

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií



LUCIE DRAPLOVÁ

V. ročník - prezenční studium

Obor: PEDAGOGIKA – SOCIÁLNÍ PRÁCE

**KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY -
PEČOVATELSKÁ SLUŽBA MOHELNICE**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškeré prameny a literaturu, ze kterých jsem při jejím zpracování vycházela.

V Olomouci dne

Lucie Draplová

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za odborné vedení, toleranci a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Další poděkování patří personálu a uživatelům DPS Mohelnice za jejich vstřícnost a spolupráci. V neposlední řadě děkuji své rodině, která mě během tvorby práce velmi podporovala.

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	9
1.1 Stáří	9
1.1.1 Obory zabývající se stářím	10
1.2 Stárnutí	122
1.2.1 Stárnutí jako proces	13
1.2.2 Stárnutí populace v ČR	14
1.3 Možnosti přípravy na stáří a stárnutí	144
Zdravotní příprava	19
Materiální složka	20
Duševní složka	24
Organizační složka	25
1.4 Demografie stáří	266
Demografické stárnutí	26
Vývoj	28
2 KVALITA ŽIVOTA	32
2.1 Vymezení pojmu kvalita života	33
2.2 Dimenze kvality života	36
2.3 Přístupy ke kvalitě života	37
2.4 Kvalita života seniorů	39
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	43
3.1 Zařízení sociálních služeb	44
3.1.1 Služby sociální péče	44
3.1.2 Služby sociální prevence	45
3.1.3 Sociální poradenství	45
3.2 Druhy služeb pro seniory	46
3.2.1 Historie péče o seniory v ČR	46
3.2.2 Domovy a penziony pro seniory	48
3.2.3 Chráněné bydlení pro seniory	48
3.2.4 Osobní asistence	49

3.2.5 Pečovatelská služba.....	50
3.2.6 Centra denních služeb	50
3.2.7 Odlehčovací služby	514
3.2.8 Denní stacionáře.....	514
3.2.9 Týdenní stacionáře	52
II PRAKTICKÁ ČÁST	53
4 VÝZKUM	54
4.1 Město Mohelnice.....	54
4.2 Domov pro seniory, pečovatelská služba Mohelnice.....	56
4.3 Stanovení výzkumných cílů	58
4.4 Metodologie, cílové skupiny a organizace výzkumu	58
4.5 Vlastní výzkum	60
4.6 Závěr výzkumného šetření	76
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	81
PŘÍLOHY	84
Příloha 1 - Podmínky pro splnění nároku na starobní důchod	
Příloha 2 - Dotazník	
Příloha 3 - Žádost o umístění do Domova pro seniory, Žádost o umístění do Domova s pečovatelskou službou.	
ANOTACE	

ÚVOD

Téma jsem zvolila po osobní pracovní zkušenosti v domově s pečovatelskou službou v Mohelnici. Zájem zjistit, jak se uživatelům žije v tomto zařízení, není pouze můj osobní, ale bude i zpětnou vazbou pro zaměstnance a vedení DPS.

Cílem diplomové práce je především zjistit kvalitu života seniorů v zařízení. Další aspekt zkoumání bude spokojenost s péčí v domově, s výběrem nabízených aktivit a kvalitou ubytování.

Stáří je popisováno jako „demografický problém“, který se dotkne nás všech. Starých lidí neustále přibývá a společnost není na tento demografický fakt připravena. Proto je stáří chápáno jako nutné zlo.

V dnešní době preferovaná flexibilita, mládí, krása dokonalé jazykové schopnosti a především výborná znalost a orientovanost v elektronické a počítačové technice. Tyto moderní proudy doby však občanům seniorského věku v mnoha případech cizí. Senioři pro dnešní společnost jsou „brzdou“. Mnoho lidí je vidí jako neschopné dementní občany, kteří nejsou schopni se o sebe postarat.

O to smutnější je fakt, že stáří je přirozený proces života stejně jako dětství a produktivní věk. Stáří se nedá vyhnout, každý z nás k němu svoji cestou života dojde. Záleží jen na nás jak se k této skutečnosti postavíme.

Každý z nás by si měl uvědomit, že stejnou brzdou pro mladé bude za pár let považován i on sám. Proto bych byla ráda, aby se společnost chovala k seniorům důstojně a dopřála jim kvalitní a příjemný „podzim“ života.

Diplomová práce je rozdělena do čtyř částí. První část je zaměřena na teoretické pojetí stáří a stárnutí. Dále chci přiblížit vědy, které se těmito pojmy zabývají. Ve druhé blíže popíši pojem „kvalita života“ a faktory, které kvalitu života ovlivňují. Třetí část bude věnována sociálnímu systému v péči o seniory v ČR. Ve čtvrté – empirické části blíže popíši zařízení DPS Mohelnice a pomocí strukturovaného dotazníku budu zjišťovat kvalitu života uživatelů v tomto zařízení.

Problémem kvality života seniorů se zabývají lékaři, psychologové, geografové, ekonomové, novináři, politici, urbanisté, atd. Liší se však v pohledech a přístupech, v cílech zkoumání a použitých metodách.

U nás se problémem kvality života seniora zabývá EVA DRAGOMIRECKÁ, která působí v Psychiatrickém centru v Praze a JAROSLAV KŘIVOHLAVÝ

působící v centru lékařské etiky na I. Lékařské fakultě UK v Praze. Dále se kvalitou života seniorů zabývala PAVLÍNA HRABOVSKÁ ve své diplomové práci z roku 2006.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

„Čím víc stárnu, tím víc zjišťuji, že dětství a stáří jenom splývají, ale že jsou to navíc dva nejintenzivnější stavy, které je nám dáno žít.“

Marguerite Yourcenarová

Mezi autory, kteří se zabývali stářím a stárnutím patří PACOVSKÝ. Bylo vytvořeno mnoho charakteristik poslední etapy života. S charakteristikou Pacovského se mé názory nejvíce ztotožňují.

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

1.1 Stáří

Stáří je poslední část lidského života. Neexistuje přesný okamžik nástupu stáří, neboť fyziologické změny v lidském organismu spojené se stárnutím probíhají neustále a pozvolna a jde o velmi individuální nezvratný fyziologický proces, který u každého člověka probíhá jinak. Někdy bývá za tuto hranici považován věk 60 let, nicméně s technickým a vědeckým rozvojem lidské společnosti se tato hranice neustále posouvá výš. Ve středověku byli lidé staří již ve věku 40 let. Stáří se dělí na stáří, pozdní stáří a kmetství - což je stav, kdy lidský věk dosáhne do výjimečně vysokého věku. Všichni lidé, kteří požívají starobní důchod, bývají okolní společností fakticky pokládáni za starce, kteří právě prožívají své stáří. Obecně platí, že čím je člověk starší, tím více má oslaben imunitní systém, což vede k tomu, že je více náchylný k nemocem. Člověk ve stáří také obvykle trpí více nespavostí a únavou. Častěji také dochází k poruchám mozkové činnosti. Lidé v tomto věku z tohoto důvodu také obvykle hůře vidí i slyší. (Haškovcová, 1990, s. 34)

V dnešní době nezadržitelně dochází k prudkému stárnutí obyvatelstva. Na tuto skutečnost by se měla připravit celá společnost a v neposlední řadě i samotní budoucí senioři. Měla by se hledat cesta jak ve vyšším věku zajistit kvalitní život, radost ze života a především jeho smysluplnost.

Dle charakteristiky WHO je stáří konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života. WHO doporučuje 15letou periodizaci stáří:

- Rané stáří 60 – 74 let
- Vlastní stáří 75 – 89 let
- Dlouhověkost 90 a více let

V anglosaských zemích se stále ještě udržuje tato periodizace:

- Mladí staří 65 – 74 let
- Staří 75 – 84 let
- Velmi staří 85 a více let (Hartl, Hartlová, 2000, s. 562)

PICHAUD (1998) uvádí, že stáří je období, které výrazně mění dosavadní způsob života člověka. Z doby, kdy je člověk produktivní, přechází pozvolna do období stárnutí a stáří. Tento stav si člověk nejčastěji poprvé uvědomí, když přijde období osamostatnění dětí – tzv. syndrom prázdného hnízda a narození vnoučat. Dalším mezníkem je odchod do penze, což má za následek zhoršení ekonomické situace, postupně dochází k úbytku sil, zpomalování životního tempa a zhoršování zdravotního stavu. Velkou životní změnou, která může nastat, je úmrtí partnera, přátel a vrstevníků, nebo změna bydlení. Senioři mají mnohdy pocit nepotřebnosti, což vede k vážným psychologickým problémům. Nejvíce ohroženo je u seniorů udržování sociálních kontaktů, které v případě zanedbání mohou vést k úplné sociální izolaci.

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.“ (Kalvach, 1997, s. 18)

1.1.1 Obory zabývající se stářím

Stářím se zabývá řada oborů a vědních disciplín. Vytvořit obecnou vědu o stárnutí by bylo asi nemožné, vzhledem k metodologické roztržitosti, interdisciplinárnímu a multidimenzionálnímu charakteru dané problematiky. Je třeba formulovat obecné zákonitosti života ve stáří v celé jeho komplexnosti.

➤ Gerontologie

Podle HARTLA (2000) je gerontologie definována jako věda zabývající se všestranným studiem jevů stárnutí nastávajících v buňkách, tkáních, orgánech či organismech, případně skupinách jedinců v průběhu času od dospělosti až do smrti organismu.

MÜHLPACHR gerontologii člení do 3 hlavních proudů:

- „*gerontologie experimentální (biologická) – zabývá se otázkami, proč a jak živé organizmy stárnou,*

- *gerontologie sociální – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj; jde o širokou problematiku zahrnující demografii, sociologii, psychologii, ekonomii, politologii, právní vědy, urbanistiku, architekturu, pedagogiku i další oblasti,*

- *gerontologie klinická (geriatrie v širším slova smyslu) se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu, vyšetřování, léčení i sociálních souvislostí.“ (Mühlpachr, 2004, s. 10, 11)*

➤ Geriatrie

Nauka o prevenci a léčbě chorob starých lidí. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 178)

Jako samostatný lékařský obor se zabývá neurologickými, ošetrovatelskými, psychickými a rehabilitačními problémy. Důraz je kladen především na soběstačnost jedince. (Kovářová, 2006, s. 11)

➤ Gerontopedagogika

Pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním ke stáří a ve stáří. Výchova ke stáří je důležitá pro jedince hned z více důvodů. Ve stáří vzniká mnoho aspektů, které si jedinec v produktivním věku neuvědomuje. Změní se jeho ekonomická, sociální a zdravotní stránka. Největší problémy přináší tzv. syndrom prázdného hnízda. Tato situace nastane, když děti odejdou z domu. Dále se změní společenský status odchodem z práce. Jedinec se může cítit ostrčen a již nepotřebný. Má mnoho času, který dříve trávil v práci a nyní neví, co s volným časem. Odchodem z práce se také změní ekonomická situace, příjem poklesne,

a pokud se senior na tuto skutečnost nepřipravil v letech ekonomické činnosti může ho tato situace dovést až do životní krize. Senior se musí naučit využívat volný čas a zacházet s nižším finančním obnosem. Mnoho lidí tuto skutečnost však nezvládne. Mezi milníky produktivního a seniorského věku můžeme zařadit i zhoršení zdravotního stavu. Člověk se cítí unaven, je pomalejší a již není ve fyzické kondici jako býval. Nesmíme opomenout ani ztrátu životního partnera. (Mühlpachr, 2004, s. 11)

➤ Geragogika

Je v užším slova smyslu pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů. V širším slova smyslu je chápána jako teoreticko-empirická disciplína zajišťující péči, pomoc a podporu seniorům při naplňování jejich potřeb. Můžeme ji chápat jako multioborovou disciplínu, ve které se uplatňují poznatky především ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva. (Horehled, 2006, s.12)

Mimo gerontologie, geriatrie, geragogiky a gerontopedagogiky se stárnutím a stářím zabývá ještě na příklad gerontopsychologie, gerontopsychiatrie, sociologie stáří, gerontoekologie, gerontoergonomie a řada dalších podoborů a specializací. Podstatou všech těchto disciplín, které se od sebe liší jen nepatrnými rozdíly a řeší řadu podobných problémů, je specifčnost sociálně věkové skupiny starých lidí. (Wolf, 1982, s. 62)

1.2 Stárnutí

„Stárnutí se vyznačuje posloupaností nezvratných změn, které nastávají v živém organismu a postupně omezují a zeslabují jeho jednotlivé funkce. Je to „ústup“ po dosažení vrcholu anatomického i funkčního růstu v širokém slova smyslu. Stárnutí je proces, má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramováno, řídí se druhově specifickým časovým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí.“ (Pacovský, 1997, s. 54)

Stárnutí (senescence) je proces, který se projevuje chátráním tělesné schránky a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu, hromaděním různých defektů v organismu a jeho klesající schopností tyto defekty opravovat a nahrazovat

vadné či odumřelé buňky novými. Dochází k vyšší náchylnosti k různým nemocem a může skončit smrtí, pokud daný jedinec nezemře z jiných důvodů již dříve.

Stárnutí se dá těžko časově ohraničit. Někdy se považuje za stárnutí věk, kdy se zvyšuje riziko úmrtí. U člověka by v tom případě začínalo stárnutí již na počátku puberty. (Baláž, 2008, s. 43)

Další charakteristikou stárnutí je to, že všichni lidé nestárnou stejně, ale každý má svůj tzv. „individuální plán stárnutí“. Stárnutí postihuje člověka ve všech rovinách jeho bytí a to v biologické (somatické), psychické a sociální. To znamená, že do procesu stárnutí vstupuje vždy celý člověk. Stárnutí je proces asynchronní, což se projevuje především nerovnováhou a nesouměrností jednotlivých anatomických struktur a hlavně funkcí. Všechny funkce se nemění stejně co do času, kvality a intenzity. Nástup anatomických a funkčních změn je individuálně rozdílný a jejich vývoj pokračuje různou rychlostí. (Hrabovská, 2006, s. 11)

Stárnutí probíhá u každého jedince odlišně. Záleží na způsobu života, jeho kvalitě, zdravotním stavu a na životních podmínkách daného člověka. Stáří má mnoho charakteristických rysů. Můžeme je rozdělit na *fyzické* a *psychické*. Mezi *fyzické* řadíme šednutí vlasů, atrofii kůže s poklesem pružnosti, zhoršení smyslového vnímání, jako jsou například poruchy zraku, sluchu, oslabení chuti či čichu. Dále opotřebení chrupu nebo jeho celková ztráta. Mezi *tělesné změny* patří i poruchy pohybového aparátu, změny v oběhovém, imunitním, trávicím a respiračním systému. Mezi *psychické změny* můžeme zařadit poruchy spánku, paměti, roztěkanost, nervozitu, úzkost. Staří lidé se také mohou začít stranit okolí, či naopak vyžadují zvýšenou pozornost a potřebu důležitosti. (Derebníková, 2008, s. 11)

1.2.1 Stárnutí jako proces

Stárnutí je individuální proces, který u každého jedince probíhá jiným tempem. Mnoho jedinců se tento proces snaží zpomalit, někteří i zastavit. Jde však o proces, který zastavit nejde. Je to fyziologický jev, který čeká každého z nás. Rychlost našeho stárnutí závisí i na tom, jakým způsobem žijeme. Zda sportujeme, jíme zdravě, jakou máme genetickou výbavu, záleží i na stylu života, v jakém prostředí žijeme a na spoustě dalších aspektů. (Dimitrová, 2007, s. 6)

Jde i o asynchronní proces, postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním či poškozováním. (Kalvach, 1997, s. 53)

1.2.2 Stárnutí populace v ČR

Stárnutí populace není totéž, jako stárnutí jedince. Stárnutí populace je strukturální proces, který zásadně mění složení populace. Vliv tohoto procesu může být však méně výrazný než se dříve předpokládalo.

V České republice se stárnutí populace projeví u ročníků narozených v polovině 70. let. S největší pravděpodobností tyto ročníky budou dominantní věkovou skupinou v první polovině 21. století. Je to neobvyklá situace, která se ještě nikdy neobjevila u nás ani v žádné jiné zemi. V roce 2040 budou u nás představovat pětadesátníci velmi výraznou složku obyvatelstva. V tomto období nastane v ČR období zvláště vysokého počtu starých lidí ostře kontrastující s 90. lety 20. století. Toto populační stárnutí vytvoří situaci, která je pro mnohé nepředstavitelná. Ať už se jedná o laickou veřejnost, sociology nebo demografy (Weber, 2010).

1.3 Možnosti přípravy na stáří a stárnutí

„Většina lidí může žít mnoho let po dosažení nároku na důchod. Proto nelze přípravu k odchodu do důchodu chápat jako přizpůsobení se vzniklým podmínkám na poslední chvíli, ale je třeba ji chápat jako proces probíhající během celého vědomého lidského života. V souvislosti s tím značnou roli, na níž závisí jejich budoucí prospěch, sehrávají jak sami jednotlivci, tak osoby, zodpovědné za přijatá rozhodnutí.“ (Kalvach, 1997, str. 134)

Naše společnost jakýkoliv program přípravy na stáří podceňuje. Ovlivňování populace směrem k respektování stáří a k vlastnímu úspěšnému stárnutí zatím hledá svoji cestu. Vzniká zde prostor a zároveň výzva pro masmédia, která účinnou, neformální, vzdělávací a osvětovou činností mohou nejen informovat své posluchače, diváky a čtenáře o jednotlivých aspektech stáří, ale hlavně v nich mohou vytvořit kladný postoj k přípravě samotné. Úkolem je tak především vzbudit zájem o participaci na svém osudu a dodat nadšení k vlastní aktivitě. Bude-li ve společnosti úzus zodpovědného a aktivního přístupu k procesu stárnutí, pak se sníží počty těch, kteří se jakékoliv přípravě budou vyhýbat. Je důležité vstřípit si potřebu podílet

se na vlastním životě a na snaze jej pozitivně ovlivňovat v každém věku. Měla by být chápána jako přirozená součást široce koncipované andragogiky, orientované na vlastní osobnostní rozvoj. Předpokladem k ní je vytvoření reálné představy o povaze života ve stáří, jeho délce a ovlivnitelnosti. Příprava zahrnuje zdravý životní styl, podporu zdraví ve středním věku, eliminaci rizikových faktorů, podporu tělesných a duševních aktivit, přiměřenou psychohygienu a relaxaci. Substituční teorie požadující zaplnění prostoru uvolněného penzionováním nabádá k výběru „náhradních“ aktivit. Je potřeba zachovat zájmové aktivity už ve středním věku a jejich racionální upřesnění pro další období. Důležité je rovněž vytváření přiměřeného materiálního zázemí pro aktivní život ve stáří a včasné řešení bytové situace s úsilím zajistit kvalitní, nenáročné bytové podmínky. Nezbytnou součástí je posilování dobrých mezilidských vztahů, jak rodinných, tak mimo rodinných, a pozitivní vnímání sebe sama. (Jůzová, 2006, s. 47)

Kvalita života ve stáří se do značné míry odvíjí od kvality života ve středním věku, od anticipace stáří a přípravy na něj. A příprava jako taková musí být zahájena včas. Jednotliví odborníci z oblasti gerontologie různě definují, etapizují a specifikují přípravu na stáří.

Dělení etap přípravy na stárnutí podle GRUBNEROVÉ:

- dlouhodobá - celoživotní. Zahrnuje pozitivní ovlivňování postojů lidí ke stáří, výchovu populace od dětí. Je zaměřena na osvojení zásad správné životosprávy, na zvyšování morálních kvalit, na výchovu k odpovědnosti za osudy rodinných příslušníků atd. Příkladem konkrétní podoby dlouhodobé výchovy jsou např. návštěvy domovů důchodců dětmi před Vánoci, dobrovolnická činnost v pečovatelské službě, různě koncipované debaty, vlastní pozitivní příklad rodičů ve výchově.

- střednědobá - měla by začít ve středním věk, kolem 45. roku života. Měla by se zaměřit na zdravotní přípravu, zejména seznámení se a boj s rizikovými faktory a na přípravu sociální (snaha vlastní aktivitou ovlivňovat společenské podmínky, ve kterých žijí staří lidé, uvažovat o možnosti penzijního připojištění, udržovat a rozvíjet přátelské vztahy, a to i mimopracovní, najít si zajímavé koníčky).

- krátkodobá - cca 3-5 let před důchodem. Zahrnuje ekonomické aspekty, řešení bytové otázky, předjímání změny příjmové kategorie, optimalizaci a stabilizaci zdravotního stavu, posílení soběstačnosti. (Gruberová, 1998, str. 28)

Důležitost přípravy na stáří pocívali lidé již v dávnověku. Např. Hippokrates doporučoval, aby staří lidé jedli střídavě a nevyhýbali se tělesným cvičením, pokud se chtějí dožít vysokého věku. Platón se zmiňuje o tom, že kvalitu stárnutí ovlivňuje způsob života ve středním věku. Zdůrazňoval, že lidé, kteří se v životě dovedou dobře adaptovat a jsou dobré mysli, se také lépe vypořádají se stárnutím a stářím. (Gruberová, 2000)

Mnozí gerontologové se shodují, že je nezbytné zaujmout správný postoj k procesu stárnutí. Pokud ho budeme efektivně uplatňovat, bolesti a utrpení starších lidí se sníží a kvalita jejich života stoupne, což způsobí, že i ve stáří zůstanou činní a budou přispívat k blahu společnosti. (Smékal, 2005)

Pedagog BALÁŽ pojímá přípravu na stáří jako úkoly, které je třeba plnit:

- připravit se na stáří tak, aby bylo pokračováním aktivního života,
- udržovat kontakty s rodinnými příslušníky a přáteli,
- pokojně přijímat tělesné a psychické změny i ztrátu společenské prestiže,
- vytvářet si podmínky zdravého odpočinku a kulturního vyžití se,
- vědomě působit na zachování zdravé rovnováhy tělesných činností a duševního stavu,
- zracionalizovat výživové návyky, zbavit se zlovyků.

(Baláž, 1983 in Čornaničová, 1989)

Tyto úkoly jsou celkem jasně definovány, přitom jedinci umožňují prostor pro vlastní způsob realizace přípravy. Takové schéma považuji za naprosto vyhovující, protože si každý tento úkoly vymezený prostor vyloží podle situace, v jaké se nachází, přizpůsobí ji svému sociálnímu statutu, svým možnostem a schopnostem, rodinnému zázemí a ekonomickému postavení.

Přední český psycholog ŠVANCARA doporučuje usilovat o „5P“, kterými jsou:

- **perspektiva** (zachovat, upřesňovat a pěstovat svůj životní program a pozitivní výhled do budoucna),

- **pružnost** (zůstat otevřený novým podnětům, usilovat o pochopení nových dějů i nových postupů, i ve stáří se vzdělávat),
- **prozíravost** (vidět věci v souvislostech, vybírat přiměřené cíle a činnosti, připravit se na různé ztráty a obtíže, které stáří často přináší, přemýšlet o jejich kompenzaci, včas zajistit vhodné bydlení i finanční prostředky pro klidný a aktivní život po penzionování),
- **porozumění** (usilovat o pochopení druhých, o dobré vztahy, nepropadat úkornosti, vyčítání, poučování a hádavosti),
- **potěšení** (pěstovat aktivně dobrou náladu, mít se nač těšit, umět užívat drobných radostí všedního dne).

(Švancara, 1983, in Hovorka 1986, str.47)

Tento systém 5P je jakousi optimistickou vizí, přitom klade velký důraz na vlastní aktivitu. Počítá s tím, že je třeba v této přípravné fázi vyvinout značné úsilí proto, aby stáří mohlo být opravdu poklidné a příjemné.

Gerontolog KALVACH navrhuje zařadit do přípravy na stáří tyto prvky:

- trvalá přiměřená aktivita tělesná vč. zachování zájmů, podílení se o péči o vnoučata,
- trvalá přiměřená aktivita duševní – otevřenost novým poznatkům (univerzity III. věku, kluby seniorů ...),
- udržení pozitivních přátelských vztahů – kontakty s rodinou, přáteli, bývalými spolupracovníky navazování nových přátelských vztahů,
- mít potěšení z drobných věcí, které život doposud dává,
- správná životospráva,
- vyhýbat se emočně rozrušujícím situacím – vše zvládat s moudrostí.

(Kalvach, 2004, str. 83)

Takto strukturovaná příprava na stárnutí klade důraz na aktivní přístup, kterým se má senior naučit organizovat si svůj život sám s vědomím odpovědnosti za svůj život. Většinu prvků KALVACHOVY představy o přípravě na stáří plně koresponduje se zásadami duševní hygieny.

Berlínský psycholog ODERICH předpokládá, že nejdůležitější etapou přípravy je střednědobá. Do tohoto období zasazuje svoji koncepci zdravotní přípravy, jenž vymezuje devíti rizikovými faktory, které sice provozujeme v mládí a dospělosti, ale které představují vážné ohrožení života v pozdějším věku. Tato rizika definuje takto:

- přejídání a špatné stravovací návyky,
- kouření,
- nadměrná spotřeba alkoholu,
- nedostatek pohybu,
- nedostatek spánku,
- nadměrná psychická zátěž,
- specifická psychická zátěž a nedostatek psychické relaxace,
- nevýběrové, chronické sledování televize.(Gruberová, 1998)

Němečtí gerontologové MERYN, METKA a KINDEL ve snaze co nejvíc zjednodušit, a tak přiblížit zásady správného stárnutí vykonstruovali „deset zlatých pravidel“ proti stárnutí:

- já - nejdůležitějším člověkem ve vašem životě jsme my sami,
- sociální já - posilujme své společenské kontakty,
- štěstí, radost a smích - nezapomínejme na ně,
- zdravá strava - jak dosáhneme dlouhého života,
- tělo a mysl - nepřestávejme obě cvičit,
- nebezpečí - dbejme na správnou prevenci a včasné rozpoznání nemocí,
- normální váha - vyhýbejme se nadváze,
- osteoporóza - nepodceňujme toto nové mužské riziko,
- alkohol a nikotin - pokusme se obojí vyloučit nebo snížit,
- hormony - terapie nám dá novou sílu. (Meryn, Metka a Kindel, 2000, in Říčan 2004, str. 106)

Zdravotní příprava

Zdravotní příprava na stárnutí by se měla v první řadě zaměřit na prevenci nemocí a uchování co nejvyšší míry zdraví. Mezi základní preventivní aktivity patří pravidelné preventivní lékařské prohlídky zacílené na včasnou diagnostiku chorob, zejména kardiovaskulárních a nádorových. Z hlediska zdravého životního stylu se orientuje na odstranění rizikových faktorů, jak jsem o nich hovořila v předchozím textu. Důraz je kladen na odstranění či alespoň zmírnění všech druhů závislostí (alkohol, cigarety,...) a obezity, léčbu vysokého krevního tlaku (hypertenze), vysokého cholesterolu a diabetu. Zdravotní příprava se rovněž zabývá přiměřenou pravidelnou tělesnou aktivitou, případně pěstováním sportů. Stáří není důvodem pro ukončení sportovní dráhy. Někteří senioři mají díky pravidelnému cvičení lepší fyzickou kondici než mnozí mladí lidé. Není třeba se vzdávat ani náročnějších sportů - např. o minulém papeži se všeobecně ví, že v pokročilém věku pravidelně lyžoval, jen je třeba racionálně sladit stupeň obtížnosti s aktuálním zdravotním stavem a celkovou fyzickou zdatností. Mezi nejvhodnější sportovní aktivity pro seniory lze zařadit procházky, turistiku, jízdu na běžkách, jógu nebo plavání. Dobrá tělesná kondice nemá jen význam zdravotní, ale provázejí ji i příjemné pocity svěžesti, sebedůvěry a plné tělesné i duševní pohody. (Jůzová, 2006, s. 54)

KALVACH (1997) uvádí, že ti, kteří dlouhodobě provádějí zatížení organismu, např. procházkami, turistikou, jízdou na kole, plaváním, běžeckým lyžováním, si udržují svou relativně dlouhou vytrvalost a kondici do vysokého věku. Případně je možné sportování doplnit prací na zahradě, což bývá častým programem seniorů. Ke zvyšování tělesné kondice se mimo pravidelná cvičení řadí i zvyšování odolnosti a obranyschopnosti organismu otužováním, přiměřeným oblékáním a užíváním vitamínů a potravinových doplňků. Je však třeba vyvarovat nadužívání léků, které člověk nepotřebuje.

Dalším bodem zdravotní složky přípravy na stáří je dodržování zásad správné životosprávy a cílený přechod ke zdravé výživě. Nedostatečná či nevhodná výživa se vždy nepříznivě odrazí na zdravotním stavu. Správná výživa má naproti tomu zásadní podíl na udržení zdraví a prodloužení života.

GRUBEROVÁ (1998) dodává, že čím je člověk starší, tím kvalitnější musí být konzumovaná strava, aby přispěla k ochraně před vznikem onemocnění souvisejících s postupujícím věkem. Konstatuje, že čím kvalitnější strava, tím lepší zdraví. Strava musí být smíšená a pestrá, nejvhodnější je častější konzumování malých porcí,

dostatek zeleniny a ovoce, omezení sladkých jídel a nápojů a solení. V jídelníčku nesmí chybět dostatek masa, ryb, drůbeže a luštěnin. Nutností je vypít denně alespoň 2 litry tekutin (nejlépe neslazené nealkoholické nápoje), omezení příjmu živočišných tuků a tučných potravin, upřednostnění rostlinných tuků a olejů a konzumace potravin s vyšším obsahem vlákniny - ovesné vločky, celozrnné pečivo, těstoviny, neloupaná rýže. V souvislosti s úpravou jídelníčku považují za vhodné upozornit na tzv. kvalitativní podvýživu. Tou trpí lidé, kteří mohou jíst dosyta, třeba i tloustnout, ale v jejich stravě chybí, často ze šetrnosti, kvalitní maso, ovoce a zelenina. Tato podceňovaná porucha vede ke slabosti a snížení tělesné i duševní odolnosti.

Zdravotní složka přípravy na stáří se netýká pouze vybraných zdravotních problémů, prevence nemocí a správného životního stylu, ale informuje také o různých dostupných zdravotnických službách. Patří sem veškeré formy rehabilitace, zvláštní formy terapie (ergoterapie, arteterapie, petterapie, vedení k soběstačnosti atd.), poradenství a navazující péče.

Vlivem stárnutí se celkový stav člověka s věkem postupně zhoršuje. Překvapivě se ale ukazuje, že zdravotní stav seniorů se liší v závislosti na pohlaví: u starších žen je ve srovnání s muži horší. Zatímco ještě více než polovina mužů starších 75 let se těší průměrnému zdraví, více jak polovina žen této věkové skupiny už spadá do kategorie špatné zdraví GRUBEROVÁ (1998). Je to důvod k zamyšlení a především ke snaze nepříznivou statistiku vylepšit. Významnou roli v tomto směru může sehrát dobrý praktický lékař, který bude motivovat své pacienty ke zdravému životnímu stylu a zodpovědnému přístupu k vlastnímu zdraví. (Jůzová, 2006, s. 55)

Materiální složka

Zatímco zdraví je možno správným jednáním regulovat do určité míry, materiální zabezpečení ve stáří můžeme ovlivnit poměrně dobře. Odráží se především ve dvou oblastech, a to finance a bydlení. Tyto dva problémy považují za stěžejní ve smyslu přípravy na stáří, protože se lidé mohou důkladně informovat a především aktivně konat a tím přispět k prožití pěkného a kvalitního stáří.

Důchodový systém v České republice je často diskutovaným tématem. Vzhledem k demografickému vývoji, konkrétně k stárnutí populace je třeba přehodnotit způsob zajištění seniorů a co nejrychleji přijmout adekvátní důchodovou reformu. Stávající

důchodový systém založený na principu solidarity je již v této době nevyhovující a příliš zatěžuje statní kasu. Český důchodový systém tvoří v současné době v podstatě dva pilíře, a to základní povinný, dávkově definovaný, průběžně financovaný pilíř („I.“ pilíř) a doplňkový dobrovolný, příspěvkově definovaný, pilíř penzijního připojištění se státním příspěvkem („II.“ pilíř). Součástí doplňkového dobrovolného pilíře je také soukromé životní pojištění, které lze spolu s penzijním připojištěním považovat ve smyslu dělení v EU za III. pilíř. V členských státech EU obvyklý II. pilíř (zaměstnavatelské penzijní systémy) neexistuje. (Havránková, 2005)

Nárok na starobní důchod má pojištěnec, jestliže dosáhl důchodového věku a získal potřebnou dobu pojištění. Tato doba činí nejméně 25 let. Při dosažení 65 let věku pojištěnce činí potřebná doba pojištění 15 let. (MPSV, 2011)

Zákon č. 306/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon o důchodovém pojištění, zavedl s účinností od 1. ledna 2010 postupné prodlužování doby pojištění potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 roků na 35 roků (resp. z 15 roků na 20 roků v případě kratší doby pojištění); tempo prodlužování – jeden rok za každý rok účinnosti zákona. Podmínky pro splnění nároku na starobní důchod (viz příloha č. 1).

Výše starobního důchodu se skládá ze dvou částí – základní a procentuální výměry. Výše základní výměry je stanovena pevnou částkou, která činí 2170 Kč měsíčně. Výše procentní výměry činí 1,5 % z výpočtového základu za každý celý rok pojištění.

Podmínky nároku na předčasný trvale krácený starobní důchod:

- získal dobu pojištění nejméně 25 let,
- do dosažení důchodového věku mu chybí nejvýše tři roky.

Zákon č. 306/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon o důchodovém pojištění, zavedl s účinností od 1. ledna 2010 postupné prodloužení období pro předčasný odchod do starobního důchodu. Toto opatření zachovává dosavadní možnost odchodu do předčasného starobního důchodu až o tři roky dříve, a to při důchodovém věku 63 let a nižším; při důchodovém věku vyšším než 63 let se délka období pro možnost předčasného odchodu do důchodu postupně prodlužuje, a to až na 5 roků v případě pojištěnců, jejichž důchodový věk bude činit 65 let. Rovněž v případě předčasného starobního důchodu se postupně prodlužuje délka

potřebné doby pojištění pro nárok na tento důchod, a to obdobně jako v případě řádného starobního důchodu. (MPSV, 2011)

Výše vypláceného důchodu je v poměru k průměrné mzdě o hodně nižší a tento fakt se odráží ve snížení životního standardu seniorů. Mnoho z nich proto hledá příležitostný nebo trvalý pracovní poměr většinou na zkrácený úvazek. Až do 64 let využívá souběhu důchodu a výdělečné činnosti 28 % mužů a 22 % žen. Ještě po sedmdesátém roce věku si k důchodu přivydělává 19 % mužů, ale už jen 3 % žen. Jen velmi málo důchodců setrvává v pracovní aktivitě bez nároku na důchod. U mužů se to týká pouze 11 % do věku 69 let, u starších se již neobjevuje. Průměrná doba v zaměstnání po dosažení důchodového věku je 18 měsíců. (Havránková, 2005, s. 36) Ekonomicky aktivní zůstávají osoby s vyšším profesním postavením a vzděláním. Ženy více volí příležitostné práce. Množství zaměstnaných je také odlišný na venkově a ve městě. Lidé na venkově zůstávají doma a lidé ve městě raději zůstávají v práci. Zaměstnávání důchodců je pro zaměstnavatele výhodné pro nižší odvody i menší výdaje na mzdu. Je to jedna z forem, jak si vylepšit měsíční příjem, který mají jistý a především trvalý. (MPSV, 2011)

Z tohoto důvodu je vhodné uvažovat o formě pravidelného příjmu bez nutnosti pracovat v seniorském věku. Tuto charakteristiku splňuje penzijní připojištění. To je založeno na občanském principu, účast v něm je dobrovolná a zakládá se smluvně mezi občanem starším 18 let a penzijním fondem. Systém penzijního připojištění je státem podporován a regulován, stát však negarantuje solventnost systému ani jednotlivých penzijních fondů (Havránková, 2005, s. 20).

Je žádoucí motivovat především mladší občany k zapojení se do tohoto systému a na druhé straně zároveň motivovat již zapojené občany, aby v systému setrvali a naspořené prostředky nevybírali jako odbytné (tedy před vznikem nároku na dávku) či jako jednorázové vyrovnání (tedy jako jednorázovou dávku při splnění podmínek nároku na dávku). Naspořené částky by tak měly skutečně plnit svůj účel jako dávky doživotní penze. V souvislosti s financemi je třeba zmínit, že i senioři mají nárok na některé dávky sociální péče, ať už periodické (příspěvek při péči) či jednorázové (např. příspěvek na úpravu bytu).

Druhým komponentem materiální přípravy na stáří je oblast bydlení. Kvalitní bydlení je jednou z prioritních potřeb každého člověka a obzvláště důležité je pro starší občany, kteří tráví většinu svého času doma. Je potřebné, aby se lidé

již v preseniu zamysleli nad vlastním bydlením a sladili anticipované potřeby ve stáří se současným stavem svého obydlí. Pokud současný dům či byt neodpovídá potřebám, které ve stáří jistě nastanou, je žádoucí hledat vhodnější bydlení. To musí být především snadno dostupné (potřeba výtahu, nebydlí-li senior v přízemí) a bezpečné. Adaptace příbytku, instalace praktických pomůcek pro každodenní život a přizpůsobení vybavení domácnosti může usnadnit život starým lidem, u nichž lze předpokládat či dopředu počítat s možnou sníženou pohyblivostí nebo smyslovou poruchou. Mimo kvalitní vybavení bytu a jeho celkovou dispozici v domě je třeba uvážit i bezprostřední okolí domu, jako jsou lavičky, zeleň atd., aby se zde člověk cítil opravdu „doma“. Je třeba přihlídnout k celkové lokalitě – zda se v sousedství nenachází hlučné či prašné zařízení, jaká je dostupnost MHD, obchodu a služeb, kterých senior využívá. Úprava bytu musí korespondovat se zdravotním stavem obyvatele a mírou jeho soběstačnosti. Rozhodně se na úpravě obydlí a jeho vybavení nevyplatí šetřit. Senior může namítnout: „Pro mě stačí jen obyčejné..., to je pro mě zbytečné..., to nepotřebuji...“ Je však třeba pamatovat na to, že starý člověk potřebuje daleko kvalitnější pomůcky a zařízení z důvodu své omezené pohyblivosti, menší síly, zhoršování zraku apod. Prevenci pádu a celkovou bezpečnost je možno podpořit dodržáním několika zásad:

- dbejte na bezpečnou, pevnou a dobře nazutou obuv,
- nenoste oblečení, které se vám při chůzi plete pod nohy,
- proveďte bezbariérové úpravy, odstraňte prahy mezi místnostmi, namontujte madla a zábradlí,
- zajistěte dobré osvětlení,
- nenechávejte v místech, kudy chodíte, na zemi ležet žádné předměty (krabice, boty, elektrické kabely),
- koupelnu zajistěte neklouzavými podložkami do vany i vedle ní,
- byt vybavte neklouzavými koberci, jejich volné okraje důkladně připevněte k podlaze nebo pod nábytek. (Kalvach, 1999)

V českých podmínkách není běžné, aby se lidé v důchodu stěhovali, a to ani v důsledku změněných potřeb ani z důvodu vysokého nájmu. Velmi rozšířenou praxí je velkometrážní byt obývaný jedním seniorem, který byt tzv. „drží“ vnukům. K neochotě stěhovat se do menšího bytu kromě výše zmíněného důvodu

přispívá i sociální zakořeněnost v prostředí a nechuť zvykat si na nové podmínky. Dalším důvodem je současná bytová politika a regulované nájmy.

Duševní složka

Duševní příprava jde ruku v ruce se zásadami psychohygieny. Sociální prostředí ovlivňuje duševní stránku člověka prostřednictvím kvality socializačního a adaptačního procesu, prostřednictvím mezilidských vztahů a rodinných poměrů. Neustálá stimulace, přiměřené požadavky rodiny spolu se smysluplným využitím volného času předcházejí maladaptaci. Ta může mít podobu izolace, nesprávných a nepřiměřených postojů ke stáří jako takovému i k sobě, může vést k závažnému porušení nebo ztrátě vztahů k nejbližším. Vedle ryze psychologických témat se duševní složka přípravy na stáří věnuje rozvoji duševního potenciálu, podpoře psychické aktivity, vzdělávání, nalézání a upevňování zálib, provozování koníčků, zdůrazňování potřeby kulturního vyžití. Učení a vzdělávání seniorů skýtá slibně se vyvíjející odvětví pedagogiky. Názor, že se člověk učí převážně v mládí, maximálně ve středním věku, je již překonaný. Schopnost učit se není podmíněna věkem, starý člověk je schopen osvojit si nové vědomosti a plně je využívat. Rozdíl v učení seniorů je oproti mladším lidem v pomalejším tempu, požadavku častého opakování a rychlejší unavitelnosti. Motivace k učení naopak bývá u studujících gerontů vyšší; bývá vyvolána především zájmem o danou problematiku, snahou rozvíjet duševní aktivitu, potřebou komunikace a společenství, vyplnění volného času, kultivace vlastní osobnosti a adaptace na měnící se podmínky atd. (Jůzová, 2006, s. 57 – 59)

Z požadavku na další učení seniorů vzniklo několik typů vzdělávacích forem a jejich institucionálního zakotvení:

Univerzity třetího věku (U3V) jsou prvoplánově projektované s ohledem na specifika cílové skupiny a nabízejí převážně zájmové vzdělávání v nejrůznějších oborech. Studium probíhá na půdě vysokých škol ve dvou až tříletých cyklech. Absolventi získávají diplom univerzity třetího věku. Studentem se může stát každý občan po dovršení určitého U3V stanoveného věku, zpravidla 50. let. Některé U3V přijímají jen posluchače s ukončeným středním vzděláním, jiné jsou v tomto směru benevolentní. Studium je zpravidla bezplatné. (Bočková, 2000)

Akademie třetího věku (A3V) nabízí seniorům vzdělávání v oblastech primárního zájmu seniorů, tedy medicínsko-gerontologické, občansko-sociální, rekondiční cvičení a různé zájmové aktivity (ošetřování květin, heraldika, kultura, historie, umění). A3V nejsou organizovány vysokými školami, ale vznikají pod záštitou různých organizací, např. Červeného kříže, kulturních středisek apod. Cílem je především zpřístupnit vzdělávací aktivity seniorů v lokalitách, kde není univerzita. (Bočková, 2000)

Kluby aktivního stáří, známé také jako kluby důchodců, plní obdobnou funkci jako akademie třetího věku, vyznačují se však větší neformálností a trvalostí vztahů mezi účastníky. Jejich největší devizou je snadná dostupnost, naplňování osobních zájmů, možnost aktivní účasti na tvorbě programu a uspokojení potřeby vzájemného kontaktu. (Bočková, 2000)

Distanční vzdělávání není prvoplánově určeno seniorům, ale všem dospělým zájemcům. Jeho nespornou výhodou proti klasickému vzdělávání je možnost studovat doma a individuální časový rozsah studia. Distanční vzdělávání se uskutečňuje prostřednictvím tzv. studijních opor – studijní látka je rozpracovaná tak, aby ji bylo možné studovat bez přímého kontaktu se vzdělavatelem. Prostřednictvím distančního vzdělání si účastníci mohou doplnit znalosti, zvýšit kvalifikaci anebo se individuálně rozvíjet. (Bočková, 2000)

Duševní složka přípravy na stáří však není redukována pouze na vzdělávací aktivity. Její náplní je celkový rozvoj duševního potenciálu člověka, vytváření pěkných a kvalitních mezilidských vztahů, upevňování sebevědomí a uspokojování různých duševních potřeb. V rámci duševní přípravy je třeba hledat „náhradní program“ a přispět tak k pocitu užitečnosti, zodpovědnosti a otevřené budoucnosti. Nejjednodušším a zároveň nejefektivnějším způsobem, jak vyplnit penzionováním nabytý čas, je nalezení zajímavých koníčků. Jelikož záliby lidí jsou tak variabilní, jako lidé sami, nebudu čtenáře zatěžovat výčtem možných koníčků. Důležité není, jaké zálibě se senior věnuje, ale co mu přináší a čím jej obohacuje. (Jůzová, 2006, s. 60)

Organizační složka

Organizační složka přípravy na stárnutí se zaměřuje na možnosti, typy a formy péče o staré lidi. Zahrnuje také organizace, které se věnují seniorům. Základním měřítkem péče o starého člověka je míra jeho soběstačnosti. Tu lze zjistit

jednoduchým šetřením. Ovšem přáním všech seniorů je zůstat co nejdéle ve svém vlastním přirozeném prostředí. V situaci, kdy už tento člověk nemůže žít sám a vyžaduje určitou péči, nabízí se dvě možnosti – péče v rodině a péče ústavní. Pokud se rodina rozhodne starat se o svého starého příbuzného, je velmi žádoucí sehnat si co nejvíce informací z oblasti ošetrovatelství, medicíny, psychologie a podceňované duševní hygieny. Další možností, jak se řádně připravit na takovou situaci je kontaktovat různé organizace, které mohou být rodině nápomocny. V neposlední řadě je třeba upravit prostředí, do kterého by se měl senior přestěhovat.

Vzhledem k demografickému vývoji populační křivky bude v dohledné době nedostatek míst v ústavní péči a nastane všeobecná snaha, aby senioři zůstávali co nejdéle doma, v přirozeném prostředí, kde o ně budou pečovat rodinní příslušníci. I proto by každému z nás mělo záležet na tom, udržet si co nejdéle co nejvyšší míru soběstačnosti, schopností jak psychických, tak fyzických a již v preseniu se snažit optimalizovat všechny podmínky vícegeneračního bydlení.

1.4 Demografie stáří

V roce 1850 žila na zemi asi 1 miliarda obyvatel, V roce 1930 asi 2 miliardy, v současnosti 5,7 miliardy a prognózy pro rok 2025 hovoří o více než 8 miliardách.

Tento vývoj může souviset s fázovým posunem – rozvojové země procházejí ve 20. a 21. století změnami reprodukčních charakteristik, kterými hospodářsky vyspělé země prošly v 18. až 20. století. Děje se tak ovšem za vývojově odlišných podmínek, jiné vědeckotechnické úrovně, globalizace světa, hustší osídlenosti, ekologických problémů a zjevné omezenosti přírodních zdrojů. (Kalvach, 1997, s. 36, 37)

Demografické stárnutí

Demografické stárnutí se připisuje důsledku změny v úmrtnosti a porodnosti. Zatímco se rodí méně dětí, čím dál více lidí se dožívá vysokého věku. Tento fakt je ovlivněn především lepší kvalitou zdravotnické péče a vyšší životní úrovní. Jedním z mnoha rysů rozvinutých i rozvojových zemí je absolutní i relativní růst počtu seniorů ve 20. století. Za posledních 100 roků se střední délka života skoro až zdvojnásobila, což se považuje za úspěch lidstva a vědy. Civilizační vývoj vede k tomu, že se zvyšuje naděje na dožití se stáří. Stále přibývá lidí starých, velmi starých a dlouhověkých. (Weber, 2010)

Podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje celkového počtu, pohlavní a věkové struktury obyvatelstva bude podíl starších osob v populaci stále narůstat. O starých lidech a jejich zvyšujícím se počtu se v západních společnostech často hovoří jako o sociálním problému, především v souvislosti s důchodovým systémem a s růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči. (Demografický informační portál)

Dnes žije v ČR téměř 10,5 milionu občanů, u nichž se každý rok zvyšuje průměrný věk, který činí nyní pro obě pohlaví 40 let. Ve věku 65 let a více je 14,6 % obyvatel ČR. V současnosti máme 3,4 % osob nad 80 roků (1,2 % nad 85 roků). Střední délka života při narození je v ČR nyní u mužů 73,5 a u žen 79,7 roku. Od 1990 se střední délka života prodloužila u mužů o 6,4 a u žen o 4,7 roku, zatímco předtím se 20 let (1970–1990) prakticky neměnila. Demografická prognóza české populace předpokládá vzestup počtu seniorů o 40–80 %. Dále se očekává další nárůst počtu seniorů v české populaci. V roce 2060 bude lidí starších 80 let až 5x více než nyní a osob starších 85 let dokonce sedmkrát více. Z toho plyne i další fakt, že střední délka života v roce 2060 u mužů bude 85,5 roku a u žen 90,1 roku. (Weber, 2010)

Pojem stárnutí je třeba rozlišovat na úrovni jednotlivce a populace.

U **jednotlivce** znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození do smrti, jednoduše chápáno, je to zvyšování věku jednotlivce. Výraz "biologický věk" poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Jinými slovy, stárnutí lidského organismu je permanentní a omládnutí není možné. Stárnutí v **demografickém smyslu** se naopak týká celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace omládnout zvýšením podílu mladých věkových skupin. K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci. Může být vyvoláno dvěma faktory. Prvním je relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin, které je většinou výsledkem poklesu úrovně plodnosti a porodnosti. Tento typ stárnutí se nazývá „stárnutí v základně věkové pyramidy“. Druhým faktorem je zrychlení růstu počtu osob ve starším věku, které je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku. To vede k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. V tomto případě jde o typ „stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy“. Obvykle však oba uvedené typy probíhají současně. (Svobodová, 2004)

Vývoj

Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. Z tabulky 1, která vyjadřuje podíly hlavních věkových skupin z úhrnu obyvatelstva v České republice v průběhu let 1991 až 2003, je patrné neustálé snižování procentuálního zastoupení dětské složky (tj. osob mladších 15 let) v populaci v důsledku poklesu porodnosti, což přispívá k výraznému stárnutí naší populace. V roce 1997 u nás poprvé došlo k převaze populace starší 60 let nad dětskou složkou populace a tato převaha se od té doby stále zvětšuje. Podíl osob starších 60 let se sice od roku 1991 zvýšil jen o 1,3 %, ovšem při stávajícím trendu nízké porodnosti a zvyšující se naději dožití můžeme nárůst i nadále očekávat. Mimoto, nejenže se do budoucna výrazně zvýší počet osob v důchodovém věku, ale zároveň se změní i věková skladba starší populace, vzroste podíl osob starších 80 let, tedy těch, u kterých lze předpokládat vyšší potřebnost sociální a zdravotní péče. Naopak k poklesu dětské složky došlo mezi lety 1991 a 2003 velmi výrazně z 21,1 % na 15,4 %. (Demografický informační portál)

Tabulka 1. Složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, ČR, 2003-2025 (v %).

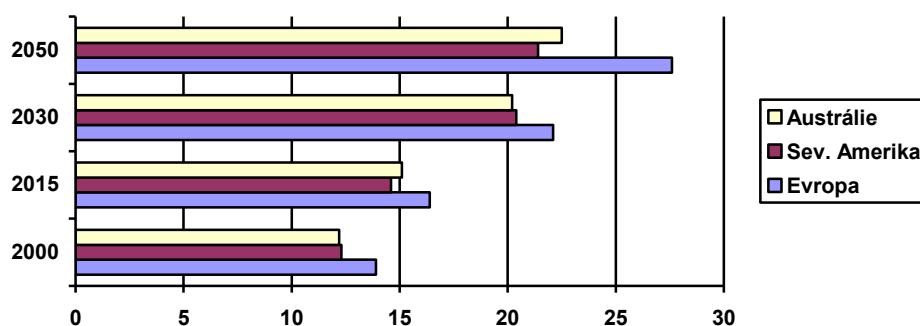
Věková skupina	2003	2025
0 - 24	29	22,7
25 - 59	51,7	49,4
60 +	19,3	27,9

Zdroj: demografie.info

Během druhé poloviny 20. století se podstatně prohloubilo populační stárnutí obyvatelstva Evropy, kterou zde uvažujeme v jejím politickém vymezení daném členstvím zemí v Radě Evropy, tj. včetně Turecka a Zakavkazských zemí. Dále se uváděná data týkají 41 členských zemí a dvou nečlenských (Jugoslávie a Běloruska). Pro tři zbývající malé členské státy (Andorru, Lichtenštejnsko a San Marino) populační projekce OSN nejsou k dispozici. Absolutní počet seniorů starších 65 let se více než zdvojnásobil ze 46 mil. v roce 1950 na 112 mil. v roce 2000 a jejich podíl v celkové populaci se zvýšil z 8 % na 14 %. V následujících

padesáti letech bude stárnutí obyvatelstva dominantním demografickým procesem Evropy. Evropa je v současnosti demograficky nejstarším regionem světa a podle populačních prognóz OSN (revize z roku 2000, střední varianta) si tuto pozici udrží i nadále. Zejména po roce 2030 se její prvenství ještě podstatně zvýrazní. (Mašková, 2010)

Graf 1. Stárnutí obyvatelstva ve věku 65 a více let vyspělých regionů světa (v %), 2000-2050.



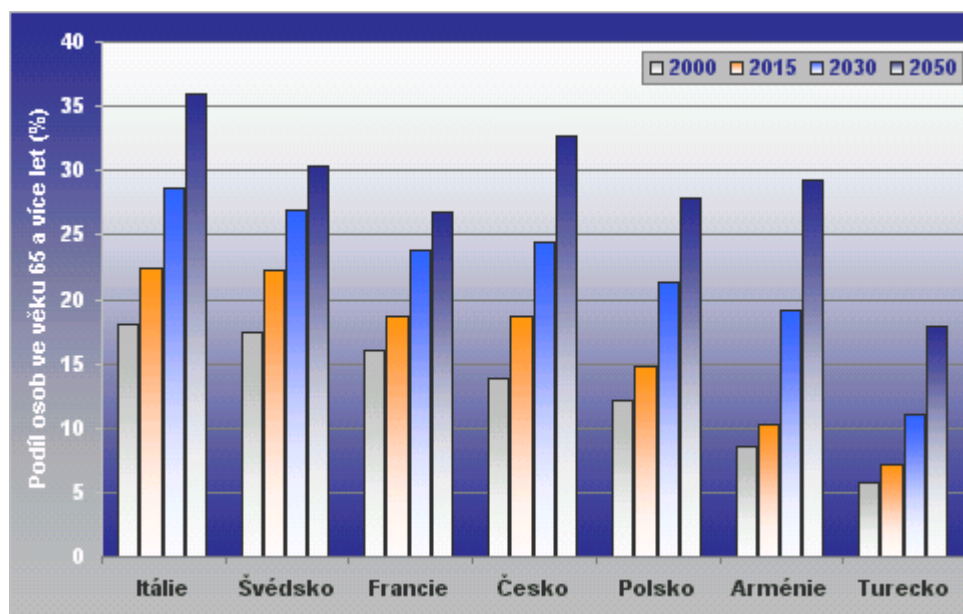
Zdroj: *demografie.info*

V Evropě jsou na jedné straně země, jejichž věková struktura je ještě velmi mladá s podílem seniorů pod 6 %. Na druhé straně „nejstarší“ zemí je Itálie s podílem osob starších 65 let vyšším než 18 %, následovaná Řeckem a Švédskem. Do roku 2015 budou rychle stárnout především ty evropské země, ve kterých je stárnutí již podstatněji rozvinuto, a některé další, kde intenzita plodnosti i úmrtnosti v posledních letech podstatně poklesla. K těmto zemím se řadí také Česká republika.

V období 2015-2030 bude intenzivní stárnutí probíhat již ve všech evropských zemích. Kromě efektu nízké úrovně plodnosti a rostoucí naděje dožití bude v řadě zemí ovlivňovat nárůst podílu seniorů i přesun početně silných poválečných ročníků přes hranici 65 let. Po roce 2030 se začnou plně projevat důsledky rozdílů současných i očekávaných úrovní plodnosti a úmrtnosti. Zatímco v zemích severní a západní Evropy lze podle projekcí OSN očekávat mírné zpomalení procesu stárnutí, v ostatních zemích se bude podíl seniorů výrazně zvyšovat. V demograficky nejstarších evropských zemích jižní a střední Evropy bude podíl seniorů dosahovat více než 30 % z celkového počtu obyvatelstva. Česká republika s téměř 33 % osob

ve věku nad 65 let bude podle prognózy zaujímat šestou pozici v Evropě. (Mašková, 2010)

Graf 2. Vývoj podílu osob ve věku nad 65 let ve vybraných evropských zemích, 2000-2050.



Zdroj: *demografie.info*

Reakcí na očekávané progresivní stárnutí i na skutečnost, že následující generace starších osob budou zdravější a vzdělanější, je nový koncept přístupu společnosti k populačnímu stárnutí – aktivní stárnutí – prosazovaný na půdě OSN a dalších mezinárodních organizací. Je založen na změně postoje společnosti ke starším lidem a vychází ze společenské podpory umožňující starším lidem, na základě jejich vlastního výběru a okolností, plně se zapojit do společenského života (pokračovat v ekonomické aktivitě, později odcházet do důchodu, zapojit se do jiných společensky prospěšných činností jako např. dobrovolnictví, pečovatelsví, kulturních aktivit atd.). Tento přístup se snaží reagovat na otázky, jak zmírňovat celospolečenské dopady měnících se relací ve věkové struktuře (zejména pro sociální zabezpečení a zdravotnictví) a zároveň zahrnuje humánní aspekty postavení seniorů v populaci s ohledem na zvyšování kvality jejich života. Vzhledem k tomu, že progresivní stárnutí populace lze očekávat i v České republice, je třeba věnovat pozornost praktickému prosazování tohoto konceptu také u nás (Demografický informační portál).

SHRNUTÍ

Stáří je konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života. Mezi obory zabývající se stářím patří gerontologie, geriatric, gerontopedagogika a geragogika.

Stárnutí - to neznamena, že všichni lidé stárnou stejne, ale každý má svůj tzv. „individuální plán stárnutí“. Stárnutí postihuje člověka ve všech rovinách jeho bytí a to v biologické (somatické), psychické a sociální. To znamená, že do procesu stárnutí vstupuje vždy celý člověk. Stárnutí populace je strukturální proces, který zásadně mění složení populace. K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci. Může být vyvoláno dvěma faktory. Prvním je relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin. Tento typ stárnutí se nazývá „stárnutí v základně věkové pyramidy“. Druhým faktorem je zrychlení růstu počtu osob ve starším věku, které je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku.

2 KVALITA ŽIVOTA

Za kvalitně prožitý život považuje každý z nás jiný styl života, jeden si nedokáže představit svůj život bez sportu, druhý bez přátel atd. Každý chápe hodnotu kvality života jiným způsobem, záleží na životních hodnotách, orientaci člověka a na prostředcích, které člověk použije k dosažení cíle.

Je patrné, že se vlastně jedná o dvě skupiny problémů, které jsou navzájem úzce propojené. Je to délka života, a jeho kvalita. Právě kvalita života seniorů nebyla do nedávné doby tolik v popředí pozornosti, ale situace se naštěstí v tomto směru radikálně mění.

Senium - stáří je obvykle spojeno s následujícími nežádoucími změnami:

1. zvýšená vnímavost vůči různým zevním podnětům („oslabené zdraví“, kdy je třeba věnovat větší pozornost svojí „fyzické schránce“),
2. pokles řady fyziologických funkcí (snížená tvorba žaludeční či pankreatické šťávy, pokles funkčnosti střev, srdce, plic, nervového systému...),
3. pokles určitých funkcí mozkové tkáně (ztížené pamatování, zhoršené vybavování si určitých poznatků, zapomnětlivost, snížená orientace, „zmatenost“ a podobně),
4. pokles funkční tkáně ve svalové oblasti (úbytek aktivní svalové tkáně - „sarkopenie“),
5. v pozdějších věkových obdobích se objevuje také určitá ztráta schopnosti samostatného rozhodování (zejména ve složitějších situacích), či určité problémy spojené se „sebeobsluhou“. (dle Doc. MUDr. L. Kužely, 2004)

Pojem „kvalita života“ se v poslední době stal diskutovaným pojmem v mnoha vědních oborech. Samotný pojem „kvalita“ je odvozený z latinského slova „qualis“, který znamená „jakost.“ Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, čím se daný předmět odlišuje od jiného předmětu. Ve spojitosti se životem jde o to, jak se vyznačuje život toho-kterého jedince v porovnání se životem jiných, a to z pohledu historického nebo přítomného okamžiku. (Křivohlavý, 2001, in: Kováč, 2004, s. 460)

Zájem o zkoumání tohoto jevu sahá až do dob římské a řecké mytologie. Jako první použil tento pojem PIGOU v roce 1920 v práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. V 70. letech se začaly vydávat knihy zabývající se definováním pojmu kvality života (quality of life-QOL), vycházely odborné články a specializované časopisy, např. „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicator Research), který vycházel od roku 1974 v USA a Nizozemí. Snahou všech, kteří se touto problematikou zabývali, bylo sjednotit se ve stanovení indikátorů pro měření QOL, jejich důležitosti a nejvhodnějšího měřicího nástroje. V současnosti se odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu a volba měřicího nástroje QOL závisí na účelu měření. Výsledkem je velké množství definic a měřících nástrojů.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 7-9)

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Kvalitu života můžeme definovat z různých pohledů. Z medicínského pohledu vychází Ústava Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...*“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 11) Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života definována jako jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Je mnoho názorů na vymezení pojmu kvality života, proto není příliš jednoduché tento pojem definovat „*Jedná se totiž o multidimenzionální fenomén. Má svůj rozměr biologický, neurofyzilogický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický, estetický apod. V konkrétním životě může být některý z faktorů dominantní anebo může být některý potlačený. Pojem kvality života není možné objasnit bez axiologického pohledu, protože kvalita života závisí na hledání hodnot v životě člověka.*“ (Balogová, 2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 166)

Z *psychologického hlediska* je kvalita života spojena s pojmem osobní pohoda (well-being). Lze říci, že „well-being“ je hodnocením kvality života jako celku. Jedná se o dlouhodobý stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase. (Šolcová, 2004, s. 21)

Ze *sociologického* pohledu je kvalita života označována jako kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti. (Balogová, 2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 162) V obecné rovině je podle sociologie kvalita života určena především protikladem k objemovým, ekonomickým a se ziskem souvisejícím kritériem výkonnosti a úspěšnosti společenského systému. Na úrovni života jednotlivce bývá kvalita života proti konzumnímu životnímu stylu preferujícím vlastnictví, které samo o sobě nemůže člověka uspokojit a kompenzovat nedostatek či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru. Zde kvalita života překračuje rámec čistě materiálních potřeb, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží. (Maříková a kol., 1996, s. 557)

Pojem kvality života se používá ve čtyřech určeních:

- kvalita života jako *odborný pojem*, zaměřující se na kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení kvality života nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.
- kvalita života jako *programové politické heslo*, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu. Do politiky jej zavedli v 60. letech J. F. KENNEDY A L. B. JOHNSON.
- kvalita života jako *sociální hnutí* („za kvalitu života“) vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.
- kvalita života jako *reklamní slogan*, nabízející pro spotřebitele nové oblasti konzumu, zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění a orientující

spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby. (Maříková, 1996, s. 557)

Kvalitu života můžeme definovat také výčtem čtyř oblastí spokojenosti podle BLUDENA (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) je to fyzická pohoda, materiální pohoda, kognitivní pohoda (pocit spokojenosti), sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti).

Podle KOVÁČE (2004, s. 463) je kvalita života víceúrovňový a multikomponentní fenomén projevující se v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi jako štěstí. Všechno to podporují kognitivní, emoční a motivační potenciály lidského jedince.

KŘIVOHLAVÝ (2002, s. 163-164) uvažuje o kvalitě života v různých rovinách:

- **makro - rovina** - tato rovina se zaměřuje na kvalitu života velkých společenských celků, např. určité země, kontinentu. Jde tu o hlubší zamyšlení nad QOL - o absolutní smysl života. Problematika QOL se stává součástí základních politických úvah.

- **mezo - rovina** - na této úrovni se jedná o měření QOL v malých sociálních skupinách, např. škole, podniku, nemocnici. Nejde tu jenom o respekt k morální hodnotě člověka, ale středem zájmu jsou také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- **personální rovina** - tato rovina se soustřeďuje na život jednotlivce. Při hodnocení kvality života zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje atp. Vzhledem k subjektivitě získávaných informací hrají v hodnocení rolí také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání QOL značně ovlivnit.

- **rovina fyzické existence** - předmětem zájmu této roviny je fyzická (tělesná) existence člověka. Jedná se zde o pozorovatelné chování druhých lidí, které se může objektivně měřit a srovnávat.

2.2 Dimenze kvality života

Na kvalitu života se můžeme dívat ze dvou úhlů pohledů a to subjektivního a objektivního. V poslední době se však upřednostňuje pohled subjektivní, který nám nabízí přesnější zmapování úrovně kvality života daného jedince.

- *objektivní dimenze QOL* - zahrnuje položky jako materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Celkově shrnuto jsou to ekonomické, sociální, zdravotní a enviromentální podmínky, které ovlivňují život člověka.

- *subjektivní dimenze QOL* - vychází z jedinceva vnímání svého postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou, ve které žije, a jeho hodnotovým systémem. Životní spokojenost je pak závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.

(Vymětal, 2001, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

Na světě existuje řada organizací, které se zabývají výzkumem kvality života. Každá se však odlišuje svým zaměřením, tedy dimenzemi lidského života jako předměty svého zkoumání.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila předměty svého zkoumání na čtyři oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum a postižení, a zahrnula je do měřících nástrojů WHOQOL-BREF a WHOQOL-100.

- *fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* - energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.

- *psychické zdraví a duchovní stránka* - sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.

- *sociální vztahy* - osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.

- *prostředí* - finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 18-19) .

2.3 Přístupy ke kvalitě života

Přístupy ke kvalitě života mohou být různé. Záleží na oboru, který se kvalitou života zabývá, a také na účelu jeho měření. Mezi obory zabývající se kvalitou života se řadí: sociologie, demografie, psychologie atd.

Sociologický přístup ke kvalitě života

Kvalitu života lze vymezit z pohledu sociologie vzhledem k životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu.

- *životní úroveň* - představuje stupeň uspokojení potřeb, kde se na jedné straně objevuje uvědomělá potřeba a na druhé straně uspokojení závisící na možné spotřebě. Míra uspokojování potřeb je subjektivní, protože míra kvality života nezávisí na míře uspokojování materiálních potřeb. (Tokárová, 2002, s. 13)

- *způsob života* - je kategorií, která charakterizuje život člověka jako celek a zachycuje jeho charakter, obsah a strukturu. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 30) Zakládá se na vzájemném vztahu různých druhů činností lidí (pracovní, spotřebitelské, kulturní, rodinné atd.) a vyjadřuje jejich spoluúčast na tvorbě vztahů mezi nimi. Dále vyjadřuje typické vztahy ve společnosti, vztahy jejich skupin, vrstev, etnik a lidí a zaměření i způsoby jejich činností. Způsob života tedy určují podmínky, tradice, ale i hodnotová orientace. (Balogová, 2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 159)

- *životní styl* - definuje BALOGOVÁ jako „*míru a způsob zvnitřnění zformovaných norem a zvyklostí ve způsobu života, jako i podíl vlivu osobních fyzických a duševních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmů na zaměřenost a způsob činností nebo chování lidí.*“ (Balogová, 2005, in: Mühlpachr, 2005, s. 160)

Dalšími pojmy vztahujícími se k sociologickému přístupu ke kvalitě života jsou potřeby a hodnoty v životě člověka.

- *potřeby* - jsou hnacím motorem v chování člověka. Z hlediska sociologie můžeme pozorovat tendenci oddělování se potřeb od svého biologického předobrazu i od jejich kulturní souvislosti. Tvorba potřeb je závislá na potřebě trhu. Nenabízí-li trh uspokojení určité potřeby, pak není jako potřeba uznávána. (Keller, 1997, s. 26)

• *hodnoty* - jsou jevy, které mají v životě člověka určitý význam. Vycházejí ze zájmů a potřeb, mohou být cíli, ideály, vážou se na smysl a normy lidského života. (Jesenský, 2000, s. 36)

Podle VEENHOVENA (in Kováč, 2001, in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 34) existují následující sociální činitele ovlivňující kvalitu života:

- materiální bohatství
- životní standard
- ochrana osob
- svoboda
- sociální rovnost
- kulturní klima
- sociální klima
- populační tlak
- modernizace.

Psychologický přístup ke kvalitě života

Z hlediska psychologického přístupu je předmětem pozornosti prožívání, myšlení a hodnocení člověka, potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace. Dále jsou to i negativní jevy, například životní trauma, krize, deprese a poruchy nálad. Dalšími složkami jsou autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou) a kompetentnost člověka (jeho porozumění světu a možnost ovlivňování). (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29)

V rámci tohoto přístupu se můžeme setkat i s pojmem „well-being“ vyjadřujícím duševní pohodu a spokojenost.

Kvalitu života pak posuzujeme z hlediska toho, zda je očekávání jedince ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou. (Calman, 2002, in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29)

Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Základním pojmem tohoto přístupu ke kvalitě života je „psychoterapie.“ Psychoterapii definuje VYMĚTAL (2003, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29) jako „*léčbu (sekundární prevenci), ale i jako profylaxi (primární prevenci) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky*

komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy, tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.“

2.4 Kvalita života seniorů

Kvalita života je jev multidimenzionální a z pohledu jedince velmi subjektivní a individuální pojem. Každý člověk totiž vyznává různé hodnoty a potřeby, které se však postupně s věkem mění. Co je důležité pro jednoho člověka, nemusí být důležité pro někoho jiného.

Vláda ČR vytvořila „*Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*“. Tento program stanovuje základní předpoklady pro to, abychom vytvořili podpůrné, integrující a vstřícné prostředí pro sebe i pro druhé. Jeho cílem je podpořit solidaritu a soudržnost mezi generacemi a zájem o situaci, těžkosti a preference starších lidí v České republice, zvýšit subjektivní a objektivní bezpečí a ochránit práva zranitelných skupin starých lidí. Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007, *(který vycházel z Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí (Videň 1982), Zásad OSN pro seniory (1991), Mezinárodního plánu stárnutí 2002 a ze II. Světového shromáždění OSN o stárnutí (Madrid 2002)*. Stanovuje priority a opatření na pět let. V roce 2012 bude vyhodnocen a revidován. Stanovené základní prioritní směry by však měly mít dlouhodobější platnost. (MPSV, 2011)

Přístup ke starším osobám a stárnutí populace vychází z následujících principů:

- *Celoživotní přístup* - celoživotní přístup je třeba uplatnit nejen v oblasti zdraví, ale také vzdělávání, zaměstnatelnosti, bydlení, hmotného zabezpečení nebo sociální participace.
- *Partnerství vlády a samosprávy* - samosprávy by měly mít vůdčí úlohu při vytváření stáří vstřícných komunit a podmínek pro zvýšení kvality života na místní úrovni; vláda by měla samosprávu podpořit a usilovat o spolupráci při realizaci stanovených cílů na celorepublikové úrovni a přitom zohledňovat rozdíly a specifické potřeby v jednotlivých regionech.

- *Mezigenerační vztahy a soudržnost* - podpora mezigeneračních vztahů a spolupráce by měla být součástí všech aktivit realizovaných v reakci na stárnutí populace s cílem přispět k rozvoji společnosti pro všechny generace.

- *Zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám*

- *Genderový přístup* - důležité je nejen zohlednění převažujícího počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, ale zejména rozdílných rizik, potřeb a specifík mužů a žen v jednotlivých oblastech života.

- *Dialog s občanskou společností a sociálními partnery* - zlepšení situace starších osob na trhu práce a v dalších oblastech je důležité zapojení všech sociálních partnerů. V souladu s participativním přístupem je žádoucí usilovat o zapojení a účast samotných starších osob na řešení otázek, které se jich dotýkají, a na rozvoji společnosti.

- *Odpovědnost jednotlivce a společnosti* - společnost by měla poskytnout podmínky a rovné šance lidem každého věku pro zdravý a aktivní život.

- *Snižování sociálních a geografických rozdílů (ekvita)* - stárnutí a stáří přináší jiná rizika a těžkosti těm, kteří byli v průběhu života nějakým způsobem znevýhodněni, mají nižší příjmy a horší zdravotní stav; zvláštní pozornost je třeba věnovat rozdílům mezi městem a venkovem.

- *Politika podložená důkazy* - politika v reakci na stárnutí a opatření v jednotlivých oblastech významných pro kvalitu života ve stáří musí vycházet z podložených a ověřených poznatků a být monitorována a vyhodnocována.

- *Důstojnost* - ve stáří a při poskytování péče a pomoci druhým lidem jsou hodnoty, které vyžadují zajištění práva volby a spolurozhodování o způsobu, rozsahu a místě poskytování péče a pomoci.

- *Informovanost a mainstreaming* - systematická pozornost věnovaná specifickým rizikům a potřebám starších a starých lidí v různých oblastech života zvýší senzitivnost politiky a služeb a zabrání sociálnímu vyloučení a škodám, které toto vyloučení může znamenat pro jedince, jeho rodinu a celou společnost.

(MPSV, 2011)

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007 vycházel z faktorů, které ovlivňují kvalitu života seniorů. Mezi tyto faktory například patří: zdraví, životní styl, sociální prostředí, hmotné zabezpečení, pracovní aktivita,

zdravotní péče, sociální služby, bydlení, vzdělání, společenské aktivity seniorů, atd. Program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 vychází z těchto faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů. Zaměřil se však více na problematiku demografického stárnutí populace. Což je velice aktuální téma, které se nedotýká jen České republiky. Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na následující strategické oblasti a výše popsané priority.

(MPSV, 2011)

Strategické oblasti programu na roky 2008 – 2012 jsou:

- *Aktivní stárnutí* - Starší pracovníci mohou být přínosem pro zaměstnavatele v důsledku dlouholeté pracovní zkušenosti, zralosti a nižší fluktuace. Věková diskriminace a vyloučení z trhu práce vede k vyloučení ze společnosti.
- *Prostředí a komunita vstřícná ke stáří* - Prostředí a komunita vstřícná ke stáří, která je sociálně soudržná a nabízí příležitosti pro aktivní život a mezigenerační kontakty, má zásadní vliv pro zachování nezávislosti a pro kvalitu života starších lidí. Prostředí v širším významu zahrnuje i klima ve společnosti a jeho vztah ke stáří a starším lidem. Důležitá je dostupnost, přístupnost a kvalita veřejné dopravy, bydlení, zdravotní péče, sociálních služeb a dalších podmínek a faktorů podporujících nezávislý, bezpečný a aktivní život ve stáří.
- *Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří* - Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Současně je celkovou kvalitou života a životního prostředí významně determinováno. Pro kvalitu života ve stáří jsou vedle zdraví a soběstačnosti důležité další faktory, včetně ekonomického zabezpečení, vstřícného prostředí, psychické pohody, mobility a využití volného času.
- *Podpora rodiny a pečovatелů* - Péče je starším lidem poskytována zejména rodinou, partnery a dětmi. Poskytování péče je významná sociální událost, která přináší značnou zátěž i změnu ve způsobu života jedince a rodiny. Ústavní péče je často jediným způsobem zajištění péče a pečovatel je tak stavěn před volbu mezi přetížením a „institucionalizací“ (tj. trvalým umístěním do ústavní péče).
- *Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv* - Významným zdrojem aktivního života jsou vzdělávací, zájmové a volnočasové

aktivity. Hodnotné využití nabízí i kultura a umělecké vyžití. Zapojení do života komunity a společnosti, pocit uznání a užitečnosti, ocenění zkušeností a smysluplné využití volného času jsou důležité pro pozitivní sebepojetí a životní spokojenost člověka v každém věku. (MPSV, 2011)

SHRNUTÍ

Dle WHO je kvalita života definována jako *„jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“* (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

Jedna z možných definic kvality života je: multidimenzionální fenomén, který má rozměr biologický, neurofyzilogický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický, estetický apod. Přístupy ke kvalitě života jsou: sociologický, psychologický a psychoterapeutický.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, kterým vláda navázala na předešlý program na roky 2003 – 2007 zahrnuje principy a strategie, kterými vláda chce zamezit vyloučení starších občanů ze společnosti. V programu jsou obsaženy opatření, kterými daného výsledku hodlá dosáhnout. Aktuální program se oproti předešlému více zaměřuje na problematiku demografického stárnutí.

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Hlavním posláním **zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí. Tento zákon upravuje systém sociální ochrany obyvatelstva (podmínky poskytování sociálních služeb; poskytování příspěvku na péči pro osoby v nepříznivých sociálních situacích; stanovuje předpoklady, které jsou potřebné pro výkon povolání sociálních pracovníků; registrace poskytovatelů sociálních služeb; inspekce poskytování sociálních služeb; mlčenlivost pracovníků v sociálních službách a jiné (MPSV, 2011).

Pod pojmem sociální služby se rozumí činnosti, kterými má být zajištěna pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci (např. pomoc při zvládnutí běžných činností při péči o vlastní osobu, dovoz obědů, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů, a další služby). Služby jsou realizovány prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb. (MPSV, 2011).

Sociální služby poskytují právnické a fyzické osoby, obce, kraje a MPSV. Některé služby jsou poskytovány zdarma, některé za částečnou nebo plnou úhradu. Jsou-li, dle tohoto zákona, vypláceny státem finanční příspěvky na úhradu potřebné péče (na úhradu sociálních služeb), může být jejich využití kontrolováno a v případě zneužití k jiným účelům může být vyplácení příspěvků zrušeno. (MPSV, 2011)

3.1 Zařízení sociálních služeb

Zařízení sociálních služeb se rozdělují na **pobytové, ambulantní a terénní**:

- **pobytové služby** jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb (např. v domovech důchodců, týdenních stacionářích apod.),
- **ambulantní služby** jsou takové, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb – součástí těchto služeb není ubytování,
- **terénní služby** se potřebným osobám poskytují v jejich potřebném sociálním prostředí.

3.1.1 Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají osobám se „stabilizovaným zdravotním stavem“ zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života. V ostatních případech mají tyto služby potřebným osobám „zajistit důstojné životní prostředí a zacházení“, tedy srozumitelně řečeno – pomáhat těmto lidem překonávat každodenní životní problémy a zajistit, aby měli možnost žít důstojný život.

Mezi služby sociální péče patří:

- osobní asistence
- pečovatelské služby
- tísňová péče
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

3.1.2 Služby sociální prevence

Cílem sociální prevence je pomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy izolací od společnosti z důvodů: krizové sociální situace, životních návyků, způsobu života – který vede ke konfliktu se společností; sociálně znevýhodňujícího prostředí a ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby.

Služby sociální prevence jsou:

- raná péče
- telefonická krizová pomoc
- tlumočnické služby
- azylové domy
- domy na půl cesty
- kontaktní centra
- krizová pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny
- služby následné péče
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny
- terapeutické komunity
- terénní programy
- sociální rehabilitace

3.1.3 Sociální poradenství

Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a zahrnuje též sociální práci s osobami se specifickými potřebami.

Základní sociální poradenství zahrnuje poskytnutí informací:

- směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby,
- o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeby osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče,
- o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě,
- o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu.

Odborné sociální poradenství zahrnuje:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: zprostředkování navazujících služeb,
- sociálně terapeutické činnosti: poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání; tato základní činnost může být zajišťovaná poskytováním alespoň ve 2 z těchto oblastí,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- pomoc při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

(MPSV, 2011)

3.2 Druhy služeb pro seniory

Tato kapitola pojednává o historii péče o seniory u nás. Uvádím zde i stručnou charakteristiku typů sociálních služeb pro seniory v oblasti sociální péče a také přesné vymezení dané sociální služby, které je dané příslušným zákonem.

3.2.1 Historie péče o seniory v ČR

Obdobně jako v Evropě se vyvíjela péče o staré lidi i u nás. Přibližně ve 12. století vznikaly špitály provozované církevními řády. Plnily spíše funkci sociální než léčebnou. Poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem.

Středověké špitály byly prvním zařízením pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí. Bohatí senioři byli léčeni doma nebo v klášterních nemocnicích. V 15. a 16. století vznikají obecní ústavy pro zchudlé a staré občany na území Prahy. Od 17. století jsou na našem území zakládány klasické nemocnice. S rozvojem medicíny v nich postupně začíná převládat léčebná složka, mizí jejich azylový charakter a staří lidé jsou pak po staletí umisťováni do starobinců a chudobinců. (Jarošová, 2006)

HAŠKOVCOVÁ uvádí, že za doby vlády Josefa II. (1741-1790) se na základě farní chudinské ústavy začala také v Čechách rozvíjet cílená péče o staré. Na panstvích vznikaly farní chudinské instituty pro nezaopatřené, chudé anebo staré lidi. Podle tak zvaného domovského práva z roku 1863 byla domovská obec povinna postarat se o chudé, handicapované a staré a poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci. Tím, že byla tato péče někým garantována, začala vykazovat první známky institucionalizované péče. Na úrovni státu, měst a obcí byly budovány a provozovány chudobince, starobince, pastoušky a nemocnice pro chudé. Péče v nich byla obecně na nízké úrovni a zpravidla byla poskytována jako vzájemná pomoc nemocných ve spolupráci s omezeným počtem ošetřovatelek, které byly většinou řádovými sestrami bez odborné přípravy a vzdělání. (Haškovcová, 1990)

Velký rozvoj nastal během první republiky, kdy byla ustanovena správa pro otázky sociální péče, která spadala pod ministerstvo sociální věcí. Začala vznikat nová zařízení pro staré lidi. Kromě institucionální a státní péče poskytovaly pomoc starým lidem různé dobročinné organizace a církve (Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž). Péče o staré lidi pak byla následně rozdělena na péči zdravotní a sociální. Systém péče o staré lidi se postupně vyvíjel od středověké laické, dobročinné a nesoustavné péče až k péči garantované státem, městem či příslušnou obcí. (Staňková, in Jarošová, 2006)

V roce 1929 byla v Praze založena R. EISELTEM první specializovaná instituce pro seniory na světě - Klinika nemocí stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory. (Haškovcová, 2002)

Po druhé světové válce dochází k masivnímu rozvoji ústavní péče zaměřené především na materiální a sociální zabezpečení. Po roce 1954 jsou stávající „domy odpočinku“ pro seniory přetransformovány na domovy důchodců. Od poloviny minulého století dochází také k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. O dvacet let později se budují první domy s pečovatelskou službou, kde jsou soustředěni senioři ze vzdálených a špatně dostupných míst. V sedmdesátých letech

vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž patientské spektrum tvoří převážně nemocní staří lidé. Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Se změnou politické situace po roce 1989 a vlivem iniciativ nestátních subjektů (především církevních) vznikají v České republice nové instituce a služby určené seniorům- od roku 1990 domácí ošetrovatelská péče a od roku 1995 první hospicová zařízení. (Jarošová, 2006)

3.2.2 Domovy a penziony pro seniory

Domovy a penziony pro seniory jsou určeny lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, a kteří se v této situaci nechtějí žít ve vlastním domácím prostředí. Dávají přednost službám, jejichž součástí je bydlení mimo domov nebo mají o takovou službu zájem na přechodnou dobu z důvodu, že dojde/došlo k dočasnému omezení pro jiné standardní služby - pomoci rodiny.

Součástí služby je poskytnutí bydlení v prostorech zvláště k tomu určených, které uživatelé nahrazují domov. Služba je časově neomezená nebo v případě přechodné potřeby (např. jako odlehčení pro rodinu uživatele) dočasná.

Cílem poskytovaných služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho případný návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo alespoň zachování původního životního stylu.

Podle zákona se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje 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, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2011)

3.2.3 Chráněné bydlení pro seniory

Chráněné bydlení pro seniory je určeno pro seniory, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, kteří chtějí žít samostatně v běžném prostředí.

Součástí služby je poskytnutí bydlení v bytě, který pro uživatele představuje domov, je spravován poskytovatelem, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu a jeho provozu (zejména vedení společné domácnosti s možností individuálního hospodaření). Tato služba je časově omezená.

Cílem poskytovaných služeb je podpora soběstačnosti uživatele, případný návrat do vlastního domácího prostředí nebo alespoň zachování či obnovení původního životního stylu.

Chráněné bydlení je podle zákona pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tento druh bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Služba poskytuje tyto základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2011)

3.2.4 Osobní asistence

Služba je určena lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy např. v oblastech osobní péče, využívání veřejných míst, péče o domácnost, kontaktu s rodinou a širší společností. Podstatou služby je osobní pomoc se zvládnutím běžných každodenních dovedností a úkonů, které by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení nebo stáří. Služba je poskytována v přirozeném prostředí, kde uživatel žije, pracuje, vzdělává se apod., je poskytována na základě aktuální potřeby uživatele v předem stanoveném rozsahu, nikoli výčtem úkonů.

Cílem poskytování služeb je zajištění soběstačnosti uživatele nebo podpora rozvoje soběstačnosti, setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu.

Podle zákona je osobní asistence terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Při osobní asistenci výčet základních činností obsahuje tyto: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2011)

3.2.5 Pečovatelská služba

Tato služba je určena lidem, jejichž schopnosti hlavně v oblasti osobní péče o domácnost jsou sníženy. Podstatou služby je pomoci těmto lidem zvládnout vyjmenované, předem dohodnuté běžné každodenní úkony, které by dělali sami, kdyby jim v tom nebránilo zdravotní postižení nebo stáří. Cílem je umožnit člověku setrvat ve vlastním domácím prostředí a zachovat vlastní životní styl. Podle zákona pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Vyjmenované úkony a služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (MPSV, 2011)

3.2.6 Centra denních služeb

Určeno pro seniory, jejichž schopnosti jsou sníženy, například v oblasti osobní péče, využití volného času, využívání veřejných míst a služeb, uplatňování práv a nároků, kontaktu s komunitou atd. Jde o kombinaci služeb poskytovaných v denním režimu v zařízení nebo přirozeném prostředí, jejichž podstatou je aktivizace uživatelů, stabilizace anebo posílení jejich schopností a dovedností. Cílem je posílit samostatnost a soběstačnost lidí, kterým jsou jejich schopnosti z různých důvodů sníženy a umožnit jim využívat běžné veřejné nebo komerční služby, další zdroje společnosti.

Podle zákona se v těchto centrech poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění, nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Mezi základní činnosti patří: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2011)

3.2.7 Odlehčovací služby

Služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služeb je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

Podle zákona obsahuje služba tyto základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. (MPSV, 2011)

3.2.8 Denní stacionáře

Tento typ služby je poskytován jako ambulantní ve specializovaném zařízení, a to seniorům, osobám se zdravotním postižením nebo osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba podle zákona obsahuje tento okruh činností: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2011)

3.2.9 Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře na rozdíl od denních poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení, které je pro seniory, osoby se zdravotním postižením a pro osoby s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Základní činnosti pro tuto službu podle zákona jsou: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2011)

SHRNUTÍ

Sociálními službami se rozumí činnosti, kterými má být zajištěna pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Služby jsou realizovány prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb. Sociální služby poskytují právnické a fyzické osoby, obce, kraje a MPSV. Zařízení sociálních služeb se rozdělují na pobytové, ambulantní a terénní. Další dělení je na služby sociální péče, sociální prevence a na sociální poradenství.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Výzkum bude realizován ve městě Mohelnice, která spadá do Olomouckého kraje a mikroregionu Mohelnicko.

Mapa 1. Olomoucký kraj



Zdroj: topograf.cz

4.1 Město Mohelnice

Město Mohelnice a jeho okolí je přirozeným centrem oblasti ležící v severní části Hané a podhůří Jeseníků. Je kulturním, hospodářským a správním centrem Mikroregionu Mohelnicko. Nachází se v úrodné kotlině, obklopené ze tří stran pohořím Hrubého Jeseníku, Zábřežské a Hanušovické vrchoviny, kterou protéká řeka Morava.

Toto starobylé město založené ve 13. století s celou řadou zachovaných památek a zajímavým vlastivědným muzeem leží v pomyslném trojúhelníku mezi třemi hrady – Bouzov, Mírov a Úsov. Pochlubit se však může i moderním průmyslem, největší akcí svého druhu - festivalem country hudby - Mohelnickým dostavníkem nebo také pravidelně pořádanou módní přehlídkou TOP STYL známého návrháře Ludka Hanáka.

Město Mohelnice leží na důležité silniční křižovatce, jejíž západní částí prochází komunikace z Olomouce do Moravské Třebové a dále do Čech, na ní navazuje silnice vedoucí přes Zábřeh na Moravě do Šumperka a dále do Jeseníků. Městem také vede železniční trať mezi Prahou a Olomoucí. Poloha křižovatky cest mezi Hanou, východními Čechy a Šumperskem je vhodným předpokladem pro to, aby se Mohelnice stala jedním z turistických center střední Moravy.

Mohelnicí protéká potok Mírovka, který se vlévá do řeky Moravy. Východně od města mezi železniční tratí a řekou Moravou najdete rozlehlá a hluboká jezera, která vznikla těžbou šterkopísků. Mohelnicko svým návštěvníkům nabízí také ideální podmínky pro houbaření, nenáročnou turistiku a cykloturistiku. (mu-mohelnice.cz)

Základní údaje o Mohelnici:

- Olomoucký kraj
- Okres Šumperk
- Obec s rozšířenou působností
- Obec s pověřeným obecním úřadem
- Počet obyvatel: 9731
- Průměrný věk obyvatel: 38,6
- Katastrální výměra 46,2 km²
- Části obce – 8 částí (Křemačov, Květín, Libivá, Mohelnice, Podolí, Řepová, Studená Loučka, Újezd)

Život seniorů ve městě:

- Domov důchodců
- Domov – penzion pro důchodce
- Klub seniorů
- Domy s pečovatelskou službou Mohelnice

4.2 Domov pro seniory, pečovatelská služba Mohelnice

Platností nového zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách od 1.1.2007 byla zřizovatelem města Mohelnice upravena zřizovací listina příspěvkové organizace, kdy pojem Domov-penzion pro důchodce, který vznikl v roce 1993, byl platností nového zákona přejmenován na název, který zákon zná, a to: DOMOV PRO SENIORY a pečovatelská služba Mohelnice, příspěvková organizace. (Komunitní plánování sociálních služeb na Mohelnicku)

Cílovou skupinou jsou občané se starobním nebo plně invalidním důchodem, jejichž stav nevyžaduje komplexní péči. Zřizovatelem je Město Mohelnice.

V tomto sociálním zařízení je 48 jednopokojových bytů a 16 bytů dvoupokojových. Každý byt se skládá ze sociálního zařízení (WC, sprchový kout) a kuchyňské linky, elektrického sporáku. V každém bytě je rozvedeno ústřední topení. Domov má vlastní novou kotelnu. K bytům patří prostorné slunné balkony. K dispozici je též společenská místnost a velká jídelna. Uživatelé za pěkného počasí mohou využít parkově upravenou zahradu s pergolou, ohništěm a udírnou. Tyto prostory na Medkově ulici využívá momentálně 74 obyvatel. Celková kapacita Domova je 75 obyvatel. K 1. 1. 2011 bylo věkové složení obyvatel následující: 27 – 65 let (7 obyvatel); 66 – 85 let (58 obyvatel); 86 – 100 let (9 obyvatel). Nejstarší obyvatel domova s pečovatelskou službou má 96 let. Na DPS je zaměstnáno 10 pracovníků včetně ředitele. Z toho 4 pracovnice sociální péče, 3 pracovnice na úklid, 1 údržbář a jedna účetní. (mu-mohelnice.cz)

Služby poskytované v zařízení za úplaty jsou: nákupy potravin a dovoz léků; doprovod na úřady, popřípadě k lékaři; praní osobního prádla, ložního, záclon, závěsů; denní, týdenní nebo měsíční úklid bytu. Dále uživatelé mají k dispozici ordinace lékaře s danými ordinačními hodinami, popřípadě na zavolání; možnost ponechání svého obvodního lékaře; pedikúru; kadeřníka, který dochází na zavolání individuálně; tělocvičnu; knihovnu; společenskou místnost; jídelnu; každé pondělí mši s místním farárem a dva hostovské pokoje pro ubytování hostů obyvatel. (mu-mohelnice.cz)

Cílem domova je, aby si rodina seniora byla jista tím, že je o jejich neblížší postaráno a mohou je kdykoli navštívit. Obyvatelé se zde cítí dobře, protože žijí mezi svými vrstevníky, se kterými mají společné zájmy. (Komunitní plánování sociálních služeb na Mohelnicku)

V tomto domově se drží motta: „*Čím více je člověk aktivní, tím méně chátrá.*“ Proto v domově pořádají pro uživatele mnoho kroužků a aktivit. Velkému ohlasu se dostává společné cvičení v domově, které má jak rehabilitační a komunikační smysl, tak v neposlední řadě zajišťuje zlepšení fyzické kondice. Dále se v Domově pro seniory věnují ergoterapii, ručním pracím (jako je výroba vánočních ozdob, malování na sklo, suchá vazba, atd.). Tato aktivita má plnit funkci adaptační, relaxační, komunikační a kompenzační. Uživatelé se potkávají se svými spolubydlícími, se kterými by se třeba ještě ani nepotkali. V klubu na procvičení paměti mají uživatelé možnost trénovat paměť pomocí luštění křížovek, osmisměrek, hraní her, atd. Dále mají uživatelé možnost využít canisterapie, kdy do domova přichází jednou za 2 týdny labradorští retrívři se svými cvičiteli. Uživatelé se na tuto terapii velice těší a pozitivní účinky jsou pozorovány především u imobilních uživatelů, kteří nemohou opustit lůžko. K dalšímu rozptýlení všedních dní můžeme zařadit besedy, zájezdy, návštěvy muzea, cukrárny, městské knihovny, jednodenní zájezdy do míst, která si uživatelé mají možnost vybrat sami. I přes velkou možnost volnočasových aktivit se v domově setkávají s nezájmem a nechutí uživatelů. Pro příklad uveďme zavedení Klubu přátel moderní techniky, což byl velice přínosný edukační program, nicméně nechuť a nezájem obyvatel nezlomilo ani vedení domova. Senioři jsou velice opatrní a nedůvěřiví pokud mají zkoušet nové věci. (Heidenreichová, 2010)

Pokud je člověk umístěn do Domova pro seniory, omezí se jeho orientovanost pouze na prostředí tohoto ústavu. Člověk ve stáří musí hledat nový a pro něj dostupný způsob života, který mu bude přinášet nějaké uspokojení.

4.3 Stanovení výzkumných cílů

Výzkumné cíle diplomové práce mají tři aspekty: První je zhodnocení kvality života seniorů a nabízených volnočasových aktivit v DPS Mohelnice, druhým aspektem je zkoumání spokojenosti s kvalitou péče v domově a třetí kvalita ubytování.

Kvalitu života je nutno posuzovat individuálně – každý člověk posuzuje kvalitu života podle svého žebříčku hodnot. Kvalita života je úzce spojena s pocitem štěstí, se zdravotním stavem, soběstačností, kvalitou bydlení, trávením volného času a se sociálními vztahy. Pro stanovení cílů práce jsem si určila tři výzkumné předpoklady (VP).

VP1: Předpokládáme, že většina respondentů je spokojená s ubytováním v DPS Mohelnice.

VP2: Předpokládáme, že respondenti jsou spokojeni s kvalitou péče v DPS Mohelnice.

VP3: Předpokládáme, že respondenti jsou spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit v DPS Mohelnice.

Závěry z výzkumu povedou ke zvýšení kvality života uživatelů zařízení.

4.4 Metodologie, cílové skupiny a organizace výzkumu

Pro výzkumné šetření jsem použila kvalitativní metodu výzkumu pomocí dotazníku.

Dotazník obsahuje 23 otázek, které jsem sestavila s pomocí sociální pracovnice zařízení. Otázky se týkají volnočasových aktivit, soukromí uživatelů, kvality péče v domově, spokojenosti s personálem, zda si uživatelé všimli zavedení zákona o soc. službách a s tím spojenými změnami, atd.

Metodu formou dotazníku jsem volila proto, že je zde podle mého názoru rychlá návratnost dat, které jsou potřeba k provedení výzkumu, ale na druhou stranu validita dat nemusí být stoprocentní, jelikož respondenti nemusí vždy uvádět pravdivé údaje.

Formu rozhovoru jsem nevolila na doporučení vedení. Mnozí uživatelé jsou velice nedůvěřiví a nechtějí si cizí lidi připouštět do svého soukromí. Dala jsem na jejich rady, i přestože jsem v zařízení pracovala (je to již nějaký rok a mnozí uživatelé mají

velice špatnou paměť). Z tohoto důvodu jsem volila dotazník, který mi byl schopen poskytnout více pohledů na danou problematiku než rozhovor.

Při vytváření dotazníku jsem se držela „pravidel“, která uvádí CHRÁSKA (2007) a mezi které patří:

- Nutnost formulovat položky v dotazníku jasně, srozumitelně, jednoznačně apod.,
- od respondentů zjišťovat pouze nezbytné údaje,
- vhodnou motivací vést respondenty ke spolupráci,
- uvést vždy jasné pokyny k vyplňování dotazníku,
- položky v dotazníku řadit z psychologického hlediska atd.

Jako cílovou skupinu jsem zvolila uživatele Domova – penzionu pro důchodce v Mohelnici.

Pro výzkum k diplomové práci jsem si vybrala zařízení určené seniorům v Mohelnici. Toto zařízení jsem si nevybrala náhodně, ale pro svoji osobní zkušenost. V zařízení jsem vykonávala praxi a byla mi zde umožněna i práce formou brigády.

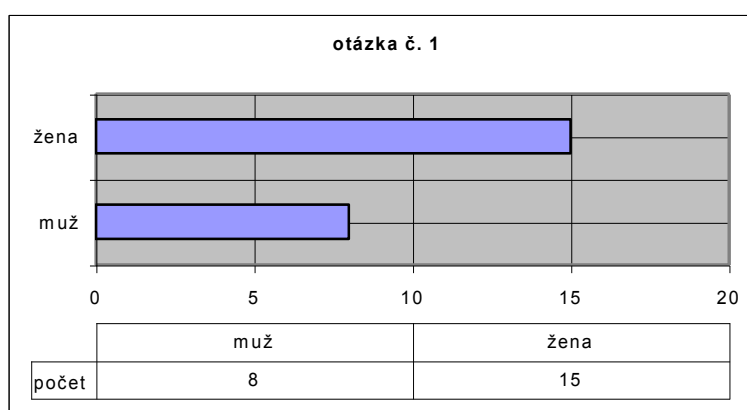
Cílovou skupinu tvořili senioři ve věku od 64 do 90 let. Z celkového počtu 72 uživatelů bylo ochotno dotazník vyplnit 23. Všichni byli schopni se o sebe zcela nebo alespoň částečně postarat. Než jsem dotazník předložila uživatelům, ujistila jsem se, zda jsou pro ně všechny otázky srozumitelné.

Výzkumné šetření jsem prováděla v průběhu měsíce dubna roku 2011. Dotazník byl psán větším písmem a tučně, aby byli uživatelé schopni vše přečíst. Někteří mají problémy se zrakem a čtení normálního textu jim dělá značné problémy. Po odsouhlasení otázek v dotazníku vedením bylo uživatelům vysvětleno, co po nich žádám, a byly jim nabídnuty vysvětlit otázky, kterým by nerozuměli. Takové otázky se nevyskytly. Dotazníky byly uživatelům rozdány s návratností jednoho týdne. Jak jsem již výše psala – návratnost byla 23 ks dotazníků.

4.5 Vlastní výzkum

První tři otázky vypovídají o respondentech dotazníku. Odpovídajících žen bylo 65 %, mužů jen 35 %. Rozdělení podle věku se skládalo ze 4 kategorií. Procentuální počet respondentů v každé kategorii je: 65 let a méně – 4 %, 65 – 74 let – 22 %, 75 – 84 let – 65 %, 85 let a více 9 %. Další údaj, který jsem zjišťovala, byla délka pobytu respondentů v zařízení. Méně než 1 rok zde žije 13 %, 1 – 5 let 26 % a déle než 5 let 61 % respondentů.

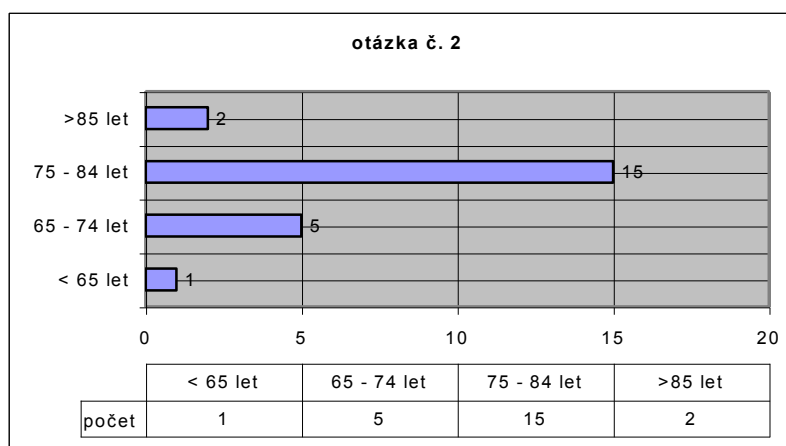
V grafu č. 3 je patrná převaha žen, což odpovídá i demografickým statistikám.



Graf č. 3. Rozdělení dle pohlaví

Otázka č. 2 se týkala věku uživatelů.

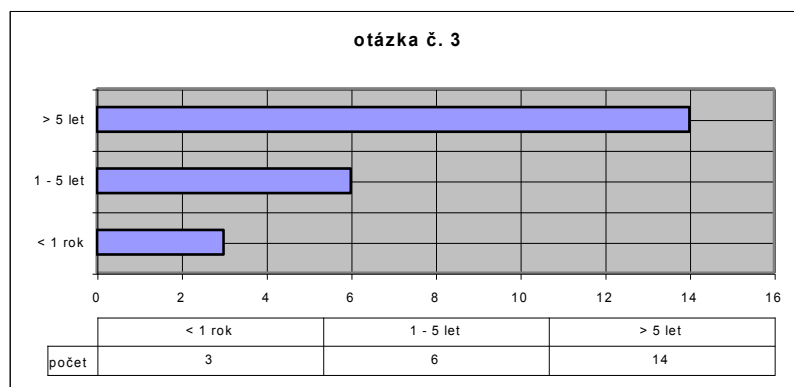
Věkový průměr odpovídá celkovému věkovému průměru v DPS. Viditelný úbytek ve věkové kategorii nad 85 let je až zarážející. Nejstarší obyvatel má 96 let a nejstaršímu respondentovi bylo 91 let.



Graf č. 4. Dělení dle věku ve sledovaném vzorku

Třetí otázka byla zaměřená na délku pobytu v domově.

Mnoho obyvatel je v domově již od jeho založení. Nová místa zde vznikají jen pokud se některému z uživatelů zhorší zdravotní stav tak, že by nebyl schopen se sám o sebe postarat a je přemístěn do zařízení, které lépe vyhovuje jeho zdravotnímu stavu. Nebo po úmrtí některého z uživatelů. Proto respondentů, kteří v domově žijí méně než rok je nepatrný zlomek.

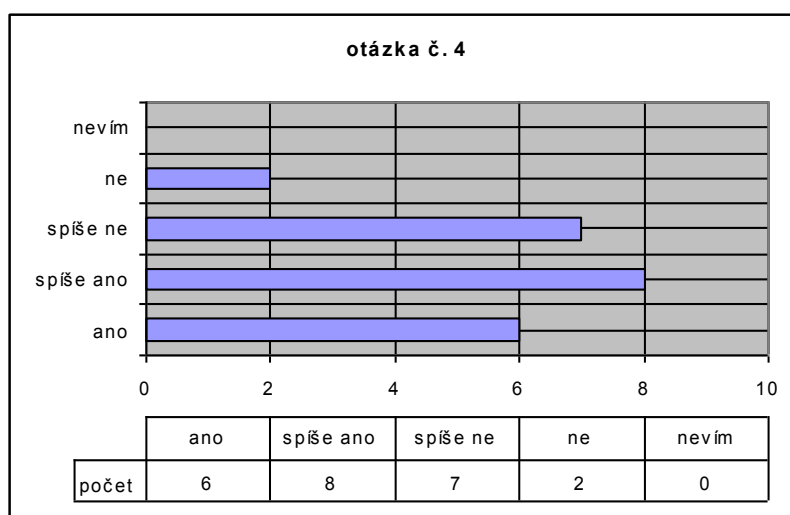


Graf č. 5. Délka pobytu v domově

Otázky v dotazníku jsem si rozdělila do 3 kategorií tak, aby byly shodné s výzkumnými předpoklady. Proto otázky nejsou seřazeny chronologicky po sobě tak, jak jsou uvedeny v dotazníku.

VP1: Předpokládáme, že většina respondentů je spokojená s ubytováním v DPS Mohelnice.

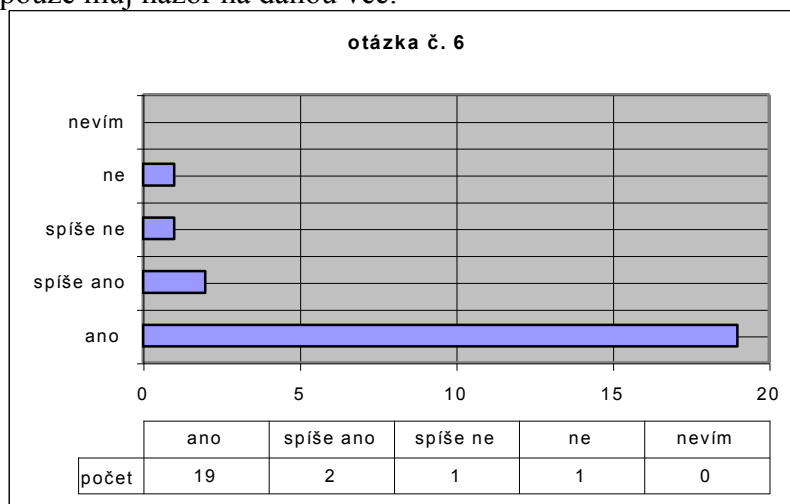
Otázka č. 4: *Připomíná Vám alespoň částečně pobyt v domově pro seniory bydlení ve Vašem původním prostředí?* Z tabulky je patrné, že více respondentů je spíše z panelových bytů, kterým je bydlení v zařízení podobné. Ostatní respondenti pochází z vesnic – což někteří do dotazníku i poznamenali. Proto jsou jejich odpovědi záporného charakteru.



Graf č. 6. Srovnání původního prostředí s domovem

Otázka č. 6: *Daří se Vám udržovat úzké vztahy a kontakty s Vaší rodinou, přáteli, sousedy či známými stejně jako před nástupem do domova?*

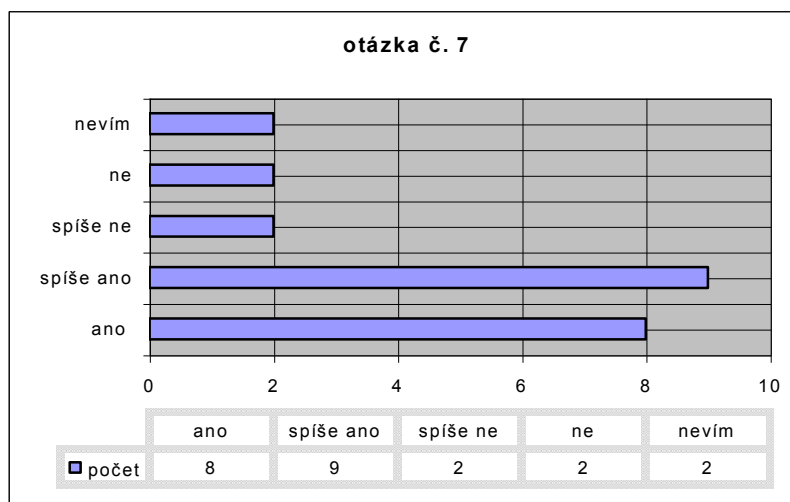
Odpovědi mě velice zarazily, protože z dřívějších rozhovorů s uživateli vím, že si stýskali po rodině, která nemá čas za nimi přijet a vzpomenu si jen na narozeniny a svátky. Výraznou převahu odpovědi „ano“ přikládám studu nebo strachu si připustit, že kontakty s rodinou a známými jsou značně omezeny. Toto je ale pouze můj názor na danou věc.



Graf č. 8. Udržování vztahů s rodinou, přáteli, sousedy

Otázka č. 7: *Našel(a) jste si mezi ostatními uživateli domova nové přátele či nějakou spřízněnou duši?*

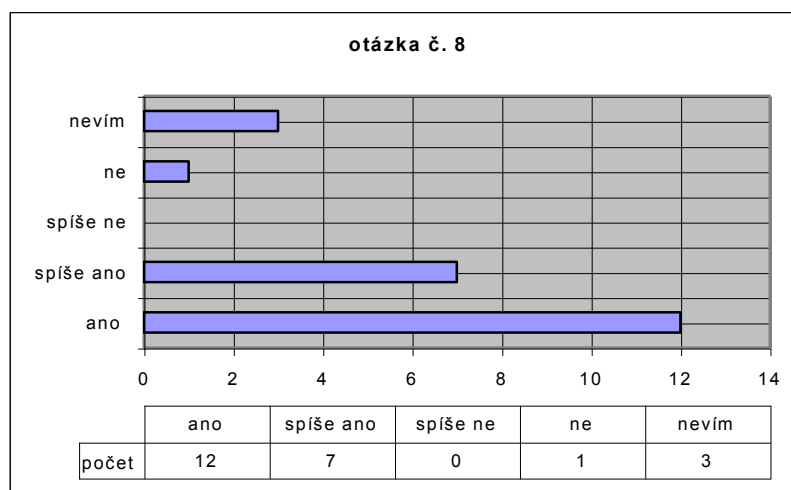
Většina obyvatel si své nové přátele našla. Je to zapříčiněno i bydlením ve dvoulůžkových pokojích. Každý má, ale jen pár přátel se kterými si rozumí. Jak se dále dozvíme, podstatná část respondentů by si přála lepší vztahy v zařízení.



Graf č. 9. Přátelství v domově

Otázka č. 8: *Naplnily se Vaše představy o pobytu v domově pro seniory?*

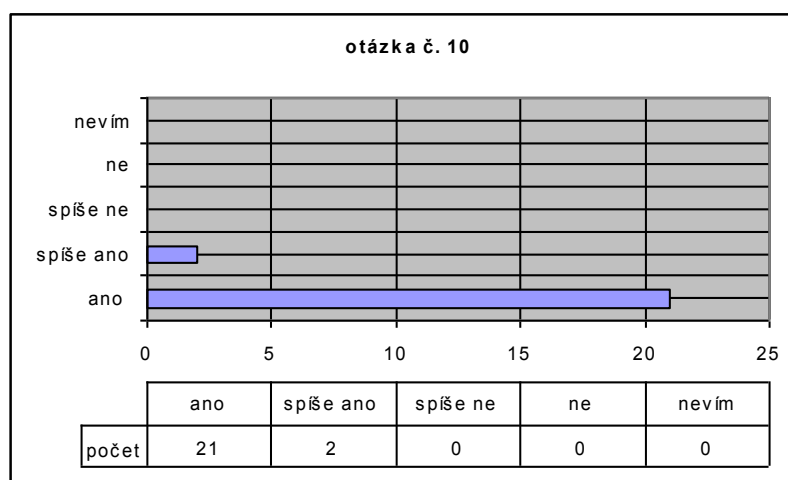
Každý kdo si podává žádost do zařízení je seznámen s prostředím a podmínkami v domově. Proto si každý může udělat reálnou představu o pobytu. Odpovědi ne či nevím patří respondentům, kteří doufali, že si na pobyt v zařízení zvyknou a snadno se přizpůsobí. Bohužel ve stáří se lidé přizpůsobují velice těžce a neustále srovnávají nové skutečnosti s minulostí.



Graf č. 10. Naplnění představ o pobytu v domově

Otázka č. 10: *Jste spokojen(a) s úrovní ubytování v domově?*

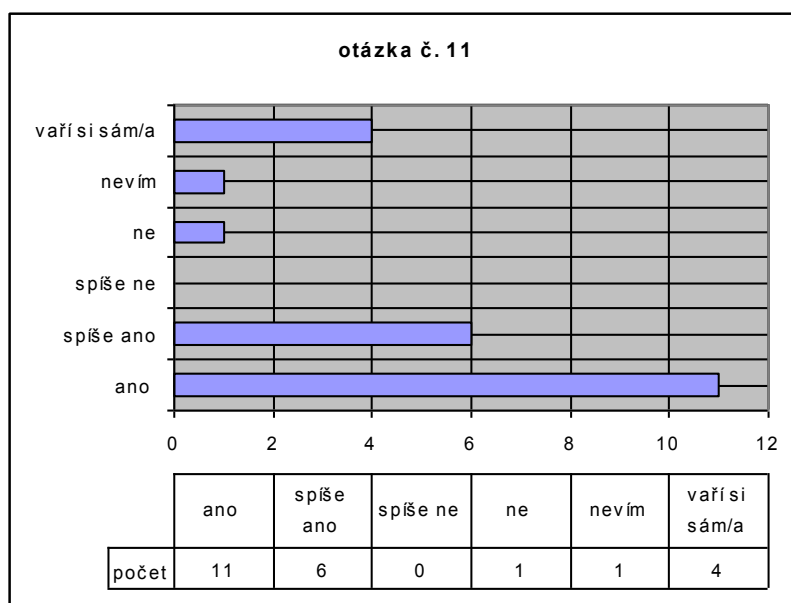
Pro spokojenost s ubytováním přispívá možnost zařízení si pokoje svým nábytkem a dle svých představ. Velká převaha pokojů je zařízena vybavením z dřívějších domovů obyvatel. Pokoje jsou tedy rázu domácího prostředí, jak známe od našich babiček či prababiček.



Graf č. 12. Spokojenost s ubytováním v domov

Otázka č. 11: *Jste spokojen(a) s kvalitou stravování v domově?*

Uživatelé mají možnost docházet do místní jídelny na obědy, které se každodenně dováží. Výběr jídel není možný. Vždy je připraven jídelníček na celý týden a uživatelé mají možnost si obědy předem odhlásit. Každý pokoj disponuje vlastní kuchyňkou a uživatelé jsou soběstační. Proto není potřeba zajištění celodenní stravy. Ve výjimečných případech by se o tuto skutečnost personál postaral. Pokud mají uživatelé zájem, 2x týdně personál obstarává větší nákupy dle přání obyvatel. Jedinci tedy nemusí mít obavy z nedostatku jídla.



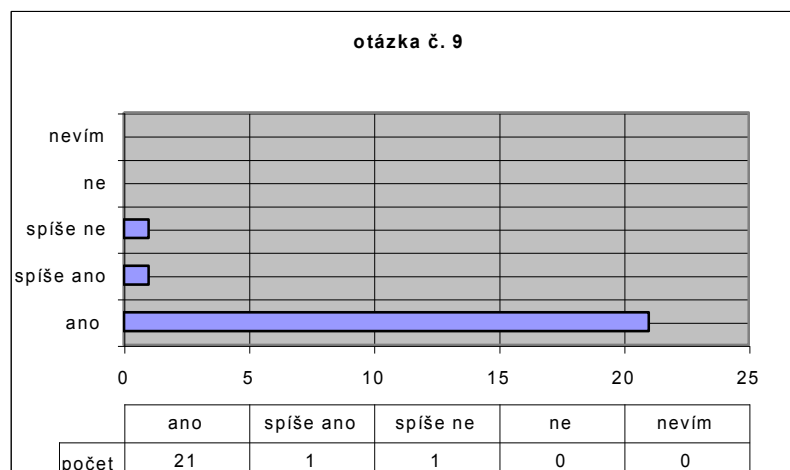
Graf č. 13. Spokojenost se stravováním v domově

Druhá kategorie otázek se týká kvality péče v zařízení.

VP2: Předpokládáme, že respondenti jsou spokojeni s kvalitou péče v DPS Mohelnice.

Otázka č. 9: *Jste spokojen(a) s kvalitou ošetrovatelské péče v domově?*

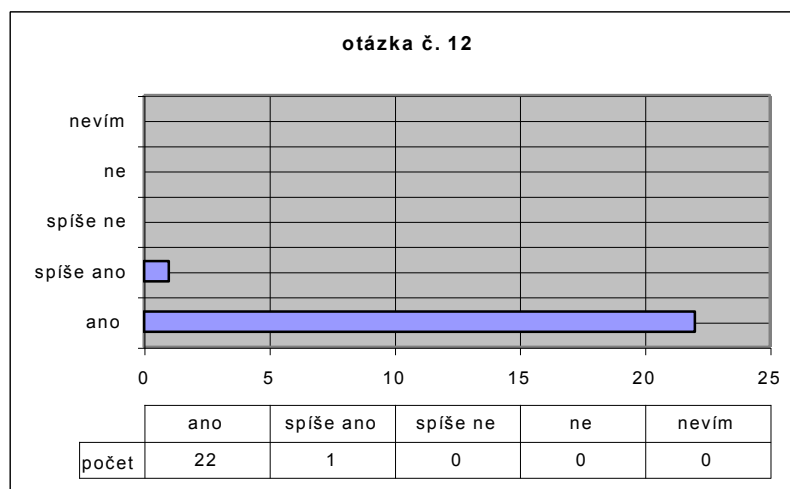
Jednoznačná převaha kladných odpovědí. Tato skutečnost vypovídá o kvalitě personálu, který je pravidelně odborně proškolen, aby svoji práci vykonával co nejlépe a nejefektivněji.



Graf č. 11. Spokojenost s kvalitou ošetrovatelské péče

Otázka č. 12: *Jste spokojen(a) s prací personálu, který se o Vás stará?*

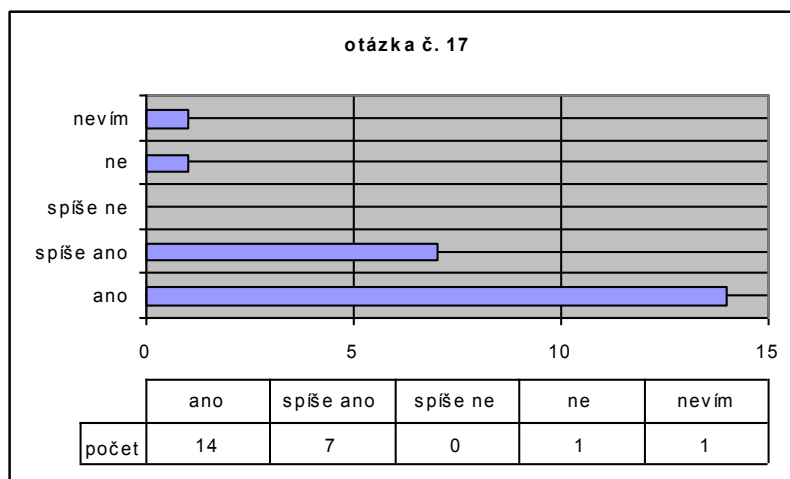
Popis práce personálu je dle standardů kvality o sociálních službách. Z odpovědí respondentů usuzují, že svoji práci vykonávají všichni zaměstnanci svědomitě a ochotně. Dovolují si říci, že v tomto zařízení mezi uživateli a personálem převažuje spíše přátelská atmosféra.



Graf č. 14. Spokojenost s prací personálu

Otázka č. 17: *Máte pocit, že jsou dostatečně uspokojovány Vaše individuální potřeby?*

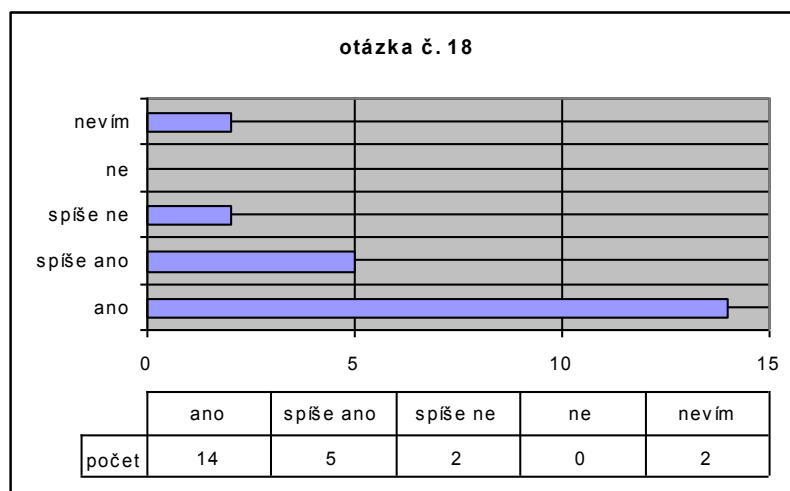
Odpověď záporného charakteru patří jedinci, který není spokojen s vnitřním klimatem mezi obyvateli. Má hlučného souseda a proto se cítí ukřivděn. O tomto problému je vedení domova informováno a dělá vše proto, aby oba jedinci byli zcela spokojeni. Další odpovědi jsou kladné. Lze tedy usuzovat, že individuální potřeby všech uživatelů jsou dostatečně uspokojeny.



Graf č. 18. Dostatečné uspokojení individuálních potřeb

Otázka č. 18: *Jste spokoje(a) s vedením a organizací v domově?*

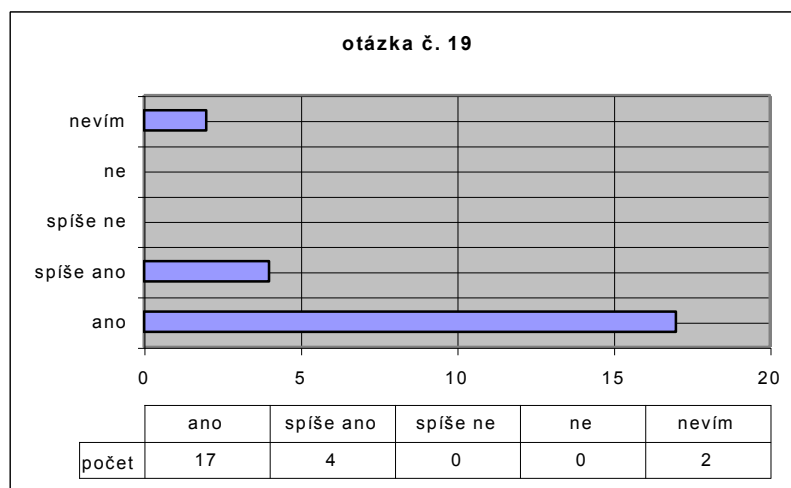
Převážná většina obyvatel nemá námítky k vedení domova, někteří si však myslí, že i kdyby byli nespokojeni nemají moc něco změnit. I po vyslovení nespokojenosti však nejsou někteří schopni vyslovit konkrétní změny, které by si přáli. Tuto skutečnost připisují stařeckým náladám. Jsou jedinci, kteří budou vždy nespokojeni i když se změny uskuteční. Vždy si najdou jiné negativní stránky, které jim budou vadit. Tento můj úsudek potvrdilo i vedení domova.



Graf č. 19. Spokojenost s vedením a organizací domova

Otázka č. 19: *Máte pocit, že jste dostatečně a včas informován(a) o změnách probíhajících v interních záležitostech domova?*

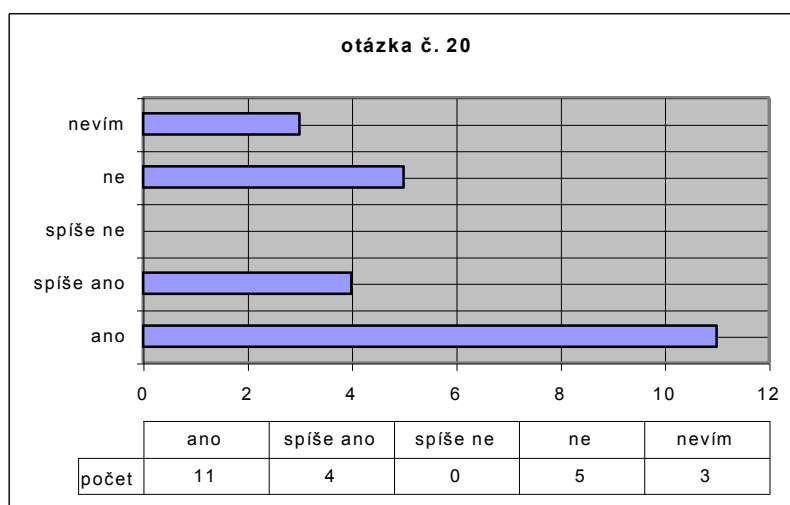
Změny v domově jsou vždy všem osobně sděleny vrchní sestrou nebo sociální pracovnící. Pokud uživatel některým skutečností nerozumí je mu vše srozumitelně vysvětleno. Všechny změny se vyvěšují na veřejnou nástěnku, která je umístěna v hale budovy. Zde se mohou o aktuálních změnách informovat i rodinní příslušníci obyvatel.



Graf č. 20 Dostatečná informovanost o záležitostech domova

Otázka č. 20: *Všiml(a) jste si některých změn v souvislosti se zvyšováním kvality poskytované péče?*

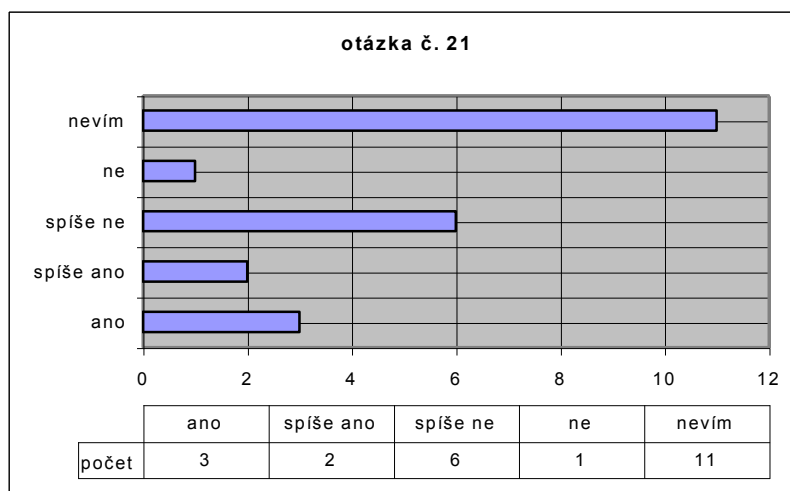
Odpovědi ne či nevím jsou nezanedbatelné. Tato skutečnost je způsobena nepochopením a nesrozumitelností všeobecného vysvětlení praktičnosti standardů zvyšování kvality sociálních služeb. Kvalita péče se zlepšila, ale výrazné změny, kterých by si jedinci mohli všimnout na první pohled tyto standardy dle názorů respondentů nepřinesly. Z kladných odpovědí však vidíme, že si respondenti všimají změn i těch pro jiné nepatrných.



Graf č. 21. Změny v souvislosti se zvyšováním kvality péče

Otázka č. 21: *Vnímáte zavedení zákona o sociálních službách a s tím spojené změny spíše pozitivně?*

Většina neutrálních odpovědí vypovídá o výše popsané skutečnosti. Pro jedince jako uživatele zařízení jsou standardy „jen dalším papírováním pro personál, které je sice myšleno ku prospěchu klientů, ale v praxi se mnoho viditelných změn neuskutečňuje“. Tato odpověď byla k dané otázce připsána v jednom z dotazníků. Považuji za adekvátní ji uvést jako skutečnost a názor, který může objasnit výsledky výzkumu k této konkrétní otázce.



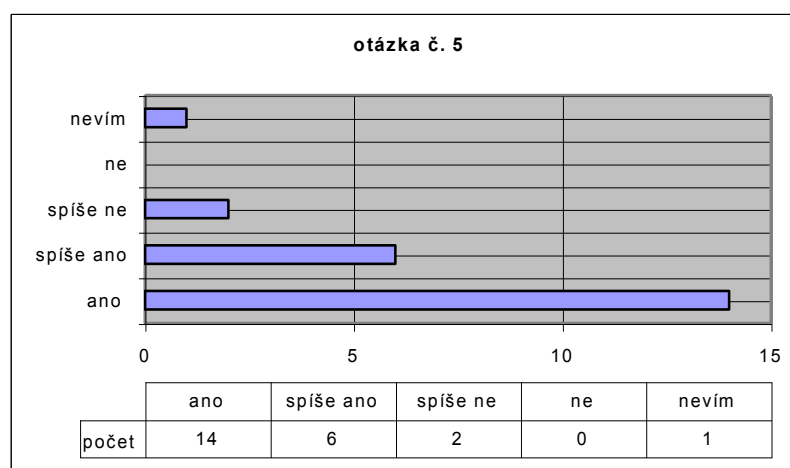
Graf č. 22 Pozitivní vnímání změn po zavedení zákona o sociálních službách

Třetí kategorie otázek je věnována volnočasovým aktivitám respondentů a trávení jejich volného času.

VP3: Předpokládáme, že respondenti jsou spokojeni s volnočasovými aktivitami v DPS Mohelnice.

Otázka č. 5: *Máte pocit, že je Vám v domově dostatečně umožněno praktikovat Vaše zájmy a koníčky, které jste provozoval(a) v minulosti?*

Mezi kladnými odpověďmi se objevily především názory, že si uživatelé v domově vyzkouší mnoho nových věcí, ke kterým by se ve svém dřívějším prostředí neměli možnost dostat. Záporné patří lidem, kteří se věnovali statkářské činnosti a tato práce jim chybí.



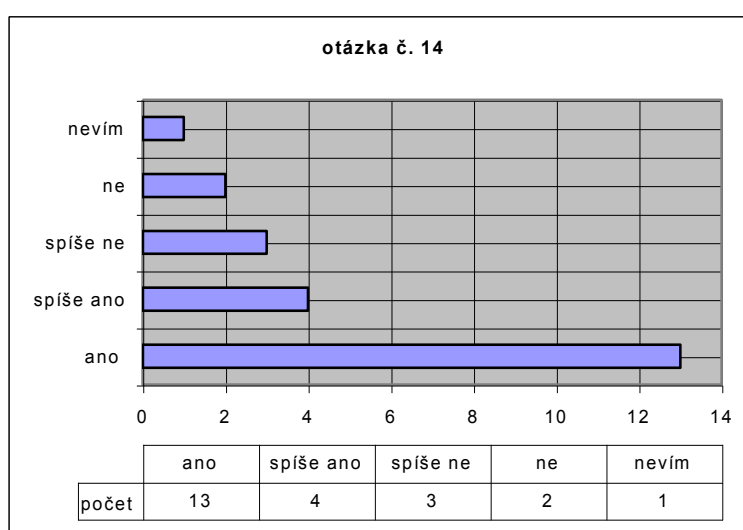
Graf č. 7. Provozování zájmů a koníčků

Otázka č. 13: *Které programy pořádané domovem se Vám líbí nejvíce?*

Otázka byla koncipována jako volná – respondenti mohli psát své názory na volnočasové aktivity pořádané domovem. Pokud nechtěli odpovídat nemuseli – 5 dotazníků nemělo tuto otázku vyplněnou. Nejčastěji se objevila odpověď: posezení při hudbě (7x), dále následovaly: odborné besedy (6), vánoční rituály a představení dětí z MŠ se objevilo 4x, všechny programy a cvičení se líbí 3 respondentům, výlety (2x) a schůzky s ředitelem a opékání buřtů vypsali do dotazníků jeden respondent.

Otázka č. 14: *Zúčastňujete se rád(a) a aktivně činností a programů pořádaných domovem?*

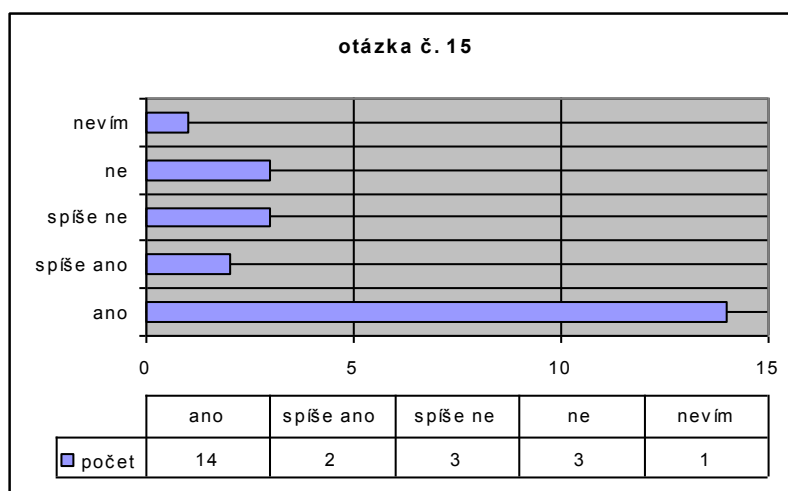
Je vidět, že i když obyvatelé mají možnost rozvíjet své schopnosti a zkušenosti v mnohých programech pořádaných domovem, stále se nacházejí jedinci, kteří s danou nabídkou nejsou spokojeni. Uživatelé mohou do pořádaných programů sami vstupovat a daná témata se přizpůsobují jejich přáním. I přes tuto možnost volby se najdou nespokojení jedinci. Převažují však kladné odpovědi, proto vedení domova neztrácí naději a vymýšlí další nové možnosti trávení volného času uživatelů.



Graf č. 15. Účast na akcích domova

Otázka č. 15: *Připadá Vám nabídka volnočasových aktivit, které máte možnost navštěvovat, dostačující?*

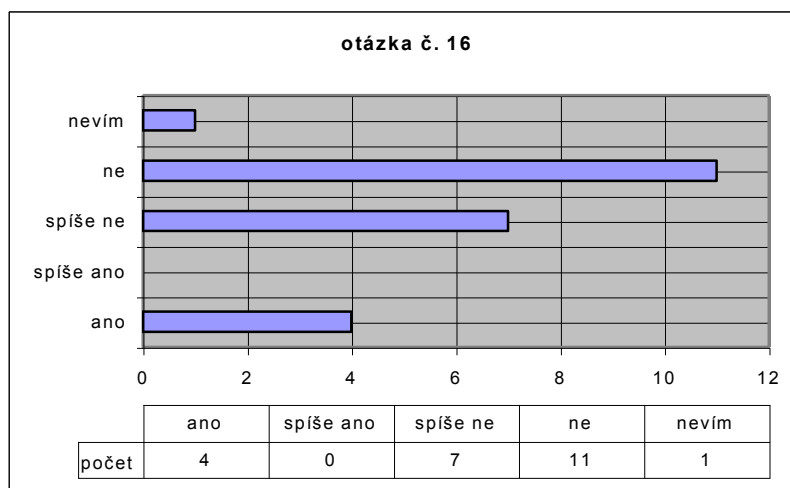
Graf souvisí s předešlou otázkou, proto i odpovědi jsou podobné. Pokud uživatelé mají zájem o některou činnost, která zatím nebyla realizována, mají možnost se domluvit s vedením. Pokud je přání uživatele reálné, vedení domova se nebrání uspořádat nové programy. Někteří uživatelé se však zdráhají vyslovit svá přání a proto není divu, že nejsou zcela spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit, které jsou v základní nabídce.



Graf č. 16. Dostatečnost nabídky volnočasových aktivit domova

Otázka č. 16: *Chybí Vám v domově kontakt se zvířaty (domácími mazlíčky)?*

Musím se přiznat, že odpovědi na tuto otázku mě velice zaskočily. Předpokládala jsem, že většině obyvatel přítel i v podobě zvířete by mohl scházet. Zvíře je přeci nejlepší přítel člověka a pomůže ulehčit nejednu těžkou životní situaci, se kterými se v pozdním věku setkáváme poměrně často. Úplnou absencí zvířat obyvatelé však netrpí. Jednou za dva týdny dochází do domova cvičení retrívři na kanisterapii, která se těší u obyvatel velké oblibě.



Graf č. 17. Absence kontaktu se zvířaty v domově

Poslední dvě otázky dotazníku se týkaly celkové spokojenosti respondentů v DPS. V otázce č. 22 hodnotili respondenti kladné položky a v otázce č. 23 položky, se kterými nejsou spokojeni.

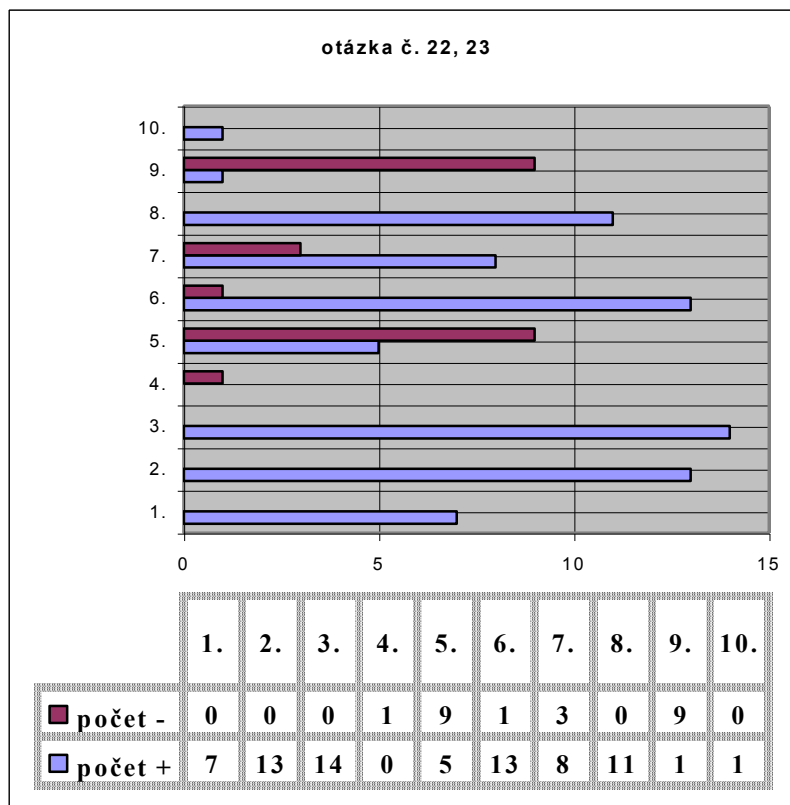
Otázka č. 22 a 23: *Co se Vám v domově líbí, s čím jste spokojen(a) a naopak co se Vám nelíbí a co byste chtěl(a) změnit?*

Respondenti měli na výběr z nabízených odpovědí a možnost napsat svůj názor. Nabízené odpovědi u obou otázek byly totožné:

1. strava
2. personál
3. ubytování
4. nedostatek soukromí
5. vztahy mezi uživateli
6. společenské akce
7. zákaz chování zvířat
8. pomoc personálu (pokud si uživatel může vykonat danou činnost sám, není pomoc potřeba)
9. nevím
10. jiná možnost

Respondenti mohli zaškrtnout více možností nebo žádnou. V případě spokojenosti můžeme konstatovat velice uspokojivé výsledky jako zpětnou vazbu pro vedení a personál domova. Mezi jinými možnostmi byly doplněny: spokojenost s umožněním mít svoji zahrádku a umožněním samostatného bydlení.

Varující v kategorii nespokojenosti je pro vedení i pro personál vnitřní klima domova, které panuje mezi uživateli. Devět respondentů odpovědělo, že jsou nespokojeni se vztahy, které mezi uživateli panují.



Graf č. 23. Spokojenost a nespokojenost s péčí a službami v domově

4.6 Závěr výzkumného šetření

Respondenti byli ve vyplňování dotazníku velice ochotní a vstřícní. Otázky byly uzavřené, ale i přes to se někteří více rozepsali a napsali svůj názor. Pozitivně hodnotilo 61 % respondentů podobnost bydlení s domovem. Velice kladně 83 % respondentů hodnotilo dostupnost nabízených služeb a především ochotu personálu. Oceňují individuální a lidský přístup ke každému z obyvatel. Jsou si vědomi skutečnosti, že v případě potřeby jim bude poskytnuta pomoc. Vyhovuje jim respektování soukromí a prostor pro individuální potřeby. S radostí vítají každou společenskou akci, která je pro ně pořádána. Velké oblibě se těší taneční večery, opékání špekáčků, koncerty, besedy, výlety.

Výzkumné předpoklady byly následující:

VP1: Předpokládáme, že většina respondentů je spokojená s ubytováním v DPS Mohelnice.

Respondenti jsou celkově spokojeni s ubytováním. Nespokojeno je jen 11 % z dotazovaných. Jejich výhrady jsou převážně k vnitřním vztahům mezi klienty. V poslední době jsou obyvatelé mezi sebou navzájem méně srdeční a otevření. Tento nelehký úkol má už svá opatření. Pořádání společenských akcí na přání obyvatel Domova, besedy atd.

VP2: Předpokládáme, že respondenti jsou spokojeni s kvalitou péče v DPS Mohelnice.

Celková spokojenost 82 % je výborná zpětná vazba pro personál. Procentuální úspěšnost by byla vyšší, ale do této kategorie jsem zařadila i otázky týkající se standardů péče kvality služeb. Těmto otázkám respondenti věnovali spíše záporné hodnocení. Tento fakt připisuji malé informovanosti uživatelů k tomuto tématu. Proto navrhuji následující opatření. Zajištění srozumitelnější informovanosti obyvatel. Nestačí jen vyvěšení na nástěnce, ale personál by se měl ujistit, zda všichni nové informace dostatečně pochopili. Návrh na zlepšení: na konci každého měsíce uspořádat besedu v vedením Domova a uživateli, kde se budou probírat případné změny. Uživatelé budou mít dostatečný prostor pro dotazy.

VP3: Předpokládáme, že respondenti jsou spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit v DPS Mohelnice.

Spokojeno s trávením volného času je 86% respondentů. Uživatelé domova mají možnost se k volnočasovým aktivitám sami vyjadřovat a vybírat si z navrhovaných možností. Nejvíce si respondenti pochvalovali posezení při hudbě (31 %), které se koná dvakrát do roka. Opatření k těmto výzkumným předpokladům nenavrhují. Myslím si, že uživatelé mají dostatek možností, jak trávit volný čas, a ten, kdo se nechce zapojovat do programů, které připravil personál DPS, má další možnosti, které připravuje samotné město Mohelnice.

ZÁVĚR

Někteří psychologové si kladou otázku „*Proč vlastně existují staří lidé? Má pro zachování rodu biologický smysl vydržovat méně zdatné jedince? Přece příroda není marnotratná, nenechá živořit reprodukčně afunkční jedince*“. Říčan (2004) na tuto otázku pokládá obsáhlou odpověď: Jací jsou staří lidé? Uvažujeme-li biologicky, všimneme si, že spotřebují méně potravy, nehodí se k lovu a boji ani k plození a rození dětí. Mohou ale konat lehčí práce a pečovat o potomstvo. Muži jsou v důsledku poklesu hormonů již méně agresivní a soutěživí, ženy přestávají být sexuálně přitažlivé. Naproti tomu mají cenné zkušenosti – ví, co se hodí k jídlu a jak je připravit, leccos dovedou a předávají tyto znalosti mladým. Staří pamatují různé mimořádné události, dovedou varovat před nerozumným jednáním, jsou nositeli tradice a osvědčených způsobů jednání. Dá se předpokládat, že právě typický vzhled, pohyby a způsob řeči starých lidí dodávají potřebnou váhu a autoritu informacím jimi sdělovaným.

Měli bychom si uvědomit, že stáří je přirozenou etapou cesty životem. V dnešní moderní době se mnoho lékařů, vědců a plastických chirurgů snaží tento fakt co nejvíce oddálit. Přírodě však člověk poručit nedokáže, a pokud není vidět stáří ze zevnějšku, zevnitř se stáří zastavit nedá. Proto bychom se měli zamyslet a připravit se na stáří jak fyzicky tak duševně. Kdo si může v dnešní multifunkční uspěchané době říci „mám či snad budu mít a chci prožít kvalitní stáří“. Kvalita má však pro každého zcela jiný význam a rozměr.

Proto jsem ráda, že výzkumné šetření, které jsem prováděla v Domově – penzionu pro seniory v Mohelnici mi byl umožněn. Tato práce není jen krok k mému budoucímu titulu, ale především vizitkou pro vedení a personál zařízení, ve kterém dotyční respondenti odpovídali.

S potěšením mohu konstatovat, že v převážné většině jsou obyvatelé s kvalitou života v zařízení spokojeni. Připomínky z jejich strany se týkají pouze vztahů, které panují mezi obyvateli a v menší míře se objevila i nespokojenost s vedením a nemožností uskutečnit nějakou změnu ze strany obyvatel Domova. Doporučení z mé strany pro personál: k otázce ohledně standardů kvality sociální péče se objevilo mnoho odpovědí „nevím“. Tuto skutečnost připisují faktu nepochopení tohoto opatření uživateli. Bližší informace o standardech by zajisté tento nedostatek u

uživatelů odstranily. Jen bych chtěla popřát obyvatelům domova spokojené a kvalitní stáří a poděkovat jim za jejich ochotu a pomoc. Poděkování patří i personálu a vedení Domova.

Musím však konstatovat, že jsem očekávala větší množství respondentů. Dotazník byl však dobrovolný, a proto jsem ráda i za 1/3 obyvatel, která mi ochotna při výzkumném šetření pomoci.

Na úplný závěr by se snad hodilo jen připomenutí: Ke starým se chovejme s úctou a respektem. Vždyť i my zestárneme a budeme potřebovat pomoc jiných. Proto budme ohleduplní a pomáhejme starým lidem.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

- BALÁŽ, V. et al. *Smrt jako součást života*. 1. vyd. Praha: NIDM, 2008.
ISBN 978-80-86784-64-9
- Council of Europe. 2001. *Recent Demographic Developments in Europe 2001*.
Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. 1. vyd. Bratislava: UK, 1998.
ISBN 80-223-1206-1.
- GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: JUZF, 1998.
ISBN 80-7040-286.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 1993.
ISBN 80-7178-803.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990.
ISBN 80-7038-158-2.
- HRABOVSKÁ, P. *Kvalita života seniorů*. Brno: MU, 2006. Diplomová práce.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: OU ZSF, 2006.
ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada 2004.
ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatric*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997.
ISBN 80-7174-366-0.
- Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Mikroregionu Mohelnicko*. Městský úřad
Mohelnice, 2006.
- KELLER, J. *Úvod do sociologie*. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-25-7.
- Komunitní plán sociálních služeb na Mohelnicku 2007 – 2009*.
- KOVÁČ, D. K pojmo-logike kvality života. *ČS Psychologie*, 2004, č. 5, s. 460-464.
- KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *ČS
Psychologie*, 2001, č.1, s. 34-43.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.
ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál 2001.
ISBN 80-7178-551-2.
- MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický
slovník I., II*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1.

- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P. (ed.) *Schola gerontologica*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
- PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- ŠOLCOVÁ, I. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. Kvalita života - Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
- TOKÁROVÁ, A. (ed.). *Sociální práce. Kapitoly z dějin, teorie a metodiky sociální práce*. Prešov: FF PU, 2002. ISBN 80-8068-086-8.
- United Nations. 2001. *World Population Prospects. The 2000 Revision. Volume I: Comprehensive Tables*. New York: United Nations.
- VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- VYHLÁŠKA č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení
- ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- ZÁKON č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.
- ZÁKON č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách

Elektronický záznam:

DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *ANALÝZA: perspektivy populačního stárnutí v Evropě.* Dostupné na:

[http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201] citováno dne: 2. 3. 2011.

DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Stárnutí.* Dostupné na: [http://www.demografie.info/?cz_starnuti=] citováno dne: 22. 3. 2011

DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Stárnutí – vývoj.* Dostupné na: [http://www.demografie.info/?cz_demstarnutivyvoj] citováno dne: 22. 3. 2011.

MĚSTO MOHELNICE. *Domov pro seniory – pečovatelská služba Mohelnice.* Dostupné na: [<http://www.mu-mohelnice.cz/domovy-duchodcu/penzion.html>] citováno dne: 14. 5. 2011.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří).* Dostupné na: [<http://www.mpsv.cz/cs/5045>] citováno dne 4. 6. 2011.

OSOBNÍ ASISTENCE. *Komentář k zákonu o sociálních službách.* Dostupné na: [<http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=5&detail=2>] citováno dne: 14. 5. 2011.

SANQUIS. *Stárnutí a stáří v 21. století.* Dostupné na: [<http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art3261>] citováno dne: 22. 3. 2011.

SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *Demografické souvislosti stárnutí.* Dostupné na: [http://www.cvvm.cas.cz/upl/nase_spolecnost/100067s_Starnuti.pdf] citováno dne 12. 2. 2011.

SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *Stárnutí společnosti.* Dostupné na: [<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=250&lst=108>] citováno dne: 22. 3. 2011.

WIKIPEDIA *Stáří.* Dostupné na: [<http://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1%C5%99%C3%AD>] citováno dne 12. 2. 2011.

TOPOGRAF *Olomoucký kraj.* Dostupné na: [<http://spravnimapa.topograf.cz/olomoucky-kraj>] citováno dne 14. 5. 2011.

MĚSTO MOHELNICE *Základní informace.* Dostupné na: [<http://www.mu-mohelnice.cz/zakladni-informace/d-76297/p1=78449>] citováno dne 18. 5. 2011.

PŘÍLOHY

1. Podmínky pro splnění nároku na starobní důchod.
2. Dotazník.
3. Žádost o umístění do Domova pro seniory, Žádost o umístění do Domova s pečovatelskou službou.

Příloha 1 - Podmínky pro splnění nároku na starobní důchod

1. Pojištěnec má nárok na starobní důchod, jestliže získal dobu pojištění nejméně

- 25 let a dosáhl aspoň věku potřebného pro vznik nároku na starobní důchod (dále jen „důchodový věk“) před rokem 2010,
- 26 let a dosáhl důchodového věku v roce 2010,
- 27 let a dosáhl důchodového věku v roce 2011,
- 28 let a dosáhl důchodového věku v roce 2012,
- 29 let a dosáhl důchodového věku v roce 2013,
- 30 let a dosáhl důchodového věku v roce 2014,
- 31 let a dosáhl důchodového věku v roce 2015,
- 32 let a dosáhl důchodového věku v roce 2016,
- 33 let a dosáhl důchodového věku v roce 2017,
- 34 let a dosáhl důchodového věku v roce 2018,
- 35 let a dosáhl důchodového věku po roce 2018.

2. Pojištěnec má nárok na starobní důchod, pokud nesplnil podmínky uvedené pod bodem 1., také tehdy, jestliže získal dobu pojištění nejméně

- 15 let a dosáhl před rokem 2010 věku aspoň 65 let,
- 16 let a dosáhl v roce 2010 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
- 17 let a dosáhl v roce 2011 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
- 18 let a dosáhl v roce 2012 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
- 19 let a dosáhl v roce 2013 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
- 20 let a dosáhl po roce 2013 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození.

Příloha 2 - Dotazník

1. pohlaví

- muž
- žena

2. věk

- méně než 65 let
- 65 – 74 let
- 75 – 84 let
- Více než 85 let

3. Jakou dobu pobýváte v zařízení?

- Méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- Více než 5 let

4. Připomíná Vám alespoň částečně pobyt v domově pro seniory bydlení ve Vašem původním prostředí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

5. Máte pocit, že je Vám v domově dostatečně umožněno praktikovat Vaše zájmy a koníčky, které jste provozoval (a) v minulosti?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

6. Daří se Vám udržovat úzké vztahy a kontakty s Vaší rodinou, přáteli, sousedy či známými stejně, jako před nástupem do domova?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

7. Našel (a) jste si mezi ostatními klienty domova nové přátele či nějakou spřízněnou duši?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

8. Naplnily se Vaše představy (očekávání) o pobytu v domově pro seniory?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

9. Jste spokojen (a) s kvalitou ošetrovatelské péče v domově?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

10. Jste spokojen (a) s úrovní ubytování v domově?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

11. Jste spokojen (a) s kvalitou stravování v domově?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

12. Jste spokojen (a) s prací personálu, který se o Vás stará?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

13. které programy pořádané domovem se vám líbí nejvíce?

- (otevřená otázka)

14. Zúčastňujete se rád (a) a aktivně činností a programů pořádaných domovem?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

15. Připadá Vám nabídka volnočasových aktivit, které máte možnost v navštěvovat dostačující?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

16. Chybí Vám v domově kontakt se zvířaty (domácími mazlíčky)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

17. Máte pocit, že jsou dostatečně uspokojovány Vaše individuální potřeby?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

18. Jste spokojen (a) s vedením a organizací v domově?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

19. Máte pocit, že jste dostatečně a včas informován (a) o změnách probíhajících v interních záležitostech domova?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

20. Všiml (a) jste si některých změn v souvislosti se zvyšováním kvality poskytované péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

21. Vnímáte zavedení zákona o sociálních službách, a s tím spojené změny, spíše pozitivně?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

22. Co se Vám v domově líbí, s čím jste spokojen (a)?

- Strava
- Personál
- Ubytování
- Nedostatek soukromí
- Vztahy mezi klienty
- Společenské akce
- Zákaz chování zvířat

- Pomoc personálu – (pokud si klient může vykonat činnost sám, není pomoc potřebná)
- Vše OK
- Nevím
- Jiná možnost _____

23. Co se Vám naopak nelíbí nebo byste chtěl (a) změnit?

- Strava
- Personál
- Ubytování
- Nedostatek soukromí
- Vztahy mezi klienty
- Společenské akce
- Zákaz chování zvířat
- Pomoc personálu – (pokud si klient může vykonat činnost sám, není pomoc potřebná)
- Nevím
- Jiná možnost _____

Příloha 3. Žádost o umístění do Domova pro seniory, Žádost o umístění do Domova s pečovatelskou službou.

**Žádost o umístění do Domova pro seniory.
Žádost o umístění do Domova s pečovatelskou službou.**

Vyplňuje úřad:
Podací razítko:

Jméno a příjmení žadatele	
Datum narození a místo	
Rodné číslo:	
Adresa bydliště	
Státní příslušnost , národnost + rodinný stav	
Výše a druh důchodu (nutno doložit kopii výměru)	

- Osoby žijící s žadatelem ve společné domácnosti: manžel(ka), děti, vnuci, zet' a snacha

Jméno a příjmení	
Příbuzenský poměr	
Rok narození	
Rodinný stav	
Zaměstnaní	

-manželka ,dětí, vnuci, zet'ové a snachy bydlící mimo společnou domácnost

Jméno a příjmení	
Příbuzenský poměr	
Rok narození	
Rodinný stav	
Zaměstnaní	
Adresa	
Telefon	

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Draplová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Kvalita života seniorů v Domově pro seniory-pečovatelská služba Mohelnice
Název v angličtině:	Quality of life of seniors in a home for senior-care services Mohelnice
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života v Domově pro seniory v Mohelnici. Práce je rozdělena do čtyř částí. První část je zaměřena na teoretické pojetí stáří a stárnutí i na celosvětový problém demografického stárnutí. Ve druhé části je popsán pojem „kvalita života“ a faktory, které kvalitu života ovlivňují. Třetí část bude věnována sociálnímu systému v péči o seniory v ČR.</p> <p>V empirické části je blíže popsáno samotné zařízení. Výzkumným šetřením pomocí strukturovaného dotazníku jsem zjišťovala kvalitu života seniorů v DPS.</p>
Klíčová slova:	Demografické stárnutí, domov pro seniory, kvalita života, příprava na stáří, přístupy ke kvalitě života, senior, služby pro seniory, sociální služby, stárnutí, stárnutí populace, stáří.
Anotace v angličtině:	<p>The thesis is focused on quality of life in the home for seniors in Mohelnice. The work is divided into four parts. The first part focuses on the theoretical concept of old age and aging as well as the global problem of demographic aging. In the second section describes the concept of "quality of life" and factors that affect quality of life. The third part will be devoted to the social system in the care of the elderly in the Czech Republic.</p> <p>In the empirical part is described in the device itself. Research survey using a structured questionnaire, I found the quality of life of seniors for the elderly.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Demography of aging, home for the elderly, the quality of life, preparation for old age, attitudes towards duality of life, the senior, services for seniors, social services, aging, aging population, the old age.
Přílohy vázané v práci:	3 přílohy
Rozsah práce:	83 stran + 9 stran příloh
Jazyk práce:	Český

