

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie



**Vnímání kvality života a zdraví uživatelů  
Ošetrovatelského domova ve Šternberku**

**The perception of quality of life and health of  
the user Nursing home in Sternberg**

Bakalářská diplomová práce

**Iva Němcová**

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Naděžda Špatenková,  
Ph.D.

Olomouc 2014

**Prohlášení**

**Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny zdroje použité k jejímu zpracování uvedla v seznamu literatury, jež je součástí práce.**

V Olomouci dne 26. 11. 2014

.....  
Iva Němcová

## Poděkování

Chtěla bych touto cestou velmi poděkovat PhDr. Naděždě Špatenkové, Ph.D. za důkladné vedení při psaní mé bakalářské práce, za její odborné rady, trpělivost, ochotu i čas, který mi věnovala. Díky jejímu přístupu, jehož si velmi cením, dostala práce tuto podobu.

Poděkování patří také uživatelům Domova pro seniory – Ošetrovatelského domova ve Šternberku a tamnímu personálu. Bez jejich pomoci, ochoty a spolupráce by nebylo možné realizovat průzkumné šetření, čehož si velmi cením. Poslední vyjádření díky patří i osobám, které mi po celou dobu byly nápomocny a tím se také podílely na vzniku této práce.

# Obsah

Úvod	5
1 Kvalita života	7
1.1 Vymezení pojmu	7
1.2 Rozsah kvality života	9
1.3 Přístupy k hodnocení kvality života	10
1.3.1 Objektivní metody hodnocení	10
1.3.2 Subjektivní metody hodnocení	11
2 Zdraví	13
2.1 Definice zdraví	13
2.2 Vnímání zdraví a jeho podpora	14
2.3 Determinanty zdraví	16
3 Uživatelé sociálních služeb	18
3.1 Sociální služby v ČR	18
3.2 Typy sociálních služeb v ČR	19
3.3 Vymezení pojmu uživatel sociálních služeb	20
4 Senior jako uživatel sociálních služeb	22
4.1 Seniorský věk	22
4.2 Změny ve stáří	24
4.3 Odraz změn na zdravotním stavu seniorů	25
4.4 Soběstačnost ve stáří	27
4.5 Péče o seniory v ČR	29
4.6 Sociální služby pro seniory	30
5 Praktická část	32
5.1 Cíl výzkumu	32
5.2 Výzkumný problém	33
5.3 Popis výzkumného vzorku	35
5.4 Charakteristika místa šetření	36
5.5 Realizace šetření	39
5.6 Charakteristika výzkumné metody – SEIQoL	41
5.6.1 Struktura rozhovoru metody SEIQoL	42
5.6.2 Metodika SEIQoL	43
5.6.3 Vyhodnocení SEIQoL	44
5.7 Výsledky výzkumu	44
5.8 Shrnutí výsledků a diskuze	57
5.9 Sociotechnická doporučení	61
Závěr	63
Použitá literatura	66
Přílohy	70

## Úvod

Pravděpodobně každý člověk touží za svého života dosáhnout určitých hodnot, ať již materiálních či duchovních. Snaží se svému bytí dát jistý smysl, naplnění, vybudovat si základnu, která by jej uspokojovala a zajistila mu dostatečné kvalitní žití. Zmíněnou kvalitu života bezesporu vnímá každý jedinec zcela jinak. Podílí se na tom široká škála faktorů, mezi něž lze zařadit např. sociokulturní úroveň společnosti, politiku, ekonomiku, působení rodiny a okolí, osobnost jedince a také jeho zdravotní stav a věk.

Vzhledem ke své dobrovolnické činnosti, jež jsem vykonávala v Domově pro seniory - Ošetřovatelském domě se sídlem Na Valech ve Šternberku, je mi problematika kvality života právě u lidí ve vyšším věku velmi blízká. Do zmíněného domova jsem docházela jako dobrovolnice tři roky. Při této činnosti jsem si plně uvědomovala pomíjivost času, materiálních hodnot, pozorovala, jak různorodě kvalitu svého života vnímají uživatelé právě této sociální služby. Patřím do generace, která si již povolna začíná vybavovat neodvratitelnost vlastního stárnutí a stáří. Mám o něm určité představy a jsem přesvědčena, že i toto životní období lze prožít důstojně. Avšak je nutné vzít na zřetel, že každý z nás je individuum a může kvalitu svého života vnímat zcela odlišně od ostatních.

V současnosti, kdy naše společnost demograficky stárne, lze pozorovat zvýšený zájem o starší populaci, její zájmy, soběstačnost, aktivity, potřebu a míru pomoci, v podstatě o všechny změny, jež s sebou seniorský věk přináší. Nelze hovořit pouze o oblasti sociální. U některých jedinců je nutno zohlednit i různá zdravotní omezení, jichž není nikterak málo. Míra jejich závažnosti potom může u seniorů způsobit právě zmíněný úbytek soběstačnosti, který ve svém důsledku přináší i riziko sociální izolace a závislost na péči druhé osoby.

I to je jedním z důvodů, proč je seniorům poskytována zdravotní a sociální péče. Ty spolu úzce souvisí, jsou provázané a neoddělitelné. V obou oblastech působí široké spektrum institucí, např. rodina, charita,

stát, občanská sdružení aj. Snahou všech by mělo být poskytování péče takové úrovně, která by lidem s dřívějším datem narození zajistila kvalitní prožití podzimu života a uspokojila jejich biologické, sociální, psychické i duchovní potřeby dle jejich individuality. A právě ona jedinečnost může být příčinou odlišného vnímání kvality osobního života. Každý z nás má jiné požadavky a během svého bytí se snaží je uspokojit. Nejinak je tomu v případě, kdy stává uživatelem sociální služby.

V rámci své práce bych se chtěla zaměřit právě na vnímání kvality života seniorů, co-by uživatelů sociální služby. V teoretické části práce vymezím pojmy jako je kvalita života, zdraví, uživatel sociální služby, senior, resp. starý člověk apod. Vystihnu změny provázející stárnutí jedince, charakteristiku sociálních služeb pro seniory. Praktická část práce potom reflektuje s pomocí průzkumné sondy vnímání kvality života a zdraví u seniorů v Domově pro seniory – Ošetřovatelském domově se sídlem Na Valech ve Šternberku a to s využitím techniky SEIQoL.

Cílem mé bakalářské práce je odhalit, jak vnímají kvalitu života osoby, které jsou z určitého důvodu odkázáni na pomoc cizích osob v ústavní péči, jelikož lidé z jejich blízkého okolí jim nemohou potřebnou péči zajistit v dostatečném rozsahu

Předpokládám, že získané poznatky by mohlo vedení Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku využít k rozkrytí pozitivních a negativních faktorů působících na kvalitu života jejich uživatelů, ale i ke zkvalitnění zde poskytovaných služeb. Věřím, že práce bude užitečná i dalším subjektům působícím v sociální oblasti. Může posloužit také široké veřejnosti jako podnět k zamyšlení se nad stářím, s ním spojenými změnami, kvalitou života seniorů.

# 1 Kvalita života

Klíčovým pojmem mé bakalářské práce je kvalita života, proto se v první kapitole zaměřím na vymezení pojmu kvalita života, rozsah kvality života a hodnocení kvality života.

## 1.1 Vymezení pojmu

Kvalita života je v současnosti pojem, který je často středem pozornosti, úvah, výzkumů či diskuzí jak odborníků z oblasti zdravotnictví, sociologie, psychologie, antropologie, sociální práce a dalších, tak i laiků. Vzhledem k mnoha úhlům pohledu nelze zcela přesně stanovit jeho jednotnou definici. Oproti kvantitě života, již lze číselně vyjádřit, tedy udat délku života v číslech, se jeví nesnadné vymezit pojem kvalita života.

Csisko nabízí vymezení pojmu několika autorkami.<sup>1</sup> Cituje Gurkovou, která popisuje kvalitu života jako jev subjektivní a dynamický, kdy se jedinec snaží uspokojit své potřeby dle aktuálních životních situací, dosaženého věku, či úrovně svého zdraví. Dále pak odkazuje na Tokárovou, jež smýšlí o kvalitě života jako o určité normě splňující očekávání či představy jednotlivců nebo skupin. Nabízí i pohled Linkové, dle níž jde o celkové hodnocení života člověka. V neposlední řadě Csisko odkazuje na Kelčíkovou, která v souladu se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) popisuje kvalitu života jako stav, kdy jedinec sám vnímá uspokojení svých potřeb a to mu umožní dále rozvíjet jeho osobní štěstí.<sup>2</sup>

Také Dragomirecká a Prajsová používají definici WHO. Kvalita života dle nich znamená: „...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.“<sup>3</sup> Csisko také nabízí vymezení kvality života dle WHO, jak ho parafrázovala Musilová. Jedná se o jedincovo místo

---

<sup>1</sup> Srov. CSISKO, M. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. 2013.

<sup>2</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>3</sup> Srov. DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 2009. s. 9.

v životě, zapadajících do hodnot a kultury určitého systému a ovlivněné psychikou, zdravím, sociálním prostředím a vztahem jedince k životnímu prostředí.<sup>4</sup> Dragomirecká a Prajsová do tohoto pojmu zahrnují i tělesný a duševní stav jedince, prostředí, jímž je obklopen, smysluplnost jeho života a celkový pocit vlastního uspokojení. Z hlediska medicínského a psychologického považují kvalitu života za významnějšího ukazatele úrovně zdraví, než jakými jsou nemocnost a úmrtnost.<sup>5</sup>

Křivohlavý považuje kvalitu života za typický znak, pomocí něhož lze odlišit jeden komplex od druhého, tedy život jednoho jedince od života dalšího člověka<sup>6</sup>.

Vávra předkládá názor, že dříve se na kvalitu života pohlíželo spíše z objektivního hlediska, kdy se sledovali hmotní a biologičtí ukazatelé. V současnosti dle něj došlo k posunu do roviny subjektivního vnímání, v němž se odráží psychosociální a duchovní oblast jedince. Za kvalitu života tedy považuje to, jak sama osoba posuzuje svou situaci.<sup>7</sup>

Obdobné stanovisko zastává také Slováček a kol. Dle nich lze kvalitu života charakterizovat jako stav fyzického zdraví, psychické kondice a společenského uplatnění, na němž se podílejí i náboženské a ekonomické vlivy, stáří, pohlaví jedince, rodina, vzdělání spolu s ekonomickou situací a hodnoty, které člověk uznává.<sup>8</sup>

Heřmanová řeší kvalitu života s poukazem na její souvislost s vývojem společnosti. Vlivem urbanizace a industrializace se změnily životní podmínky lidstva, došlo ke zvýšení životního standardu, zrychlení životního tempa, rozvoji komunikace, mobility atd. Z tohoto důvodu považuje za nutné pohlížet na kvalitu života interdisciplinárně,

---

<sup>4</sup> Srov. CSISKO, M. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. 2013.

<sup>5</sup> Srov. DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 2009. s. 9.

<sup>6</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 2002. s. 162.

<sup>7</sup> Srov. VÁVRA, M. *Náboženství a kvalita života. Psycho-sociální předpoklady*. 2011.

<sup>8</sup> Srov. SLOVÁČEK, L. a kol. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčiv*. 2004.



tedy z hlediska ekonomického, politického, psychologického, antropologického, sociologického i medicínského. Zmíněné obory potom vysvětlují kvalitu života jako pocit pohody, sociální blahobyt, životní úroveň, spokojenost, štěstí či zdraví.<sup>9</sup>

V souvislosti s tématem mé bakalářské práce, kdy jsem se zaměřila na vnímání kvality života a zdraví u seniorů v institucionální péči se pro kvalitu života jeví podstatným prostředím, věk, zdravotní stav i možnosti uspokojení individuálních potřeb, čímž se dá souhlasit s definicemi Slováčka a kol., Dragomirecké s Prajsovou či Musilové.

## 1.2 Rozsah kvality života

Vzhledem k výše uvedenému je patrné, že nyní se na kvalitu života pohlíží spíše subjektivně. Vávra popisuje, že změna ve vnímání kvality života, kdy došlo k posunu od objektivního vnímání kvality do roviny subjektivní, nastala přibližně ve druhé polovině 20. století.<sup>10</sup> Křivohlavý dle Engela a Bergsmy však poukazuje na nutnost pohlížet na danou problematiku spíše komplexně, tedy z více hledisek. Podle těchto autorů je třeba brát v úvahu nejprve rozsah celospolečenský. Život, jeho hodnota i kvalita by měla být ctěna vším lidstvem. Právo na důstojné žití si zaslouží být prioritou při řešení celosvětových politických problémů. Dotýkat by se mělo např. odstranění hladomoru, chudoby, terorismu, dále pak zdravotnických, pedagogických reforem atd.<sup>11</sup>

Křivohlavý dále uvádí, že kvalitu života ovlivňují i malé sociální skupiny. Kladné vztahy mezi lidmi, sociální opora, pozitivní sociální klima, společné hodnoty, respekt k morální hodnotě života by se v co nejvyšší míře měly projevat např. v nemocnicích, domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou, firmách, školách atd. Poslední a nejspecifičtější rozsah kvality života je, podle tohoto autora, rozsah osobní, tedy jedince.

---

<sup>9</sup> Srov. HEŘMANOVÁ, E. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. 2012.

<sup>10</sup> Srov. VÁVRA, M. Náboženství a kvalita života. Psycho-sociální předpoklady. 2011.

<sup>11</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemocí*. 2002. s. 163.

Jelikož každý z nás je individuum, jedná se o oblast čistě subjektivní, podmíněnou představami, hodnotami, nadějemi či přesvědčením konkrétní osoby.<sup>12</sup>

Podobné rozčlenění oblastí uznává i Heřmanová: „*První z nich je celková spokojenost s životem, druhou je spokojenost s dílčími oblastmi života (rodina, práce, bydlení, seberealizace, sociální vazby, společenské uznání), třetí tematickou oblastí je oblast hledání nejvýznamnějších faktorů, jež podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života a hledání souvztažností mezi těmito faktory.*“<sup>13</sup>

### **1.3 Přístupy k hodnocení kvality života**

Z výše uvedeného vyplývá, že každou oblast kvality života lze určitým způsobem zkoumat, hodnotit či měřit. Dle Křivohlavého při posuzování její úrovně hraje důležitou roli i hodnotící metoda, jež k měření byla zvolena. Rozčlenil je na základní tři skupiny.<sup>14</sup>

#### **1.3.1 Objektívni metody hodnocení**

První skupinu metod tvoří metody, kdy život jedince posuzovala jiná osoba, tedy jde o hodnocení objektivní. Jednalo se většinou o lékařská vyjádření dotýkající se zdravotního stavu nemocného, přičemž vyjádřili míru odchylky onoho zdravotního stavu od stavu normálního. Nejčastěji se užívala metoda APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Systém). Lékař klasifikoval stupeň potíží při přijetí nemocného k hospitalizaci a následně 24 hodin po příjmu. Čím vyšší bylo výsledné skóre, tím závažnější byl stav sledovaného. Zavedení systému slovního hodnocení přineslo značný posun v posuzování kvality pacientova života. Systém nabízel přesně formulovaná kritéria, např. sebeobslužnost nemocného, bolest, emocionální stav aj. Každá položka skýtala několik stupňů, např. od nuly do pěti, a hodnotila se s časovým odstupem.

---

<sup>12</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 2002. s. 163

<sup>13</sup> Srov. HEŘMANOVÁ, E. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. 2012. s. 411.

<sup>14</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 2002. s. 165.

Hodnocení stavu dle metod užívaných převážně v medicíně však nešlo považovat za příliš vypovídající, neboť se do nich projektovalo subjektivní vnímání hodnotitele. Pokud jednoho člověka posuzovalo více osob, objevily se markantní odlišnosti ve výsledcích dané právě velkou mírou subjektivity hodnotitele.<sup>15</sup>

Dragomirecká rovněž udává, že kvalitu života hodnotily převážně lékařské obory jako neonatologie, transplantální medicína a onkologie. Ta některé již dříve ustanovené škály používá dodnes. Jedním z těchto indexů je např. Karnofsky index (The Karnofsky Performance Scale). Teprve v 80. letech minulého století se sledováním kvality života začaly zabírat i společenské obory, které využívají spíše sebeposuzovacích stupnic, jež se však řadí do subjektivních hodnotících metod.<sup>16</sup>

### 1.3.2 Subjektivní metody hodnocení

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem (viz kap. 1.1, 1.2), kdy v současnosti můžeme považovat kvalitu života za převážně subjektivní vyjádření dotazovaného, se právě subjektivní metody zkoumání kvality života jeví jako nejvíce vypovídající pro postihnutí osobního vnímání dané problematiky.

Příkladem pro subjektivní hodnocení kvality života může být metoda HRQoL (Health Related Quality of Life), která měří danou oblast z hlediska zdraví. Tato metoda však postupem času odhalila, že zdraví má pro každého pacienta zcela jinou hodnotu. Problematikou předkládanou v celé této kapitole se zabývalo velké množství filozofů i psychologů. Řešili hledání smyslu života, realizaci vlastních plánů, jež by mohla vést ke spokojenosti jedince, repertoár hodnot jedince, zaměřili se na osobní cíle. Tímto dali vzniknout dnes nejpoužívanější metodě pro subjektivní hodnocení kvality života, která se nazývá SEIQoL, tedy Schedule for the Evaluation

---

<sup>15</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 2002. s. 165-168.

<sup>16</sup> Srov. DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 2009. s. 9-10.

of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života. Zmíněná metoda je podrobně popsána v praktické části této práce (viz kap. 5.6).<sup>17</sup>

Kvalita života je dnes bezesporu velmi aktuální záležitostí, i když vymezit její definici není snadné a dosud žádná jednotná neexistuje. Podílí se na tom skutečnost, že se úroveň kvality života zkoumá z různých úhlů pohledů, např. sociálního, psychologického, biologického, medicínského atd. Nelze opomenout ani fakt, že jde čistě o subjektivní popis dané oblasti dotazovaného, tudíž každý jedinec posuzuje svou situaci zcela jinak. Avšak téměř každý obor, který se kvalitou života zabývá, bere v potaz stránku zdraví, neboť ji považuje za základ pro naplnění dalších potřeb, na který navazuje i osobní rozvoj a s ním spojená spokojenost.

---

<sup>17</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 2002. s. 168-172.

## 2 Zdraví

Jedním z klíčových ukazatelů kvality života je právě zdraví. Jeho vnímání pak hraje důležitou roli zejména při posuzování kvality života u seniorů. Z tohoto důvodu se budu v následující kapitole tomuto pojmu věnovat. Nejprve se ho pokusím definovat, postihnout jeho vnímání a pak se zaměřím na jeho podporu. Poslední podkapitola stručně reflektuje determinanty zdraví.

### 2.1 Definice zdraví

Definice zdraví se postupně vyvíjela. Kebza uvádí, že pravděpodobně za nejstarší vymezení pojmu zdraví je považována definice WHO platná od roku 1948. Ta ji stanovila již v roce 1946 ve své Preambuli k Ústavě WHO, jež byla schválena na Mezinárodní konferenci ke zdraví v New Yorku. V dokumentu je zdraví vymezeno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Tohle tvrzení signalizuje odklon od čistě biologického pojetí tohoto termínu i směrem k sociální oblasti, tedy k prostředí, jež člověk sdílí.<sup>18</sup>

Díky své jednoduchosti a srozumitelnosti se stala tato definice základem pro pojem zdraví, který byl v průběhu dalších let konkretizován a rozšiřován. WHO jej v roce 1977 doplnila o tvrzení, že zdraví je schopnost vést produktivní život i v oblasti sociální a ekonomické. K dalšímu rozšíření pojmu zdraví pak došlo v roce 1999, kdy WHO definici zdraví operacionalizuje a z praktických důvodů zdraví vymezuje jako pokles poruch, nemocnosti, úmrtnosti či handicapu v důsledku potvrditelných chorob a současně vzrůst úrovně zdraví.<sup>19</sup>

I Křivohlavý poukazuje na historický význam pojmu zdraví, jež původně znamenal celek. Ve svém jádru se dnešní definice zdraví

---

<sup>18</sup> Srov. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 2005. s. 26.

<sup>19</sup> Srov. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 2007. s. 25, 28.

k prvotní podstatě tohoto slova navracejí, neboť onen výraz je v současnosti považován za vyjádření širšího komplexu oblastí, které se v lidském životě prolínají a vzájemně ovlivňují. Nepojímá zdraví pouze jako záležitost biologickou, nýbrž také sociální, psychologickou a duchovní, hovoří o holismu. Chápe zdraví jako předpoklad, který jedinci napomůže k úspěchu, seberealizaci a dosažení stanovených cílů.<sup>20</sup> Křivohlavý cituje Seedhouse: „*Aby lidé mohli dělat to, co dělat chtějí (realizovat se), potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatnou věcí pro naši spokojenost s naplněním našich životních tužeb... Zdraví je žádoucí.*“<sup>21</sup> Souvislost zdraví a kvality pak Křivohlavého vedla ke stanovení vlastní definice zdraví: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“<sup>22</sup>

Zdraví se stalo součástí běžného života a patří k nejdůležitějším hodnotám každého jedince. Pokud jím člověk disponuje, plní si svá předsevzetí, plány a cíle. Zdraví mu tedy umožňuje dát svému životu smysl. Machová uvádí výrok jednoho z bývalých ředitelů WHO, a sice Mahlera: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.*“<sup>23</sup>

## **2.2 Vnímání zdraví a jeho podpora**

Křivohlavý vnímá zdraví spíše psychologicky, a sice jako nástroj k dosažení cíle nebo jako dle něj může být zdraví bráno jako cíl samotný. Pojímá ho jako zdroj fyzické i psychické síly, neboť tu lze znovu načerpat, pokud jsme momentálně oslabeni a nejsme schopni zvládat životní trable. Pokud jedinec zdolá tlaky životních negací, může se dále realizovat. Jde o to, aby přijal životní úkol jako výzvu, adaptoval se na změny v životě, čímž si zajistí možnost dobře fungovat. Za podpory lékařských

---

<sup>20</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2009. s. 28-29, s. 40.

<sup>21</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>22</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>23</sup> Srov. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2009. s. 12.

a farmaceutických institucí pak lze zredukovat riziko nemoci a dosáhnout optimálního stavu, tedy zdraví.<sup>24</sup>

Z jiné dimenze, zdravotně politické, přistupuje ke zdraví Lalonde, bývalý kanadský ministr zdraví. Jeho zpráva nesoucí název „*Nový pohled na zdraví Kanadčanů*“, se stala podnětnou pro výzkum v oblasti neinfekčních chorob. Navrhl koncepci, která poukázala na nutnost vnímat zdraví i za hranici biologickou a medicínskou. Poukázal na důležitost čtyř oblastí, jež se bezprostředně odrážejí na zdraví a musí na ně být brán zřetel. Dle něj se vzájemně ovlivňují čtyři složky, a sice biologická stránka člověka, jeho životní styl, životní prostředí a samotná organizovanost zdravotní péče. Zdůraznil potřebu vést člověka k většímu uvědomění a odpovědnosti za své zdraví, podpořit veřejné zdraví a regionální zdravotní politiku.<sup>25</sup>

Podobně pohlíží na problematiku podpory zdraví i Machová. Vnímá zdraví jako společenskou hodnotu, jejíž úroveň má vliv na délku aktivního života jedince a zdravý vývoj nových generací. Poukazuje na potřebu spolupráce jedince, který změnou životního stylu a péčí o životní prostředí může přispět k dosažení vyšší úrovně zdraví. Společnost by pak k takovému jednání člověka měla vytvořit ekonomické, politické, výchovné i technické podmínky. Machová navíc vyzdvihuje významnou úlohu žen v této oblasti, jejich hodnotovou orientaci a vzdělanost, neboť právě ony prostřednictvím péče o dítě, rodinu, stravu, hygienu atd. dávají svým blízkým základ pozitivního vztahu ke svému zdraví.<sup>26</sup>

Drbal předpokládá, že pro podporu zdraví je zapotřebí spolupráce státu a občana, přičemž stát by měl lidem poskytnout dostatečné informace, motivaci i možnost svobodně se rozhodnout pro správný životní styl. Nápomocni mu v tom pak mají být různé občanské iniciativy, instituce a organizace. Za nešťastný považuje vývoj péče o zdraví v minulosti. Docházelo k obrovskému vědecko-technickému pokroku ve zdravotnictví,

---

<sup>24</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2009. s. 29.

<sup>25</sup> Srov. *Determinanty zdraví*. 2014.

<sup>26</sup> Srov. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2009. s. 14.

který však až příliš zasáhl vztahy člověka a prostředí. Novými diagnostickými a terapeutickými metodami naboural odolnost organismu, genetickou výbavu i schopnost adaptace. Podporu zdraví pokládá za důležitou součást zdravotní politiky, což by měli reflektovat ekonomové, politici i zdravotníci samotní.<sup>27</sup>

Havelková odkazuje na WHO, jež rovněž vyzdvihuje úlohu státu při zajištění podpory zdraví. Dle ní je to především vláda, která by měla učinit dostatečná zdravotní a sociální opatření směřující ke zvýšení úrovně zdraví. Považuje za důležité, aby pak legislativní a exekutivní orgány veškerou činnost vedoucí k podpoře zdraví vykonávaly zodpovědně.<sup>28</sup>

V předchozích odstavcích jsem uvedla několik autorů, kteří se věnovali tématu podpory zdraví. Všichni vnímají zdraví nejen z hlediska biologických předpokladů, ale daleko širěji. Poukazují na to, že zdraví je ovlivňováno prostředím, a to jak přírodním, tak zejména sociálním. Proto se v následující podkapitole zaměřím na determinanty zdraví.

### **2.3 Determinanty zdraví**

Při vymezení pojmu zdraví vyvstala na povrch skutečnost, že se nejedná pouze o záležitost biologickou, nýbrž multifaktoriální. Člověk je vystaven působení mnoha činitelů, jež jeho zdravotní stav mohou výrazně ovlivnit.

Machová dělí tyto činitele na základní dvě skupiny, vnitřní a zevní. Mezi vnitřní faktory řadí genetickou výbavu jedince, s níž jedinec přichází na svět. Na tento základ se potom nabalují vlivy řadící se do druhé skupiny, mezi zevní faktory. Jedná se o životní styl člověka, pracovní a životní prostředí a úroveň poskytované zdravotnické péče. Jednotlivou míru vlivu zachycuje obrázek 1.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Srov. DRBAL, C. Podpora zdraví: Úvod do problematiky. 2005.

<sup>28</sup> Srov. KUČERA, Z., HAVELKOVÁ, J. Podpora zdraví: Vývoj teoretických základů. 2005.

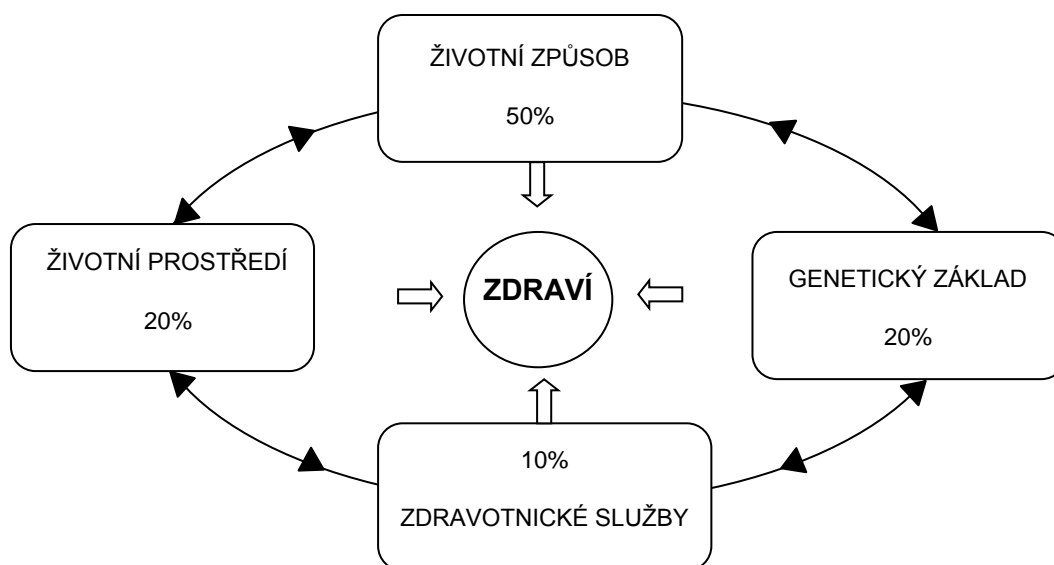
<sup>29</sup> Srov. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2009. s. 13.



Holčík rovněž používá dělení zevních faktorů na čtyři kategorie, shoduje se i v procentuálním vyjádření. Poukazuje na skutečnost, že ze 70 % člověk může své zdraví dosti ovlivnit. Přitom pokládá oblast životního prostředí a životního stylu za poměrně nedostatečně podchycenou, dle něj by si zasloužila větší pozornost. Stejně tak politická a ekonomická situace státu, neboť ta je stěžejní pro pokrytí konkrétních oblastí pitnou vodou, výživou, vzdělávacími institucemi atd. Rovněž za podstatnou považuje kulturu dané společnosti, jelikož předáváním tradic a hodnot lze také zdraví člověka ovlivnit. Nepodceňuje ani roli pohlaví. Muži a ženy žijící ve stejných podmínkách nedosahují díky své sociální roli (muž – žena) stejného komfortu z hlediska zdraví.<sup>30</sup>

Obr. 1. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech

Zdroj: Holčík, Kaňová, Prudil. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 2005. s. 19.



<sup>30</sup> Srov. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 2005. s. 17-20.

### 3 Uživatelé sociálních služeb

Třetí kapitola bakalářské práce je zaměřena na sociální služby a jejich uživatele. Protože cílem práce je zjistit kvalitu života u uživatelů jedné ze sociálních služeb, je nutné nejdříve vysvětlit, co to sociální služba je a kdo jsou uživatelé těchto služeb.

#### 3.1 Sociální služby v ČR

Sociální služby v ČR jsou legislativně ošetřeny prostřednictvím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Změna systému sociální pomoci v ČR se dle Matouška připravovala již od roku 1994, avšak až v roce 2006 byl přijat zákon o sociálních službách, který upravoval novou formu sociální pomoci. Kladl důraz na lidskou důstojnost, individualitu potřeb jedince, podporu jeho samostatnosti, sociální začlenění i motivaci, jež by zabránila osobě v tíživé sociální situaci příliš dlouho setrvat v pro ni nepříznivém stavu. Zákon neopomněl zdůraznit kvalitní přístup a dodržování lidských práv a základních svobod při poskytování jednotlivých služeb.<sup>31</sup>

Hrozenká a Dvořáčková hovoří o tomtéž zákonu, který nabyl platnosti 1. ledna roku 2007, velmi podobně. Autorky vidí poslání sociálních služeb ve snaze uchovat rovnocenné postavení členů naší společnosti, podporovat je při uskutečňování individuálních cílů v jejich nepříznivé situaci.<sup>32</sup>

Matoušek považuje sociální služby a sociální práci v nich realizovanou za jeden z nástrojů sociální politiky. Uvádí anglosaské pojetí sociálních služeb, které hlásá, že se jedná o výhody poskytované těm, kdo mají problém. Matoušek udává, že poskytovatelé sociálních služeb nemohou počítat při podnikání v této sféře s velkým výnosem. Princip

---

<sup>31</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2007. s. 39.

<sup>32</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013. s. 69.

těchto aktivit má vycházet z filantropie. Stát by potom mohl povzbudit jejich činnost a projevit jistou shovívavost k subjektům poskytnutím alespoň částečného daňového zvýhodnění, přičemž však bude nad provozováním služeb vykonávat dozor.<sup>33</sup>

### 3.2 Typy sociálních služeb v ČR

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje základní tři kategorie sociálních služeb. Jedná se o:

1. služby sociálního poradenství, jež tvoří nedílnou součást veškerých sociálních služeb;
2. služby sociální péče, které mají zajistit základní životní potřeby člověku, jež si je nemůže obstarat sám ani za pomoci druhé osoby;
3. služby sociální prevence určené k prevenci sociálního vyloučení u osob ohrožených nepříznivými jevy.<sup>34</sup>

Hrozenká a Dvořáčková dále dodávají, že tentýž zákon umožňuje uživateli zvolenou službu si zakoupit, přičemž k úhradě smí použit část příspěvku na péči, byl-li mu přiznán. Sazby cen za nasmlouvané služby se řídí vyhláškou č. 505/2006 Sb., která stanovuje jejich maximální možnou výši.<sup>35</sup>

Malíková v návaznosti na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí členění sociálních služeb dle místa poskytování. Popisuje služby terénní, jež jsou poskytovány v prostředí, v němž uživatel žije. Jedná se např. o osobní asistenci, pečovatelské služby nebo terénní programy určené ohrožené mládeži. V druhé řadě charakterizuje ambulantní služby, mezi něž se řadí např. denní stacionáře, kontaktní centra, poradny aj. Sem uživatel na základě smlouvy pravidelně dochází. Poslední, třetí skupinou jsou potom služby pobytové, kde uživatel pobývá buďto celý den

---

<sup>33</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2001. s. 178.

<sup>34</sup> Srov. *Sbírka zákonů*. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2014.

<sup>35</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013. s. 69.

nebo celý rok. Jedná se převážně o domovy pro seniory, azylové domy, chráněné bydlení nebo domovy pro osoby zvláštním režimem.<sup>36</sup>

### 3.3 Vymezení pojmu uživatel sociálních služeb

Matoušek vysvětluje pojem uživatel jako osobu, jež využívá sociálních služeb. Používá pro tyto jedince také výrazy klient či zákazník, a to především tehdy, je-li onen uživatel zároveň i společníkem poskytovatele služby a má možnost se spolupodílet na její úmluvě.<sup>37</sup>

Tentýž autor z hlediska komunitního plánování pojímá uživatele jako právnickou či fyzickou osobu oplývající zvláštními potřebami, na něž sociální služby reagují.<sup>38</sup>

Malíková při definování termínu uživatel sociální služby vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Za uživatele považuje jakýkoliv subjekt, kterého pojí s poskytovatelem sociálních služeb smluvní vztah, jež specifikuje okruh činností zabezpečující pomoc a podporu v dohodnutém rozsahu.<sup>39</sup>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezil důvody, pro něž mohou být jedinci poskytnuty sociální služby. Jedná se především o osoby ohrožené sociálním vyloučením, tedy oslabené nebo pozbylé schopnosti z důvodu zhoršeného zdravotního stavu či věku, nacházející se v krizové sociální situaci nebo v konfliktu se společností pro své životní návyky, způsob života, ev. špatné sociální prostředí. Dalším důvodem může být ohrožení druhou fyzickou osobou, jež ohrožuje jedincova práva a zájmy. Zákon také blíže specifikuje dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, pro nějž by se jedinec rovněž mohl stát uživatelem sociální služby. Dle zákona změna zdravotního stavu musí trvat déle než jeden rok a být provázena poklesem soběstačnosti a schopnosti pečovat o sebe sama, což je provázeno

---

<sup>36</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2011. s. 42.

<sup>37</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2007. s. 14.

<sup>38</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2003. s. 94.

<sup>39</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2011. s. 42.

omezením také v oblasti duševní, smyslové či fyzické. Cílem poskytnutí služby je usilovat o sociální začlenění ohroženého jedince a prevence sociálního vyloučení.<sup>40</sup>

S přihlédnutím k výše uvedeným definicím i citaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách lze usuzovat, že osobami, pro něž jsou sociální služby určeny, mohou být např. osoby vracející se z výkonu trestu, nezaměstnaní, osoby bez přístřeší, rodiny s dětmi, handicapovaní, oběti trestných činů, živelných pohrom a zejména pak senioři.

Vzhledem k vytýčeným cílům této práce se v následující podkapitole zaměřím výlučně na seniory, budu se zabývat stručnou charakteristikou seniorského věku. Popíšu změny, které s sebou tato životní etapa nese a také na důsledky, které z nich vyplývají. Zaměřím se především na důvody, které mohou vést k tomu, že se senioři stanou uživateli služby.

---

<sup>40</sup> Srov. *Sbírka zákonů*. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2014.

## 4 Senior jako uživatel sociálních služeb

Poslední kapitola teoretické části mé bakalářské práce je věnována seniorům. Nejdříve se zaměřím na vymezení pojmu seniorský věk, dále popíši, k jakým změnám ve stáří dochází, jak se tyto změny odrážejí v jejich zdravotním stavu a jak se dotýkají soběstačnosti. V poslední části této kapitole se zaměřím na stručný popis péče o seniory v ČR a možnosti, které nabízí sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb.

### 4.1 Seniorský věk

Dle Malíkové je stárnutí zákonitým procesem, jenž se dotýká každého člověka a přináší s sebou spoustu změn, ostatně stejně jako všechna období ontogeneze. Některé osoby pojmají toto období jako prostor k naplnění a uskutečnění cílů, jež nestihli realizovat během produktivního života. Tito lidé se naučili využít nabízené šance a tak i pohodově stárnout. Jakákoliv životní etapa nám nabízí nové možnosti, ale zároveň nás v jistých směrech omezuje. A vzhledem ke skutečnosti, že ve stáří převažují spíše ona omezení, nejeví se pro společnost ani jedince zmíněné období právě optimistickým.<sup>41</sup>

Malíková nabízí několik definic stáří, z nichž v této práci uvádím pouze ty nejaktuálnější. Malíková cituje Webera, který tvrdí, že stárnutí je přirozený vývojový proces spojený se změnami na orgánech, probíhající individuálně a s genetickou podmíněností. Weber tyto změny má za dezintegrační, asynchronní a disociované. Další nabízenou definicí stárnutí u Malíkové je Tomešova charakterizace z roku 2005. Bere ho za samozřejmý, periodický a závěrečný proces, jež ve vyspělých státech může probíhat více jak dvě století.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2011. s. 13.

<sup>42</sup> Srov. Tamtéž. s. 15.

Langmeier a Krejčířová pojímají stárnutí jako strukturální a funkční změny organismu provázené zvýšenou zranitelností, úpadkem výkonnosti a schopností, přičemž tyto změny vrcholí v terminálním stadiu a ve smrti.<sup>43</sup>

Dle Hrozenské a Dvořáčkové je nejčastěji používanou klasifikací lidského věku vymezení stanovené WHO, která období, jež nastává po produktivní etapě jedincova života, rozčlenila do následujících kategorií:

- 60 – 74 let starší věk (presenium),
- 75 – 89 let starý věk (senium),
- nad 90 let dlouhověkost.<sup>44</sup>

Osoby spadající do posledních třech kategorií již lze řadit do skupiny jedinců, kteří vlivem funkčních, psychických i sociálních změn ztrácejí soběstačnost v různé míře, přičemž ta je určující pro možnost využívat nějaký typ sociální služby.

Pro srovnání jiné členění stáří nabízí Mühlpachr, který vymezil věk od 65 – 74 let jako věk mladého seniora, přičemž jej charakterizoval jako období penzionování a volného času. Tito lidé nepociťují narůstající léta a zvládají péči o sebe sama v potřebné míře, což se již tak zcela nedaří lidem v následných věkových kategoriích. Věk mezi 75. – 84. rokem nazval věkem starého seniora, který v tomto časovém úseku prochází změnami ve funkční zdatnosti a nemoci u něj probíhají atypicky. Pro poslední kategorii, a sice věk od 85 let výše použil název velmi staří senioři, přičemž je pro ně charakteristická potíž se soběstačností a sebezabezpečením.<sup>45</sup>

Z výše citovaného je patrné, že s přibývajícím věkem člověk prochází mnoha změnami, které se promítají do všech složek člověka, tedy do oblasti psychické, biologické i sociální.

---

<sup>43</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2006. s. 202.

<sup>44</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013. s. 13.

<sup>45</sup> Srov. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2004. s. 21.

## 4.2 Změny ve stáří

Venglářová rozčlenila změny ve stáří do základních třech kategorií, a to změny tělesné, psychické a sociální (tab. 1). Nutno však podotknout, že jednotlivé typy změn se vzájemně prolínají a ovlivňují.<sup>46</sup>

Tab. 1 Změny ve stáří

Zdroj: Venglářová<sup>47</sup>

<b>Tělesné změny</b>	<b>Psychické změny</b>	<b>Sociální změny</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• změny vzhledu</li><li>• úbytek svalové hmoty</li><li>• změny termoregulace</li><li>• změny činnosti smyslů</li><li>• degenerativní změny smyslů</li><li>• kardiopulmonální změny</li><li>• změny na trávicím traktu</li><li>• změny ve vylučování moči</li><li>• změny sexuální aktivity</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• zhoršení paměti</li><li>• problematictější osvojování si nového</li><li>• nedůvěřivost</li><li>• snížená důvěra</li><li>• sugestibilita</li><li>• emoční labilita</li><li>• změny vnímání</li><li>• zhoršení úsudku</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• odchod do důchodu</li><li>• změna životního stylu</li><li>• stěhování</li><li>• ztráta blízkých lidí</li><li>• osamělost</li><li>• finanční problémy</li></ul>

Hrozenká a Dvořáčková tyto změny dělí ještě v závislosti na stupňujícím se věku, a sice na primární, tedy prvotní tělesné změny signalizující stárnutí organismu, dále sekundární, objevující se častěji, avšak nemusí se zákonitě dostavit, a jako poslední změny terciární, pro něž je typický silný a výrazný sestup stavu.<sup>48</sup>

<sup>46</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 2007. s. 12.

<sup>47</sup> Srov. Tamtéž. s. 12.

<sup>48</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013. s. 31.



### 4.3 Odras změn na zdravotním stavu seniorů

Předešlá podkapitola vymezila základní tři kategorie změn, které se dostávají u lidí ve vyšším věku. Následná část práce bude tyto změny blíže specifikovat, pohlížet na ně jako na možnou příčinu onemocnění, které vede k poklesu soběstačnosti.

Hrozenká s Dvořáčkovou uvádějí, že změny podepisující se na zdravotním stavu seniorů a odrážející se na všech orgánových systémech probíhají zcela atypicky oproti příznakům onemocnění v mladším věku. Projevuje se mikrosymptomatologie (minimální příznaky), oligosymptomatologie (pouze jeden příznak, ostatní chybí), neurčité příznaky, druhotná postižení (postižení se objeví na jiném orgánu, než byl ve skutečnosti zasažen) a také zvýšená úmrtnost i na banální choroby, jakou je např. chřipka. To vše je provázáno změnou osobnosti seniora, ovlivněním psychiky, a to díky základnímu onemocnění nebo sociálním poměrům.<sup>49</sup>

Tytéž autorky poukazují na chronicitu nemocí u starších lidí, která se odráží i do sociální sféry, neboť vleklé choroby jedince vytlačují do ústraní, brání mu v komunikaci, ubírají mu pocit potřebnosti, soběstačnost a dávají pocítit blízkost vlastního zániku. Celkové oslabení jedince vlivem chronických chorob pak může být zdrojem zanedbávání, násilí či týrání seniorů.<sup>50</sup>

Jarošová popisuje následující změny zdravotního stavu u seniorů. U pohybového aparátu jde především osteoporózu a snižovanou vyšší lomivost kostí, u nervového systému potom o poruchy stability a nekoordinovanost pohybů, poruchy spánku. Diabetes vzniká v důsledku narušení metabolických pochodů, hypertenze a nedostatečná srdeční činnost potom díky ukládání vápníku v cévách a zániku srdečních buněk. Objevuje se inkontinence a pokles filtrace krve ledvinami, čímž nastávají poruchy koncentrace moči. Motilita zažívacího traktu je zpomalena, což vede

---

<sup>49</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013 s. 32.

<sup>50</sup> Srov. Tamtéž. s. 33.

k zácpě, dochází také k poruše vstřebávání živin. Ze smyslových změn se nejčastěji projevují zhoršení zraku, šedý a zelený zákal, nedoslýchavost.<sup>51</sup>

Malíková považuje tělesné zdravotní změny spolu s dalšími okolnostmi za podklad psychických změn, neboť starý člověk nepříznivě vnímá své choroby a tím se dostávají odlišnosti psychické a popř. i intelektuální. Opět odkazuje na Jarošovou, která hovoří o zapomínání, zhoršení paměti, soustředění, zapamatování si nového, rozpoznávání. Vážne porozumění mluvenému slovu, vyjadřování, objevuje se emoční labilita, povahové změny, pokles zájmu, apatie, rezignace, zhoršuje se adaptabilita jedince. Ten naopak bilancuje svůj dosavadní život a často mění žebříček hodnot, kdy preferuje především potřebu lásky, sounáležitosti a duchovna.<sup>52</sup>

Psychické potíže spojené se změnou osobnosti mohou být dle Malíkové ovlivněny také sociálními aspekty, jelikož pro důstojné stáří je nutné přijmout svůj věk, akceptovat své chyby a nesplněné cíle. Přijmout sebe samého, se všemi neduhy. Pokud to jedinci činí potíže, dostavuje se sociální izolace, strach z nesoběstačnosti a opuštěnosti, fyzická závislost v důsledku onemocnění atd.<sup>53</sup>

Válková, Komesová a Holmerová považují za příčinu vysoké nemocnosti ve vyšším věku a s tím spojenou závislostí na druhé osobě demenci, deprese, artrózu, osteoporózu, diabetes, traumata a jejich následky, bolestivé syndromy, důsledky cévních mozkových příhod, kardiovaskulární choroby aj.<sup>54</sup>

Hrozenská s Dvořáčkovou citují závěry Pacovského: „... je známé, že až 70 % lidí ve věku nad 70 let trpí kardiovaskulárním onemocněním, 50 % lidí ve věku nad 70 let trpí chronickými zánětlivými procesy nebo rezidui po nich, 30 % lidí ve věku nad 60 let má různé poruchy trávicího

---

<sup>51</sup> Srov. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 2006. s. 22-24.

<sup>52</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2011. s. 21.

<sup>53</sup> Srov. Tamtéž. s. 22.

<sup>54</sup> Srov. VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 2010. s. 11.

*traktu a nejméně 20 % osob ve věku nad 65 let trpí zjevnou psychickou poruchou. Podle studie Litoměřického o souboru 80letých a starších až 35 % starých žen a 23 % starých mužů nevychází z bytu bez pomoci pro poruchu hybnosti, 52 % má oslabený zrak, z toho 12 % je těžce postižených, 45 % hůře slyší. Asi 42 % z této skupiny lidí má ztížený přístup ke zdravotní péči a k jejímu vyhledávání potřebuje pomoc druhé osoby.“<sup>55</sup>*

Z výše uvedených závěrů je patrné, že počet nemohoucích žen dosti převažuje počet stejně postižených mužů. Hrozenská s Dvořáčkovou poukazují na stárnutí populace, přičemž předpokládají, že kategorie seniorského věku bude početněji zastoupena ženami, a to dvojnásobně.<sup>56</sup> Z toho pramení, že i počet nemohoucích žen bude dvakrát vyšší než počet nemohoucích mužů.

Z výše uvedených závěrů různých autorů lze vyvodit, že člověk s přibývajícím věkem trpí mnoha chorobami, které s sebou přinášejí omezení, tedy pokles soběstačnosti a znemožňují mu žít život v obvyklém rozsahu.

#### **4.4 Soběstačnost ve stáří**

V problematice soběstačnosti je důležité nejprve vymezit samotnou soběstačnost jako pojem a rozlišit oblasti, kterých se soběstačnost jedince dotýká.

Válková, Kojesová a Holmerová vystihují soběstačnost několikanásobně. Prvně jako obecnou, kdy člověk je schopen důstojně vést samostatný život v přirozeném prostředí bez cizí pomoci. Dále popisují soběstačnost konkrétní, která má souvislost se stávajícím bydlištěm a sociálním prostředím jedince, v němž se osoba pohybuje a sama zvládá svou existenci. Jako třetí typ soběstačnosti uvádějí soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL – instrumental activities of daily living), za něž považují běžné úkony každodenního života,

---

<sup>55</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013. s. 33.

<sup>56</sup> Srov. Tamtéž. s. 16.

např. nákupy, péči o domácnost, dopravu, manipulaci s financemi atd. Poslední typ soběstačnosti se týká schopnosti péče o vlastní osobu, kdy by jedinec měl zvládnout základní sebeobslužné aktivity (ADL – activities of daily living), čímž se předpokládá bez pomoci vykonat např. přesun, hygienu, vyprázdnit se, udržet čistotu atd.<sup>57</sup>

Sýkorová spojuje soběstačnost s autonomií, kdy v případě fyzické soběstačnosti jde o jakousi kapacitu těla, která umožní jedinci vykonat běžnou každodenní činnost zcela samostatně, či s pomocí druhého. U seniorů může docházet postupně k redukci této činnosti, přičemž se ve výsledku omezí pouze na úkony v oblasti osobní hygieny. V případě finanční soběstačnosti jde u seniorů dle Sýkorové o uskromnění se, neboť i s nízkým příjmem chce být jedinec ve vyšším věku soběstačný, nezávislý, bez pocitu závazků. Soběstačnost v rozhodování o sobě, které je potom spojeno i s odpovědností za učiněná každodenní rozhodnutí považuje autorka za těžiště osobní autonomie.<sup>58</sup>

Haškovcová definuje soběstačnost jako fyzickou, psychickou i sociální nezávislost, která s postupujícím věkem klesá. Pokles se může projevit pouze v jedné složce, nebo se naopak nemoc dotkne všech životních oblastí člověka. V tom případě by měli nemocní lidé dodržováním léčebného režimu a rehabilitací přispět k udržení své soběstačnosti, která vyžaduje podmínku umět se o sebe postarat, tedy sebeobsluhu. Ke splnění této podmínky je nutné zvládnout osobní hygienu, oblékání, drobné domácí práce potřebné pro chod domácnosti, jako jsou vaření, nákupy, praní, žehlení a běžný úklid.<sup>59</sup>

Popsané změny v souvislosti s osobností konkrétního jedince mohou mít neblahý dopad na jeho zdraví a soběstačnost, čímž se daná osoba stává

---

<sup>57</sup> Srov. VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 2010. s. 10.

<sup>58</sup> Srov. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Kapitoly z gerontosociologie. 2007. s. 92-140.

<sup>59</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. 2012. s. 149, 146.

odkázanou na pomoc druhých a nezřídka končí jako uživatel zdravotnických či sociálních služeb.

#### 4.5 Péče o seniory v ČR

Hrozenská s Dvořáčkovou hovoří o tzv. formální a neformální péči o seniory. Neformální typ vychází z tradic, tedy z předpokladu, že o jedince se sníženou soběstačností se postará sama rodina. Pokud tato alternativa selhává, nestačí či není možno ze strany příbuzných ji zajistit, měl by nastupovat druhý typ pomoci, a tou je pomoc formální, ze strany státu. Autorky právě tuto skutečnost vidí jako podstatnou pro vytváření stále širší sítě zdravotnických a sociálních služeb, neboť oba druhy jsou neoddělitelné a vzájemně se doplňující.<sup>60</sup>

Zdravotní péče je seniorům zajišťována především prostřednictvím praktických lékařů, kteří ve spolupráci s rodinou a eventuálně pečovatelskou službou či ošetrovatelskou domácí péčí by měli zajistit dostatečné pokrytí úkonů potřebných k udržení člověka v co nejstabilnějším zdravotním stavu. Tyto úkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění a jedná se např. o aplikaci injekcí či ošetřování ran. Praktický lékař také řeší předpisy kompenzačních pomůcek a poradenství v této oblasti.<sup>61</sup> V závislosti na zdravotním stavu člověka lze dle Mlýnkové seniorům zdravotní péči poskytnout také na gerontopsychiatrických odděleních psychiatrických léčeben, rehabilitačních, geriatrických a doléčovacích odděleních nemocnic, v hospicích či geriatrických denních centrech.<sup>62</sup>

Sociální péče je určena těm, kteří se potýkají s tíživou životní situací, jíž nejsou schopni řešit sami, vlastními silami. Nemusí se tedy v žádném případě jednat vždy výhradně o seniory. Podstata této pomoci vychází z charity, v současné době její organizaci přebírá stát, převážně obce a kraje. Avšak stát všeobecně za její kvalitu ručí.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013. s. 60.

<sup>61</sup> Tamtéž. s. 60-62.

<sup>62</sup> Srov. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 2011. s. 63-65.

<sup>63</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 2012. s. 153.

Všechna činnost prováděná v síti zdravotnických a sociálních služeb musí být v souladu s lidskou důstojností, vycházet z individuálních potřeb jedince, podporovat jeho aktivitu, soběstačnost a začlenění do společnosti.<sup>64</sup>

#### **4.6 Sociální služby pro seniory**

Bílá kniha v sociálních službách z roku 2003 specifikuje úkoly pro všechny, kteří jsou činní v této oblasti. Jednotlivec se má svépomocí či za podpory okolí zodpovědně postarat o sebe i svou rodinu. Obce by pak měly analyzovat potřeby jednotlivců a dle nich efektivně komunitně plánovat uspokojování oněch potřeb. Totéž v rámci regionu ukládá Bílá kniha krajům. Dále hovoří o nestátních neziskových organizacích a dobrovolnících, kteří mají sociální služby přímo poskytovat a rozvíjet. Posledním řešeným subjektem je stát, jenž má se všemi výše uvedenými úzce spolupracovat a v závislosti na faktech i předpokladech směřovat svou státní politiku i hospodaření s financemi tak, aby bylo potřebným občanům zajištěno kvalitní poskytování sociálních služeb.<sup>65</sup>

Všechny výše zmíněné subjekty se mohou uplatnit v sociální péči o seniory, která je realizována v zařízeních sociálních služeb. V ČR se můžeme setkat se službami ambulantními, pobytovými i terénními. Mezi poslední jmenované řadíme např. pečovatelskou službu. Ta má zajistit senioru životní potřeby a pomoc v domácnosti v případě, že si tyto činnosti díky zhoršenému zdravotnímu stavu a poklesu soběstačnosti není schopen obstarat sám, a to ani za pomoci rodiny. Do kategorie ambulantních služeb náleží např. denní stacionáře či centra denních služeb. Jejich úkolem je zabezpečit různé aktivizační programy pro své uživatele, přičemž určitá zařízení umožňují i dovážení a následný odvoz svých klientů zpět do místa bydliště. Ze spektra pobytových služeb určených seniorům je nutno zmínit především týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním

---

<sup>64</sup> *Sbírka zákonů*. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. 2014.

<sup>65</sup> *Srov. Bílá kniha v sociálních službách*. 2003. s. 12, 17-18.

režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením či domovy s pečovatelskou službou.<sup>66</sup>

Všechny uvedené typy služeb mohou poskytovat také tzv. respitní, neboli odlehčovací služby, jež jsou určeny pečující osobám k úlevě, odpočinku při náročném pečování o osobu blízkou. Nedílnou součástí veškerých sociálních služeb je potom poradenství, na něž má uživatel nárok zcela zdarma a každý poskytovatel sociální služby je povinen tuto činnost zajistit. Úkolem poradenství je zabezpečit uživateli všechny dostupné informace, které by mohly být nápomocny při řešení jeho tíživé situace.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Srov. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 2013. s. 62.

<sup>67</sup> Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2007. s. 91, 97.

## 5 Praktická část

V návaznosti na studium literatury byly v teoretické části práce vymezeny různorodé charakteristiky, názory i pojetí týkající se problematiky, již předkládaná práce řeší. Následná praktická část za pomoci výzkumu odhaluje konkrétní skutečnosti a ve svém závěru také srovnání s teoretickými předpoklady, jež byly v úvodu práce vysloveny.

Gavora ve výzkumu považuje za stěžejní správně vytýčit výzkumný problém i metodu, která by odpovídala tomu, co chce badatel zjišťovat. Po těchto krocích je nutné získaná data správně vyhodnotit, objasnit zjištěná fakta, sumarizovat je a vyvodit konkrétní závěry. Z uvedeného je patrné, že se jedná o pochod složitý, vyžadující dobrou přípravu. Pokud zkoumající osoba tyto postupy předem správně promyslí, poté naplánuje a zorganizuje, splnila předpoklady, že její výzkum bude úspěšný.<sup>68</sup>

Vzhledem k cílům práce budou osloveni pouze uživatelé Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku, tudíž pouze omezený počet respondentů. Jelikož k výzkumu, který by poskytl obecné závěry je zapotřebí daleko rozsáhlejšího počtu dotázaných, budu šetření ve své práci nazývat průzkumem či sondou.

### 5.1 Cíl výzkumu

Tato práce si kladla za cíl zjistit, jak vnímají kvalitu života osoby, které jsou z určitého důvodu odkázány na pomoc cizích osob v sociální pobytové službě pro seniory, jelikož lidé z jejich blízkého okolí jim nemohou potřebnou péči zajistit v dostatečném rozsahu. Pojednání o kvalitě života nabízí odborná literatura širokospektrá, avšak převážná většina autorů, kteří řeší tuto problematiku, se shodují, že se jedná hlavně o subjektivně vnímaný obzor (kap. 1). Průzkum posuzuje individuální vnímání kvality u jednotlivých respondentů, jelikož každý jedinec považuje za podstatné jiné hodnoty. Navíc se jeví podstatným, zda onu kvalitu života

---

<sup>68</sup> Srov. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2000. s. 24.



posuzuje přímo dotázaná osoba či osoba, jež se o člověka s poklesem soběstačnosti stará. Nesporně však vnímání kvality života ovlivňuje zdraví, které je důležitým předpokladem pro naplnění životních cílů (kap. 2). Šetření v praktické části nabízí, jak právě změněný zdravotní stav zasahuje do života jedinců, jež se stali uživateli sociálních služeb. Tyto by potom měly zajistit poskytování potřebné a požadované péče v dostatečné kvalitě a rozsahu (kap. 3). Průzkum charakterizuje jednu ze zmíněných služeb, a sice Ošetřovatelský dům Na Valech ve Šternberku, který je zaměřen na uživatele staršího věku, seniory (kap. 4).

**Hlavním cílem** průzkumu je zjistit vnímání kvality života a zdraví seniorů v institucionální péči, kteří si nejsou z určitých důvodů schopni zajistit své potřeby v dostatečné míře.

Za **dílčí cíle** bylo stanoveno:

- kategorizovat nejdůležitější oblasti života uživatele sociálních služeb;
- odhalit, zda zdraví ovlivňuje kvalitu života každého uživatele sociálních služeb;
- porovnat vnímání kvality života muži a ženami seniorského věku.

## 5.2 Výzkumný problém

Při realizaci výzkumu podle Gavory může dojít k mnoha pochybením. Těm dle něj lze předejít, a sice tak, že před vytýčením cíle, tedy toho, co by chtěl badatel zkoumat, je velmi podstatné si nastudovat literaturu řešící danou problematiku, zmapovat si zkoumanou oblast, zjistit potřebné informace. Dobře stanovený výzkumný problém považuje za předpoklad úspěchu.<sup>69</sup>

Gavora popisuje tři kategorie výzkumných problémů. Pomocí škál, dotazníků, rozhovorů či pozorování se řeší první typ problému, popisný.

---

<sup>69</sup> Srov. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2000. s. 24.

Dále specifikuje problém vztahový, při jehož rozkrývání je využívána metoda korelace, která zjišťuje vztahy mezi jednotlivými činiteli jevů. Poslední druh, a sice problém kauzální, využívá statistických metod, jejichž úkolem je odhalit příčinu vedoucí k danému důsledku.<sup>70</sup> Výzkumný problém této práce je zaměřen na vnímání kvality života a zdraví uživateli sociální služby, který lze ověřit pomocí rozhovoru a dotazníku, z čehož je patrné, že spadá do kategorie problémů popisných.

Výzkumný problém, který řeší tato práce, vystupuje z cílů uvedených v kap. 5.1. Pro jasnější uchopení cíle byla v návaznosti na studium literatury v kap. 1 přednostně vymezena kvalita života a nabídnut její rozsah i projekce do různých oblastí života jedince. Stejná kapitola rozkryla i přístupy k hodnocení kvality života, tedy objektivní a subjektivní pohled na danou oblast. Kap. 2 nabízí vymezení pojmu zdraví, jeho vnímání a podporu, včetně faktorů, jež je ovlivňují. Vzhledem k poklesu úrovně zdraví u lidí v určitém věku, zvláště seniorském, může dojít i k úbytku soběstačnosti, přičemž někteří jsou nuceni vyhledat pomoc institucí. Ta je u nich potřebná také v případě, že změny či ztráta zdraví jsou důvodem k odchodu do ošetrovatelského domova. Vnímání zdraví je nemocí dosti narušeno, což se odráží i na kvalitě života seniorů. O možnostech využití sociálních služeb pojednává kap. 3. Poslední, a sice 4. kap. odhaluje, jak těchto služeb může využít generace, pro niž je pokles soběstačnosti charakteristický a nezvratný. Zmíněná kapitola charakterizuje seniory jako uživatele sociálních služeb. Zjištění kvality života u seniorů se podle Gavory a jím vymezených kategorií výzkumných problémů tedy řadí do skupiny problémů popisných.

---

<sup>70</sup> Srov. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2000. s. 26.

Vzhledem k citovaným závěrům nabízených v odborné literatuře a prezentovaných v této práci lze předpokládat, že:

- vnímání kvality života je výhradně subjektivní;
- zdraví je jedním z nejdůležitějších předpokladů pro kvalitu života;
- vnímání kvality života se bude u mužů a žen lišit.

### **5.3 Popis výzkumného vzorku**

Pro splnění cíle předkládané práce, zjistit jak vnímají kvalitu života a zdraví senioři v sociální službě, budou osloveni respondenti splňující podmínku seniorského věku a užívání sociálních služeb. Udávané šetření proběhne mezi uživateli Domova pro seniory - Ošetrovatelského domova Na Valech ve Šternberku. Jedná se převážně o obyvatele Šternberka v seniorském věku, kteří si již z jistých důvodů nedokáží své potřeby uspokojit v dostatečné míře sami a ani případná péče rodiny by tyto potřeby nepokryla. Tito senioři netrpí žádnou infekční, parazitární či duševní chorobou. Všichni respondenti splňují podmínku vyššího věku, neboť jejich věkové rozmezí je mezi 64 roky a 97 lety. Jedná se o 3 muže ve věku od 79 let do 97 let a o 14 žen ve věku mezi 64 roky až 88 lety. U zmíněných mužů se projevil pokles soběstačnosti, resp. jejich míra závislosti na druhé osobě mezi stupněm I až IV, u žen taktéž.

U těchto respondentů je prokazatelný nejen věk, ale také v různé míře změněný zdravotní stav. Z hlediska zachování mlčenlivosti nelze v rámci této práce poskytnout bližší informace o jejich skutečném zdravotním stavu, proto budou tyto informace zobecněny. Dokumentace uživatelů udává, že respondenti trpí nejčastěji ischemickou chorobou srdeční, hypertenzí, aterosklerózou, cukrovkou, chronickou obstrukční pulmonální nemocí, osteoartrózou, revmatismem, osteoporózou, chorobami zažívacího traktu, ledvin, nedoslýchavostí, poruchami zraku aj. U všech zmíněných osob je vzhledem k věku patrná i částečná stařecká demence, jeden z mužů (88 let) trpí i poruchou orientace, jelikož před měsícem

prodělal cévní mozkovou příhodu. Tento jedinec má také poruchy s vyjadřováním.

Domov pro seniory – Ošetřovatelský domov Na Valech ve Šternberku skýtá 17 lůžek, je tedy určen pro 17 uživatelů v seniorském věku. Při svém šetření oslovím všech zmíněných 17 uživatelů této pobytové služby, abych získala data s co největší výpovědní hodnotou, čímž šetření bude vyčerpávající. Snahou bude získat odpovědi na veškeré položky pramenící z metody SEIQoL (kap. 5.6). Vzhledem k věku respondentů a různé míře zdravotního omezení předpokládám, že ne všichni uživatelé zmíněné sociální služby budou schopni správně porozumět zadaným položkám a adekvátně na ně odpovědět. Domnívám se však, že i přesto vznikne z řad dotázaných alespoň malý průzkumný vzorek s jistou vypovídající hodnotou, která může být podnětná pro poskytování sociálních služeb, zejména pro personál Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku, jež by měl na vyvstalé závěry reagovat a zahrnout je do svého plánování služeb pro seniory jejich zařízení.

#### **5.4 Charakteristika místa šetření**

Vzhledem ke stanoveným cílům práce jsem pro svou průzkumnou sondu zvolila Domov pro seniory – Ošetřovatelský domov Na Valech ve Šternberku. Jedná se o pobytové zařízení, které poskytuje sociální a zdravotní služby lidem seniorského věku, jež pocházejí z města Šternberku a blízkého okolí. Těchto služeb využívá celkem 17 mužů a žen, o něž se z důvodů věku, změněného zdravotního stavu či jiných příčin nemohou starat rodinní příslušníci a oni sami péči o svou osobu nezvládnou.<sup>71</sup>

Zařízení skýtá jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, z nichž některé mají své sociální zařízení, všechny jsou vybaveny nábytkem a televizory. Úhrada za poskytované služby se řídí vyhláškou č. 505/2006 Sb., přičemž cena za jednolůžkový pokoj činí 10 800 Kč/měsíčně, pro jednu osobu

---

<sup>71</sup> Srov. Sociální služby Šternberk, p. o. Domov pro seniory. 2014.

ve dvouložkovém pokoji 10 500 Kč/měsíčně a v případě ubytování ve tříložkovém pokoji jde potom o částku 10 200 Kč/měsíc, opět na jednu osobu. Tyto služby jsou z velké části hrazeny z příspěvku na péči, který uživatel Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku pobírá. Uvedená cena je včetně poskytnuté celodenní stravy, jež je pro zmíněné zařízení dovážena z místní vývařovny. Strava podléhá dietním normám a splňuje podmínky pro pacienty s onemocněním žlučníku, diabetem atd. Chod instituce je dále financován MPSV a dotacemi ze strany zřizovatele.

Péči o uživatele tohoto domova zajišťuje pět zdravotních sester, jež úzce spolupracují s lékaři, v případě, že je nutno zajistit lékařskou péči, a to jak běžnou tak i odbornou (oční ambulance, diabetologická poradna, kardiolog aj.). Standardní lékařskou péči poskytují uživatelům praktičtí lékaři, kteří se o svého pacienta starali již před umístěním do této pobytové služby. Zařízení tedy svým lékařem nedisponuje, pravidelně sem dochází pouze psychiatr a to z důvodu kompenzace demence uživatelů. Součástí týmu starajícího se o seniory s oslabenou soběstačností jsou i čtyři pracovníce spadající do obslužného personálu a vedoucí této služby se sociální pracovníci v jedné osobě. Duchovní potřeby zajišťuje farář, jež dochází za uživateli pravidelně v intervalu 14 dnů.

Pracovníci Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova poskytují svým uživatelům tyto „základní činnosti“:

- *poskytnutí ubytování;*
- *poskytnutí stravy;*
- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- *sociálně terapeutické činnosti;*
- *aktivizační činnosti (viz příloha II);*

- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*<sup>72</sup>

Jejich cílem je:

- *„poskytovat podporu a pomoc uživatelům při činnostech, které již samostatně nezvládnou;*
- *podporovat schopnosti a možnosti uživatelů způsobem, jenž jim umožní co nejdéle zachovat stávající úroveň jejich soběstačnosti;*
- *pomoc a podpora v sociálním začleňování;*
- *podporovat další vzdělávání pracovníků;*
- *poskytovat a vytvářet prostředí a podmínky pro kvalitní poskytování sociální služby.*<sup>73</sup>

Při poskytování péče se řídí zásadami:

- *„individuální přístup – respektování přání, požadavků a vůle uživatele;*
- *rovnost – stejný přístup ke všem uživatelům, nepodporování předsudků;*
- *pružnost – bezodkladná reakce na vzniklé situace a změny, které nastanou při poskytování sociální služby;*
- *mlčenlivost – zachovávání mlčenlivosti o všech skutečnostech, které souvisejí s poskytováním sociální služby;*
- *podpora zdraví uživatele – nepodporování takové sociální služby a činností, které by mohly ohrozit zdravotní stav uživatele nebo poškodit jeho zdraví;*
- *bezpečnost – poskytování služby s ohledem na bezpečnost uživatele a na ochranu jeho majetku a zdraví;*

---

<sup>72</sup> Srov. Sociální služby Šternberk, p. o. Domov pro seniory. 2014.

<sup>73</sup> Srov. Tamtéž.

- *podpora ochrany práv uživatele – podpora ochrany práv uživatele v situacích, při kterých může docházet k jejich porušování.* <sup>74</sup>

## 5.5 Realizace šetření

Metodu SEIQoL (kap. 5.6.1, 5.6.2) bylo nutné vzhledem k věku a stavu osob, u nichž se měla kvalita života zjišťovat, ověřit v předvýzkumu. Po nastudování metodiky metody SEIQoL jsem sestavila dotazník (příloha I), jež byl respondentům předložen.

Předpokládala jsem, že zdravotní stav a částečná demence nedovolí osloveným uživatelům Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku spolupracovat na tomto šetření. Po konzultaci s personálem došlo k vytipování pěti uživatelů, kteří v rámci předvýzkumu rozhovor zaměřený na výzkumný problém podstoupili. Respondenti se vybírali tak, aby byla zastoupena obě pohlaví, určité věkové rozmezí a rozdílné stupně závislosti. Cílem volby bylo získat údaje od mužů i žen v různém věku a s rozdílným stupněm závislosti. Jednalo se o dva muže ve věku 79 let ve III. stupni závislosti a 88 let v I. stupni závislosti. Dále na předvýzkumu spolupracovaly tři ženy, a sice ve věku 64 roky ve II. stupni závislosti, 73 roky ve IV. stupni závislosti a 78 let v I. stupni závislosti.

Předvýzkum proběhl dne 10. června 2013. S respondenty byl veden individuální rozhovor po nastínění jeho cíle, instrukcemi a ujištěním, že vše se děje zcela anonymně. Při zadávání jednotlivých kroků se projevila nedoslýchavost všech oslovených, nejvíce u jednoho z 79letých mužů. Pokyny tedy bylo nutné opakovat, formulovat zjednodušeně a ujišťovat se, zda jim porozuměli. Další potíž vyvstala při žádosti o záznam do formuláře, jelikož jemná motorika všech respondentů byla výrazně oslabena, provázená třesem. Všech pět účastníků předvýzkumu žádalo, abych záznam do formuláře provedla sama. Třetím vyvstalým problémem byla

---

<sup>74</sup> Sociální služby Šternberk, p. o. Domov pro seniory. 2014.

kategorizace životních oblastí, neboť uživatelé nedokázali zcela přesně vymezit kategorie, které spatřují ve své aktuální situaci za nejdůležitější. Přemítali nad uplynulým životem, sklouzávali do minulosti, odbíhali do tématu. Jejich koncentrace rychle pomíjela a také neustále hledali souvislosti mezi jednotlivými oblastmi a obdobími svého života, což je zavádělo jiným směrem. Navíc měli potřebu vymezovat více než pět životních oblastí. Bylo nutné se k hlavnímu cíli vracet, uvádět je do současnosti, jejich momentálního stavu, aby si uvědomili, že posuzovat mají nynější období. Rovněž procentuálně zhodnotit každou oblast bylo pro ně obtížné. Nedokázali přesně a jasně určit hodnotu životních cílů, neustále již jednou vyřčené hodnoty upravovali, což signalizovalo na jejich nerozhodnost. Tato skutečnost přispívala k časové náročnosti šetření.

Výše uvedené postřehy bylo nutno brát v potaz. Na samotný průzkum jsem si vymezila vyšší časovou dotaci a rozdělila jej na více dnů. Nedělo se tak pouze z časových důvodů, jednalo se i o vhodné načasování vzhledem k aktivitám probíhajícím ve zmíněném zařízení a z nich pramenící únavy uživatelů. Průzkumná sonda proběhla na přelomu měsíce července a srpna roku 2013, na pokojích uživatelů, aby dotazovaný nebyl rušen okolními činnostmi druhých a zabránilo se případnému ostychu vypovídat před jinými osobami. Navodila se tím důvěrnější atmosféra v osobním prostředí uživatele, zvýšil se jejich pocit bezpečí. Ve dnech 30. 7. – 3. 8. 2013 bylo postupně osloveno celkem 10 respondentů, jež jsem po nastínění zkoumané problematiky instruovala o pokynech potřebných k vyplnění formuláře. V uvedených dnech rozhovor se mnou podstoupili dva respondenti denně, záznamy do předem připravených formulářů byly učiněny mou osobou.

Získaná data jsem vyhodnotila doporučeným postupem dle Krivohlavého a v kap. 5.7 a 5.8 je prezentovala. Nejdříve byla vyhodnocena každá z pěti životních oblastí, jež respondent vytýčil jako stěžejní ve své aktuální situaci. Jí také přiřadil míru důležitosti v %



a spokojenost s touto oblastí, rovněž v %. Tato % (hodnoty v levém a pravém sloupci daného řádku tabulky) se násobila, tím byla stanovena hodnota řešené životní oblasti. Postup se takto opakoval v každém řádku, získáno bylo tedy celkem 5 výpočtů u každého respondenta, ty byly porovnány. Následoval součet všech pěti vypočtených hodnot a jejich dělení 100, tímto bylo dosaženo hodnoty celkové QL u konkrétního respondenta. Pro větší výpovědní hodnotu získaných dat jsem sestavila četnost odpovědí všech dotázaných a zanesla ji do tabulky 12. Vzhledem k cíli práce jsem následně porovnala uživatelem vymezenou kategorii – zdraví, pakliže ji stanovil jako jednu z nejdůležitějších ve své současné situaci a získané poznatky prezentovala v tabulce 13.

## 5.6 Charakteristika výzkumné metody – SEIQoL

Křivohlavý popisuje metodu SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života jako nástroj pro individuální měření kvality života dotazovaného, tedy jako možnost zjistit, jak sám dotázaný svou kvalitu života (QL) vidí a pojímá. To se odvíjí od jeho hodnotového systému, jež je při zjišťování QL stěžejní. Za podstatné Křivohlavý považuje také aktuální situaci dotazovaného, neboť žebříček hodnot se může v průběhu života podstatně měnit v souvislosti s věkem, zdravotním stavem, sociální situací atd.<sup>75</sup>

Podstatou metody SEIQoL je rozhovor zaměřený na aspekty života dotazovaného, přičemž interview musí být zaměřeno na nejdůležitější oblasti kvality života. Nejedná se tedy o rozhovor volný, nýbrž strukturovaný. Cílem metody SEIQoL je také zjistit míru důležitosti jednotlivých aspektů, což se váže k aktuální situaci, s níž se dotazovaný potýká.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2009. s. 243.

<sup>76</sup> Srov. Tamtéž.

### 5.6.1 Struktura rozhovoru metody SEIQoL

Úkolem tazatele je požádat respondenta, aby vytýčil přesně pět životních cílů, jež se mu jeví jako nejdůležitější. Pokud dotázaný uvede cílů více, zohledňuje se pouze pět nejpodstatnějších. Za životní cíl lze považovat cíl snažení, který tazatel může vystihnout větou: „*Oč vám v životě jde a o co především?*“ Pro zvýšení hodnoty odpovědí není vhodné nabízet respondentům příklady, jak odvětit, neboť by mohlo dojít k jejich ovlivnění a tím ke zkreslení zjišťovaných dat.<sup>77</sup>

Pro snazší orientaci v problematice a struktuře rozhovoru je možné využít konkrétních možností, které respondentům pomohou si ujasnit, nač se ho tazatel ptá. Jde o dotazy zaměřené na:

- manželství a rodinu – vztahy, soudržnost, spokojenost, porozumění aj.;
- tělesné zdraví – zápolení se zdravotními potížemi, udržování a podpora zdraví;
- duševní pohoda – stav paměti, myšlení, náladovost, empatie, chuť do života;
- duchovní oblast – žebříček hodnot, otázka svědomí, smyslu života, modliteb;
- mezilidské vztahy – tolerance, ochota pomoci druhým, přátelství;
- práce na sobě – sebevzdělávání (jazyk, rekvalifikace aj.);
- kultura – literatura, divadlo, koncerty;
- sport – různá cvičení, turistika;
- ruční práce – kutilství, pletení, šití atd.;
- koníčky – zahradničení, cestování, kresba, zpěv atd.<sup>78</sup>

Na položené otázky respondent odpoví zpravidla obsáhleji, resp. konkretizuje dotazovanou položku. Např. oblast rodiny charakterizuje

---

<sup>77</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2009. s. 244.

<sup>78</sup> Srov. Tamtéž. s. 245.

jako touhu dožít se dospělosti a zaopatřenosti svých dětí, přání usmířit se s dětmi apod. Pro tazatele je směrodatné téma rodiny, zaznačí tudíž do záznamu heslo „rodina“.<sup>79</sup>

Ke zjištění míry spokojenosti v jednotlivých pěti oblastech, jež si respondent sám stanoví, je důležité, aby u nich určil i hranici spokojenosti. Dotazovanému se nabízí rozmezí v procentech, kdy spodní mez značí 0 %, tedy že jedinec není s dosažením tohoto životního cíle vůbec spokojen. Opačným pólem, vrchní mezí je potom 100 %. Tu osoba označí, pokud je s naplněním onoho životního cíle bezvýhradně spokojena. Toto vymezení nemusí být všem dotazovaným zcela srozumitelné, proto je možno jim nabídnout vyjádření formou VAS – Visual analogous Scale. Jedná se o rovnou čaru signalizující stupnici spokojenosti, kdy její levý konec nese označení „je to tak špatné, jak jen to je možné“ a její pravý konec „je to tak dobré, jak jen to dobré může být“.<sup>80</sup>

Dragomirecká podává jinou formu dotazníku SEIQoL. Dle ní na základě dublinské studie bylo vymezeno rovněž pět kategorií, které se dotýkají kvality života ve vyšším věku a jsou pro seniory stěžejní. Jedná se o sociální kontakty a činnosti ve volném čase, zdraví, rodinu, bydlení a náboženství.<sup>81</sup>

### 5.6.2 Metodika SEIQoL

Před samotným začátkem rozhovoru, jež by měl odkrýt nejdůležitější oblasti života dotazovaného, se jeví velmi podstatnou instruktáž. Je nutné správně informovat respondenta o průběhu šetření, záznamu odpovědí, důvodech a záměrech průzkumné sondy atd. Na místě je také ujištění, že se nejedná o žádné testování vědomostí či inteligence.<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2009. s. 246.

<sup>80</sup> Srov. Tamtéž.

<sup>81</sup> Srov. DRAGOMIRECKÁ E., PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 2009. s. 10.

<sup>82</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2009. s. 246.

Křivohlavý doporučuje postupovat ve třech základních krocích. V první řadě by se měl respondent zamyslet nad tím, čeho si ve svém životě cení, o čem usiluje. Stanovit si pět nejpodstatnějších oblastí života, met, o jejichž dosažení se snaží. Tazatel zaznačí tyto životní cíle do formuláře. V závislosti na vytýčení pěti nejdůležitějších životních oblastí určí dotazovaný v procentech, do jaké míry je s dosažením vyřčeného cíle spokojen, přičemž je mu nabídnuta možnost výběru od 0 % do 100 %. Uvedenou hodnotu v % zaznamená tazatel do pravého sloupce tabulky s označením „míra spokojenosti“. Poslední krokem je vymezit, jakou důležitost dotazovaný stanoveným životním cílům přikládá, přičemž všech pět oblastí tvoří 100 %, respondent má tedy těchto 100 % rozdělit mezi oněch pět cílů. Procenta udaná dotazovaným zaznamená tazatel do levého sloupce tabulky s názvem „důležitost daného tématu“.<sup>83</sup>

Na závěr je zapotřebí vyzvat respondenta, aby na úsečce zobrazené ve spodní části formuláře, jejíž levý konec značí naprostou nespokojenost a pravý konec téměř absolutní spokojenost se životem, udělal značku, která by na úsečce vyjádřila jeho výši životní spokojenosti.<sup>84</sup>

### 5.6.3 Vyhodnocení SEIQoL

K vyhodnocení metody SEIQoL je nutné vynásobit u každé oblasti vytýčené respondentem důležitost (% ve sloupci nalevo) mírou spokojenosti (% ve sloupci napravo). Poté se součiny všech pěti oblastí sečtou, maximální možná výsledná hodnota může dosáhnout 10 000. Následuje dělení 100, výsledek se musí pohybovat v limitu od 0 do 100. Tato výsledná čísla lze porovnat s jinými soubory respondentů.<sup>85</sup>

## 5.7 Výsledky výzkumu

Pobytovou službu, v níž jsem prováděla průzkumné šetření, užívá 17 osob ve vyšším věku a s různým stupněm závislosti. Z hlediska velmi podstatného zhoršení zdravotního stavu (stav po cévní mozkové příhodě,

<sup>83</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2009. s. 246-247.

<sup>84</sup> Srov. Tamtéž. s. 247.

<sup>85</sup> Srov. Tamtéž.

bronchopneumonie, hypertenzní krize) byli 4 uživatelé z šetření vyřazeni. K další redukci respondentů došlo po konzultaci s personálem Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku. Ten poukázal na pokročilou demenci u 3 osob, jež znemožňuje od jedinců získat adekvátní informace. Tímto se opět snížil počet respondentů, kteří mohli být do průzkumu zahrnuti. V rámci mého průzkumného šetření bylo tedy osloveno a ke spolupráci se podařilo získat celkem 10 uživatelů Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku. Jednalo se o 3 muže a 7 žen, různého seniorského věku s rozličným stupněm závislosti. U prezentovaných výsledků z důvodu ochrany dat osobních údajů a zachování mlčenlivosti nejsou uváděny konkrétní identifikační údaje, iniciály jmen jsou smyšlené. Uváděná fakta se řadí dle pohlaví a věku.

## Ženy

### Respondentka 1: Paní M. – 64 roky – II. stupeň závislosti

Tabulka 2. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní M.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
20 %	kultura	70 %
20 %	koníčky	40 %
10 %	mezilidské vztahy	80 %
40 %	životní úroveň	80 %
10 %	zdraví	60 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 68

Tabulka 2 nabízí životní oblasti, jež si vymezila žena M. Pro zmíněnou respondentku je nejdůležitější životní úroveň (3 200 – výpočet viz kap. 5.6.3), na níž bezprostředně navazuje kultura (1 400). Na stejné úrovni označila koníčky a mezilidské vztahy (po 800). Jako poslední doménu vymezila zdraví (600), čímž se u této respondentky potvrdil můj předpoklad, že zdraví je pro jedince jednou z nejdůležitějších složek ovlivňující kvalitu života. Celková hodnota kvality života této respondentky dosáhla 68 (výpočet viz kap. 5.6.3), avšak respondentčino označení na úsece spokojenosti se svým životem se pohybuje v oblasti poměrně vysoké spokojenosti. Jedná se o respondentku poměrně aktivní, která ráda navštěvovala koncerty či knihovnu. Nyní ji režim v Domově

pro seniory – Ošetřovatelském domově Na Valech ve Šternberku tyto činnosti nedovolí vykonávat, nahradila je ručními pracemi, čtením, poslechem hudby.

### **Respondentka 2: Paní A. – 68 let – II. stupeň závislosti**

Tabulka 3. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní A.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
25 %	duchovní oblast	70 %
15 %	mezilidské vztahy	40 %
10 %	rodina	70 %
35 %	životní úroveň	75 %
15 %	zdraví	70 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 67,25

Z tabulky 3 lze vyčíst, že žena A. stanovila za nejdůležitější oblast ovlivňující její kvalitu života životní úroveň (2 625), stejně jako respondentka č. 1. Přitom je patrné, že se obě potýkají s II. stupněm závislosti na druhé osobě. Jako další nejpodstatnější oblast svého života udala paní A. duchovno (1 750). Jedná se o respondentku věřící, která považuje soulad s Bohem a církví za důležitý, neboť jen tak si v klidu může užívat výhod, jež jí život nabízí. Třetí pro ni stěžejní kategorií bylo zdraví (1 050), považuje je za dar od Boha. Tímto se částečně potvrdil můj předpoklad, že zdraví je jednou z nejdůležitějších oblastí ovlivňující kvalitu

života. Na čtvrté pozici označila paní A. rodinu (700), na páté potom mezilidské vztahy. Celková hodnota kvality života paní A. (67,25) se příliš neliší od respondentky M. (68). Paní A. rovněž označila na úsečce spokojenosti bod blízko pravého konce této úsečky, který znamená dosti vysokou míru spokojenosti se životem.

### **Respondentka 3: Paní K. – 70 let – III. stupeň závislosti**

Tabulka 4. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní K.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
30 %	zdraví	50 %
15 %	životní úroveň	40 %
10 %	rodina	70 %
35 %	mezilidské vztahy	70 %
10 %	koníčky	60 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 58,5

Odpovědi respondentky č. 3 na položky předložené v rámci šetření metodou SEIQoL dokládá tabulka 4. Pro tuto dotázanou jsou v životě nejdůležitější mezilidské vztahy (2 450), a jako druhé v pořadí je to zdraví (1 500). Tímto se rovněž potvrdil můj předpoklad, že zdraví je pro člověka jednou z nejpodstatnějších podmínek pro určitou kvalitu života. Jako třetí nejdůležitější doménou v životě je pro paní K. rodina (700), o čtvrtou a pátou příčku se dělí životní úroveň



a koničky (po 600). U této respondentky oproti dvěma předešlým je již patrný pokles míry spokojenosti s kvalitou života, její hodnota dosáhla 58,5. Tomu v podstatě také odpovídá jí zaznačený bod na úsečce spokojenosti se životem.

#### **Respondentka 4: Paní B. – 73 roky – IV. stupeň závislosti**

Tabulka 5. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní B.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
10 %	duševní pohoda	30 %
20 %	životní úroveň	60 %
20 %	mezilidské vztahy	70 %
40 %	duchovní oblast	60 %
10 %	rodina	40 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 57

Oslovená respondentka B. udala, že pro ni nejdůležitější oblastí je duchovno (2 400), neboť smíření s Bohem považuje za nejhlavnější, jelikož sama vzhledem ke svému zdravotnímu stavu (IV. stupeň závislosti) předpokládá možnost brzkého konce své životní cesty. Na druhém místě označila mezilidské vztahy (1 400), na třetím životní úroveň (1 200), na čtvrtém potom rodinu (400) a na posledním pátém místě duševní pohodu (300). Z prezentovaných výsledků (tab. 5) je patrná absence položky zdraví, neboť dle vyjádření samotné respondentky její zdravotní

stav je velmi neuspokojivý a již jí na něm nezáleží. Tímto se nepotvrdil můj předpoklad zdraví jako podstatného faktoru ovlivňující kvalitu života uživatele sociální služby.

**Respondentka 5: Paní J. – 75 let – IV. stupeň závislosti**

Tabulka 6. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní J.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
45 %	zdraví	20 %
10 %	volný čas	30 %
25 %	zdravotní a sociální péče	60 %
10 %	mezilidské vztahy	60 %
10 %	rodina	60 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 39

V tabulce 6 jsou zaneseny odpovědi respondentky J., která se potýká se IV. stupněm závislosti. Její prvotní životní doménou v současné situaci je oblast zdravotní a sociální péče (1 500), neboť je na ni zcela odkázána. Za druhou nejdůležitější oblast svého života označila zdraví (900), což souvisí s jejími zdravotními potížemi a imobilitou. O třetí a čtvrtou příčku se dělí rodina a mezilidské vztahy, na pátém místě uvedla volný čas, který jí vyplňují zaměstnanci Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku. Celková hodnota kvality jejího života dosáhla 39. Bod označení na úsečce spokojenosti zanesla do levé poloviny úsečky, což

odpovídá tomu, že respondentka v aktuální situaci nevnímá svůj život jako příliš kvalitní. Vztahuje to ke svému špatnému zdravotnímu stavu, čímž se potvrdil můj předpoklad, že zdraví je jedním ze stěžejních faktorů ovlivňujících kvalitu života jedince. Vyřčenému odpovídá také celková míra spokojenosti se životem (39) a její záznam na úsečce spokojenosti, který se přibližuje levému konci úsečky, což svědčí o poměrné nespokojenosti dotázané.

### **Respondentka 6: Paní M. – 78 let – I. stupeň závislosti**

Tabulka 7. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní M.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
20 %	duchovno	80 %
30 %	zdraví	85 %
20 %	rodina	70 %
15 %	duševní pohoda	70 %
15 %	koničky	50 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 73,5

Z tabulky 7 je patrné, že pro respondentku M. v I. stupni závislosti na druhé osobě je nejpodstatnější oblastí pro její život zdraví (2 550). Jedná se o uživatelku aktivní, jež považuje i duchovno za velmi podstatné, uvedla je na druhém místě (1 600). Za třetí nejdůležitější oblast ovlivňující kvalitu jejího života považuje svou rodinu (1 400), za čtvrtou potom duševní

pohodu, kterou právě s rodinou a duchovnem spojuje. Jako poslední nejdůležitější faktor stanovila koníčky (750), neboť jimi si krátí volný čas a udržují ji v aktivitě. Její celková míra spokojenosti se životem dosáhla 73,5 a sama respondentka zaznamenala na úsečce spokojenosti bod velmi blízko jejímu pravému konci, což značí pro vysokou spokojenost se svým životem. Vzhledem ke skutečnosti, že uživatelka uvedla zdraví jako rozhodující pro svůj život, byl naplněn předpoklad, že zdravotní stav je jedním z hlavních faktorů podílejících se na kvalitě zdraví.

### **Respondentka 7: Paní Ž. – 81 rok – II. stupeň závislosti**

Tabulka 8. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní Ž.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
30 %	zdraví	70 %
20 %	mezilidské vztahy	80 %
15 %	ruční práce	70 %
15 %	kultura	70 %
20 %	duševní pohoda	80 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 74

U poslední dotázané ženy (tab. 8) byla zaznamenána jako nejdůležitější oblast jejího života zdraví (2 100). Jak sama respondentka uvedla, i přes určité zdravotní potíže (II. stupeň závislosti) si je vědoma, že pokud se její zdravotní stav zhorší, odrazí se to na ostatních sférách, čímž

se naplnil mnou stanovený předpoklad o důležitosti zdraví pro kvalitu života. Jedná se o uživatelku pozitivního smýšlení, která přikládá význam i mezilidským vztahům (1 600) a duševní pohodě (1 600). Obě zmíněné položky uvedla v důležitosti na stejné pozici, tedy druhé a třetí. Rovněž shodně obsadila čtvrtou a pátou příčku, kdy jsou pro ni rovnocenné ruční práce a kultura. Dle vyjádření respondentky ji tyto oblasti zaplňují volný čas a částečně suplují rodinu, neboť žádnou nemá. O poměrně dobrém vnímání kvality jejího života značí i celková míra spokojenosti, která u této uživatelky dosáhla 74. Sama paní Ž. potom hodnotí svůj současný život jako velmi kvalitní, neboť na úsečce spokojenosti zaznačila bod velmi blízko pravému konci úsečky, který signalizuje poměrně vysokou spokojenost se životem.

## Muži

### Respondent 8: Pan J. – 79 let – III. stupeň závislosti

Tabulka 9. Důležité oblasti a míra spokojenosti pana J.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
20 %	životní úroveň	60 %
15 %	duševní pohoda	50 %
15 %	sport	10 %
20%	zdraví	60 %
30 %	rodina	60 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 51

Tabulka 9 nabízí přehled odpovědí respondent J., jež uvedl pro něj nejdůležitější oblast rodinu (1 800). Jako druhou a třetí oblast, která ovlivňuje jeho kvalitu života, shodně označil životní úroveň a zdraví (obě po 1 200). Předposlední příčku obsadila duševní pohoda (750) a na konečné místo u něj zaujímá sport (150). V tomto směru se cítí být dosti omezen, neboť jeho zdravotní stav (III. stupeň závislosti) mu nedovoluje vykonávat sportovní činnosti aktivně, což v uplynulých letech dělal. Tímto se opět potvrdil předpoklad, že zdraví má výrazný vliv na kvalitu jedincova života, u tohoto respondenta celková hodnota QL dosáhla 51. Sám dotázaný potom svůj život označil jako průměrně kvalitní, neboť jeho záznam na úsečce spokojenosti se pohybuje v oblasti středu

úsečky, s mírným vychýlením doprava, tedy k označení „dobré, jak jen to může být“.

### Respondent 9: Pan P. – 79 let – III. stupeň závislosti

Tabulka 10. Důležité oblasti a míra spokojenosti pana P.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
25 %	mezilidské vztahy	70 %
25%	zdraví	50 %
20 %	rodina	80 %
10 %	koníčky	20 %
20 %	duševní pohoda	60 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 60

Přehled stěžejních oblastí, které ve své aktuální situaci považuje za podstatné respondent P. nabízí tabulka 10. Z ní lze vyčíst, že jeho život dle něj nejvíce ovlivňují mezilidské vztahy (1 750). Jedná se o uživatele s podstatnou nedoslýchavostí, která jej spolu s dalšími chorobami činí nesoběstačným, se III. stupněm závislosti. Jeho omezení mu přináší v kontaktu s druhými potíže, avšak s přístupem tamního personálu je poměrně spokojen, ve vztahu k spoluuživatelům je to již horší. Na druhou příčku dosadil rodinu (1 600), na třetí zdraví (1 250), na čtvrtou duševní pohodu (1 200) a za pátou nejdůležitější oblast svého života považuje koníčky (200), neboť dříve hodně zahradničil, což mu nyní schází. Z výše

uvedených závěrů vyplývá, že i pro tohoto respondenta je zdraví jedním z důležitých bodů ovlivňující kvalitu života, čímž se opět naplnil můj předpoklad. Celková hodnota QL pana P. dosáhla 60, což ve své podstatě odpovídá i označení bodu na úsečce spokojenosti.

### **Respondent 10: Pan A. – 88 let – I. stupeň závislosti**

Tabulka 11. Důležité oblasti a míra spokojenosti pana A.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)
15 %	duchovní oblast	70 %
20 %	kultura	30 %
20 %	koníčky	30 %
25 %	rodina	90 %
20 %	duševní pohoda	90 %

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....I.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL: 63

Na závěry vyřčené posledním dotázaným respondentem nese tabulka 11. Pan A. stanovil za nejpodstatnější pro svůj život vzhledem k nynější situaci rodinu (2 250). Ta je následována duševní pohodou (1 800), která je právě s návštěvami rodiny u tohoto respondenta úzce spjata. Za třetí nejdůležitější považuje duchovní oblast (1 050). Čtvrtou a pátou pozici shodně obsadil kulturou a koníčky (obě 600). Jedná se



o respondenta kulturně založeného, který volný čas trávil návštěvou koncertů vážné hudby a také cestováním, a to až do pozdního věku. Nyní se cítí režimem Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku být poněkud limitován, což si v rámci možností kompenzuje jinými činnostmi. Tento respondent položku zdraví, co by důležitou oblast pro svou kvalitu života, neoznačil vůbec. Pohybuje se v I. stupni závislosti, je velice vitální a vzhledem ke svému věku přijímá svůj zdravotní stav za optimální, tudíž mu nevěnuje přílišnou pozornost. Tímto se můj předpoklad o důležitosti zdraví v tomto ohledu nenaplnil. Celková míra QL u pana A. dosáhla 63, čemuž odpovídá i respondentem označený bod na úsečce spokojenosti. Ten se pohybuje v pravé polovině úsečky, což signalizuje poměrnou spokojenost se životem u pana A.

## **5.8 Shrnutí výsledků a diskuze**

Průzkumné sondy týkající se vnímání kvality života a zdraví uživatelů Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku organizované pomocí metody SEIQoL se zúčastnilo celkem 10 respondentů různého věku a s různým stupněm závislosti. Odpovědi jsem získala od 7 žen a 3 mužů, kteří měli určit 5 nejdůležitějších oblastí, jež v době, kdy bylo šetření prováděno, nejvíce ovlivňovaly jejich kvalitu života. Celkem jsem získala 50 odpovědí, z toho 35 od žen a 15 od mužů. Jednotlivé odpovědi a jejich frekvence nabízí tab. 12.

Tabulka 12. Četnost odpovědí dotázaných uživatelů

<b>Nejdůležitější oblasti</b>	<b>ženy</b>	<b>muži</b>	<b>Σ</b>
kultura	2	1	3
koníčky	3	2	5
mezilidské vztahy	6	1	7
životní úroveň	4	1	5
zdraví	6	2	8
duchovno	3	1	4
rodina	5	3	8
duševní pohoda	3	3	6
volný čas	1	0	1
zdravotní a sociální péče	1	0	1
ruční práce	1	0	1
sport	0	1	1
<b>Σ</b>	35	15	50

Odpovědi jednotlivých respondentů získané šetřením v Domově pro seniory – Ošetrovatelském domově Na Valech ve Šternberku, které se zaměřilo na vnímání QL a zdraví uživateli této sociální služby byly prezentovány v kap. 5.7.

Tabulka 12 nabízí sumarizaci výsledků, kdy 10 dotázaných vymezilo celkem 12 oblastí, které považují ve svém životě za nejpodstatnější. 8 z 10 (80 %) dotázaných uvedlo zdraví jako jednu z nejdůležitějších oblastí, která bezprostředně ovlivňuje jejich kvalitu života, čímž se potvrdil můj předpoklad. Stejně hodnoty dosáhla také rodina, tu označilo rovněž 8 z 10 (80 %) respondentů. Třetí nejpodstatnější oblastí se pro dotázané jevíly mezilidské vztahy. Ty označilo celkem 7 (70 %) respondentů. Čtvrtou pozici obsadila duševní pohoda, kterou udalo 6 (60 %) respondentů. Pátou nejčastěji uváděnou odpovědí byly životní úroveň a koníčky. Obě oblasti

označilo po 5 (50 %) respondentech. Pro 4 (40 %) dotázané se jeví podstatnou duchovní oblast, v četnosti obsadila sedmou pozici, osmou potom kultura, tu uvedli 3 (30 %) dotázaní. O poslední 4 pozice se dělí volný čas, zdravotní a sociální péče, ruční práce a sport, ty uvedl vždy 1 (10 %) respondent.

Vyvstalé pořadí důležitých oblastí mých respondentů lze porovnat s Křivohlavým, který udává přehled domén týkajících se QL seniorů dle O'Boyle, McGee a Joyce, jež stanovili, že nejpodstatnějším pro lidi ve vyšším věku je sociální činnost, zdraví, rodina, životní podmínky, dále víra, finance, vztahy, nezávislost, práce a štěstí.<sup>86</sup> Z prezentovaných výsledků je patrné, že respondenti osloveni v rámci mého šetření stanovili 6 shodných oblastí (zdraví, rodina, mezilidské vztahy, duchovno, životní úroveň a zdravotní a sociální péče).

Pro srovnání nabízím také pohled Schalocka, který vytvořil jinou koncepci oblastí života, a sice dobrý emocionální stav, materiální zajištění, tělesný stav, vztahy, dále osobní rozvoj, sebeurčení, právo a sociální zahrnutí. I s tímto autorem lze nalézt shodu v oblastech vytýčených mými respondenty, a sice v 5 případech.<sup>87</sup>

I když někteří respondenti mého průzkumu shodně vnímají určité oblasti (zdraví, rodina, mezilidské vztahy, duševní pohoda, životní úroveň a koníčky, duchovno atd.) jako podstatné, z dílčích výsledků je patrná různá celková míra jejich spokojenosti s QL (39-74), čímž **byl naplněn předpoklad, že vnímání kvality života je výhradně subjektivní** (tab. 12, 13).

Výše byly prezentovány stanovené oblasti ovlivňující kvalitu života uživatelů Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku. Vzhledem k vytýčeným cílům práce nyní vymezím spokojenost těchto uživatelů s jejich QL a zdravím, tak jak vyplynulo z provedeného šetření (tab. 13).

---

<sup>86</sup> Srov. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 2002. s. 173.

<sup>87</sup> Měření kvality: Indikátory pro domovy pro seniory. 2014. s. 17.

Tabulka 13. Spokojenost s QL a zdravím

pohlaví	spokojenost s QL	spokojenost se zdravím
ženy	68	60 %
	67,25	70 %
	58,5	50%
	57	- *
	39	20 %
	73,5	85 %
	74	70 %
průměr ženy	62,5	59,2 %
muži	51	60 %
	60	50 %
	63	- *
průměr muži	58	55 %
celkový průměr	61,13	58,13 %

\* Tito respondenti neuvedli oblast zdraví ve své aktuální situaci za stěžejní.

Z tabulky 13 lze vyčíst spokojenost uživatelů s kvalitou života a se zdravím. U 7 oslovených žen byla stanovena průměrná hodnota jejich kvality života 62,5. Oproti tomu u 3 dotázaných mužů byla stanovena průměrná hodnota QL na 58. Z výsledků je patrná nuance mezi celkovou hodnotou QL žen a mužů, čímž se **potvrdil můj předpoklad, že ženy a muži z Domova pro seniory – Ošetrovatelského domova Na Valech ve Šternberku vnímají svou kvalitu života rozdílně.**

Tohle tvrzení podporují i závěry výzkumu Dvořáčkové a Kajanové, které rovněž uvedly odlišnosti ve vnímání kvality života jednotlivým pohlavím.<sup>88</sup>

Spokojenost se zdravím nese levý sloupec tabulky 13. Z ní je patrné, že celkem 6 dotázaných žen je se svým zdravím v průměru spokojeno na 59,2 %. Jedna respondentka tuto oblast neuvedla jako stěžejní

<sup>88</sup> DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. 2012.

pro svou QL, tudíž nebyla do průměru zahrnuta, hodnota byla stanovena pouze na základě údajů od 6 respondentek. Tentýž postup byl zvolen u mužů, neboť 1 ze 3 dotázaných mužů také neuvedl zdraví jako stěžejní pro svou QL. Průměrná hodnota u nich byla vypočtena pouze z 2 získaných odpovědí a vypovídá o 55% spokojenosti mužů se svým zdravím. V dílčích odpovědích celkem 8 z 10 respondentů označilo oblast zdraví za jednu z pěti oblastí podstatných pro jejich kvalitu života, čímž se **potvrdil můj předpoklad, že zdravotní stav jedním z důležitých faktorů ovlivňujících QL.**

Výzkum Dvořáčkové poukazuje spíše na neutrální vnímání zdraví, co by základní domény vztahující se ke kvalitě života, avšak sama autorka uvádí, že rozptyl výpovědí respondentů byl široký, od výrazné spokojenosti až po výraznou nespokojenost, která byla ovlivněna i místem pobytu dotazovaného seniora.<sup>89</sup>

Porovnání výsledků mého šetření s výsledky různých realizovaných výzkumů poukazuje na skutečnost, že kvalita života je vnímána výhradně subjektivně a nutno na ni také tak pohlížet. V praxi by měli poskytovatelé sociálních služeb tuto skutečnost zohlednit a pro zkvalitnění jimi realizované pomoci uspokojovat potřeby svých uživatelů individuálně, na základě požadavků vyřčených uživatelem. To předpokládá důsledné a opakované zjišťování potřeb jedinců, neboť v souvislosti se změnami věku i zdravotního stavu se tyto potřeby různí. Určitým možným řešením by mohlo být opakované šetření formou dotazníku zaměřeného na spokojenost uživatele a jeho potřeby, které by se dělo v pravidelných intervalech a získané informace by měly větší výpovědní hodnotu oproti jednorázovému šetření.

## **5.9 Sociotechnická doporučení**

Senioři ve zmíněné instituci se pohybují v rozdílném stupni závislosti, oplývají různými zájmy i zkušenostmi, zaujímají odlišné postoje

---

<sup>89</sup> DVOŘÁČKOVÁ, D. Hodnocení kvality života u seniorů žijících v domovech pro seniory. 2012. s. 113.

k životu. Část jich je poměrně aktivních, byli zvyklí na určité činnosti, jimiž si naplňovali volný čas. Tyto zvyklosti museli z důvodu režimových opatření omezit, nezdá se jim zcela vzdát, neboť domov díky personální kapacitě není schopen jejich potřeby vykrýt. Tím se také kvalita jejich života poměrně snižuje. Řešením by mohlo být oslovení dobrovolníků či studentů, kteří se pohybují v sociální sféře. Ti by s několika uživateli mohli v rámci svého volného času či plnění praxe zabezpečit např. doprovod seniora na kulturní či sportovní akce. Obdobně by se dalo využít také seniorů, kteří nejsou uživatelem Domova pro seniory – Ošetrovatelského domova Na Valech ve Šternberku, ale pobývají ve svém domácím prostředí, neboť jejich soběstačnost jim to dovoluje. Vzhledem ke skutečnosti, že lidé v přibližně stejné věkové kategorii oplývají podobnými zážitky, zkušenostmi i potřebami, vrstevníci by byli chápavější a tolerantnější k uživatelům, sdíleli by společná témata. Dalším možným doporučením by mohlo být setkávání rodin seniorů, např. u příležitosti významných jubileí, svátků atd. V rámci ergoterapie by mohli uživatelé sociální služby, v tomto případě Domova pro seniory – Ošetrovatelského domova Na Valech ve Šternberku, pod vedením personálu či dobrovolníků si připravit krátký program a občerstvení, jimž by potom pohostili své rodinné příslušníky. Rodiny setkání naopak mohou využít k výměně informací a zkušeností plynoucích z občasné péče o své příbuzné vyššího věku.

## Závěr

Svou práci jsem zaměřila na vnímání kvality života a zdraví uživateli sociálních služeb, respektive domova pro seniory. S ohledem na mnoho pohledů na kvalitu života, na její pojmání, markantní rozsah i projekci do nesčetně oblastí a také s přihlédnutím k tomu, že jsem pracovala v daném zařízení po jistou dobu jako dobrovolník, jsem zvolila zkoumání vnímání kvality života a zdraví uživateli Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku.

První část práce je teoretická, nabízí uchopení příslušného tématu. Studium relevantní literatury mi umožnilo lépe se orientovat v dané problematice a získat odbornější pohled na předkládaný problém. Definovala jsem kvalitu života jako pojem, vymežila její rozsah, přístupy k jejímu hodnocení, poukázala na výhody i nevýhody subjektivních a objektivních metod využívaných k posouzení kvality života (kap. 1). V souvislosti s cílem práce jsem se zaměřila na zdraví jedince, citovala jeho definice, vnímání a popsala faktory, jež je ovlivňují (kap. 2). V další části se práce ubírá směrem sociálních služeb, kdy byl popsán jejich význam, vyčleněny typy, vydefinován pojem uživatel sociálních služeb (kap. 3). V návaznosti na to jsem předložila seniory a sociální péči o ně, nastínila definice seniorského věku, změny ve stáří a jejich odezvu na zdraví jedince. S nimi úzce souvisí soběstačnost lidí vyššího věku a péče o ně, která se realizuje prostřednictvím sociálních služeb (kap. 4). Po studiu literatury a poznatků z toho pramenících byly stanoveny předpoklady, jež jsem ověřila za pomoci průzkumné sondy. To mi umožnilo osvětlit problém, kterým se předkládaná práce zabývá.

Průzkumné šetření proběhlo na přelomu měsíců července a srpna 2013 v Domově pro seniory – Ošetřovatelském domově Na Valech ve Šternberku s předpokladem, že bude osloveno všech 17 uživatelů této sociální služby. Podstoupilo ho však jen 10 respondentů, a to z důvodu respektování špatného zdravotního stavu zbylých 7 uživatelů. Presentované

výsledky nabízí pohledy, jak vnímají kvalitu svého života a zdraví uživatelé zmíněné sociální služby, čímž se **podářilo splnit hlavní cíl práce**.

Provázanost zdraví s kvalitou života stála za prvním dílčím cílem, kdy jsem předpokládala, že zdraví je jednou z nejdůležitějších oblastí, která kvalitu života jedince ovlivňuje. Výsledky prezentované v kap. 5.7 a 5.8 prokazují, že oslovení senioři skutečně považují zdraví za stěžejní, neboť 8 z 10 oslovených respondentů udalo tuto položku jako jednu z pěti nejdůležitějších, která v době probíhajícího šetření hrála podstatnou roli u jimi vnímané kvalitě života. Tímto se **podářilo daný dílčí cíl splnit**.

Ze studia literatury vyplynula skutečnost, že v současnosti se vnímání kvality života stalo výhradně záležitostí subjektivní, z čehož vyvstal **další dílčí cíl práce**. I tento **byl potvrzen**, neboť z celkového počtu 50 odpovědí bylo kategorizováno 12 oblastí, jež se podílí na vnímání kvality života oslovených respondentů, přičemž tito udávali různou míru spokojenosti s jednotlivými oblastmi.

V návaznosti na subjektivitu vnímání kvality života a životní role jsem předpokládala, že se vyskytnou rozdíly v posuzování jednotlivých oblastí mezi muži a ženami, čímž byl vyřčen **poslední dílčí cíl**. Také v tomto případě **se podářilo jej splnit**, neboť dle výpovědí dotázaných žen byla stanovena hodnota QL na úrovni 62,5 oproti mužům, u nichž hodnota QL dosáhla 58.

Zhodnocené výsledky a závěry se v podstatě shodují s výzkumy a šetřeními autorů, kteří se často touto problematikou zabírají i po teoretické stránce. Vedlo mě to k zamyšlení, jak využít těchto poznatků v praxi. Nabízela se mi možnost striktně individuálního přístupu, kdy bude třeba reagovat na vyvstalé změny zdravotního stavu uživatelů a jim uzpůsobit uspokojení aktuálních potřeb seniorů. Ty je nutné však neustále zjišťovat opakovanou sondáží. Dalším možným doporučením pro využití v praxi se mi jevilo oslovení dobrovolníků, jež by pomohli personálu s vykrytím aktivit pro seniory, čímž by jistě kvalita jejich života vzrostla,



neboť aktivním seniorům režim Domova pro seniory – Ošetrovatelského domova Na Valech ve Šternberku přináší mírná omezení.

## Použitá literatura

DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. s. 72. ISBN 978-80-87142-05-9.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. s.208. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. s. 194. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. s. 186. ISBN 80-7013-417-8.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. s. 192. ISBN 978-80-247-4139-0.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 110. ISBN 80-247-0548-6.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. s. 263. 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o., 2002. s. 200. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. s. 280. ISBN 978-80-7367-568-4.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., s. 296. ISBN 978-80-247-2715-8.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. s. 328. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. a kol. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 288. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 184. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 312. ISBN 80-7178-473-7.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. s. 192. ISBN 978-80-247-3872-7.

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

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: grada Publishing, a. s., 2006. s. 368. ISBN 80-247-1284-9.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. s. 284. ISBN 978-80-86429-62-5.

VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1. vyd. Praha: MPSV ČR, 2010. s. 83. ISBN 978-80-7421-021-1.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. s. 96. ISBN 978-80-247-2170-5.

VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. s. 125. ISBN 978-80-7254-997-9.

*Bílá kniha v sociálních službách*. Konzultační dokument. [online]. 2003, s. 52. [cit. 2014-09-30]. Praha: MPSV ČR. Dostupné z WWW [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)

*Determinanty zdraví*. [online]. [cit. 2014-09-14]. Dostupné z WWW <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=28940>

*Měření kvality: Indikátory pro domovy pro seniory.* [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z WWW

[http://www.apsscr.cz/files/files/PROGRESS\\_CZ.pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/PROGRESS_CZ.pdf)

Sociální služby Šternberk, p. o. Domov pro seniory. [online]. [cit. 2014-11-02]. Dostupné z WWW <http://www.socialnisluzby.cz/domov-pro-seniory/>

CSISKO, M. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. *Sestra* [online]. 2013, č. 12. [cit. 2014-07-24]. Dostupný z WWW

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-oseetrovatelske-praxi-473279> ISSN 1210-040.

DRBAL, C. Podpora zdraví: Úvod do problematiky. *Zdravotnictví v České republice* [online]. 2005, č. 8. s. 88. [cit. 2014-09-25]. Dostupný z WWW

<http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-2-2005.pdf> ISSN 1213-6050.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Hodnocení kvality života u seniorů žijících v domovech pro seniory.* [online]. 2012 [cit. 2014-10-29]. Disertační práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUĎĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Školitelka doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D. Dostupné z WWW <http://theses.cz/id/rh0klz/>

DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. In *Kontakt* [online]. 2012, roč. 14, č. 3. s. 331-339. [cit. 2014-11-10] Dostupné z WWW [http://casopis-](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf)

[zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf](http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf) ISSN 1804-7122.

HEŘMANOVÁ, E. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia* 44 [online]. 2012, č. 4. Slovenská akademie věd. s. 478-496. [cit. 2014-07-29]. Dostupné z WWW

<https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf> ISSN 1336-8613.

KUČERA, Z., HAVELKOVÁ, J. Podpora zdraví: Vývoj teoretických základů. *Zdravotnictví v České republice* [online]. 2005, č. 8. s. 89-91. [cit.

2014-09-25]. Dostupný z WWW <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-2-2005.pdf> ISSN 1213-6050.

*Sbírka zákonů*. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. [cit. 2014-10-20]. Dostupné z WWW <http://www.zakonynawebu.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA6108A>

SLOVÁČEK L. a kol. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčiv. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, roč. LXXIII, č. 1. s. 6-9. [cit. 2014-07-29]. Dostupné z WWW

[http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf)

VÁVRA, M. Náboženství a kvalita života. Psycho-sociální předpoklady. *Naše společnost* [online]. 2011, č. 2. Centrum pro výzkum veřejného mínění SÚ AV ČR. s. 3-10. [cit. 2014-07-09]. Dostupné z WWW

[http://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c3/a4015/f11/V%C3%A1vra,%20Martin.%20N%C3%A1bo%C5%BEenstv%C3%AD%20a%20kvalita%20C5%BEivota\\_Psycho-soci%C3%A1ln%C3%AD%20p%C5%99edpoklady.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a4015/f11/V%C3%A1vra,%20Martin.%20N%C3%A1bo%C5%BEenstv%C3%AD%20a%20kvalita%20C5%BEivota_Psycho-soci%C3%A1ln%C3%AD%20p%C5%99edpoklady.pdf) ISSN-2336-1646.

## **Přílohy**

- I Záznamový arch k metodě SEIQoL
- II Fotografie uživatelů Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova Na Valech ve Šternberku
- III Seznam tabulek
- IV Seznam obrázků
- V Seznam použitých zkratek

# Příloha I

## Záznamový arch k metodě SEIQoL

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci.

Studuji Filozofickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a v rámci SZZ je mým úkolem předložit závěrečnou práci. Má práce se týká kvality života a zdraví u seniorů, kteří jsou uživateli sociálních služeb, ve Vašem případě Domova pro seniory – Ošetrovatelského domova Na Valech ve Šternberku. Cílem mé sondy je zjistit, jak vnímáte svou úroveň kvality života a zdraví v současné situaci.

Chtěla bych Vás tímto požádat o záznam odpovědí do níže uvedené tabulky.

Odpovídáte **anonymně**, všechny zjištěné informace budou sloužit pouze pro mou potřebu, tedy ke zpracování práce.

Záznam Vám zabere přibližně **20 min.**

### **Pokyny pro vyplnění:**

1. Zamyslete se, oč Vám nyní v životě jde? Pro co žijete? Uveďte pouze 5 možností, které Vy sám(a) vidíte jako nejdůležitější. Vepište je do 5 řádků v prostředním sloupci tabulky (je jedno v jakém pořadí). Sloupec je nadepsán: *Životní téma – Oč vám v životě jde a oč vám jde především?*
2. Jak moc jste s jednotlivým cílem nyní spokojen(a)? Hodnotu uveďte v % a zaznačte do pravého sloupce tabulky s nápisem: Míra spokojenosti v % (v každém řádce od 0 do 100 %).
3. Představte si, že na všech 5 kategorií, které jste zapsal(a) do prostředního sloupce tabulky máte 100 %. Ty teď rozdělte tak, aby vyjadřovaly váhu, jak je pro Vás daná oblast důležitá. Zaznamenejte číslo v % do levého sloupečku tabulky s názvem: Důležitost daného tématu v %.
4. Pod tabulkou je naznačena úsečka. Představte si ji jako stupnici, kdy levý konec znamená, že Váš život je nyní tak špatný, jak jen je to možné a naopak pravý konec znamená, že vše je tak dobré, jak jen to může být. Udělejte, prosím, značku tam, jak Vy sám(a) jste se životem nyní spokojena.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma: <i>Oč vám v životě jde a oč vám jde především?</i>	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)

Součet % ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

<.....>

je to tak špatné, jak jen to je možné

je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Mnohokrát Vám děkuji za ochotu spolupracovat a Váš čas.

Iva Višková

studentka FF UP Olomouc



## Příloha II

Fotografie uživatelů Domova pro seniory – Ošetřovatelského domova  
Na Valech ve Šternberku

Zdroj: autor BP





## **Příloha III**

### **Seznam tabulek**

- Tabulka 1. Změny ve stáří
- Tabulka 2. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní M.
- Tabulka 3. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní A.
- Tabulka 4. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní K.
- Tabulka 5. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní B.
- Tabulka 6. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní J.
- Tabulka 7. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní M.
- Tabulka 8. Důležité oblasti a míra spokojenosti paní Ž.
- Tabulka 9. Důležité oblasti a míra spokojenosti pana J.
- Tabulka 10. Důležité oblasti a míra spokojenosti pana P.
- Tabulka 11. Důležité oblasti a míra spokojenosti pana A.
- Tabulka 12. Četnost odpovědí dotázaných uživatelů
- Tabulka 13. Spokojenost s QL a zdravím

## **Příloha IV**

### **Seznam obrázků**

Obr. 1      Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech

## **Příloha V**

### **Seznam zkratk**

ADL	Activity Daily Living
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ev.	eventuálně
hod.	hodina
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
kap.	kapitola
kol.	kolektiv
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
obr.	obrázek
popř.	popřípadě
QL	Quality Life
resp.	respektive
SEIQoL Quality of Life	The Schedule for the Evaluation of Individual
SÚ AV ČR	Státní ústav akademie věd České republiky
tab.	tabulka
tzn.	to znamená
WHO	World Health Organization

## **Anotace**

**Příjmení a jméno autora:** Němcová Iva

**Název katedry a fakulty:** Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie FF UP v Olomouci

**Název diplomové práce:** Vnímání kvality života a zdraví uživateli Ošetrovatelského domova ve Šternberku

**Název v angličtině:** The perception of quality of life and health of the user Nursing home in Sternberg

**Vedoucí práce:** PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

**Počet znaků:** 96 861

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 34

**Klíčová slova práce:** kvalita života, zdraví, senior, sociální služby, uživatel, průzkum

**Klíčová slova v angličtině:** quality of life, health, senior, social services, exploration

### **Anotace:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou vnímání kvality života a zdraví uživateli sociálních služeb, konkrétně seniory. Autor nejdříve vytýčil kvalitu života, její rozsah a pojetí, popsal subjektivní i objektivní možnosti metody hodnocení kvality života. Následně navázal zdravím, uvedl jeho definice, vnímání, poukázal na faktory, které ho ovlivňují. Autor popsal sociální služby, jejich uživatele, význam, typy. Kategorizoval seniorský věk, změny ve stáří a jejich odraz na životě seniora a soběstačnosti jedince. Nastínil péči o seniory v ČR a jim určené sociální služby. Průzkumem autor potvrdil vliv zdraví na subjektivním vnímání kvality života seniora jako uživatele sociální služby.

### **Anotace v angličtině:**

The bachelor thesis deals with the perception of life quality and health of social services users, particularly seniors. First, the author laid out the

quality of life, its scope and concepts, described both subjective and objective methods of assessing the possibilities of life quality. Subsequently, he continued by health, he laid out its definition, perception, he pointed out the factors that affect it. The author described the social services, their users, significance, types. He categorized the senior age, changes in this age and their reflection on the life of an elderly person and individual self-sufficiency. He outlined the care of the elderly in the Czech republic and the services determined for them. Author's research confirmed the influence of health on the subjective perception of the life quality of seniors as users of social services.