.

4.7 Poskytované balíčky

V následující kapitole jsou rozebrány výsledky výzkumného šetření. V rámci kvalitativní části byl na počátku výzkumného šetření proveden polostrukturovaný rozhovor s vrchní sestrou, jehož cílem bylo popsat sociální zařízení West Shore Village a jež byl přepsán do souvislého uceleného textu pojednávajícím o celém zařízení. V rámci ošetrovatelského týmu zde pracují registrované praktické sestry, pečovatelky a lékař. Registrované praktické sestry poskytují péči zahrnující měření fyziologických funkcí, podávání léků odbornou péči v oblasti ošetření akutních i chronických ran, starají se o klienty s chronickými nemocemi, jako je diabetes mellitus, s neurodegenerativními nemocemi, jako je morbus Parkinson a Alzheimerova choroba. Pečovatelky zajišťují základní ošetrovatelskou péči zahrnující hygienu, koupání, krmení, oblékání a polohování.

V kvantitativní části pak byla provedena analýza dokumentace s cílem popsat balíčky služeb, které zařízení poskytuje a popsat cenu za tyto balíčky.

V sociálním zařízení proběhla analýza zdravotnické dokumentace. Výzkumný soubor tvořilo 20 zdravotnických dokumentací klientů, 18 žen a 2 muži z residenčního zařízení West Shore Village ve věku od 62 do 97 let, a to na základě různorodosti balíčků a rozdílné doby pobytu v zařízení.

K provedení kvantitativní analýzy byla vytvořena podrobná tabulka, v níž je popsán věk klientů a rozdělení balíčků i s cenami, viz příloha PII. Celkem je nabízených balíčků 8. Každý balíček má vlastní strukturu ošetrovatelských činností, které jsou v rámci balíčku poskytovány v péči o klienta, viz příloha PIII. Tyto balíčky jsou klientům přiřazeny dle úrovně jejich soběstačnosti, mobility a samostatnosti. Balíček obvykle zahrnuje služby ošetrovatelské péče a další činnosti spojené s hygienou. Klient má vždy jen jeden ze základní nabídky balíčků, který zahrnuje všechny ošetrovatelské a pečovatelské služby, jež dle svého zdravotního stavu potřebuje. Základní balíčky obsahují stejné služby-medikační administrativa, zvýšená ošetrovatelská péče, lišící se časem dle konkrétního balíčku a jeho

zaměření, doba péče personálu za den související opět s konkrétním balíčkem, denní úklid pokoje, koupelny, úklid prádla. Rozdíl těchto balíčků je zpravidla v jedné službě, jež balíček charakterizuje a považuje se za stěžejní. Dalším výrazným rozdílem je cena každého balíčku odvíjející se od poskytovaných služeb klientovi.

Mezi základní balíčky patří čtyři stěžejní balíčky:

Péče při demenci – ten mají klienti, jež trpí neurodegenerativními onemocněními, je zde zahrnuta specializovaná péče při práci s pamětí, kdy se používají různé techniky a testy pro procvičování paměti klientů, připomínání stravy v pravidelných intervalech. Cena činí 14 918 Kč měsíčně.

Bydlení s asistencí – Obsahuje 20 minut péče personálu denně, se zaměřením na konkrétního klienta a jeho potřeby. Cena za poskytované služby činí 15 345 Kč za měsíc.

Zvýšená péče – Tento balíček kromě jiného zahrnuje zvýšenou ošetrovatelskou péči 3 hodiny měsíčně, dále obsahuje 40minutovou péči personálu každý den. Měsíčně tento balíček stojí už 21 738 Kč.

Asistence při péči – Zahrnuje opět 3 hodiny zvýšené ošetrovatelské péče za měsíc, a ze všech balíčků nejdelší 70 minutovou péči personálu denně. Cena za tyto služby je jednoznačně nejvyšší, dosahuje 29 837 Kč.

Mezi doplňkové balíčky patří:

Medicínský management – Zahrnuje u konkrétního klienta individuální seznam podpůrných činností pro aktivizaci klienta, cena za tento balíček činí 4 263 Kč.

Asistence při koupání – Ta je u klientů, jež potřebují dopomoc při osobní hygieně, služba stojí 2 558 Kč. Tyto balíčky mají k

lienti, jež nepotřebují natolik komplexní ošetrovatelskou péči, jež je nabízena v základních balíčcích, protože potřebují například jen částečnou dopomoc při činnostech, jež nezvládnou sami.

Všichni residenty hradí služby poskytované v rámci balíčku laboratorních odběrů biologického materiálu, včetně odběrů krve, které se dělá jednou týdně, pro upřesnění zdravotního stavu klienta. Služby laboratoře vyhodnocující krevní vzorky činí 1 960 Kč měsíčně. Dále má každý klient poskytovanou pedikúru, jež spadá do služby péče o nohy, ta se provádí dvakrát měsíčně nejen z důvodu prevence u diabetických klientů s případným rizikem vzniku poškození diabetického defektu, ale také z důvodů ryze estetických a praktických. Do domova z toho důvodu dojíždí specializovaná pedikérka, která péči v tomto

odvětví zajišťuje. Služby pedikúry činí 1 193 Kč za měsíc. Od každého klienta byla vyhotovena kopie jeho seznamu balíčků a přidaných služeb, společně se seznamem cen, viz příloha.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Rozhovor s vrchní sestrou

Výtah z rozhovoru s vrchní sestrou o pobytovém zařízení pro seniory West Shore Village a poskytovaných zdravotních službách (Hubená, 2018)

West Shore Village byl založen před 27 lety, tj. v roce 1993. Jedná se již od počátku o soukromé zařízení, jež zajišťuje péči o seniory. V provincii Ontario fungují domovy pro seniory a dlouhodobá zařízení, některé financují veřejné zdroje, jiné jsou soukromé, klientela je ovšem stejná v obou typech zařízení. Většina klientů má k dispozici vlastní samostatný pokoj pro maximální komfort. V zařízení se pečuje o klienty s rozdílnými diagnózami, každý potřebuje tedy specifickou péči. Domov není nikterak rozčleněn dle onemocnění. Některé z klientů postihly neurodegenerativní nemoci, mezi něž se řadí morbus Parkinson a Alzheimerova demence. Tito pacienti sdílí stejné prostory jako ostatní klienti. Ošetřující personál se stará o kohokoliv v celém zařízení bez rozdílu.

Zdravotníci se věnují i chronickým nemocem, jako je diabetes mellitus, onemocněním ledvin nebo vleklým duševním nemocem nevyjímaje.

Poskytuje se péče o rány, nejen akutní, ale též chronické defekty, například bércové vředy. Momentálně je v zařízení pravděpodobně 6 pacientů s chronickými ránami. Také klienti po amputaci. Jeden klient s vysokou amputací a 12 klientů s nízkou amputací dolní končetiny. Dle indikace lékaře se využívá také aplikace intravenózní nebo subkutánní terapie. V Kanadě a Severní Americe ale přesto více, než-li intravenózní terapii se dává přednost subkutánní terapii, Tento princip umožňuje při vzniklém deficitu tekutin aplikovat léky nebo jen tekutiny, jako například fyziologický roztok pomaleji, než při intravenózním podávání.

Dle indikace lékaře zdravotní sestra poskytuje respirační terapii a oxygenoterapii. Zavádí také rektální rourky, v případě nutnosti se provádí irigace střev.

Zaměstnance/pracovníky můžeme rozdělit do čtyř kategorií. A to: Nezdravotníci, které zastupují uklízečky, údržbář, kuchaři, administrativní pracovníci a manažer.

V mnoha sférách chybí pomáhající profese a zdravotníků ubývá. Není jisté, zda mají v zařízení nedostatek zdravotnického personálu, nicméně tyto profese vedou k syndromu vyhoření. Pokud toho mají zaměstnanci hodně, po celém světě toho mají také hodně. Tým si vede dobře, v práci je zábava, benefity, jídlo a pití zdarma.

Další částí týmu zastupují nelékařští zdravotní pracovníci, jež zajišťují ošetrovatelskou, sociální a pečovatelskou péči, jež zajišťují kvalifikované zdravotní sestry a pečovatelky, jež zastávají funkci zdravotních podpůrných pracovníků. Pracují zde také sociální direktori, kteří jsou v zařízení celý týden mimo víkendy.

Domov disponuje erudovaným, trénovaným zdravotním personálem, který si umí vždy poradit.

Na plný pracovní úvazek pracuje v domově 6 registrovaných praktických sester. Denně má obvykle směnu jedna registrovaná praktická sestra, protože pečovatelé nemohou provádět určité výkony. Sestra průměrně odpracuje 8–10 služeb za 14 dní.

Registrovaná praktická sestra pečuje během služby o všechny pacienty, ne každý však sesterskou péči potřebuje. Zařízení poskytuje péči 76 klientům, z toho pro 60 z nich se poskytuje náročná péče a procedury.”

Pro získání své odborné praxe dochází do domova studenti. Studentky přichází ze středních a vysokých škol, pracují pod vedením zdravotnického personálu, jako jejich stín. Přijetí nové sestry do zaměstnání závisí na jejich schopnostech, které si odnesla ze studia ve škole. Ve West Shore Village se vychovávají nové sestry, záleží na jejich povaze, dovednostech a dalších okolnostech. Dokonce i starší sestry mohou být nepoužitelné. Záleží na osobnosti jedince, schopnosti učit se a mít některé základní znalosti.

Poslední částí pracovní struktury jsou lékaři. Lékař není v domově každý den, ale obvykle s ním personál hovoří denně telefonicky.

Pokud nastane urgentní situace, vytáčí se číslo 911 pro zavolání záchranné služby. Jestliže se stane něco jiného, je nutné kontaktovat lékaře, ať už písemně, či hovorem, ten pak přijede, zkontroluje pacienta později.

Zdravotnický personál v zařízení nepracuje s krví. Mnoho sester nebralo krev, a to nejen v nemocnici, ale ani v jiném zdravotnickém zařízení. Pro tuto činnost fungují ve zdravotnických zařízeních vybraní flebotomisté, jež jsou pro tuto činnost kvalifikováni a provádí 90 % této práce s krví. Obvykle odebírají krev na jednotkách intenzivní péče nebo někdy i na standardním oddělení.

Pro práci v domově všichni zaměstnanci potřebují specifické oblečení a obuv. Personál nosí ošetrovatelskou uniformu a běžecké boty. Uniforma je stejná pro registrované praktické sestry tak pro pečovatele.

V domově se neposkytuje personálu žádné oblečení. Instituce dává zaměstnancům dvakrát ročně šek za 200 dolarů, pro koupi šatstva dle vlastního výběru. Každý si své oblečení

bere domů na vyprání, nic nezůstává v domově.

Pokud někdo chce nosit šaty, může, ale neměl by, a to z důvodu udržení tekutin a jiného materiálu mimo tělo. Silonky už by se nikdy neměly nosit, protože pokud by došlo k nehodě, je nechutné mít moč, krev a exkrementy na nohou.

Nehty by měly být krátké a rozhodně ne umělé, z jasného hygienického hlediska. Vlasy musí být vyčesány do culíku.

Obvykle se pracuje na třísměnný provoz. Jedna zdravotní sestra začíná denní směnu od 7. 00 ráno do 15. 00 hod odpoledne, další sestra a PCW pracuje do 17.30 hod. Před 7. 20 hod se vychází s ranními léky. Od 9. 30 – 11. 30 hod probíhají různé procedury, péče o rány. Od 11.30 se podávají polední léky, odpoledne se píše dokumentace, probíhá asistence u dalších činností – péče o vyprazdňování, měření krevního tlaku. Od 15. 00 hod do 23. 00 probíhá odpolední služba. V 16.30 se podává večerní medikace, musí se stihnout, než začne pauza. Od 19. 00 – 21. 00 hod se provádí kontrola klientů. Od 21.30 – 23. 00 procedury a cokoliv je nutné. V době od 23. 00 – 7. 00 hod pracuje noční služba. Asi od půlnoci se zpracovává zdravotnická dokumentace, chystají se léky na další den. Sestra odpovídá na zvonečky klientů. Dvakrát za noční směnu se vyměňují pleny u imobilních klientů.”

V služeb ceně je zahrnuto ubytování, stravování, každodenní ošetrovatelská a sociální péče. Domově nepracuje dietní specialista, diety předepisuje lékař a místní vedoucí kuchyně je připraví. Pro klienty se specifickými onemocněními se indikují samozřejmě speciální diety. Patří zde například dieta s ohledem na srdeční potíže, ledviny, diabetes mellitus, redukční, s omezením tekutin, mixované pyré, strava různě namletá najemno, nahrubo, úplná kaše, zahuštěná tekutina. Klienti si vždy mohou vybrat mezi dvěma jídlý. Snídaně dle výběru, na oběd se zpravidla servíruje polévka, hlavní chod, sendviče, salát. Ne všichni klienti mohou konzumovat stravu přirozeně ústy, někteří mají sondu určenou k příjmu potravy, v současné době není v zařízení žádný klient se sondou do žaludku, ale v minulosti zde jeden byl. V zařízení probíhají sociální aktivity, které organizují sociální direktori. Konají se čtyři hlavní činnosti, mezi něž patří: cvičení, sociální a psychologická paměť, cvičení mozku, stejně jako duchovní a náboženské činnosti. Pokud je některý z klientů na sklonku života a očekává se jeho smrt, je nutné zavolat lékaře. Podá se určená medikace, obvykle midazolam, haloperidol, scopolamin. Rodina může za příbuzným kdykoliv přijít. Umírajícího klienta nepřevážíme do nemocnice, a zůstává v zařízení. Personál musí obeznámit s terminálním stavem klienta praktického lékaře a vypsát potřebou dokumentaci související s úmrtím klienta.

Dbá se na to, aby vše proběhlo bezpečně. Pokud je potřeba, zdravotnický personál odstraní všechny invazivní vstupy. Pohřební služba si zkontroluje všechny formální náležitosti a tělo odveze ze zařízení.

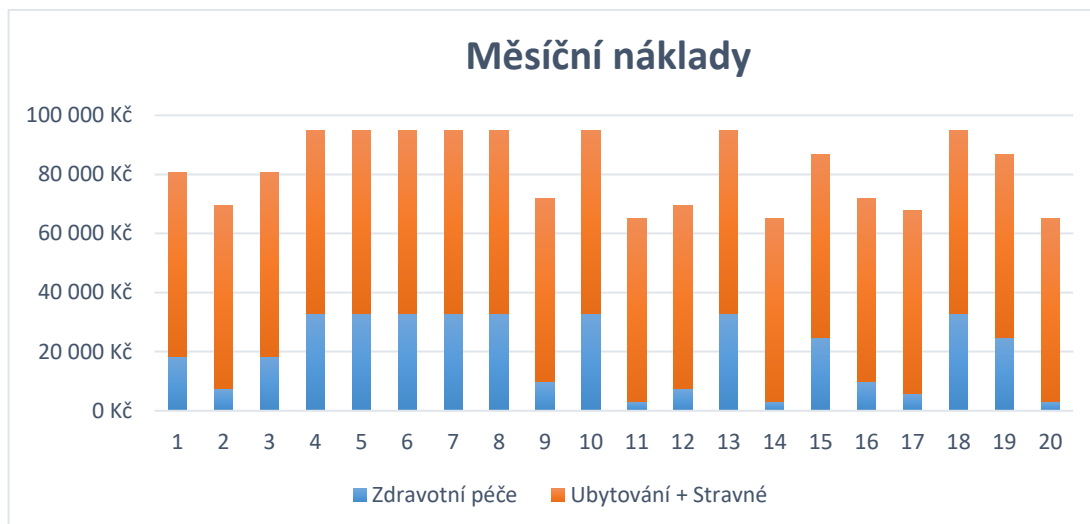
HUBENÁ, Aneta. Rozhovor. 20. září 2018 14:00; [zvukový záznam]. Osobní komunikace.

5.2 Analýza kvantitativních dat



Graf 1 Měsíční náklady na zdravotní péči

Komentář: V grafu 1 jsou uvedeny měsíční náklady za zdravotní péči, zahrnující zdravotnické balíčky a balíčky obsahující služby-péči o chodila a laboratoř. Z toho 2 klienti hradili 5 000 Kč, 5 klientů platilo 5001-10 000 Kč, 1 klient uhradil 10 001 – 15 000 Kč, 2 klienti zaplatili 15 001 – 20 000 Kč, další 2 klienti v rozmezí 20 001 – 25 000 Kč, nikdo neměl měsíční náklady související s péčí v rozmezí 25 001-30 000 Kč, nejvíce bylo 8 klientů, jež zaplatili 30 001 – 35 000 Kč během měsíce.



Graf 2 Měsíční náklady

Komentář: V grafu 2 jsou uvedeny měsíční celkové náklady na péči klientů se zahrnutím zdravotní péče, ubytování a stravování. Všech 20 klientů hradilo v sekci zdravotní péče za pedikérskou službu péče o nohy 1 193 Kč a za služby laboratoře 1 960 Kč. Za stravu a ubytování platili všichni klienti jednotně 62 000 Kč. Za služby zdravotní péče hradili 2 klienti 15 345 Kč za balíček – Asistované žití, 1 klient měl ve stejném balíčku nižší cenu, a to 10 005 Kč. Celkem 4 klienti platili služby – Medicínského managementu, což činilo 4 263 Kč. Z celkového počtu platilo 8 klientů 29 837 Kč za balíček – Asistovaná péče. Balíček – Asistence při koupání hradili 3 klienti, a to ve výši 2 558 Kč. Bez balíčku byli z celkového počtu jen 2 klienti.

Tabulka 4 Celkové náklady na péči

	Celkem za zdravotní péči + služby Kč	Celkem za ubytování a stravné (Kč)	Celkem (Kč)
Klient 1	314 487	1 054 000	1 368 487
Klient 2	51 917	434 000	485 917
Klient 3	73 997	248 000	321 997
Klient 4	395 901	744 000	1 139 901
Klient 5	725 819	1 364 000	2 089 819
Klient 6	2 738 315	5 146 000	7 884 315
Klient 7	329 918	620 000	949 918
Klient 8	593 852	1 116 000	1 709 852
Klient 9	1 186 936	7 378 000	8 564 936
Klient 10	1 187 703	2 232 000	3 419 703
Klient 11	141 941	2 790 000	2 931 941
Klient 12	281 837	2 356 000	2 637 837
Klient 13	527 868	992 000	1 519 868
Klient 14	189 255	3 720 000	3 909 255
Klient 15	5 974 320	14 880 000	20 854 320
Klient 16	418 919	2 604 000	3 022 919
Klient 17	336 993	3 658 000	3 994 993
Klient 18	1 814 546	3 410 000	5 224 546
Klient 19	497 860	1 240 000	1 737 860
Klient 20	151 404	2 976 000	3 127 404

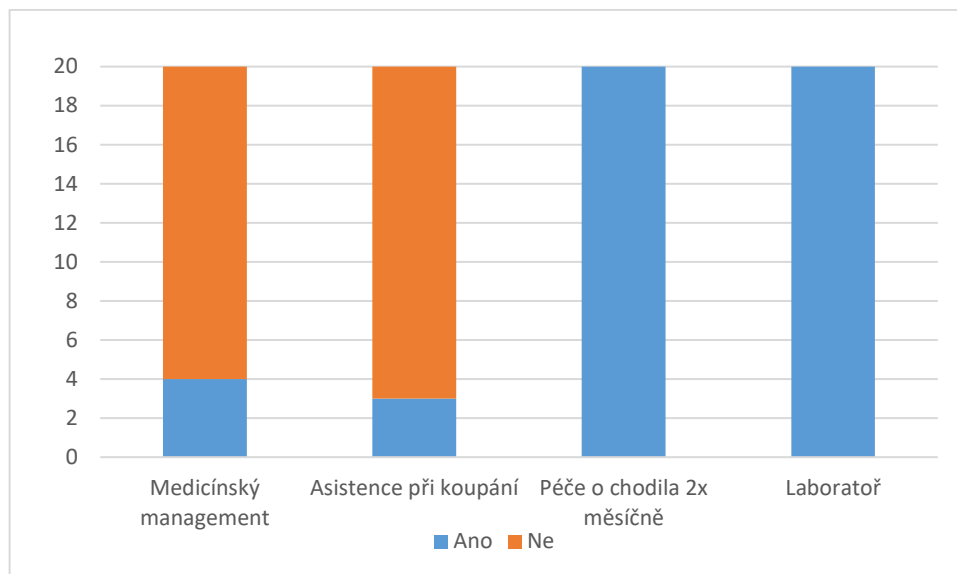
Komentář: Tabulka 4 slouží spíše pro představu dat. Jsou znázorněny tři hlavní proměnné – zdravotní péče, ubytování a stravné, a položku dohromady sčítající tři předešlé proměnné. Nejnižší položku u všech respondentů zastává zdravotní péče, je ze všech zmíněných proměnných nejlevnější, jelikož každý klient nepotřebuje všechny složky zdravotní péče, jež zařízení poskytuje. Je názorně vidět, že náklady na zdravotní péči jsou minimální ve srovnání s položkou ubytování a stravování.

Druhou nejnákladnější položku tak představuje ubytování a stravování, které už musí hradit všichni residenté domova. Nejvyšší je hromadná položka, z níž lze vidět, že částky dosahují až desítek milionů korun, protože vzniká součtem položky zdravotní péče s položkou ubytování a stravování.



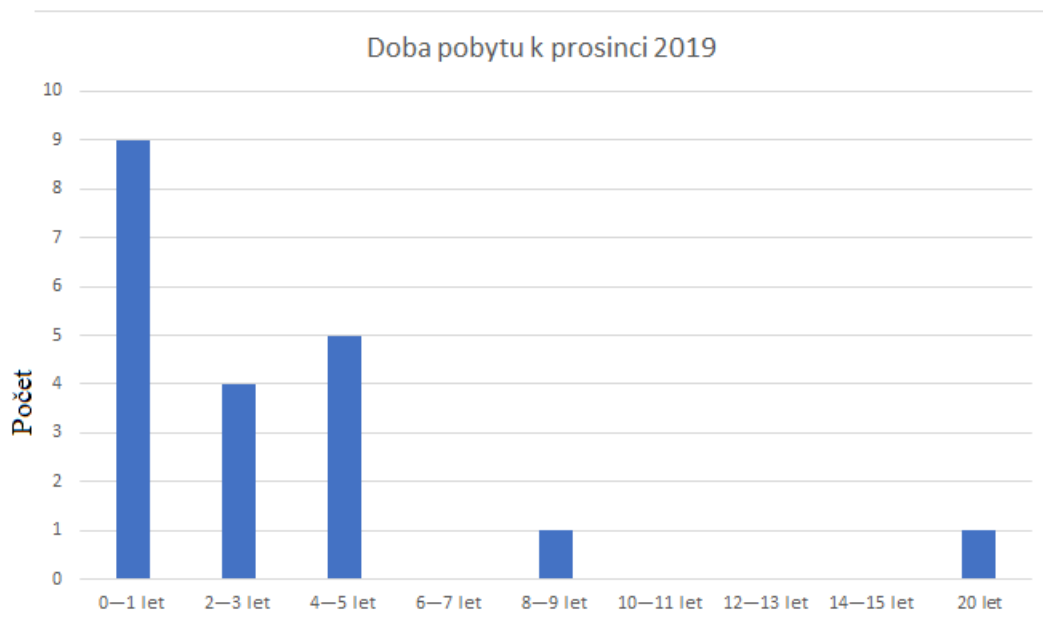
Graf 3 Četnost využití balíčku

Komentář: Graf 3 uvádí zdravotnické balíčky pro péči o klienty. Balíček – Péče při demenci neměl žádný z klientů. Pouze 2 klienti měli balíček: Zvýšená péče. Balíček: Bydlení s asistencí měli z celkového počtu 3 klienti. Největší zastoupení měl balíček: ALC-Asistence při péči, a to s počtem 8 respondentů.



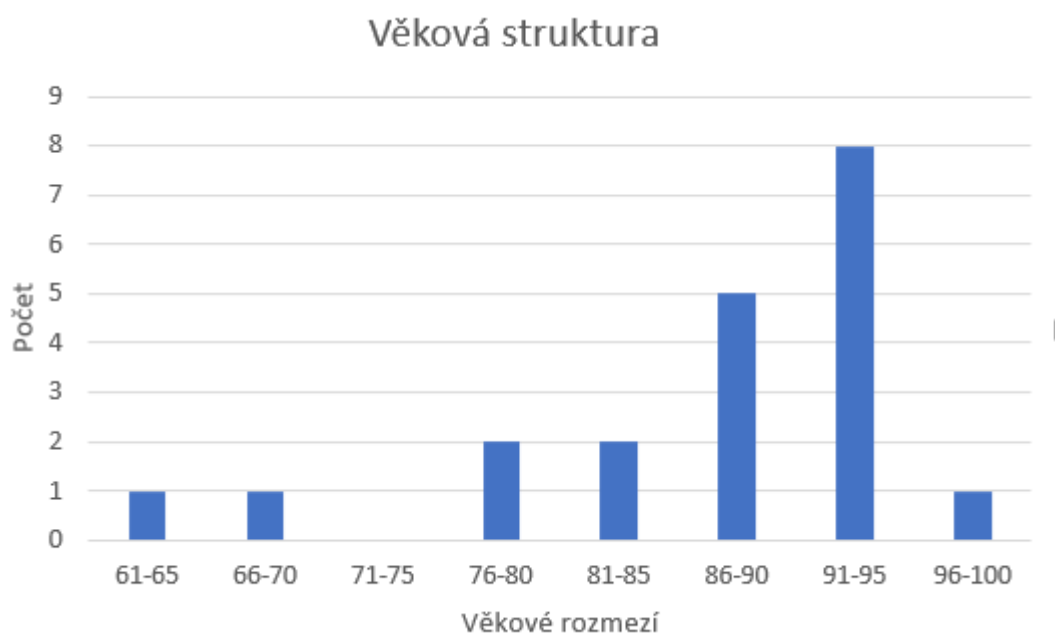
Graf 4 Další zdravotní služby

Komentář: V grafu 4 jsou uvedeny další zdravotní služby v zařízení. Pedikérská služba péče o chodidla se poskytuje všem klientům, z toho důvodu ji mělo všech 20 klientů, stejně jako služby laboratoře pro vyhodnocování vzorků krve, které mají rovněž všichni klienti. Službu medicínského managementu využívali 4 klienti a službu asistence při koupání měli 3 klienti.



Graf 5 Doba pobytu k prosinci 2019

Komentář: Graf 5 znázorňuje dobu pobytu klientů v zařízení. Jednotlivé kategorie byly rozděleny podle počtu let v zařízení. Z přiloženého grafu lze vidět, že většina klientů zde pobývá opravdu jen na dožití. Jsou zde ubytováni opravdu na sklonku života a žijí v zařízení krátce. Nejvíce zastoupena byla délka pobytu do 1 roku, a to s počtem 9 klientů. Pouze 4 klienti zde žili 2-3 roky. Po dobu 4-5 let bylo v zařízení 5 klientů. Žádný z hodnocených/měřených klientů nepobýval v zařízení 6-7 let. Po dobu 8-9 let zde žil 1 klient. S délkou pobytu v rozmezí 10-11 let, 12-13 let a 14-15 zde nebyli shledáni žádní klienti. Pouze 1 klient zde žil 20 let. Nejkratší dobu žil v zařízení 1 klient, a to pouze 4 měsíce. Nejdelší dobu žila v zařízení 1 klientka, a to po dobu 240 měsíců, což je 20 let. Průměrná doba pobytu měřených klientů byla 51,5 měsíců, což je 4,3 let.



Graf 6 Věková struktura

Komentář: Graf 6 znázorňuje věkové rozložení klientů v zařízení. Nejméně zastoupenou skupinou byli klienti ve věku 61-65 let, nejmladší klient měl 62 let, dále senioři mezi 66–70 lety a také nejstarší skupina s věkem 96-100 lety, v těchto rozmezích byl pouze 1 klient. V rozmezí 71-75 let nebyli žádní klienti v tomto věku. Věku 76–80 let dosahovali 2 klienti, stejně jako ve věkovém rozmezí 81-85 let rovněž 2 klienti. Vyšší zastoupení už bylo věkové rozmezí 86-90 let, kterého dosahovalo 5 klientů. Nejpočetnější kategorií bylo rozmezí 91-95 let s 8 klienty, nejstarší klient měl úctyhodných 97 let. Průměrný věk klientů v zařízení je 87 let.

6 DISKUZE

Pro svou bakalářskou práci jsem využila rešeršní strategii, jež byla zakomponována do teoretické části práce. Články pro rešeršní práci byly vyhledávány na několika níže uvedených databázích a byly vybrány hlavně podle vhodnosti obsahu pro zadané téma a podle četnosti citací. Rešerše byla vypracována na základě několika odborných databází, jako je EBSCO, ScientDirect, PubMed, ProQuest. Tématem rešerše byla kvalita života seniorů v Kanadě, tato oblast zahrnuje seniory v Kanadě a jejich hodnocení kvality života. Informační zdroje byly vybírány dle nastavených klíčových slov v anglickém jazyce. Výběr zdrojů byl omezen na 38 článků a časové hledisko bylo určeno pro dokumenty po roce 2010 až po současnost, přičemž větší důraz byl kladen na novější zdroje. Hledání bylo zaměřeno na měřicí techniky kvality života seniorů. Pro měření kvality života seniorů se nejčastěji využívá dotazník WHOQOL-OLD, ale v žádném z mých vyhledaných článků z odborných databází se tímto dotazníkem kvalita života seniorů v Kanadě neměřila, používají se ale i další méně známější metody. V rešerši bylo vyzdvihnuto několik málo nejzajímavějších a nejpraktičtějších článků pojednávajících o kvalitě života seniorů v Kanadě, nebylo jich však příliš. Z tohoto malého množství vybraných článků vyplynulo, že na konkrétní téma pojednávající o stárnoucích seniorech v Kanadě není příliš relevantních informací.

Zjištění uvedená v rešerši teoretické části práce nejsou zcela jednoznačná. Některé ze studií byly provedeny na specifickém vzorku, a to například u klientů jednoho domova pro seniory nebo u klientů, jež nemají příbuzné nebo o seniory neprojevují zájem, nebo seniorů v konkrétním regionu. Toto téma bylo použito také u některých písících své bakalářské a diplomové práce. Autorka Ann-Marie Kungl ve své bakalářské práci Úspěšné stárnutí Kanad'anů z roku 2008 zkoumala dva z modelů zabývajících se úspěšným stárnutím. Prvním byl Strawbridge model, zcela zaměřený na subjektivní opatření, a to že úspěšné stárnutí se lépe počítá pomocí subjektivních opatření, jako je psychická pohoda a druhý Rowe a Kahn model zaměřený na objektivní a snadno definovatelná kritéria, mezi něž se řadí a) nepřítomnost choroby a zdravotní postižení související s onemocněním, b) vysoká funkční kapacita a c) aktivní zapojení do života. Díky objektivnímu porovnání obou modelů může být dosaženo relevantních informací (Kungl, 2008, s. 41

Tato kapitola dále nastiňuje využití kvalitativní a kvantitativní metody použité v empirické části. Hlavním cílem bylo popsat sociální zařízení West Shore Village na základě polostrukturovaného rozhovoru. Na základě hlavního cíle bylo popsáno sociální zařízení West Shore Village. Data byla získána na základě metody polostrukturovaného interview,

kteře umožňuje prozkoumání tčmatu do hloubky. Rozhovor byl proveden s vrchní sestrou sociálního zařízení a tato metoda byla zvolena proto, že obvykle dochází ke spontánnímu plynutí rozhovoru s čímž se pojí i nové doplňující otázky k tčmatu.

Nasbíraná data sloužila k zodpovězení hlavní a dílčí výzkumné otázky. Bylo zjištěno, že nelékařský zdravotnický personál zajišťuje poskytnutí komplexní ošetrovatelské pčce, což zahrnuje výživu a hydrataci, pčci o vyprazdňování moče a stolice, pravidelné polohování a pčci o kůži, akutní a chronické rány. Informace, jež bylo možné analyzovat, se týkaly managementu bolesti. Nejčastěji sestra v rámci managementu bolesti zajišťovala podávání analgetik dle ordinace lékaře, per os nebo s.c. Trachtová uvádí, že tišení chronické bolesti vyžaduje často kombinaci nejrůznějších analgetických postupů (Trachtová, 2018, s. 151). Důležitým a nezbytným faktorem komplexní ošetrovatelské pčce je také empatický přístup a zájem zdravotnického tčmu, jež výrazně přispívá k celkovému lepšímu zdravotnímu stavu jedinců. Totčž potvrzuje i výzkum z Turecka, jež dokazuje, že zdravotní stav patří mezi důležité faktory, který se bezprostředně dotýká kvality života seniorů (Bilgili, Arpacı, 2014, s. 415-421).

K hlavnímu cíli se vztahovaly také dva grafy. Graf 4 uvádí zdravotnické služby rozdělené do balíčků pro pčci o klienty. Žádný z klientů neměl balíček: Pčce při demenci a jen 2 klienti měli balíček: Zvýšená pčce a Bydlení s asistencí měli z celkového počtu 3 klienti. Největší zastoupení měl balíček: ALC – Asistence při pčci, a to s počtem 8 respondentů. Graf 5 uvádí další zdravotní služby v zařízení. Pedikérská služba pčce o chodidla se poskytuje všem klientům, stejně jako služby laboratoře. Službu medicínského managementu využívali 4 klienti a službu asistence při koupání měli 3 klienti.

Dalším cílem bylo popsat balíčky poskytovaných služeb a jejich cenu v sociálním zařízení West Shore Village na základě analýzy jejich zdravotnické dokumentace. Výzkumný soubor tvořilo 20 zdravotnických dokumentací klientů sociálního zařízení, jež byly podrobeny důkladnému zkoumání uvedených dat. Soubor tvořilo 18 žen a 2 muži. V grafu 7 je popsán věk sledovaných klientů. Nejstarší měl 97 let, nejmladší 61let. Čankovič uvádí, že sociální zařízení pro seniory jsou určena jedincům, jež dosáhli důchodového věku nebo těm, kteří potřebují zvýšenou pčci, případně stálou asistenci z důvodu stárí nebo nemoci. (Čankovič et al., 2016, s. 42).

První graf popisuje měsíční náklady na zdravotní pčci a služby klientům. Z celkového počtu 20 zkoumaných klientů 2 klienti hradili 5 000 Kč, dalších 5 klientů platilo 5 001-10 000 Kč, pouze 1 klient hradil 10 001-15 000 Kč, částku 15 001-20 000 Kč zaplatili 2 klienti, další 2 klienti uhradili částku 20 001-25 000 Kč. Naopak částku 25 001 – 30 000 Kč nehradil žádný

z výzkumného vzorku klientů. Nejvíce bylo z celkového počtu 8 klientů, kteří zaplatili za měsíc 30 001-35 000 Kč za měsíc.

Druhý graf popisuje celkové měsíční náklady pro péči o klienty se zahrnutím zdravotní péče, ubytování a stravování. Z celkového počtu 20 klientů uhradilo v sekci zdravotní péče za pedikérskou službu péče o nohy 1 193 Kč a za služby laboratoře 1 960 Kč. Všichni klienti jednotně hradili 62 000 Kč za stravu a ubytování. Za služby zdravotní péče 2 klienti platili 15 345 Kč za balíček – Asistované žití, 1 klient měl ve stejném balíčku nižší cenu, a to 10 005 Kč. Služby – Medicínského managementu hradili 4 klienti, což činilo 4 263 Kč. Za balíček – Asistovaná péče platilo 8 klientů částku 29 837 Kč. Balíček – Asistence při koupání hradili 3 klienti, a to ve výši 2 558 Kč. Pouze 2 klienti z celkového počtu neměli žádný z uvedených balíčků.

Třetí graf ukazuje celkové náklady na péči. Jsou znázorněny tři hlavní proměnné – zdravotní péče, ubytování a stravné, a položku dohromady sčítající tři předešlé proměnné. Nejnižší položku tvoří zdravotní péče, jelikož je nejlevnější a každý klient využije jen tu, co potřebuje. Druhou nejnákladnější položku činí ubytování a stravování, které už musí hradit všichni residenti. Nejvyšší je hromadná položka, z níž lze vidět, že částky dosahují až desítek milionů korun, protože vzniká součtem položky zdravotní péče s položkou ubytování a stravování. Tento graf zároveň znázorňuje jasně patrný rozdíl za poskytované služby zahrnující ubytování a stravné ve srovnání s údaji v separovaných grafech č. 1 a č. 2.

Byly identifikovány základní rozdíly mezi českým a kanadským systémem v oblasti péče o seniory. V kanadském sociálním zařízení obvykle klienti čekají na umístění výrazně kratší dobu ve srovnání se zařízeními v České republice. Poskytované služby jsou rozděleny do určených balíčků, tyto balíčky jsou určeny na základě potřeb konkrétního klienta. Každý balíček má vlastní strukturu ošetrovatelských činností, které jsou v rámci balíčku poskytovány v péči o klienta. Tyto balíčky jsou klientům přiřazeny dle úrovně jejich soběstačnosti. Balíček obvykle zahrnuje služby ošetrovatelské péče a další činnosti spojené s hygienou. Z nabízených stravovacích služeb si mohou klienti vybrat, jaké jídlo chtějí, ať už na snídani nebo na oběd, všichni nemají stejnou přidělenou stravu. Ošetřující personál začíná pracovat v 7.00 hod ráno. Zaměstnanci mají na službě uzavřené běžecké boty a mají oblečenou pracovní uniformu, jež si sami koupí a musí si ji prát doma.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala kvalitou života seniorů v kanadském sociálním zařízení. V teoretické části jsou popsány poznatky související se systémem zdravotní péče v Kanadě s kvalitou života seniorů. V závěru teoretické části byla použita rešeršní strategie. Cílem bylo zjistit, jak je hodnocena kvalita života seniorů v kanadských sociálních zařízeních. Rešerše byla provedena na základě několika odborných databází v anglickém jazyce a za pomoci klíčových slov souvisejících s konkrétní problematikou týkající se kvality života seniorů v kanadském sociálním zařízení. Vzhledem k nedostatku potřebných zdrojů zabývajících se touto problematikou však nebylo toto téma dostatečně prozkoumáno.

V empirické části je rozebíráno výzkumné šetření, které bylo provedeno v kanadském sociálním zařízení West Shore Village, cílem šetření bylo popsat toto zařízení. Pro zjištění dat byla zvolena kvalitativní i kvantitativní metoda přístupu. Vzhledem k tomu, že nejvíce času tráví senioři právě se zdravotnickým personálem, první metodou byl polostrukturovaný rozhovor s vrchní sestrou zařízení, která jakožto koordinátor zdravotní péče celé zařízení řídí. Celý rozhovor se zabýval fungováním a popisem sociálního zařízení, včetně zmínění diagnóz klientů a pečujícího personálu, jež zajišťuje péče. Z rozhovoru bylo zjištěno, jak zařízení funguje v oblastech zdravotní a podpůrné péče. Multidisciplinární tým zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči a podílí se na vytváření pohodové atmosféry, dále je kladen důraz na etický přístup ze strany personálu ke klientům.

Druhá metoda zahrnovala studium zdravotnické dokumentace klientů. Výzkumný soubor tvořilo 20 zdravotnických dokumentací klientů, jež byly podrobeny důkladnému zkoumání. Cílem bylo popsat balíčky, jež jsou klientům v zařízení poskytovány, jaké služby jsou v rámci těchto balíčků nabízeny a za jaký finanční obnos.

Sociální zařízení poskytuje péči seniorům, jež se o sebe už nedokážou sami postarat, je zajištěna péče v oblasti, psychologické, fyzické, sociální a naplnění duchovních potřeb. Je dbáno na zachování důstojnosti nemocných až do posledních chvil jejich života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Accommodations: Types of Accommodation Available at West Shore. In: *West Shore Village* [online]. [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://westshorevillage.ca/accommodations/>
- [2] ASTLE, Barbara J. et al., 2019. *Canadian Fundamentals of Nursing*. 6. vydání. Mosby Canada: Elsevier. ISBN 9781771721134.
- [3] BENNETT, Carolyn a Rick ARCHBOLD, 2000. *Kill or Cure?: How Canadians can remake their health care system*. Toronto: HarperCollins Publishers. ISBN 0-00-200057-1.
- [4] Canada Population, 2019. *World population review* [online]. USA, Walnut [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://worldpopulationreview.com/countries/canada-population/>
- [5] Canada's health care system, 2020. *Government of Canada* [online]. Ottawa [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>
- [6] *Canadian Institute for Health Information* [online], 2020. Toronto [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.cihi.ca/en/health-workforce>
- [7] DECTER, Michael a Francesca GROSSO. *Navigating Canada's Health Care: A Useruide To Getting The Care You Need*. Toronto: Penguin Canada, 2008. ISBN 978-0143050469.
- [8] DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ, 2009. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9.
- [9] *Dress A Med* [online], 2020. Los Angeles [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://dressamed.com/collections/all>
- [10] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [11] *Effective Public Healthcare Panacea Project* [online], 2020. Canada [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.ehphp.ca/>

- [12] FARSKÝ, Ivan a Michaela SOLÁROVÁ. Kvalita života seniorov v komunitných zariadení. *Profese online* [online]. 3(1), 30-41 [cit. 2020-05-22]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2010/01/04.pdf>
- [13] GAVORA, Peter, Vladimír JŮVA a Vendula HLAVATÁ, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšírené české vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [14] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovateľský výzkum*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [15] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [16] HOLMEROVÁ, Iva, Martina ROKOSOVÁ a Hana VAŇKOVÁ, 2006. Pohled na pacienta vyššího věku. *Solen: Medicína pro praxi* [online]. 180-183 [cit. 2020-05-22]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>
- [17] Hospital Care Team Members, 2018. *Merck Manual Consumer Version: Health Topics* [online]. USA [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.merckmanuals.com/en-ca/home/special-subjects/hospital-care/hospital-care-team-members>
- [18] CHURCH, Rhonda a Neil MACKINNON, 2010. *Take as Directed: Your Prescription for Safe Health Care in Canada*. Toronto: ECW Press. ISBN 978-1550229523.
- [19] IVORY, Michael, 2008. *Kanada-Velký průvoce National Geographic*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-1943-3.
- [20] *Jak do Kanady* [online], 2020. [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://jakedokanady.cz/ontario/>
- [21] Kanada mapa prodeje, 2020. In: *Maps Canada* [online]. [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://cs.maps-canada-ca.com/kanada-mapa-prodeje#&gid=1&pid=1>
- [22] KUNGL, Ann-Marie, 2008. *Successful Aging in Canadian Seniors: Implications for Public Health Promotion and Planning for an Aging Population*. Thunder Bay. Bachelor these. Lakehead University.
- [23] LINDENBURGER, Sharon, 1998. *Canadian Consumers Health Care: How to get the health care you need when you need it*. Ontario: Joan Homewood. ISBN 0-07-560312-8.
- [24] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.

- [25] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- [26] *Ontario* [online], 2015. Toronto [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.ontario.ca/page/government-ontario>
- [27] *Orbion* [online], 2020. [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://kanada.orbion.cz/ontario/pruvodce/>
- [28] ONDRUŠOVÁ, Jiřina. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. [online] 2013, 7, (1), s. 36-39 [cit. 2020-05-22]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf.
- [29] *Parlamentní institut: Systém zdravotnictví ve skandinávských zemích, Kanadě a Izraeli* [online], 1995. In: . s. 1-16 [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <file:///C:/Users/User/Downloads/00020749.pdf>
- [30] RÁCZOVÁ, Beáta a Gabriela MARHEVSKÁ, 2013. *Priprava na starnutie v kontexte sebakontroly a starostlivosti o seba: výsledky výskumu* [online]. Košice [cit. 2020-05-24]. [Dostupné z: https://psychkont.osu.cz/fulltext/2013/Raczova,Marhevska_2013_1.pdf. Katedra psychológie FF UPJŠ v Košiciach.
- [31] SAUVÉ, Virginia a Monique SAUVÉ, 1997. *Gateway to Canada*. Toronto: Oxford University Press. ISBN 0-19-541152-8.
- [32] SCHERER, Helmut et al., 2004. *Analýza obsahu mediálních sdělení*. 2. přepracované vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0827-8.
- [33] TOMEŠ, Igor et al., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha. první: Karolinum. ISBN 9788024636122
- [34] TRACHTOVÁ, Eva, 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy.: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.
- [35] *West Shore Village* [online], 2005. Port Perry [cit. 2020-05-23]. Dostupné z: <https://westshorevillage.ca/>

[36] World Health Organization, 2002. *Active ageing: A Policy Framework* [online]. In: . Geneva, s. 1-60 [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ALC – assisted living care

EQ-5D je standardizovaný dotazník kvality života (Quality of Life) vypracovaný skupinou EuroQol

Hod. - hodina

HRQOL – Health-Related quality of life – kvalita života související se zdravím je vnímané fyzické nebo duševní zdraví jednotlivce nebo skupiny v průběhu času

ICECAP–O – ICEpop CAPability measure for Older people -je měřítko používané u starších lidí ve schopnosti ekonomického hodnocení

iKT – integrovaný překlad znalostí

IP – inteprofessional

Kč – Koruna česká

LPN (Licensed Practical Nurse), licencovaná praktická sestra

LTC – prostředí dlouhodobé péče

Např. - například

NB-Nový Brunšvik

NH – pečovatelské domy

NTD – Sousedský týmový rozvoj

NV-Nunavut

ON – Ontario

PCA Personal Care Attendant –ošetřovatel

PCW – personal care worker – pečovatel

Prof. - profesor

QB-Quebec

RNA (registered nursing assistant) registrovaný zdravotnický asistent

S. - strana

SALTY – Senioři-přidání let

s.c. – subkutánní

USA-United States of America

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-OLD – World Health Organization Quality of Life

OPQOL – Older People's Quality of Life

AQoL – Assessment of Quality of Life

WHOQOL-OLD je měřicí nástroj, jenž byl vytvořen na základě standardní metodologie pro měření kvality života u stárnoucích seniorů. Může být použit společně s

WHOQOL-100 - World Health Organization Quality of Life – sestává ze 100 položek

WHOQOL-BREF – WHO Quality of Life-BREF – sestává z 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Mapa Kanady.....	23
----------------------------	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Měsíční náklady na zdravotní péči.....	54
Graf 2 Měsíční náklady.....	55
Graf 3 Četnost využití balíčku.....	57
Graf 4 Další zdravotní služby.....	58
Graf 5 Doba pobytu k prosinci 2019.....	59
Graf 6 Věková struktura.....	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vyhledávací kritéria.....	31
Tabulka 2 Výsledky analýzy.....	32
Tabulka 3 Služby a vybavení.....	40
Tabulka 4 Celkové náklady na péči.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P II: Tabulka, v níž jsou popsány veškeré potřebné proměnné k měření

Příloha P III: Tabulka s balíčky

Příloha P IV: Graf znázorňující náklady za celkovou dobu pobytu do prosince 2019

Příloha P V: Jídelna a jídelní lístek

Příloha P VI: Návrh pokoje

Příloha P VII: Pokoj klienta

Příloha P VIII: Koupací vana