

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Tereza Blechová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Kvalita života seniorů v domovech pro
seniory**

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

V Praze dne 10. 4. 2019

Bc. Tereza Blechová

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Andree Preisové Krejčí, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Další poděkování patří personálu a uživatelům Domova pro seniory Černožice a Domova pro seniory Chodov za jejich vstřícnost a spolupráci. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mě během tvorby práce velmi podporovala.

OBSAH

ÚVOD	6
1 FENOMÉN STÁŘÍ	8
1.1 Charakteristika stáří a stárnutí.....	8
1.2 Periodizace stáří	9
1.3 Psychologie stáří	10
1.4 Tělesné, psychické a sociální změny ve stáří.....	11
1.5 Potřeby ve stáří.....	13
1.6 Příprava na stárnutí	15
2 KVALITA ŽIVOTA	18
2.1 Charakteristika kvality života	18
2.2 Metody a nástroje měření kvality života.....	21
2.3 Kvalita života v oboru ošetrovatelství.....	23
3 SYSTÉM PÉČE O SENIORY	26
3.1 Historický vývoj péče o seniory.....	26
3.2 Vymezení sociálních služeb po seniory	27
3.3 Charakteristika domova pro seniory	28
4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY	30
4.1 Vymezení kvality života v domovech pro seniory.....	30
4.2 Ošetrovatelský proces v pobytových sociálních službách	31
4.3 Kvalita ošetrovatelské péče v domovech pro seniory a její náročnost.....	34
4.4 Volnočasové a aktivizační programy pro seniory	36
4.4.1 Ergoterapie.....	38
4.4.2 Muzikoterapie	39
4.4.3 Pohybové aktivity	39
4.4.4 Arteterapie	39
5 VÝZKUMNÁ ČÁST	40
5.1 Cíl výzkumu	40
5.2 Výzkumné předpoklady a hypotézy.....	41
5.3 Metodologie výzkumu	41
5.3.1 Kvalitativní výzkum	42
5.3.2 Kvantitativní výzkum	42
5.4 Metody výběru výzkumného vzorku	43

5.4.1	Výběr výzkumného vzorku u rozhovorů	43
5.4.2	Výběr výzkumného vzorku u dotazníkového šetření	44
5.5	Technika získávání dat	47
5.5.1	Dotazníkové šetření	47
5.5.2	Polostrukturovaný rozhovor	47
5.6	Organizace sběru dat	48
5.7	Metody analýzy a interpretace dat	48
5.8	Vyhodnocení rozhovorů	50
5.8.1	Rodina a senior	50
5.8.2	Život seniora v domově pro seniory	52
5.8.3	Kvalita péče v domově pro seniory	58
5.9	Vyhodnocení dotazníkového šetření	61
5.10	Verifikace stanovených hypotéz	72
6	SHRNUTÍ VÝZKUMU A DISKUZE	76
	ZÁVĚR	82
	SOUHRN	84
	SUMMARY	85
	SEZNAM LITERATURY	86
	SEZNAM ZKRATEK, GRAFŮ A TABULEK	92
	SEZNAM PŘÍLOH	94
	PŘÍLOHA	95
	ANOTACE	101

ÚVOD

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“

(Johann Wolfgang Goethe)

Stáří je nedílnou součástí života a dříve nebo později se bude muset jedinec s tímto obdobím vypořádávat. Stáří však není nemoc. Jsou lidé, jež stárnou s přehledem a bez větších komplikací. Avšak jsou i lidé, kteří nevnímají stáří příliš pozitivně, což se projevuje nejen na jejich psychickém, ale také zdravotním stavu. Samozřejmě každý nemá takové štěstí prožít klidné stáří v kruhu rodiny a musí prožít stáří v zařízení k tomu určenému. Umístění seniora do domova pro seniory je dnes velmi diskutované téma. Tato problematika má mnoho zastánců, ale také mnoho odpůrců. Je vůbec možné, aby rodina zajistila plnohodnotnou péči pro seniory s podlomeným zdravím? Není lepší jej umístit někde, kde se mu budou věnovat pravidelně a budou schopni mu poskytovat plnohodnotnou péči? Ovšem je vždy poskytovaná péče v takovém zařízení adekvátní?

Kvalita péče v domově pro seniory je dnes rovněž ožehavé téma. Když se již musí rodina rozhodnout a umístit seniora mimo rodinný kruh, je nutné mu nejen zajistit každodenní péči, ale rovněž kvalitní služby. Pojem kvalita je v posledních letech významným aspektem nejen v péči o seniory, ale obecně v celé společnosti. Vzhledem k tomu, že nyní dochází k prodlužování délky života, dochází ke zhoršení kvality života a je nutné s touto situací dále pracovat a kvalitu života seniorů udržet na co nejvyšší úrovni. To byl právě důvod, proč se tomuto tématu dále věnuji v níže předloženém textu.

Cílem této diplomové práce bude zmapovat fenomén stáří a kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Práce bude rozdělena na 2 části, a to teoretickou část a část praktickou. Teoretická část bude vymezovat základní teoretická východiska týkající se pojmu senior, stáří a kvalita života. Součástí této části rovněž bude zmapování systému péče o seniory a kvalitu života seniorů v domově pro seniory. Tato kapitola bude obsahovat nejen vymezení kvality péče přímo v domovech pro seniory, ale také kompletní ošetrovatelský proces.

Cílem výzkumné části bude zmapovat názory na kvalitu života ve vybraných domovech pro seniory nejen z pohledu samotných seniorů, ale také z pohledu zdravotnického personálu. Hlavním smyslem výzkumné části bude zejména zmapovat názory seniorů na kvalitu poskytované péče v domově pro seniory, ve kterém pobývají.

Tyto názory budou rovněž doplněné o názory zdravotnického personálu, který v domovech pro seniory pracuje a zajišťuje tak kvalitní péči pro seniory. Data budou získávána pomocí dotazníkového šetření s ošetřujícím personálem a také prostřednictvím rozhovorů se samotnými seniory ve vybraných domovech pro seniory.

1 FENOMÉN STÁŘÍ

Stáří je nedílnou součástí života a postihne každého z nás. Tak jako každé vývojové období v životě člověka, rovněž stáří dává určité možnosti a také jedince v určitých věcech omezuje. Obecně je však stáří vnímáno negativně. Stáří ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka, ale také jeho psychiku a přináší sociální změny. Také potřeby jedince se během stáří mění. Co si tedy představit pod pojmem stáří a co je pro něj typické? To bude uvedeno v následujícím textu.

1.1 Charakteristika stáří a stárnutí

Stárnutí (senescence) zahrnuje změny ve struktuře a funkcích organismu projevující se výkonnostním poklesem jedince a jeho zvýšenou zranitelností. Stárnutí probíhá nerovnoměrně, což znamená, že přicházející změny jsou synchronizované a individuální. Mezi dospělostí a stářím stárnutí vytváří přechodnou vývojovou periodu. Samotné stáří (senium) a jeho vymezení je nesnadné, a to především díky jeho intraindividuální variabilitě. Je to poslední fáze lidské ontogeneze, ve které se výrazněji projevují involuční změny, a zhoršuje se odolnost organismu. Snižuje se i adaptační schopnost, a to po stránce biologické i psychosociální. Počátek snižování tělesných funkcí nepřichází až ve stáří, ale je odstartováno po třicátém věku života, kdy dochází k úbytku funkčnosti orgánových soustav 0,8 % až 1 % za jeden rok (Dvořáčková, 2012).

V současné době existuje celá řada definic, jež vymezují pojem stáří a stárnutí. Langmajer a Krejčíková (1998, str. 184) definují stárnutí, jako „*Pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince.*“

Stáří je projev geneticky podmíněných involučních procesů, které ovlivňují i další faktory jako především onemocnění, životní styl a podmínky. Také v tomto období přicházejí významné sociální změny, kterými je např. odchod do penze, smrt partnera nebo vrstevníků, zhoršení ekonomické situace (Dvořáčková, 2012).

Dle Kalvacha a Onderkové (2006, s. 7) lze stáří vymezit následovně: „*Stáří je obecným označením posledních fází ontogeneze, v nichž se nápadněji projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním odolnosti organismu.*“

Dle Tošnerové (2002, str. 14-15) je „*stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se našeho fyzického*

vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života. Změny jsou většinou z nás vnímány jako ztráty, protože nás nutí vzdát se řady situací, přijmout nové role a poradit si s omezenějšími schopnostmi.“

Další autoři, kteří se zabývají problematikou stárnutí a stáří, se shodují na tom, že stáří je konečnou etapou života a také jde o vývojové období, kdežto stárnutí je fyziologický proces, kterému se nikdo nemůže vyhnout. Stárnutí je proces, jenž přichází kontinuálně a jedná se o nevratný proces změn. Jedná se o velmi individuální proces, který se projevuje úbytkem sil, energie a také zdraví. Každý jedinec se všem změnám, které stáří přináší, přizpůsobuje odlišně a jedná se o zcela individuální záležitost. Na stárnutí mají vliv nejen genetický dispozice, ale také prostředí, v němž člověk žije (Příbyl, 2015).

Dle autora Příbyla (2005, s. 13) lze vymezit pojem senior jako: „...odborné označení starého člověka. Je to termín, který je emočně neutrální a lze jím označit člověka v průběhu celého senia bez ohledu na míru soběstačnosti.“

Proces stárnutí ovlivňují vnější a vnitřní faktory. Mezi vnitřní faktory patří genetická výbava, tělesná onemocnění a psychické poruchy a psychická výbava jedince. Vnější faktory, které ovlivňující stárnutí jsou faktory fyzikální (klíma, životní a pracovní prostředí), chemické (plicní a kožní komplikace), a sociální (způsob a kvalita bydlení, vzdělání, rodinné zázemí, finanční zabezpečení) (Příbyl, 2015).

1.2 Periodizace stáří

Na to, jak můžeme stáří rozdělit, tedy periodizovat, panuje mnoho názorů. Mezinárodně uznávané rozdělení vytvořili pracovníci Světové zdravotnické organizace (WHO), kteří dělí stáří na:

- 60-74 let: rané stáří,
- 75-89 let: vlastní stáří,
- 90 a více let: období dlouhověkosti (Černý, 2008).

Příhodova Ontogeneze lidské psychiky poslední fázi lidského života nazývá senium a to dělí do tří kategorií:

- 60-75 let: senescence,
- 75-90 let: kmetství,
- 90 a více let: patriarchium (Šimíčková-Čížková, 2010).

Nakonečný (1993, in Šimíčková-Čížková, 2010) rozdělil stáří do dvou etap:

- 60-75 let: počáteční stáří,
- 75 a více let: pokročilé stáří.

Dle Holmerové, Juráškové a Zikmundové (2007, s. 27) začíná stáří z hlediska nejen lékařského nebo demografického ve věku 65 let. Dle nich lze rozdělit jednotlivé etapy v rámci této životní fáze následovně:

- 60-74 let: počínající stáří,
 - 75-89 let: vlastní stáří,
 - Více než 60 let: dlouhověkost.
-
- 65-74 let: mladí senioři,
 - 75-84 let: staří senioři,
 - Více než 85 let: velmi staří senioři.

Dle výše uvedených zástupců lze usoudit, že i přes to, že lze stařecký věk rozdělit různým způsobem, z psychologického aspektu považujeme za starého člověka toho, který je starší 60 let.

1.3 Psychologie stáří

Je příliš ukvapené, pokud chceme charakterizovat stáří jako úbytek sil. Popsat povahové rysy seniorů není zcela jednoduché, a to především proto, že každý senior měl jinou životní cestu. Často se ukvapujeme v tom, že některé vlastnosti seniora připisujeme stáří nikoliv osobním zkušenostem jednotlivce. Každá následující životní etapa je ovlivněna tím, co jsme již prožili. Vlastnosti, které jsou pro jedince typické, se s věkem zvýrazňují. Říkáme tomu, že stáří karikuje povahu. Jinak řečeno ten, kdo byl v mládí šetřivý, je ve stáří lakomý, ten, kdo se rád v mládí s lidmi dohadoval, se ve stáří mění v nesnášenlivého a vztahovačného jedince, a tak bychom mohli pokračovat dále (Haškovcová, 2010).

Součástí vývojové psychologie je gerontopsychologie nebo také gerontologická psychologie, která studuje psychické změny v průběhu stárnutí a samotného stáří. Tato problematika poslední fáze ontogeneze lidské psychiky se zkoumá společně s ostatními fázemi lidského vývoje. Tato věda se zabývá především tím, jak udržet duševní

zdraví stárnoucího člověka, jak se připravit na příchod involučních procesů, které vyplývají z fyziologických a psychických změn, a to ve spolupráci s biologickými a sociálními vědami. Stárnutí se odehrává během celého života a má endogenně i exogenně působící faktory. Tento proces ovšem nabírá po šedesátém věku života na rychlosti. Gerontopsychologie rozlišuje normální stárnutí a stárnutí předčasné, které je důsledkem poruchy v biologickém vývoji nebo může být způsobeno neúměrným a dlouhodobým přetěžováním organismu. To, jak rychle budeme stárnout, je dáno genetickými a biologickými změnami, ale také psychickými a sociálními změnami (Šimíčková - Čížková, 2010).

Předmětem odborného zájmu se psychologické aspekty stáří staly až ve 20. století. Vzhledem k postupnému stárnutí organismu je velmi těžké je metodicky vymezit. S narůstajícím věkem klesá vitalita, a to s sebou přináší zpomalení psychomotorického tempa, do kterého můžeme zahrnout pomalejší řeč, nižší frekvenci a zmírnění gest. Psychologie se zajímá také o častější zapomnětlivost, která ovšem není problémem pouze stárnoucího jedince, ale může postihnout i mladého člověka. Nemůžeme ale popřít, že ve stáří pravidelně dochází k snížení vstřípivosti a výbavnosti. Se změnou paměti ve stáří se vyskytují i určité paradoxy. Senior si pamatuje na zážitky z dětství, vyjmenuje jména učitelů i spolužáků na základní škole, ale pokud si mají vzpomenout na to, co měli k obědu nebo dělali předešlý den, tak se jim to mnohdy nepodaří. Toto známe z běžného kontaktu s našimi prarodiči, mnohem méně, ale známe fakt, že se ve stáří zvyšuje zájem o historii a všeobecné dění. Po padesátém věku života se začíná objevovat tzv. stereotypie úsudku, tedy myšlení a jednání v ověřených schématech. U seniorů se také projevuje typicky konzervativní chování. S přibývajícím věkem klesá soběstačnost člověka, a to i psychická. Tomu úměrná je závislost na druhých a schopnost přijmout pomoc od druhého člověka, je pro mnohé seniory ponižující. Senior nechce být druhým neobtěž nebo dbá na absolutní soběstačnost (Haškovcová, 2010).

1.4 Tělesné, psychické a sociální změny ve stáří

Mezi tělesné projevy stáří, kterých si můžeme všimnout, patří snižování tělesné výšky. Ve většině případů se u starých lidí zvyšuje tělesná hmotnost. Mění se také postoj a chůze, dále seniorům ubývá svalová hmota a celková síla. K tělesným projevům patří také involuční změny zrakového, sluchového, chuťového i čichového ústrojí. Jsou to

změny akomodace čočky, senior ztrácí sluchovou ostrost pro vysoké tóny, významně se snižuje i chuť a čich (Kalvach, 2004).

Pacovský (1994) popsal některé somatické změny, kterými například jsou:

- změna imunitních mechanismů,
- změny v tvorbě a působení hormonů,
- zpomalení vedení nervových vzruchů,
- zhoršení smyslů,
- úbytek funkce většiny orgánů,
- úbytek svalové hmoty a svalové síly,
- úbytek kostní hmoty.

Změny v psychice jedince jsou vedle změn fyzických druhým nejdůležitějším důvodem k nutnosti zajistit asistenci či jinou formu péče ze strany druhých osob. Psychické změny jedince jsou dány nejen biologicky, ale také psychosociálními jevy. Ve stáří dochází ke změnám regulačních procesů vedoucích k proměnám v oblasti emočního prožívání a reaktivity, stejně jako k proměnám volných vlastností jednotlivce (Heller, 2014).

Mezi zásadní změny seniorů po psychické stránce se řadí zejména:

- zdůraznění opatrnosti,
- větší nerozhodnost,
- pedanterie,
- bázlivost či dokonce úzkost,
- egocentrické jednání,
- podezíravost vůči okolí,
- vztahovačnost jedince.

Stárnutí je velmi často spojeno se změnou osobnosti a to tak, že se ve stáří více projevují negativní vlastnosti jedince. Je nutné umět odlišit problematické chování od duševních či tělesných poruch. Charakteristickým znakem seniorské psychiky jsou sestupné změny psychické povahy jako např. pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti a všípivosti. Na druhou stranu se mohou u seniorů vyskytnout vzestupné změny psychické povahy, kterými jsou zvýšená tolerance k druhým, vyšší vytrvalost a trpělivost. Jazykové znalosti, slovní zásoba a intelektuál patří

mezi psychické funkce, které zůstávají neměnné. Horší adaptaci na nové prostředí způsobují psychické změny společně se sociálními změnami (Dvořáčková, 2012).

S narůstajícím věkem přichází období různých sociálních změn. Po dosažení určitého věku a splnění daných podmínek následuje odchod do penze a s tím spojené pobírání starobního důchodu. V tento okamžik se často mění ekonomická situace jedince. K sociální izolaci a pocitu osamocení nedochází pouze odchodem ze zaměstnání, ale také to může být smrt partnera (Žumárová, 2012).

Autorka Dvořáčková (2012) předpokládá, že sociální situace seniorů bude daná úrovní připravenosti na změny spojené s dynamickým vývojem ve všech oblastech během posledních desetiletí. Na základě chronologického věku jsou seniori definováni jako homogenní skupina, a tak dochází k potlačování rozdílů mezi jednotlivci a skupinami. Definice věkové normy, která souvisí s chováním, jednáním a vzájemnými interakcemi jedinců, obsahuje vhodné a akceptovatelné chování seniorů pro určitý věk a životní fázi. Společenská role seniorů se mění a s ní i jejich společenský statut. Tato role souvisí s vývojem a změnami, které probíhají ve společnosti a jejím postoji ke stáří.

S odchodem do penze mnoho lidí ztrácí společenskou roli a tím se dostává do situace závislosti, což v moderní společnosti není vhodné. Moderní společnost se totiž snaží vést člověka po celý život k nezávislosti. Na řešení tohoto problému existují dva modely. První říká, že pokud nemá člověk nějaké zdravotní problémy, má zůstat po všech stánkách plně aktivní. Tento model se nazývá „Teorie aktivity“. Druhou teorií je „Teorie stažení“, která nás nabádá k včasné přípravě na odchod do penze, který nemá být výsledkem sociálního tlaku nýbrž vlastním rozhodnutím a součástí přirozeného vývoje osobnosti (Pacovský, 1990).

1.5 Potřeby ve stáří

Každá lidská bytost má své potřeby, které si sama uspokojujeme, dokud je to jen možné. I staří lidé mají své potřeby, ale na rozdíl od mladých lidí, jim s jejich uspokojováním musí často někdo pomáhat, a to především ve vyšším věku, kdy přestávají být soběstační. Proto se v další části budu věnovat lidským potřebám obecně, ale především se zaměřím na potřeby seniorů.

Trachtová (2001) popisuje potřebu jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je nežádoucí.

Autoři Pichaud, Thareau (1998) nevnímají potřebu jen jako něco, co člověku chybí, ale jedná se především o něco, k čemu člověk skrz potřebu směřuje.

Maslowova teorie motivace říká, že bychom se měli zaměřit především na cíle nikoliv na prostředky vedoucí k dosažení potřeb, a to především proto, že prostředky mohou být kulturně specifické, zatímco cíle jsou univerzální (Dvořáčková, 2012).

To, jestli se nám daří uspokojovat naše potřeby, zcela zásadně ovlivňuje veškerou naši psychickou činnost a podílí se na vzorci našeho chování. Potřeby jsou základním motivem k udržení vnitřní rovnováhy organismu i rovnováhy organismu a vnějšího prostředí. Nejsou odrazem jen našeho vztahu k sobě samému, k životu, k prostředí, ale také odrazem nároků prostředí na člověka. Potřeby nás směřují a posouvají k dalším lidem, předmětům a činnostem. Způsob uspokojování našich potřeb je zcela individuální. Jejich výsledkem je interakce hodnot, racionálního a emočního rozhodování. Potřeby nevznikají samostatně, ale navzájem se ovlivňují. Během lidského života doznávají naše potřeby změn (Příbyl, 2015).

Tak jak jsem již napsala, že každý má své potřeby, mají i senioři své potřeby, které se ovšem s narůstajícím věkem a přibývajícimi změnami funkčního potenciálu a sociálního statusu mohou podléhat změnám v subjektivním vnímání důležitosti potřeb. Asi nejznámějším autorem, který popsal a rozdělil lidské potřeby do pěti kategorií je americký psycholog Abraham Maslow, který vytvořil tzv. Maslowovu teorii lidských potřeb.

Základnu této pyramidy tvoří fyziologické potřeby (potřeba dýchání, vody, spánku, příjem potravy, vylučování, vyměšování atd.). Nad základnou je umístěna potřeba bezpečí a jistoty (jistota rodiny, zaměstnání, zdraví atd.). V prostřední části pyramidy nalezneme potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti (partnerský vztah, přátelství, aj.). Pokud máme naplněné všechny tyto tři části pyramidy, cítíme potřebu úcty a uznání. Poslední části Maslowovy pyramidy lidských potřeb a zároveň jejím vrcholem je potřeba seberealizace (přijmutí sama sebe, řešení konfliktů, problémů atd.) (Thielke, 2012).

Autoři Pichaud a Thareau (1998) tuto teorii upravili tak, aby odpovídala potřebám lidí ve stáří. V této upravené teorii řadí stejně jako Maslow mezi základní potřeby fyziologické potřeby. Pokud nedochází k uspokojování některé z fyziologických potřeb, dochází ke změnám celkového zdravotního stavu starého člověka. S přítomností nemoci nebo s úbytkem sil narůstá u seniorů i potřeba bezpečí. Sociální potřeby by staří lidé měli naplňovat komunikací, sociálními kontakty a sounáležitostí, to dodá seniorovi pocit, že není sám. Mimo rodiny a přátel mohou pomoci tuto potřebu naplňovat i sociální

a zdravotničtí pracovníci. Možnost mít svobodné rozhodování o svém životě uspokojuje potřebu autonomie. Staří lidé tuto potřebu vnímají především jako schopnost zvládat každodenní činnosti. Součástí této potřeby je pocit uznání a užitečnosti. Na vrcholu pyramidy pak stojí potřeba seberealizace. K této potřebě neodmyslitelně patří rozvoj činnosti a nalezení smyslu života. Proto by měli senioři zůstat co nejdéle aktivní, vyhledávat si aktivity, kterými zaplní volný čas.

1.6 Příprava na stárnutí

Příprava na stáří není záležitostí pouze dnešní doby. Již v minulosti měli lidé potřebu připravit se konečnou fází života a uvědomovali si, jak důležité je připravit se na stáří. Hippokrates zastával názor, že pokud lidé jedí střídavě a tělesně cvičí, dožijí se vysokého věku. Platón říkal, že způsob života ve středním věku ovlivňuje kvalitu stárnutí. Kládl důraz především na to, že pokud se člověk chce dobře vypořádat se stárnutím a stářím musí se během života být schopen dobře adaptovat a být dobré mysli (Grubnerová, 1998).

V dnešní době je příprava na stárnutí populace a proměna věkové struktury společnosti výzvou pro celou společnost a její hodnoty. Aby společnost byla prosperující a zachovala si soudružnost i v situaci velkých demografických změn je potřebný celostní přístup k systému veřejné politiky a jejich nastavení. V roce 2015 vzniklo samostatné oddělení politiky stárnutí při Ministerstvu práce a sociálních věcí (MPSV). V České republice je problematika stárnutí dlouhodobě redukována hlavně na problematiku důchodového systému. To je ale nedostačující. Výsledkem práce politiky stárnutí je Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí. Tento program navrhuje priority a oblasti, které povedou ke zvýšení kvality života ve stáří a správného řešení problematiky stárnutí obyvatelstva:

- aktivní stárnutí,
- vstřícné prostředí a komunita ke stáří,
- lepší zdraví a zdravotní péče ve stáří,
- podpora rodiny a pečovatелů,
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv (mpsv.cz, 2008).

I přes to, že si každý uvědomuje, že nás stáří jednou doběhne, málo kdo se na toto období připravuje. Teorie, která se touto problematikou zabývá, je teorie výchovy

a vzdělávání ke stáří a nazývá se gerontagogika, která je zvláštní oblast gerontologie. Každý z nás by měl být odpovědný za své stáří a příprava na stáří by měla být celoživotním programem, který bude široce pojatý. Tuto přípravu rozdělujeme do tří fází. První fáze je dlouhodobá, tedy celoživotní, druhá fáze je střednědobá a ta začíná přibližně ve 45 letech a poslední fáze je krátkodobá. O té hovoříme 2 až 3 roky před odchodem do penze (Dvořáčková, 2012).

V dlouhodobé přípravě na stáří hraje důležitou roli výchova k harmonickému a smysluplnému životu, ke společenské aktivitě, rozvoji osobních zájmů a tvořivé činnosti. Velmi podstatnou roli v dlouhodobé přípravě hraje i snaha o stabilní rodinné vztahy. Pozitivním obrazem stáří můžeme posilovat citovou vazbou prarodičů s vnoučaty. V tomto vztahu je také dobré, pokud se vnoučata zapojí do péče o prarodiče, kteří to potřebují. Nesmíme zapomenout na zdravou životosprávu a dostatečný pohyb během celého našeho života. Střednědobá příprava na stáří by měla začít nejpozději 10 let před odchodem do penze a zaměřuje se na tři základní problémové okruhy – biologická příprava, psychologická příprava a sociální příprava. V biologické přípravě na stáří si osvojujeme zásady zdravého životního stylu. Psychologická příprava zahrnuje duševní hygienu, přijímání stáří jako součásti života. V sociální přípravě se musíme zaměřit na hledání koníčků a zájmů, které nás budou naplňovat, vytváření a udržování vztahů i mimo pracoviště. V zásadě jde o to, aby si každý vytvořil takový program, kterým smysluplně zaplní volný čas, který bude mít po odchodu do penze. Krátkodobá příprava na stáří zahrnuje získání informací o dalších možnostech aktivního způsobu života, dostupnosti jak zdravotních, tak sociálních služeb, možnosti dopravy atd. Do tohoto období přípravy na stáří je také vhodné zařadit úpravu bytu, např. vybavit koupelnu a schodiště madly (Příbyl, 2015).

O tom, jak stáří budeme prožívat, rozhoduje už střední věk jedince. Úspěchy v osobním životě i práci, životní styl a zdravotní problémy v této době ovlivňují kvalitu života a průběh stáří. Většina jedinců ve středním věku pokládá za nejdůležitější smysl života práci, a tak se pro ně odchod do důchodu stává jakýmsi psychickým traumatem. Na stáří je důležité se připravit po stránce sociální a ekonomické. Prevencí nesoběstačnosti je aktivita, a proto je dobré umět si ve stáří vytvořit program pro volný čas, který nám také napomůže k dobré kvalitě života, udržení nebo navázání nových kontaktů. Také pro prožití kvalitního stáří je vhodné se, jak potkávat s vrstevníky, tak i nezanevřít na mezigenerační vztahy. To vše odpovídá zásadám duševní hygieny.

Po finanční stránce je dobré již v produktivním věku pomyslet na možnost připojištění v důchodových fondech (Dovořáčková, 2012).

Vhodné je do přípravy na stáří zařadit trvalou přiměřenou tělesnou a duševní aktivitu. Udržet si přátelské vztahy a být otevřeni novým poznatkům. Drobné radosti, které nám život dává, by měly být důvodem k potěšení. Měli bychom udržovat správnou životosprávu a vyhýbat se situacím, které nás emočně rozrušují (Kalvach, 2004).

2 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života je v posledních několika letech významným aspektem současné společnosti. Mnoho odborníků se shoduje nejen na tom, že se jedná o důležitou součást dnešního světa, ale je potřeba kvalitu také systematicky měřit. Vzhledem k tomu, že nyní dochází k prodlužování délky života, dochází ke zhoršení kvality života a je nutné s touto situací dále pracovat a kvalitu života seniorů udržet na co nejvyšší úrovni. Co si představit pod pojmem kvalita života? To si uvedeme níže.

2.1 Charakteristika kvality života

Jako první se konceptu kvality života věnoval řecký filozof Aristoteles. Ten ji popsal jako pocit štěstí, určitý druh duševní činnosti. Také většina starších definic kvality života je synonymem pro vnímání jedincovy osobní spokojenosti a z pohledu konkrétních determinant ovlivňující např. dimenzi fyzické funkčnosti organismu (Olišarová a kol., 2013).

V roce 1920 pojem „kvalita života“ zmínil Pigou ve své práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. První faktory, které ovlivňují kvalitu života, vymezil Forrester a byli jim zabezpečení potravinami finance, zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí, hodnota růstu obyvatel. Tyto faktory upřesnila OSN v roce 1961, kdy bylo přijato dvanáct faktorů pojmenovaných „podmínky života“. Mezi tyto podmínky patřil stav ochrany životního prostředí, životní prostředky, vzdělávání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty a osobní svoboda (Žumárová, 2012).

První celonárodní průzkum kvality života obyvatelstva proběhl v 70. letech minulého století v USA. Toto šetření si dávalo za cíl vyvinout subjektivní indikátory, které budou ukazovat hodnocení vlastního života a doplní objektivní charakteristiky životních podmínek. Závěr tohoto šetření přinesl poznatek, že zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence jsou významné, pouze pokud není dosaženo minimální hranice našich potřeb, přičemž za tuto hranici je považována chudoba. Kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života jsou rozhodující pro subjektivní hodnocení kvality života a nemusejí souviset s biologickým zdravím (Payne a kol., 2005).

Kvalita života obsahuje velkou škálu všemožných zkušeností člověka počínající u základních fyziologických funkcí končící až u oblasti, ve které je dosahováno životních cílů a prožitku štěstí. V historickém a sociokulturním kontextu byly různé aspekty života (politické, ekonomické, medicínské, psychologické atd.) použity ve velkém množství definic. V posledních, především 30. letech, je kvalita života zkoumaná zejména v medicíně, ošetrovatelství, filozofii, sociologii, psychologii, pedagogice atp. Přístup každého tohoto oboru ke zkoumání kvality života je v některých případech diametrálně odlišný. Doposud tedy koncept kvality života nemá jasně danou všeobecnou definici a metodologii. Stává se obsahem mnohých rozprav v jednotlivých vědních oborech bez přijatelného všeobecného konsenzu pro všechny obory (Gurková, 2011).

V běžném životě hovoříme o kvantitě života, tedy jeho délce, která se uvádí počtem let a lze ji tak snadno vymezit. To ovšem nelze uplatnit u kvality života. Kvalitu života je náročné hodnotit, je to něco na co má každý člověk svůj názor. Odborná veřejnost se shoduje na třech základních oblastech, ve kterých se kvalita života hodnotí. Jsou jimi fyzické prožívání, psychická pohoda a poslední oblastí je sociální postavení jedince a jeho vztahy s druhými lidmi. Kvalitu života jedince bychom měli tedy zkoumat v rámci holistického přístupu k jednotlivci a jeho třídímenzionálního bytí. Kvalita života nesouvisí pouze s individuální životní úrovní, ale také je velmi úzce spojena s životním prostředím, potřebami a požadavky lidí. Také jí můžeme vnímat jako výsledek interakce mnoha faktorů (sociálních, zdravotních, ekonomických atd.), které na ni působí. Pokud vnímáme kvalitu života jako více faktorovou, vnímáme ji pak v rozměru individuálním, společenském, materiálním (biologický, ekonomický) a duchovním (estetický, etický). Problematika stanovení jednotlivých indikátorů pro měření kvality života není náročná pouze z pohledu jednotlivých vědních disciplín, které na to mají odlišné názory, ale vše se komplikuje rozdílností pohledů jedinců v závislosti na kultuře, náboženství, ekonomice i geografické oblasti. I přes všechny neshody přibývá stále více výzkumů zabývajících se kvalitou života různých skupin lidí (Dvořáčková, 2012).

Největším problémem v definování kvality života je skutečnost, že s tímto pojmem pracuje mnoho různých, věcně odlišných oborů. Oborová různorodost je tedy prvním problémem, protože se špatně hledá zastřešující pojetí, které by umožnilo různé praktické aplikace v jednotlivých oborech. Druhým problémem je, že byť každý obor ve svém konceptu kvality života utváří dojem souhrnného, integrujícího a komplexního ukazatele, jde vždy jen o nekompletní zachycení složité skutečnosti. Po stránce teoretické i praktické je nutné koncept kvality života jemněji rozčlenit a odlišit tak jeho jednotlivé aspekty.

K tomu, že nepanuje shoda v tom, co máme považovat za konstruktivní oblast, kolik těchto oblastí existuje, ani jak je označovat vděčíme právě různorodosti oborů, teoretických přístupů i různosti diagnostických metod (Mareš, 2014).

Obecně lze říci, že badatelé při zkoumání kvality života se zajímají o hledání a identifikaci faktorů přispívajících k dobrému a smysluplnému životu, k pocitu štěstí a jejich vzájemnou interakci. Nejdůležitějším cílem studia kvality života by měla být podpora rozvíjení životního prostředí a životních podmínek, které umožní lidem žít způsobem, který považují za nejlepší a nacházejí v něm smysl svého života (Payne a kol., 2005).

Autor Bowling (2005) dospěl k sedmi kategoriím kvality života na základě analýzy 32 odborných článků, kde našel 351 názvů oblastí a ty se poté pokusil rozřadit do obecnějších skupin, kterými jsou:

- materiální zabezpečení,
- zdraví,
- produktivita a výkonnost,
- velmi dobré a přátelské mezilidské vztahy,
- pocit bezpečí,
- komunita,
- emoční pohoda.

Calman (1984, in Dvořáčková, 2012) jako jeden z prvních vyjádřil názor na explicitně vyjádřitelnou, měřitelnou podstatu kvality života. Domnívá se, že individuální kvalita života je rozpor současných reálných zkušeností jednotlivce s jeho sny, nadějemi a ambicemi a tento rozpor jsou lidé motivováni minimalizovat.

Pracovníci WHO, kteří se zabývají kvalitou života, vymezili její podstatu jako vnímání pozice jedince v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, a také ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. Tato podstata zahrnuje celostním způsobem somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy člověka, a to vše v souvislosti s hlavními rysy prostředí. Není možné kvalitu života srovnávat s termíny jako „stav zdraví“, „pohoda“, „životní spokojnost“. Kvalita života je vyjádření subjektivního hodnocení, které souvisí s určitým sociálním, kulturním a environmentálním kontextem (Dvořáčková, 2012).

Přední odborník na kvalitu života v medicíně Musschenga (1997, in Dvořáčková, 2012) vysvětluje její význam jako propojenost tří pohledů, a to kvality života jako stupně normálního fungování, kvality života jako stupně spokojenosti se životem a kvality života jako úrovně lidského rozvoje.

Dle autorů Rejeski a Mihalko (2001, in Olišarová a kol., 2013) lze kvalitu života definovat jako vědomý úsudek spokojenosti se svým životem.

Maroga (2008, in Hudáková, Majerníková, 2013) definoval kvalitu života jako rozsah prožívání, jehož naděje a ambice zápasily se zkušenostmi, jako individuální vnímání její pozice v životě, vnímané v kontextu kulturního hodnotového systému, jako odhad týkající se současného stavu, postavený proti vlastním ideálům. Vždy jde o to, co lidé považují ve svém životě za důležité.

V předešlé části textu jsou vybrány různé definice od různých autorů, které se liší. Některé více některé méně, ale všechny se nakonec shodují v jednom a to, že kvalita života souvisí s vnímáním spokojenosti s vlastním životem.

2.2 Metody a nástroje měření kvality života

Obecně lze kvalitu života měřit ze tří perspektiv, a to jako objektivní měření, dle sociálních ukazatelů a dále na základě subjektivního odhadu spokojenosti jedince se životem, což je uvedeno také níže.

Dle Křivohlavého (2002) se dělí metody měření kvality života na:

- objektivní – metoda měření kvality života druhou osobou,
- subjektivní – metoda měření kvality svého vlastního života,
- smíšené – kombinací objektivní a subjektivní metody měření kvality života.

Mezi objektivní měření lze zařadit zejména bezpečí, vzdělání, stabilitu rodiny a podobně. Tento přístup je potřeba zejména tehdy, pokud se měří kolektivní kvalita života. V rámci subjektivního odhadu se využívá především osobní pocit a také celková spokojenost jedince s jeho životem, ale také osobními hodnotami, životním stylem či jeho stanovenými cíli. Součástí měření subjektivního odhadu spokojenosti v kontextu s jednotlivými životními oblastmi se využívá celá řadě výčtů v oblasti života. Běžně se však jedná o fyzickou kondici a také schopnost vykonávat běžné denní činnosti (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

V další části textu si ke každé metodě uvedeme pár příkladů, jak ji změřit. Mezi objektivní metody měření kvality života patří např. APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System), tato metoda posuzuje vážnost onemocnění podle kvantitativní rozdílnosti stavu pacienta od normy, výsledek je číselný a platí, že čím je číslo vyšší, tím je vyšší i pravděpodobnost úmrtí pacienta. Další objektivní metodou je metoda VAS-Visual Analogue Scale. Při této metodě hodnotíme vizuálně celkový stav pacienta na 10 cm dlouhé úsečce, která je buď vodorovně, nebo je nakloněna do 45° a stoupá. Na počátku této úsečky hodnotíme stav klienta jako velice dobrý a na jeho konci jako mimořádně špatný. ILF tedy Index kvality života řadíme také mezi objektivní metody a na této metodě se nepodílí pouze hodnotitel, ale spolupracuje při ní s lékařem, psychologem, zdravotní sestrou atd. Ti slovně formulují hodnotící kritéria, kterými mohou být např. sebeobslužnost, spolupráce, emocionální stav (Křivohlavý, 2002).

Pro zajištění subjektivního měření kvality života vyvinula WHO mnoho dotazníků, které byly postupně přeloženy do spousty jazyků. WHOQOL – 100 je dotazník, který byl vyvinut v roce 1991 spoluprací WHO a 15 zeměmi. V 6 doménách (fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita, celková kvalita života) se nachází 100 položek. Tento dotazník je vhodný pro většinu populace, není totiž závislý na věku, nemoci a zdravotním stavu. V roce 1992 Zannonim vytvořil dotazník SQUALA, který je sestavený podle metodických pravidel a respondent v něm posuzuje sám sebe. V české verzi tohoto dotazníku jsou vynechané položky zajímavající se politiku a víru, a tak obsahuje 21 položek oproti originálu, který je složen z 23 položek. Prvním krokem tohoto dotazníku je hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí, dalším krokem je hodnocení spokojenosti stejných oblastí (Herzig a kol., 2017). Mezi nejrozšířenější objektivní metody měření kvality života patří dotazník SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, který vznikl v roce 1994 a jeho autoři jsou O'Boyle, McGee a Joyce. Tato metoda se spočívá v principu strukturovaného rozhovoru, během něhož se snažíme zjistit důležité aspekty života, pět nejdůležitějších životních cílů a jejich míra uspokojení v procentech (Křivohlavý, 2002).

Na univerzitě v Manchesteru vznikla metoda MANSA - Manchester Short Assessment of Quality of Life. Metoda se zaměřuje na zjišťování spokojenosti v 11 oblastech (vlastní zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, právní stav, životní prostředí, finanční situace, náboženství, volný

čas, zaměstnání) a jejím cílem je přesné stanovení kvality života respondenta (Křivohlavý, 2002).

2.3 Kvalita života v oboru ošetrovatelství

K významným osobnostem oboru ošetrovatelství patří bezesporu Florence Nightingale, která upozornila na potřebu věnovat pozornost nejen samotnému uzdravení nemocného po fyzické stránce, ale také po té psychické. Sestra může ovlivňovat determinanty kvality života, jako jsou prostředí, pomoc při uspokojování potřeb nemocného nebo třeba kvalita poskytovaných informací samotnému nemocnému tak i rodinným příslušníkům. Ve vztahu k ošetrovatelství je důležité vnímat kvalitu života jako individuální vjem, který souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče. Celostní vnímání života v hlubším slova smyslu je dnes součástí konceptu „well – being“ tedy spokojeností se svým životem, jeho smyslem a štěstím. Nejde tedy jen o materiální blahobyt, ale také o seberealizaci a uplatnění se ve společnosti. Tento pojem také zahrnuje spokojenost s vlastním životem a možnostmi, které člověk v dané zdravotní a socioekonomické situaci má (Olišarová a kol., 2013).

Ošetrovatelství jako věda vnímá člověka jako bio-psycho-sociálního a spirituálního jedince jinak řečeno holistickou bytost. Cílem tohoto vědního oboru je nejen udržení, podpora a navrácení zdraví lidské bytosti, ale také rozvoj jeho soběstačnosti a zmírnění utrpení nemocným, kteří trpí nevyhléditelným onemocněním nebo také pomoc při klidném umírání a smrti. Úkolem sestry je mimo jiné i to pomoci hledat jedinci možnosti, jak dosáhnout stanovených cílů odpovídajících jeho požadavkům. Zde nacházíme prolínání zdraví a kvality života. Stejně tak jako se mění s výskytem chronického či jiného onemocnění pohled a vnímání zdraví samotného nemocného se může změnit i pohled na jeho kvalitu života. Z tohoto nám vyplývá, že kvalita života je proměnným stavem a tento stav je závislý na okolnostech, času i situaci, ale také na motivaci jedince (Olišarová a kol., 2013).

Kvalitu života vnímáme jako relativní pojem, a to především díky tomu, že ji můžeme hodnotit jak kvalitativně, tak i kvantitativně. Proto je nutné si stanovit kvalitu, čeho chceme hodnotit a současně s tím i standard porovnávaného. V našem případě, kdy hodnotíme kvalitu lidského života zahrnující jevy a činnosti charakteristické pro živý organizmus. Je nutné chápat lidský život jako celistvý pojem a ne, jen protiklad smrti. Naše životy obsahují projevy rodinného, společenského,

pracovního života atd. Nemusíme ovšem hodnotit pouze život jednotlivce, ale také celé skupiny vybraných jedinců, které něco spojuje. Kvalitním v běžné řeči rozumíme dobrým, ale v odborném jazyce kvalitou hodnotíme jak dobré, tak špatné životní aspekty. Pokud chceme hodnotit, zda je náš život kvalitní či není, musíme ho porovnat s chtěnou úrovní existence nebo s druhým lidským životem. Jaká je ale hranice pro konstatování faktu, že daný život je nebo naopak není dobrý (Gurková, 2011)?

Při konceptualizaci a měření kvality života popisujeme dva hlavní přístupy. Prvním přístupem je kvalita života jako konstrukt na celé úrovni populace, ve kterém se snažíme vytvořit definice, které budou použitelné pro celou populaci. Jsou zde srovnávány objektivní ukazatele kvality života mezi jednotlivými skupinami. K tomuto porovnávání nám slouží například Index lidského rozvoje (Human Development Index). Druhý přístup se vyznačuje kvalitou života jako individuální konstrukt. Jsou to určité konstrukty individuální kvality života. Příkladem může být subjektivní pocit pohody či kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life, ve zkratce HRQoL). Kvalitu života z ošetrovatelského pohledu hodnotíme pomocí druhého přístupu, který je chápaný v užším slova smyslu. Tento přístup se zaměřuje na kvalitu života člověka v konkrétní životní situaci v souvislosti s jeho zdravotním stavem (Gurková, 2011).

Health Related Quality of Life, tedy Kvalita života související se zdravím, je produktem medicínské vědy, který vznikl v 70. letech 20. století společně s dalšíma dvěma rozdílnými alternativními konceptualizacemi individuální kvality života. Druhým produktem, který v té době vytvořily ekonomické disciplíny ve spolupráci s medicínou, byla Kvalita upravených let (Quality – Adjusted Life Years, OALY). Posledním produktem, který vznikl na základě sociálních věd, byla Subjektivní pohoda (Subjective Well – Being, SWB). HRDLQ (Hudáková, Majerníková, 2013).

Mast (1995, in Gurková, 2011) říká, že stejně jako v jiných vědních disciplínách je i v ošetrovatelství poukázáno na rozdílnost přístupů v konceptu. Příkladem může být více než 30 rozdílných definic v ošetrovatelství v onkologii, a tak tomu je i v jiných oborech. Podle autorek Vallerand, Payne (2011) je nutné vytvoření všeobecné definice kvality života, která bude vycházet ze subjektivního pohledu pacienta na vlastní život pro další vývoj kvality života z pohledu ošetrovatelství. Autorky Hasseová, Bradenová (2003, in Gurková, 2011) se domnívají, že v oboru ošetrovatelství máme mluvit spíše o příkladech jako definujících znacích, které pouze ilustrují kvalitu života, než ji definují. Zmatek kolem toho, co znamená kvalita života, přirovnávají k Babylonské věži a předpokládají, že tento stav neumožňuje prostor pro smysluplnou diferenciaci mezi

pojmy souvisejícími s konceptem kvality života a jejími indikátory. Doporučují se v dalším bádání zaměřit na vytvoření konceptuálních modelů kvality života, které by především vysvětlovaly vztahy mezi ovlivňujícími faktory kvality života a jednotlivými doménami.

V našem sociokulturním kontextu ošetrovatelství není dostatečně propracovaná konceptualizace a diferenciacie pojmů souvisejících s kvalitou života a vymezujícími indikátory, a to i přes to, že je kvalita života pojímána jako výsledek nebo efekt ošetrovatelské péče. K tomu abychom mohli kvalitu života pacienta zlepšit, musíme ji ale nejdříve umět definovat a také změřit, u pacientů spíše diagnostikovat. To je základem pro úspěšnou ošetrovatelskou intervenci zaměřenou na zlepšení kvality života. Pro výběr správných intervencí je nutné přesné vymezení hodnotícího kritéria v souvislosti s ošetrovatelstvím (Gurková, 2011).

Ošetrovatelský obor, který se zabývá poskytováním péče osobám starším 65 let, se nazývá geriatricke alebo gerontologické ošetrovatelství a je to aplikovaný vědní obor. Mimo preventivní, diagnosticko-terapeutické a ošetrovatelské péče se také zabývá řešením sociálních a ekonomických podmínek života seniorů. Podobně jako u jiných odvětví oboru ošetrovatelství je v geriatricke pristupováno k nemocnému individuálně, s cílem zmírnění projevů probíhajících chorob, zachování nebo obnovení soběstačnosti a nezávislosti v běžných denních činnostech. Hlavními úlohami tohoto oboru je:

- poskytování komplexní ošetrovatelské péče v souladu s etickými princípy a právy pacienta,
- udržení a podpoření optimálního stavu, uspokojení tělesných, psychických, sociálních a duchovních potřeb,
- poskytnout ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu,
- podpoření pacienta i jeho rodiny, kterou se snažíme zapojit do ošetrovatelského procesu, procesu uzdravení a prevence komplikací a podpory zdraví,
- poskytování primární, sekundární a následné ošetrovatelské péče,
- aplikování a využívání výsledků vědeckých výzkumů do geriatricke ošetrovatelské péče (Mašlaňová, 2012).

3 SYSTÉM PÉČE O SENIORY

3.1 Historický vývoj péče o seniory

Péče o seniory byla zajišťována do počátku 20. století rodinou a vůbec nezasahovala do společenského dění. V případě, kdy rodina selhala, jelikož nezvládla péči o seniora nebo o něj pečovat nechtěla, ocitl se starý člověk na okraji společnosti. Postupně se množství starých osob na okraji společnosti zvyšovalo a oni pak umírali v nedůstojných podmínkách (Haškovcová, 2010).

Prvotní sociální pomoc seniorům byla poskytována charitou, jež vznikala na základě pomoci bohatých jedinců. Jednalo se však o jednorázovou pomoc a nemohla obsáhnout komplexně celý problém. Bylo zřejmé, že bude potřeba zavést další opatření. Z výše uvedených důvodů byly zakládány starobince či chudobince, které byly plně v kompetencích kláštera. Staří, ale také nemocní lidé, zde mohli nalézt střechu nad hlavou a stravu. Ošetrovatelskou péči mohli staří najít také v tzv. špitálech, které byly často spojené s kláštery (Matoušek, 2007).

Kvalita péče o seniory se odvíjela od ekonomické a rovněž politické situace dle toho, jaká byla politická a také ekonomická situace ve společnosti. Během 14. a 15. století vznikaly v Jugoslávii domy pro staré osoby. V roce 1504 v Anglii vznikl první zákon, jenž se zabýval řešením sociálního problému u starých občanů. Do té doby byli senioři závislí pouze na rodině. V 18. století pak vznikaly v rámci USA tzv. farmy chudých, jež měly plnit zejména dobročinné účely. V průběhu 18. až 20. století tak začaly vznikat chudobince po celé Evropě (Haškovcová, 2010).

Rozvoj péče o seniory lze zaznamenat také v poválečných dobách, především v období míru. Zásadní vliv na sociální péči měly obě války a také politické změny, které jejich vlivem nastaly. Již v době válek docházelo k rozvoji péče pro potřebné občany, ovšem změna nastala po skončení 2. světové války. Došlo nejen k odsunu Němců, ale také ke znárodnění majetku a také přílivu romských občanů. Velký vliv měl také komunismus, jenž prosazoval rovnostářskou společnost a problémy jako byla chudoba či jiné sociální problémy jako důsledek kapitalismu. V dobách komunismu byla rovněž přijata myšlenka, že sociální práce a veškeré její aspekty nejsou potřeba. Jediným možným poskytovatelem sociálních služeb byl stát. Postupně se rozšiřoval systém rodinných dávek a také dávky v rámci důchodu. Ovšem v 60. letech opět nastaly problémy a dochází k umístování lidí se zdravotním postižením do psychiatrických léčeben, léčeben

dlouhodobě nemocných a také ústavů sociální péče. Proces obnovy byl v roce 1968 v rámci sociální práce přerušen. Po roce 1989 došlo ke zcela zásadní reformě v oblasti sociální práce. Došlo k narůstání nejen odborných pracovníků sociálních služeb, ale také jejich samotnému poskytování (Matoušek, 2001).

3.2 Vymezení sociálních služeb po seniory

Cílem všech sociálních služeb je zachování lidské důstojnosti. Tyto služby mají vycházet z individuálních potřeb daných klientem, rozvíjet aktivně jejich schopnosti, zachovat nebo zlepšit jejich soběstačnost, poskytovat služby na co nejvyšší úrovni a v zájmu klientů (mpsv.cz, 2017). Sociální služby zaměřené na seniory upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto služby nabízejí:

- osobní asistenci,
- pečovatelskou službu,
- tísňovou péči,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podporu 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.

Nyní si popíšeme, jakou pomoc nabízejí některé ze sociálních služeb vhodných pro seniory. Osobní asistence je zaměřena na pomoc seniorům a osobám se zdravotním postižením v předem dohodnutém čase a rozsahu v jejich přirozeném prostředí. Tato služba je zpoplatněná. Pečovatelská služba je nabízena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení, také rodinám s dětmi vyžadujícími pomoc jiné osoby. Poskytování této služby je možní

buď v domácnosti, nebo v zařízeních sociálních služeb ve vymezeném čase. Tato služba se provozuje bez poplatku v rodinách, kde se narodila trojčata a vícčata, účastníkům odboje a po nich pozůstalým manželkám a manželům starším 70 let. Denní stacionáře poskytují pravidelnou, ambulantní pomoc osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění. Týdenní stacionáře nabízejí navíc ještě pobytové služby osobám vyžadujícím pravidelnou pomoc druhé osoby. Obě tyto sociální služby jsou provozovány za poplatek. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních jsou poskytovány osobám, které již nepotřebují zdravotní péči, ale nejsou schopni se na základě svého zdravotního stavu sami o sebe postarat a nemohou být tak propuštěni. Je to pobytová sociální služba do doby, než jim bude zabezpečena pomoc blízkou osobou, fyzickou osobou nebo zajištěna jiná sociální služba (mpsv.cz, 2017).

3.3 Charakteristika domova pro seniory

Předpoklad demografického vývoje obyvatelstva je takový, že obyvatelé České republiky budou stárnout, což bude mít dopad na celý systém sociální péče. S prodlužováním lidského života narůstá především prodloužení období, kdy je člověk závislý na pomoci druhých. Pro udržení kvality života celé populace je zlepšování jejího zdravotního stavu neodmyslitelnou součástí zdravotní politiky. Institucionální péče u starého člověka, kterému se snížila soběstačnost natolik, že již není možné, aby žil sám doma, je vhodná ve chvíli, kdy již není dostačující pomoc rodinných příslušníků, nebo tato pomoc zcela chybí. Je důležité se snažit, aby senior byl co možná nejdéle schopen žít ve svém přirozeném prostředí, a to i za pomoci např. terénních služeb, a tak předejít nevhodnému umístění starých lidí do institucionální péče. Financování takovéto péče je založeno na účasti více subjektů, kterými jsou např. občan, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna aj. (Průša, 2010).

V zákoně č. 108/2006 Sb. § 49 o sociálních službách je vymezeno, komu domov pro seniory slouží a jaké služby má poskytovat. V těchto domovech jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností především z důvodu věku, které potřebují pravidelně pomoc od jiné osoby. Domovy pro seniory poskytují seniorům ubytování, stravu, pomoc při zvládání běžných úkonů v sebepéči, pomoc při osobní hygieně nebo pomoc při poskytnutí podmínek k zajištění osobní hygieny, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činnost,

aktivizační činnost a také seniorům pomáhají při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon o sociálních službách, 2006).

Tyto služby se zaměřují na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života. Zřizovateli domovů pro seniory jsou obce a kraje, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí. To, aby tyto služby byly kvalitní, má na starosti právě Ministerstvo práce a sociálních věcí. Právě toto ministerstvo připravuje dlouhodobá systémová opatření a příslušné právní předpisy. Podporuje např. plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích, tak aby se toto plánování opíralo o zjištěné potřeby lidí nebo zvyšování kvality poskytovaných služeb. K zajištění zvýšení kvality poskytovaných služeb napomohl i vstup České republiky do Evropské unie. S tímto vstupem přišla možnost čerpání finančních prostředků Evropského sociálního fondu na vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách, které si dává za cíl posílit jejich schopnosti a dovednosti právě při poskytování těchto služeb či na podporu a pomoc skupinám ohrožených vyloučením ze společnosti (mpsv.cz, 2017).

Seniori, kteří potřebují léčbu a ošetrovatelskou péči v zdravotnickém zařízení nabízející lůžkovou péči, nemohou být přijati do domova pro seniory. Přijetí seniora do domova pro seniory je dále závislé na podání žádosti o přijetí. Seniorovi, který je přijatý do domova pro seniory, se říká uživatel sociálních služeb. Tomuto uživateli se náhle změní celý život a každému z nich trvá různou dobu, než se na tuto situaci adaptuje. Někteří seniori se na pobyt v domově pro seniory neadaptují nikdy, s čímž je potřeba v průběhu péče o seniora pracovat a také jeho pocity respektovat (Herzig, 2017).

4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY

Jak již bylo uvedeno výše, kvalita života všech jedinců je vymezena a také měřena na základě různých testů kvality či je postavena na samotném testování kvality života. Kvalita života se však mění v průběhu života a také kvalita života v domovech pro seniory je odlišná. Zcela zásadní je nejen akceptovat dosavadní kvalitu života seniora, ale rovněž mu poskytnout co nejsnadnější přechod do nového prostředí, ale také zachovat jeho kvalitu života, což bude uvedeno v následující kapitole.

4.1 Vymezení kvality života v domovech pro seniory

Při diagnostikování kvality života seniorů se jeví jako paradoxní fakt, že se kvalita života intuitivně chápe jako pozitivní či alespoň neutrální jev, ale běžné diagnostické postupy vytvářené pro seniory jsou postaveny převážně na negativních indikátorech, jako např. neschopnost, nesoběstačnost, nemoci, deprese, osamocení aj. Zkoumání kvality života u seniorů slouží především k:

- posouzení efektivity zdravotnických intervencí nebo posouzení kvality systému zdravotní péče,
- posouzení dopadu sociální a environmentálních intervencí na kvalitu života,
- odhadnutí potřeb dané populační skupiny,
- porozumění příčinám a důsledkům zjišťování individuálních rozdílů v kvalitě života,
- zlepšení klinického rozhodování u pacientů dané věkové skupiny (Mareš, 2014).

Křivohlavý (2002) se domnívá, že pro seniora je důležité hodnotit kvalitu života jako stupeň spokojenosti se životem. Pokud jedinec vnímá prožitý život smysluplně a je spokojený s tím, jak žil hodnotí svou kvalitu života na vysoké úrovni.

Nejen problémem zdravotnictví, ale celé společnosti by mělo být poskytnutí pomoci a péče seniorům. Populace stárne a zvyšuje se počet osob vyššího věku, které potřebují péči. S tím také souvisí zajištění kvalitního života pro seniory v různých komunitách, zařízeních. Tuto péči by měl zajišťovat multidisciplinární tým, který bude

znát specifika péče o staré lidi a bude se specializovat na zajišťování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb seniorů. Zvyšujícím počtem seniorů narůstá i potřeba rozvoje služeb nabízejících péči o seniory v jejich domovech nebo v komunitní péči. Nejdůležitějším úkolem těchto služeb by měla být co nejdéle udržetelnost soběstačnosti seniora a jeho integrace do společnosti. O kvalitě života ve stáří se rozhoduje mnohem dříve, než až když se objeví první příznak stárnutí. I přesto, že je kvalita života obtížně měřitelná, patří v geriatrii a gerontologii mezi důležité ukazatele stejně tak, jako např. fyziologické funkce. V péči o seniory by tak měla být kvalita jejich života jedním z nejdůležitějších cílů (Tobišková, Jarošová, 2009).

Často bývá jedinou možností zajištění péče ústavní péče. Sociální a zdravotní služby by měly napomáhat rodinám a pečovatelům a umožnit postupný přechod mezi odbornou a laickou péčí. K tomu, aby péče byla naplňující je potřeba, aby byla zaměřena na kvalitu života. Zvýšení kvality péče dosáhneme, pokud se budeme dále vzdělávat. Předpokladem zavedení moderních geriatrických přístupů a metod do praxe je integrace poznatků gerontologie a geriatrie do vzdělávání lékařských a zdravotnických pracovníků. Podvědomí o stárnutí a potřebách ve stáří by ale nemělo být součástí pouze výsadou vzdělávání zdravotnických profesí, ale i jiných. Tyto znalosti by měly být dostupné i jako forma podpory laických pečovatelů (mpsv.cz, 2008).

4.2 Ošetřovatelský proces v pobytových sociálních službách

Podle Virginie Henderson je úlohou sestry: *„Pomáhat člověku zdravému či nemocnému ve výkonu činností přispívajících ke zdraví, uzdravení nebo pokojné smrti, které by vykonal sám, kdyby měl nezbytnou sílu, vůli nebo znalosti“* (in Malíková, 2011, str. 202).

Geriatric, tedy zdravotní péče o staré lidi se odlišuje od ostatních lékařských oborů svým komplexnějším přístupem a potřebou koordinované týmové práce, tzv. multidisciplinární týmové práce (lékařské, ošetřovatelské, rehabilitační). Za cíl si klade navýšení možností seniora uchovat si dobré zdraví a včasné rozpoznání akutních onemocnění a monitorování a léčbu chronických onemocnění. Ošetřovatelská péče v tomto oboru je diferencovaná, komplexní, kontinuální, preventivní a plánovaná s ohledem na aktivní přístup. Sestry pečující o seniory pracují metodou ošetřovatelského procesu (Hudáková, Majerníková, 2013).

S poskytováním pobytových sociálních služeb, tedy i domovů pro seniory, souvisí i kvalitní odborná, kontinuální a systematická ošetrovatelská péče, jejíž realizace vyžaduje splnění mnoha předpokladů tak, aby její provedení bylo efektivní a účinné. Pro realizaci ošetrovatelského procesu je nutné napřed zhodnotit a posoudit klienta pomocí sběru informací o něm. Sestavit ošetrovatelské diagnózy. Vytvořit plán ošetrovatelské péče, následně ji realizovat a v posledním kroku zhodnotit ošetrovatelskou péči. Zhodnocení a posouzení klienta říkáme anamnéza. Pro správné odebrání anamnézy a získání důvěry klienta je vhodné si prostudovat veškeré dostupné zdravotnické dokumenty (propouštěcí lékařská zpráva, překladová ošetrovatelská zpráva, výsledky provedených vyšetření dále provést rozhovor s klientem, popřípadě jeho blízkými. Na rozhovor je nutné si vymezit dostatek času, vhodné místo a čas, který bude vyhovovat jak klientovi, tak sestře. Při rozhovoru sestra nesděluje informace, které již získala z dokumentace, zohledňuje omezení klienta (poruchy paměti, smyslu, koncentrace atd.) projevuje empatický přístup a aktivně naslouchá klientovi, vystupuje profesionálně, klidně a vyrovnaně, projevuje respekt ke klientovi, podporuje ho a odpovídá mu jeho dotazy.

Na základě získaných informací o klientovi sestra sestavuje ošetrovatelskou diagnózu. V ní vyhodnocuje možná rizika aktuálních a potencionálních problémů. K sestavení ošetrovatelské diagnózy používá sestra doporučené názvy odbornou literaturou nebo má zařízení vytvořené vlastní názvosloví (Malíková, 2011).

Správné rozpoznání a identifikování problémů a příčin jejich vzniku je základem diagnostické fáze. Ošetrovatelské diagnózy je vhodné rozdělit na diagnózy související s tělesnými potřebami (narušená nebo snižená pohyblivost, snížená soběstačnost, porušení celistvosti kůže, bolest, výživa, spánek, vyprazdňování, smyslové vnímání atd.) a psychickými a sociálními potřebami seniorů (duševní tíseň, nedostatek vědomostí, úzkost, sociální izolace, narušená adaptace, aj.). Poté co sestra sestaví ošetrovatelské diagnózy, zohlední jejich počet a naléhavost a roztřídí je podle priorit a následného řešení. To provádí v ošetrovatelském plánu, jehož součástí jsou i ošetrovatelské intervence, které jsou vybrány tak aby jejich množství nepřetížilo organismus, fyzické možnosti, návyky a individualitu klienta. Tyto intervence by měli alespoň částečně směřovat k aktivizaci klienta a udržení nebo podpory jeho soběstačnosti (Poledníková a kol., 2006).

Ve fázi realizace ošetrovatelského plánu sestra jeho dodržování všemi pracovníky, průběžně zapisuje jeho plnění, řeší případné nespokojenosti klienta s poskytovanou péčí, a to vše současně se sledováním změn zdravotního stavu seniora, které vyžadují přerušování, změnu nebo úpravu ošetrovatelských intervencí. V práci se seniory je obzvláště důležité

si všimnout i nepatrných změn, které mohou být varovným signálem blížícího se problému. Všechny změny, které sestra v ošetrovatelském plánu upravuje, je nutné zapsat do ošetrovatelské dokumentace. Stejně jako při sběru dat o klientovi je i ve fázi realizace ošetrovatelské péče vhodné spolupracovat s rodinou nebo blízkými klienta. Taková spolupráce zlepšuje vztahy mezi příbuznými a pracovníky zařízení, příbuzní se mohou podílet na péči o seniora, a to vede k pocitu, že jsou prospěšní seniorovi, který je umístěn do pobytového sociálního zařízení. Poslední fází ošetrovatelského procesu je jeho hodnocení. To probíhá po dohodě s klientem v dohodnutém termínu. Sestra v tu chvíli dává prostor k vyjádření spokojenosti s péčí a respektuje klientovo sdělení. Tato hodnotící fáze je u seniorské klientely často velmi náročná a komplikovaná a sestry tuto činnost hodnotí ve velké míře jako náročnou, komplikovanou a neefektivní (Malíková, 2011).

Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR (2015) uvádí poměr klientů na celkový počet pracovníků v přímé péči, který nemá být vyšší než 3,3. Poskytovatel by měl mít vypracovaný plán kontrol přímé péče, který slouží ke zvyšování kvality. Veškerý ošetrovatelský personál informuje klienta o průběhu ošetrovatelských výkonů, které bude vykonávat. U imobilních klientů personál minimálně jednou denně umývá a ošetroje obličej, podpaží a záda a minimálně třikrát za den umývá a ošetroje ruce a genitálie. Základem hygienických ukazatelů kvality péče je používání jednorázových pomůcek. Klientům, kteří nejsou schopni sami pečovat o nehty, by personál měl alespoň jednou za týden s touto péčí pomoci. Vzhledem k tomu, že klienti domovů pro seniory jsou skupinou, která je nejvíce ohrožena vznikem chronických kožních onemocnění, je základním opatřením preventivní používání speciálních přípravků pro zralou a namáhanou pokožku. Klientům s omezenou pohyblivostí také velmi zkvalitní život, pokud je personál podporuje při pohybu a poskytuje jim pomoc při použití toalety kdykoliv to klient potřebuje. Ke zkvalitnění života klientů také přispívá, pokud personál pomáhá uživatelům s příjmem potravy a pravidelně provádějí nutriční screening, screening pitného režimu, screening rizika vzniku dekubitů a screening rizika pádů. S tím souvisí i zavedený systém prevence pádů a dostatečné množství antidekubitárních pomůcek. Domovům pro seniory je doporučeno mít zavedené alespoň dva druhy terapie, které mohou klienti navštěvovat dle svých potřeb a zajištěného fyzioterapeuta. Poskytovatel napomáhá klientům při výběru a zajištění praktického lékaře a dle potřeb klientů zajišťuje služby odborných lékařů.

4.3 Kvalita ošetrovatelské péče v domovech pro seniory a její náročnost

Vzhledem k velké heterogenitě seniorské populace, považujeme za geriatrické pacienty ty, kteří potřebují pomoc druhé osoby. Klinické zkušenosti ukazují, že celá jedna třetina pacientů starších 75 let na interních odděleních vyžaduje tzv. ošetrovatelsko-sociální, následnou péči. O čem se nedá pochybovat, je fakt, že seniorská skupina se vyznačuje zvláštní tělesnou i duševní křehkostí. Tato křehkost je způsobena kombinací involučních změn, chorobných změn a specifickými riziky, do kterých patří polymorbidita, polypragmázie, horší prognóza, prodloužená doba hojení a rekonvalescence. Stále nesmíme zapomínat na různé sociální problémy, které si sebou senior nese s příchodem stáří. Důležité je také se zmínit o nežádoucím jevu tzv. věkové diskriminaci jinak řečeno ageismu, kterému jsou poměrně často staří lidé vystavováni a kterému je zapotřebí aktivně předcházet. O tomto problému budu více pojednávat v další části textu. Pro klienta v seniorském věku jsou typické projevy poruch rovnováhy, hybnosti, problémy s udržením moči a stolice, poruchy paměti a myšlení a také iatrogenizace. Správnou komunikací a způsobem ošetrování můžeme předejít právě iatrogenizaci, kterou můžeme účinně ovlivňovat. Z hlediska etiky, je důležité respektovat heterogenitu seniorské populace a péči o ni dostatečně individualizovat. Pro staré lidi je důležité respektování jejich autonomie a jejich práva na rozhodnutí o sobě samém (Kutnohorská a kol., 2011).

Mimo to, že každá sociální služba musí být poskytována v souladu s právními předpisy, platnou legislativou a lidskými právy musí také vycházet z obecně platných etických principů. Mezi základní obecné platné etické zásady při poskytování sociálních služeb patří:

- nezneužívání nepříznivé situace klienta k nabízení pro něj nevýhodných služeb,
- neprojevení pohrdání a neúcty ke klientovi,
- nebagatelizování problémů klienta a nezlehčování jeho situace,
- projevení respektu a úcty ke klientovi,
- nabídnutí více možností a pomoci a nechat klienta vybrat si jemu nejvíce vyhovující způsob pomoci,
- informování dostatečně klienta o nabídce sociálních služeb,
- sdělení důležitých informací,

- nepodvádění klienta,
- seriózně jednat s klientem,
- nezesměšňování, neodsuzování, neponižování, nekritizování klienta (Malíková, 2011).

Dnešní doba plná moderních technologií zapříčiňuje, že nás zkušenosti a vědomosti starých lidí moc nezajímají, považujeme je za zastaralé a vše co nevíme, si můžeme vyhledat online. Vzhledem k pokroku dnešní doby vnímáme mnohdy seniory jako přítěž jak rodiny, tak státu. Toto odmítání stáří a boj proti seniorům nazýváme ageismus. Věkově podmíněnou diskriminaci, jak překládáme termín ageismus, poprvé použil americký psychiatr Robert Butler, a to v souvislosti se segregací bytovou politikou. Ageismus je postoj a projevy nepřijemného podvědomého pocitu ke stáří, nemocem, bezmoci a smrti. Staří lidé jsou podceňováni, odmítáni, a to vše může vyústit až v odpor ke starým lidem. Ageismus je mnohdy chápán také jako obdoba rasismu, při které dochází k diskriminaci seniorů (Příbyl, 2015).

Příčinou náročnosti práce sester v domovech pro seniory spočívá v tom, že v těchto zařízeních není trvale přítomen lékař, který by mohl posoudit a pomohl řešit akutní změny zdravotního stavu klientů. Náhle vzniklé situace a jejich řešení je na odpovědnosti sestry, která je ve velké míře jediným a nejvýše postaveným pracovníkem. V domovech pro seniory není možnost provedení okamžitého laboratorního vyšetření (ani není indikovatelné bez ordinace lékaře) a tak ve chvíli, kdy se zhorší zdravotní stav některého z klientů, může sestra pouze změřit fyziologické funkce a provést základní fyzikální vyšetření, podle kterých musí vyhodnotit situaci a za to vše nese zodpovědnost. Z výše uvedených důvodů volá sestra častěji lékařskou pomoc (záchrannou zdravotnickou pomoc, lékaře mimo ordinaci dobu) a tím je ona, klient i celý domov pro seniory vystaven nevhodnému chování, bagatelizování situace, degradaci péče i snahy sestry ze strany přivolaných zdravotnických pracovníků. Sestry v těchto zařízeních jsou často vytížené i dalšími činnostmi, které jsou v kompetencích jiných pracovníků a to zapříčiňuje nedostatečné plnění činností vyplývajících z ošetrovatelského procesu (Malíková, 2011).

Dalším důvodem ošetrovatelské náročnosti jsou probíhající změny v organismu v období stáří a důsledky, které si tyto změny nesou sebou. S narůstajícím věkem roste i celková prevalence a polymorbidita, vyšší výskyt chronických i degenerativních nemocí a mnohem častěji se vyskytuje akutní dekompenzace těchto nemocí a s tím související hospitalizace, v neposlední řadě narůstá možnost, že se nemocný stane invalidní, velkou

roli hraje i sociální složka. Nejčastěji se ve stáří vyskytují kardiovaskulární choroby (hypertenze, Iktus, ICHS), nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, osteoartróza), metabolická onemocnění (diabetes mellitus), gastrointestinální a respirační nemoci. U seniorů vyššího věku žijících v pobytových zařízeních se ve velké míře vyskytují geriatrické syndromy. Tyto syndromy, které jsou specifické a často multikauzální etiologie se nesmí podceňovat. Podcenění geriatrických syndromů vede k jejich rozvoji a zhoršení celkového stavu klienta domova pro seniory. Tyto syndromy jsou somatické (př. poruchy chůze a pohyblivosti, inkontinence moči a stolice, dekubity), psychické (př. demence, deprese, poruchy adaptace), a sociální (př. ztráta soběstačnosti, sociální izolace, dysfunkce rodiny) (Topinková, 2005).

4.4 Volnočasové a aktivizační programy pro seniory

Trávení volného času řadíme mezi faktory, které ovlivňují kvalitu života. S odchodem do penze se někteří lidé těší z toho, že budou mít konečně dostatek volného času pro své koníčky, a zájmy, které v produktivním věku nestíhali. Jiní zůstávají i nadále v zaměstnání. Existuje ale i velká skupina lidí, kteří se odchodu do starobního důchodu obávají, protože netuší jak prázdný čas vyplnit. Vždy záleží na osobnosti každého seniora, jak bude chtít svůj volný čas vyplnit. Obecně ale platí, že by volný čas měl přispět ke zdravému životnímu stylu a pomáhat plnit:

- regenerační a zdravotně hygienickou funkci,
- vzdělávací a sebevzdělávací funkci,
- kompenzační neboli relaxační funkci,
- socializační funkci (Žumárová, 2012).

Na hodnotný způsob trávení volného času není nutné pomýšlet pouze ve stáří, ale již během celého života. Na rozdíl od lidí v produktivním věku, kteří nemají čas na své koníčky, by měli senioři z volnočasových aktivit vytvořit „páteř“ svého života. Tyto aktivity se pak mohou skládat z různých druhů vzdělávání, práce nebo individuálních koníčků. Vhodné socializační funkci plní různé společenské aktivity. Chalupaření, kutilství, zahradničení, sběratelství atd. se řadí mezi tradiční volnočasové aktivity. Mezi oblíbené činnosti mezi seniory patří také hudba, zpěv a tanec, v dnešní době existují např. velmi populární taneční pro pokročilé. Stále více v oblibě je turistika. Senioři v posledních letech stále více využívají nabídek k domácí i zahraniční turistice.

Senioři tvoří kolem 10 % všech organizovaných turistů. Na rozdíl ale od turistiky, čeští senioři opomíjejí sport. Ten je bezesporu prospěšný v každém věku. v České republice se záměrně fyzické aktivity senioři věnují pouze okrajově, nasvědčují tomu i čísla, která říkají, že 48 % seniorů nespoutuje vůbec a pouze 39 % seniorů sportuje jednou týdně. Je ale nutné zmínit, že se situace mírně zlepšuje. Iniciovat chuť ke sportu mohou vícegenerační nebo přímo seniorská hřiště. První seniorské hřiště bylo otevřeno v roce 2008 v Praze na Petřinách (Haškovcová, 2010).

Přínosem sportování pro seniorskou populaci je zpomalení degenerativních změn a delší pohybová samostatnost, které ovlivňují kvalitu života. Sportování seniorů není prospěšné jen po stránce pohybové, ale i po stránce psychické, neboť pohyb přináší v každém věku radost a nesmíme zapomenout na důležitý sociální kontext sportovních aktivit. Skupinové sportovní činnosti si vyžadují komunikaci mezi jednotlivci a ta saturuje potřeby družení a napomáhá překonání pocitu sociální izolace a osamocení (Mudrák, 2014).

Při výčtu volnočasových činností, se asi nikdo neubrání myšlence, že většinu pohybových aktivit nemohou vykonávat úplně všichni senioři. Taneční a pohybová terapie, která je mimořádně prospěšná pro všechny, kteří jsou chronicky nemocní, ale i pro ty, kteří trpí různými formami fyzického omezení, se začala rozvíjet již po 2. světové válce. Takovýto tanec i přes to, že není klasický, přináší radost, přispívá ke zlepšení komunikace mezi tanečníky, umožňuje jim fyzicky i psychicky kontakt a stává se jakousi rehabilitací. Petr Valeta baletní mistr a sólista baletu Národního divadla má zásluhu na rozvoji taneční terapie pro seniory v České republice (Haškovcová, 2010).

Doporučený standardu kvality pro domovy pro seniory v ČR vydaným Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky (2015) uvádí výchovné, vzdělávací a aktivizačně nebo sociálně terapeutické činnosti mezi základními činnostmi při poskytování sociálních služeb. Tyto činnosti jsou zaměřené na podporu bio-psycho-sociální kondice a kvalitu života uživatele sociálních služeb. Aktivizace v domovech pro seniory, ale i jiných sociálních službách má být především smysluplná činnost využívající škálu aktivizačních metod a technik pro podporu nezávislosti a soběstačnosti uživatele. Tento standard dále uvádí, že poskytovatelé sociálních služeb nabízejí v rámci kultury svým klientům minimálně jednou za 14 dní jednu kulturní či společenskou akci. Uživatelé musejí být o takovéto kulturní nebo společenské akci pravidelně informováni a poskytovatel jim umožňuje a podporuje

je v účasti na takové akci. Pro vlastní kulturní, umělecké a společenské aktivity mají uživatelé domova možnost využít prostory, které jí budova domova nabízí. Mimo kulturních akcí poskytovatel také organizuje nebo zprostředkovává jednou za 14 dní minimálně jednu vzdělávací aktivitu. Pod odborným dohledem pracovníků sociálních služeb mají uživatelé využít nabídky 3 a více sportovních a aktivizačních programů a alespoň čtyřikrát do roka je poskytovatel povinen zorganizovat a nabídnout uživatelům celodenní nebo kratší výlety s doprovodem pracovníků. Všechny tyto nabízené aktivity jsou realizovány na podkladě zájmu klientů a nemusejí být uskutečněny, pokud klienti o ně neprojeví zájem.

Dále tento standard uvádí, že poskytovatelé mají možnost využít pravidelné nabídky duchovních aktivit a možnost využít zprostředkování kontaktů na duchovní a individuální pastorační péči dle svého vyznání a potřeb. Ke zvýšení kvality poskytovaných služeb přispívá také dobrovolnická činnost, která také posiluje prestiž organizace, pokud poskytovatel takovou činnost podporuje. Individuální i skupinové aktivity využívající různé tvořivé techniky se řadí mezi aktivizační programy poskytované sociálními službami pro své klienty. Takové výrobky jsou pak často součástí dekorace interiérů domova nebo jsou nabízené k prodeji. V neposlední řadě má takový domov pro seniory nabízet svým uživatelům možnost individuálního doprovodu na základě jejich vlastních potřeb a přání pracovníky, dobrovolníky nebo pomoci klientovi zprostředkovat takový doprovod (Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, 2015).

4.4.1 Ergoterapie

Ergoterapie snaží dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů a tím zvýšit jejich kvalitu. Zabývá se smysluplnou činností nebo zaměstnáváním takovým způsobem, který pomáhá k obnově postižených funkcí. Činnost je volena tak aby zohlednila osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby člověka, ale i jeho aktuální funkční stav, věk, pohlaví a podmínky prostředí, kde se senior nachází. Ergoterapie se také musí vztahovat k sociálním rolím seniora.

4.4.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie patří mezi tzv. expresivní terapie, které pracují s výrazovými uměleckými prostředky. Tato forma zvukové terapie využívá rytmu ke komunikaci, relaxaci, podpoře hojení a navození pocitu pohody. Při muzikoterapii senioři mohou hudbu poslouchat, tvořit ji, zpívat, pohybovat se v jejím rytmu nebo může mít formu hudebního a imaginárního cvičení. Dělíme ji na individuální, kdy se pracuje s jedním klientem, párovou, tedy pro dva klienty současně a skupinovou.

4.4.3 Pohybové aktivity

Pohybové aktivity plní funkci společenskou, motivační, volnočasovou, ale také rehabilitační a rekondiční. U seniorů musíme počítat s určitým stupněm omezení jak fyzické, tak psychické výkonnosti. Pohybové aktivity musejí vždy respektovat individuální zvláštnosti každého jedince, jeho subjektivní naladění a pocity. Součástí pohybových aktivit je taneční terapie, při které terapeuticky působí skupina, rytmus, kontakt se zemí, jednoduchost pohybu, opakování a tranz, hlasový doprovod a terapeutické prostředky vložené do rituálu. U seniorů jde o využití pohybu v procesu, který zlepšuje emoční, kognitivní, sociální a fyzickou stránku jedince. Při taneční terapii jde spíše o možnost nonverbálně komunikovat než o ladnost a přesnost pohybů (Wittmannová, Miklánková, 2009).

4.4.4 Arteterapie

Arteterapie používá k osobnímu vyjádření v rámci komunikace výtvarné umění. Nejde tedy úplně o esteticky uspokojujivé výsledné produkty. Rozvoj této terapie má vliv především pro duševně nemocné klienty. V domovech pro seniory je využívána jako aktivizační činnost, která si klade za cíl zlepšení zdravotního stavu seniorů nebo alespoň udržení a neprohlubování zdravotních potíží. Tato terapie zlepšuje jemnou motoriku a komunikaci, kdy senioři vyjadřují kresbou události, které si nejsou schopni vybavit.

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

Senior a stárnutí je dnes velmi diskutované téma. V případě, že je potřeba seniora umístit do domova pro seniory, je nutné, aby zařízení odpovídalo nejen potřebám, ale také požadavkům seniora a rovněž nabízelo péči odpovídající kvality. Stáří není pouze konečné vývojové období, ale jedná se o období přinášející psychické a fyzické změny. S tímto je nutné počítat a pracovat s úrovní kvality poskytovaných služeb v dostatečné míře. Veškerá teoretická východiska, jenž se zabývají fenoménem staří, a rovněž kvalitou poskytované péče v domově pro seniory byla uvedeno výše. V předchozí části práce byla zmapovaná základní teoretická východiska z dostupné odborné literatury. Na tato východiska navazuje následující výzkumná část.

Hlavním smyslem výzkumné části je zejména zmapovat názory seniorů na kvalitu poskytované péče v domově pro seniory, ve kterém pobývají. Tyto názory budou rovněž doplněné o názory zdravotnického personálu, který v domovech pro seniory pracuje a zajišťuje tak kvalitní péči pro seniory.

Následující kapitola se bude věnovat metodologické části vysokoškolské kvalifikační práce, což bude zejména vymezení cíle výzkumu a také definování dílčích cílů zkoumání. Součástí této kapitoly také bude charakteristika kvalitativního a kvantitativního výzkumu, technika sběru dat a také výběr respondentů výzkumu. V závěru kapitoly budou získaná data interpretována a také shrnuta.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumné části je zmapovat názory na kvalitu života ve vybraných domovech pro seniory nejen z pohledu samotných seniorů, ale také z pohledu zdravotnického personálu.

Z takto nastaveného hlavního cíle výzkumu byly sestaveny následující dílčí cíle, které zní:

1. Zjištění subjektivní kvality života seniorů v domovech pro seniory.
2. Zjištění subjektivního vnímání kvality vztahů s rodinou, svými blízkými a přáteli.
3. Zjištění spokojenosti s nabídkou volnočasových aktivit a jejím využitím.
4. Zjištění spokojenosti s finančními prostředky klientů domova pro seniory.
5. Zjištění kvality ošetrovatelské péče.

6. Srovnání kvality života a kvality ošetrovatelské péče ve vybraných domovech pro seniory

5.2 Výzkumné předpoklady a hypotézy

Z výše stanoveného cíle výzkumu a také dílčích cílů výzkumu byly vymezeny následující hypotézy, které budou na základě získaných dat ověřovány. Hypotézy jsou následující:

Výzkumné předpoklady

1. Předpokládáme, že senioři jsou spokojeni s kvalitou svého života v domově pro seniory.
2. Předpokládáme, že většina klientů je spokojena s frekvencí návštěv ze strany rodiny či blízkých přátel.
3. Předpokládáme, že nabídka a možnost využití volnočasových aktivit není z pohledu seniorů dostačující.
4. Předpokládáme, že většina seniorů si naspořilo peníze na penzi v průběhu svého života a jsou spokojeni se svou finanční situací.

Hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že provádění pravidelné kontroly dodržování standardu ošetrovatelské péče souvisí s prováděním pravidelného screeningu rizika vzniku dekubitů.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že provádění pravidelné kontroly dodržování standardu ošetrovatelské péče souvisí s prováděním pravidelného screeningu rizika pádu.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že screening pitného režimu se provádí souběžně s nutričním screeninem.

5.3 Metodologie výzkumu

V této kapitole bude vymezen zejména metodologický postup, který je v tomto případě smíšený. V rámci výzkumné části byl využit nejen kvalitativní výzkum, ale také kvantitativní výzkum. Tyto typy výzkumu budou v rámci této kapitoly stručně popsány.

5.3.1 Kvalitativní výzkum

Původně byl tento typ výzkumu považován pouze za doplňující formu získávání dat spolu s kvantitativní metodou. Tento přístup je však postupem času změnil a metodologové jej v současné době považují za právoplatný typ výzkumu, který je uznáván nejen laiky, ale také samotnými metodology (Švaříček, Šedřová, 2014).

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“ (Hendl, 2016, s. 65).

Dle metodologa Creswella (2007, s. 63) lze kvalitativní výzkum vymezit následovně: *„kvalitativní výzkum proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Kvalitativní výzkumné šetření pomáhá nejen zajišťovat pohled na předmět studie, ale také na pravidla, jež jsou typická pro danou oblast. V průběhu samotné realizace jsou využívány standardizované metody ovšem i ty nestandardizované dle potřeby. Výzkumník hledá a také analyzuje dostupné informace a snaží se zjistit odpovědi na stanovené otázky v počátku výzkumu. Samotný výzkumník pak na základě získaných dat vyvozuje a také dedukuje závěry, které se jeví jako zcela zásadní pro stanovený cíl výzkumu (Hendl, 2016).

5.3.2 Kvantitativní výzkum

Tento typ výzkumu pracuje zejména s fenomény sociálního světa, jenž činí jako předmět zkoumání. Předmět zkoumání je vždy měřitelný a také určitým způsobem tříditelný. Informace získané díky tohoto typu zkoumání jsou kvantifikovatelné a také je lze efektivně převést do porovnatelné podoby. Získaná data jsou pak analyzována statistickými metoda se stanovením jasného záměru a rovněž ověřují platné představy o výskytu určitých charakteristik (Olecká, Ivanová, 2010).

Kvantitativní výzkum se využívá především v případě, že je nutné zodpovědět otázky Co? Případně Kolik? Jinak řečeno se zabývá získáváním údajů o četnosti výskytu určitého jevu a také vztahy mezi těmito jevy. Rovněž také tyto proměnné nepopisuje (Olecká, Ivanová, 2010).

5.4 Metody výběru výzkumného vzorku

5.4.1 Výběr výzkumného vzorku u rozhovorů

Pro první část tohoto výzkumu byly dva vzorky respondentů, a to senioři, jež pobývají v Domově pro seniory Chodov a také Domov pro seniory Černožice. Byli osloveni klienti ve vybraných zařízeních, a to po dohodě se sociálními pracovníky. Celkem byl rozhovor realizován z 9 respondenty, a to s 5 ženami a 4 muži. Snahou bylo zachovat genderovou vyváženost, což bylo dodrženo. Tito respondenti byli rozděleni dle délky pobytu v domově. Čtyři klienti žili v domově pro seniory více než 5 let a pět klientů žilo v domově méně než 5 let.

V tomto případě se jednalo o relativně jednoduchý výběr, jelikož byli vybráni senioři ve vybraných domovech pro seniory, kteří mohli adekvátně komunikovat a také plně rozuměli položeným otázkám. Smyslem rovněž bylo porovnat názor seniorů na kvalitu služeb dvou vybraných domovů pro seniory.

Vzhledem k takto nastavenému vzorku respondentů se dalo předpokládat, že získaná data budou lineární povahy. Jelikož byl zvolen takový vzorek respondentů, nebylo možné získat data v širším měřítku. To by se podařilo pouze v případě, že by byli osloveni klienti více než dvou domovů pro seniory.

Tabulka č. 1 - Rozložení oslovených seniorů

Pohlaví respondenta	Věk respondenta	Délka pobytu v domově pro seniory	Domov pro seniory
Žena	76 let	9 let	DPS Černožice
Muž	64 let	Pár let	DPS Černožice
Žena	87 let	2 roky	DPS Černožice
Muž	82 let	2 roky	DPS Černožice
Muž	89 let	5 let	DPS Chodov
Žena	72 let	Půl roku	DPS Chodov
Žena	79 let	9 až 10 let	DPS Chodov
Žena	91 let	15 let	DPS Chodov
Muž	90 let	20 let	DPS Chodov

Zdroj: vlastní zpracování

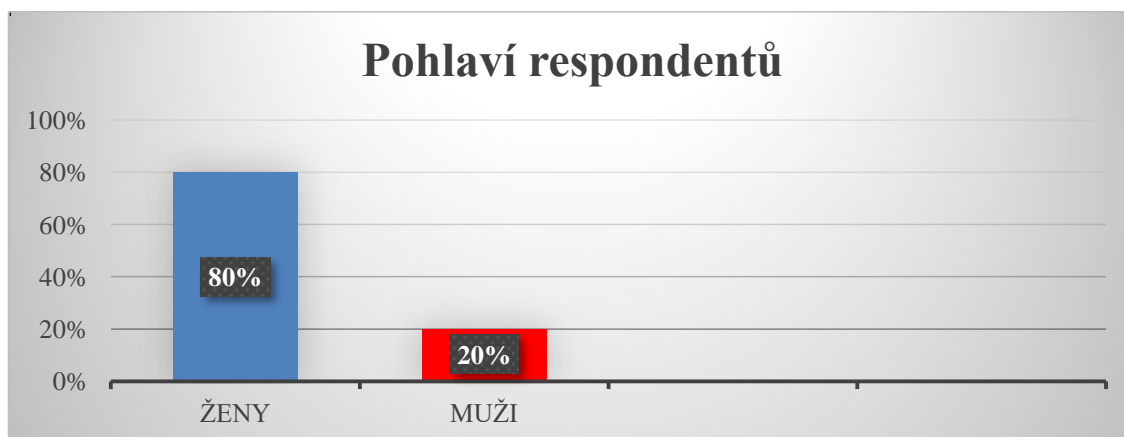
Z tabulky č. 1 vyplývá, že bylo osloveno celkem 9 respondentů. Dále však budou oslovoováni jako komunikační partneři. Byl rozlišován jak věk seniorů, tak rovněž délka jejich pobytu. Mezi komunikačními partnery byli senioři, jež žijí v domově pro seniory půl roku, ale také 20 let. Čtyři klienti žili v domově více jak 5 let (3 ženy a 1 muž) a pět klientů méně jak 5 let (2 ženy a 3 muži). Čtyři respondenti žijí v DPS Černožice a pět respondentů žije DPS Chodov.

5.4.2 Výběr výzkumného vzorku u dotazníkového šetření

Pro tento výzkum byl vybrán jako vzorek v rámci dotazníkového šetření zaměstnanci Domova pro seniory v Chodově a Domova pro seniory Černožice. Zvolení respondenti byli zaměstnanci vybraných domů pro seniory. Jedinou podmínkou, kterou museli splňovat, byla přímá péče se seniory. Aby byli schopni adekvátně odpovědět na položené otázky v dotazníku, musejí mít zkušenosti s péčí o seniory v běžném denním kontaktu. I když nebyly žádné stanovené podmínky, které by museli respondenti splnit, byly jim položeny demografické otázky, které se zaměřily na pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, jejich věk a také jejich pracovní pozici v rámci Domova pro seniory. Tyto údaje budou analyzovány níže.

Demografická otázka č. 1

Graf č. 1 - Rozložení respondentů dle pohlaví

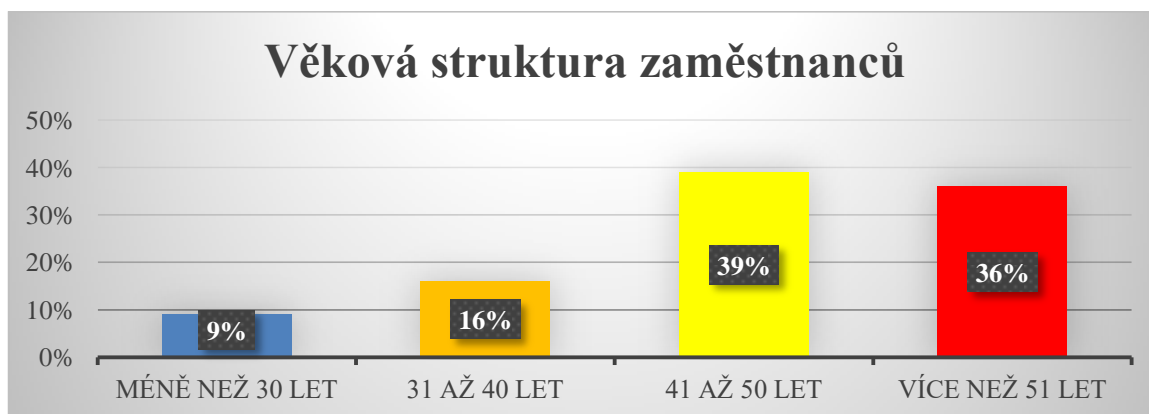


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 1 vyplývá, že se dotazníkového šetření účastnilo 80 % žen a 20 % mužů. Jedná se o 45 žen a 11 mužů z celkového souboru 56 zaměstnanců.

Demografická otázka č. 2

Graf č. 2 - Věková struktura respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 3 vyplývá, že nejvíce zastoupenou kategorií jsou zaměstnanci ve věku od 41 do 50 let a jedná se celkem o 39 % ze všech dotazovaných. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií jsou respondenti ve věku nad 51 let. Jedná se o 36 % dotazovaných. Celkem 16 % respondentů je ve věku od 31 do 40 let. Věková kategorie pod 30 let se vyskytuje v 9 %.

Demografická otázka č. 3

Graf č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedeného grafu č. 3 vyplývá, že nejvíce zastoupenou kategorií jsou respondenti se středoškolským vzděláním. Jedná se o 77 % všech dotázaných a jedná se tak o více než polovinu respondentů. Celkem 18 % dotazovaných má pouze základní vzdělání. Nejméně zastoupenou skupinou respondentů jsou ti, jenž mají vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělávání.

Demografická otázka č. 4

Graf č. 4 - Pracovní pozice respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 4 vyplývá, že téměř 90 % dotazovaných pracuje v domově pro seniory jako pečovatel či pečovatelka. Pouze 10 % dotazovaných pracuje na pozici všeobecná sestra.

5.5 Technika získávání dat

V tomto výzkumu bylo jako technika získávání dat stanoveno dotazníkové šetření a rovněž také polostrukturovaný rozhovor. Níže bude stručně vymezeno, co vybrané techniky získání dat obnáší.

5.5.1 Dotazníkové šetření

„Dotazník je vlastně způsob psaného řízeného rozhovoru. Na dotazy, které jsou na rozdíl od rozhovoru psané, se vyžadují písemné odpovědi. Dotazník je méně časově náročný než rozhovor. Dotazník umožňuje zkoumat i velký počet osob současně, takže v krátké době je možno získat velké množství výpovědí. Odpovědi však bývají často subjektivně zkreslené (i nevědomě)“ (Kohoutek, online, 2016).

Vzhledem k tomu, že jsem ve vybraných domovech pro seniory měla praxi, dotazníky jsem měla možnost předat respondentům osobně. Tímto byla zajištěna zejména vysoká návratnost a rovněž také správné vyplnění dotazníku. Vyplněny byly veškeré předané dotazníky, jedná se celkem o 56 dotazníků, a tudíž rovněž respondentů. Než vůbec došlo k předání dotazníků, bylo vše konzultováno se sociální pracovníci v obou domovech pro seniory.

Dotazník obsahuje celkem 16 otázek. Nejprve samotným otázkám předcházeli otázky demografického charakteru, které se zaměřily na věk respondentů, jejich dosažené vzdělání, pracovní pozici a také na jejich pohlaví. Další otázky byly zaměřeny na kvalitu poskytované péče z pohledu pečujícího personálu. Veškeré otázky mají uzavřený charakter a respondenti tak mohli vybírat pouze z uvedených odpovědí. Otázky v dotazníku byly také takto koncipovány.

5.5.2 Polostrukturovaný rozhovor

Jako další technika tohoto kvalitativního šetření byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Tento nástroj byl zvolen zejména z důvodu otevřenosti ze strany komunikačních partnerů a také z důvodu zajištění velkého počtu dat. Rovněž byla tato technika zvolena s ohledem na vybraný vzorek komunikačních partnerů. Senioři byli rádi, že s nimi někdo komunikuje a také jsem tak mohla získat plnohodnotná data.

Polostrukturovaný rozhovor je považován za nejvíce využívanou metodu rozhovoru, jelikož uplatňuje nejen prvky standardizovaného rozhovoru, ale také nevýhody

nestandardizovaného rozhovoru. Jako velkou výhodou lze považovat zejména zajištění doplňujících informací u otázek, jež jsou hlavní strukturou rozhovoru. Vždy je potřeba definovat strukturu rozhovoru. Tato struktura obsahuje několik základních otázek rozhovoru, které jsou následně dle potřeby rozvíjeny na další otázky související s tématem. Tyto otázky pomáhají rozšířit získané informace i další údaje (Miovský, 2006).

5.6 Organizace sběru dat

V rámci dotazníkového šetření byl předán dotazník všem ochotným zaměstnancům DPS Chodov a DPS Černožice. Vzhledem k tomu, že jsem měla praxi v obou domovech, tak jsem si vyplnění sama zajistila a osobně jim dotazníky předala. Rovněž jsem také byla u jejich vyplnění, abych předešla nejasnostem. Také jsem si takto zajistila vyplnění veškerých předložených dotazníků. Celkem se mi vrátilo 56 dotazníků. Tento počet jsem také předala zaměstnancům domovů pro seniory uvedených výše. Všichni respondenti také byli poučeni o tom, že se těmito daty budu pracovat v rámci této práce, ovšem bude se jednat o zcela anonymní šetření.

V rámci výzkumného šetření v přeložené kvalifikační práci byli respondenti rozhovorů označeni jako komunikační partneři. Komunikační partneři byli osloveni osobně, a to po předchozí konzultaci se sociálním pracovníkem. Před započítáním samotné realizace výzkumného šetření byl komunikačním partnerům předložen informovaný souhlas, který museli podepsat. Veškeré rozhovory byly nahrávány na záznamník zvuku v mobilním zařízení. Rozhovorů se účastnilo 9 komunikačních partnerů, a to 4 z DPS Černožice a 5 z DPS Chodov. Vzhledem k zastoupení obou pohlaví, jsou nadále senioři označováni jako komunikační partner.

5.7 Metody analýzy a interpretace dat

Původním záměrem bylo pro zpracování dat využít metodu zakotvené teorie. Dle Miovského (2006) představuje zakotvená teorie zejména soustředění se na zkoumaný jev prostřednictvím shromažďování údajů na vybrané téma a následnou analýzu získaných dat spolu s teoretickými poznatky získanými výše. Tyto poznatky pak získaná data doplňují. Pro vytvoření nové teorie je nutné zajistit nejen analýzu dat, ale také konceptualizaci dat pomocí kódování. Ovšem při získávání dat byl tento záměr změněn, jelikož samotná zakotvená teorie slouží pouze pro vytvoření nové teorie, ale záměrem

předloženého výzkumu bylo detailně zmapovat kvalitu péče seniorů v domově pro seniory z pohledu samotného seniora.

Nicméně k popisu trsů byla užita technika vyložení karet, která se často užívá právě v souvislosti se zakotvenou teorií. Šedřová (2007, s. 226-227) uvádí, že v tomto případě badatel uchopí vytvořené trsy (kódy, skupiny kódů), které uspořádá do nějakého obrazce či linky, přičemž není nutné do této linky zahrnout všechny trsy nebo jejich obsah, ale lze vycházet z výzkumných otázek, vzájemných souvislostí. Názvy trsů se pak stávají názvy jednotlivých kapitol a obsahem kapitol je podrobný popis trsů.

Celkem byly vytvořeny tři trsy, které se skládaly z menších celků, obsahově či významově blízkých. Názvy trsů jsou následující:

1. Rodina a senior
2. Života seniora v domově pro seniory
3. Kvalita péče v domově pro seniory

Obsah trsů je následující:

1. Rodina a senior
 - a. vztah rodiny a seniora,
 - b. počet návštěv ze strany rodiny,
 - c. pomoc ze strany rodiny.
2. Život seniora v domově pro seniory
 - a. život seniora před nástupem do domova pro seniory,
 - b. sociální vazby s jinými seniory,
 - c. nabídka volnočasových aktivit,
 - d. finanční zatížení seniora,
3. Kvalita péče v domově pro seniory
 - a. poskytovaná péče ze strany personálu,
 - b. kvalita jídla,
 - c. vítané změny v péči z pohledu seniorů.

Při interpretování výsledků jsou respondenti označováni jako komunikační partneři či partnerky ti jsou v další části práce označováni zkratkami KP1 - 9.

5.8 Vyhodnocení rozhovorů

Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny na výše uvedené trsy, které jsou totožně pro seniory v obou domovech. Výše uvedené trsy vznikly na základě získaných dat. Původně bylo cíle zmapovat zejména kvalitu ošetrovatelské péče a nabídku volnočasových aktivit, ovšem bylo zjištěno i mnoho dalších dat, jež byly zohledněny nejen v detailním popisu trsů, ale také v rámci interpretace dat.

Jak již bylo uváděno, vytvořeny byly čtyři trsy. V textu byl přiblížen jejich obsah, nicméně pochopitelně některé tyto obsahy či uvedené výroky respondentů mohou zasahovat i do jiných trsů. Při popisu výsledků pomocí techniky vyložení karet dochází k odchylování od samotných trsů a lze si všimnout celistvosti příběhu, poukázání na možné spojitosti, které umožňují snáze porozumět tomu, na čem je založena kvalita ošetrovatelské péče a jaké jsou potřeby samotného seniora.

Níže budou rozhovory rozděleny do jednotlivých oblastí, které byly vymezeny výše jako kategorie.

5.8.1 Rodina a senior

Tento trs byl vymezen na základě získaných dat z rozhovoru se seniory. Snahou bylo zajistit základní informace o seniorech a jejich rodině. Bylo potřeba zjistit, zda se rodina o seniora zajímá a z jakého důvodu senior pobývá v uvedeném zařízení. Jak již bylo uvedeno výše v rámci teoretických poznatků, rodina má zcela zásadní postavení v rámci péče o seniora, ale není vždy v jejich silách se o seniora postarat tak, jak by potřeboval. Senior má své potřeby, které jsou spojeny se změnami ve stáří. V tomto směru rodina nemá mnohdy prostor se o seniora starat a také mu nemůže zajistit adekvátní péči.

Komunikační partnerku 1 navštěvuje zejména švagrová, jinak již nikdo z rodiny. „*Mám švagrovou, ta bydlí blízko tak mě navštěvuje.*“ (KP1) Komunikační partnerka 1 dále uvádí, že za ním švagrová dochází každých 14 dní, což sice není mnoho, ale i tak je spokojená.

Komunikační partner 2 uvádí, že žil dlouhou dobu v cizině, takže má rodinu rozprostřenou po světě, takže se moc nestýkají, a to i když má manželku a také děti. „*Mám manželku a tři děti.*“ (KP2) Komunikační partner 2 dále uvedl, že jej nenavštěvují

ani děti ani synové, rovněž si s nimi nevolá a není s nimi v kontaktu, i přesto mu to však nevadí. Obdobnou situaci má také komunikační partnerka 3. Byla rozvedená a je v domově pro seniory daleko od domova. „*Ne, byli jsme rozvedeni.*“ (KP3) Ovšem nikdo z rodiny za komunikační partnerkou 3 nechodí, jelikož nyní žije daleko od svého domova. „*Ne, sem je to daleko z Tachova...Bydlela jsem v bytě a bydlela jsem tam sama, zlomila jsem si ruku, ve Dvoře bylo plno, a tak mě vzali do Hradce a Hradec, jako ta nemocnice mě pak dala sem.*“ (KP3) Komunikační partnerka 3 však uvádí, že ji to mrzí a byla by ráda, aby za ní někdo chodil. Už ji to nabízel i jiný pán z domova, ale bylo ji hloupé se takto připojit k cizí rodině. „*Jo je tady jeden pán a za ním chodí syn a ti mě zvali k nim na sobotu a na neděli, ale mně to bylo blbý. No řekněte, neznáte tu rodinu a jed'te takhle někam.*“ (KP3) Rovněž není ve spojení s rodinou ani přáteli prostřednictvím telefonu. „*Ne, mám telefon, ale neumím s ním.*“ (KP3) Pouze za jedním komunikačním partnerem dochází rodina pravidelně a také si jej berou každý víkend domů. Manželka sice zemřela, ale má děti, jež se starají a seniora navštěvují. „*Dcera chodí každou středu a syn si mě bere pravidelně domů.*“ (KP4) Komunikační partner 4 jezdí k rodině pravidelně domů, tráví u nich svátky a je s nimi v pravidelném kontaktu, s čímž je nadmíru spokojený. „*Naprosto spokojený.*“ (KP4)

Během pobytu seniora v domově pro seniory pomáhá seniorům rodina a snaží se mu pobyt zde zpříjemnit, což potvrzuje komunikační partner 5, kterému pomáhá s nákupy dcera. „*Já nechodím, jednou za týden sem za mnou přijde dcera, tak když něco potřebuju, tak mi to přinese ona.*“ (KP5) Ovšem ne vždy rodina poskytuje seniorovi plnohodnotnou péči a nenavštěvuje jej z mnoha rodinných důvodů. „*No právě on šel pracovat do Vietnamu s manželkou a dítětem, aby si tam vydělali na byt. Nevěsta tam dostala nabídku, která se neodmítá, tak tam šli. Jinak by museli mít všechno na půjčky. Tak tam odešli na 3 roky, v květnu tam budou 2 roky, Kluk tam chodí do anglický školky a furt někde cestujou, to by si tady nemohli dovolit.*“ (KP6) „*Jo, každý den si voláme se synem v půl jedný, tam je o 6h víc, je to bezvadný, že je takhle vidím.*“ (KP6)

Někteří senioři jsou však sami, respektive jejich vztahy s rodinou nejsou ideální. Komunikační partnerka 7 je rozvedená a dceru sice má, ale maminku nenavštěvuje, jelikož dle ní nemá čas. „*Nechodí, ona má dva pracovní poměry. Koupila si dva byty na hypotéku, tak na to musí vydělávat. To je jedna věc a druhá věc, to vám nezamlčím, nejsme spolu zadobře.*“ (KP7) Komunikační partnerka 7 také dodává, že se jedná o starou křivdu, která je spojena s dědictvím. Momentálně ji tato situace velmi mrzí. „*To mě mrzí, moc mě to mrzí, ale když jsem ji žádala o to, jestli by za mnou mohla chodit, tak ona mi řekla,*

nebudu. Já se asi dopustila chyby, když jsem to udělala, tak jsem to považovala za dobré, ale asi to bylo špatně. Dala jsem svou polovinu domku přepsat na vnučku a ona mi to zazlívá.“ (KP7) Alespoň vnučka se snaží za komunikační partnerkou 7 chodit, dle ní se však nejedná o příliš časté návštěvy. „Jo ta se snaží, místo maminky, snaží se mi vyhovět, i když sama chodí do práce.“ (KP7) „No nebudu se chlubit, není to moc často, někdy je to jednou za 14 dní, ale někdy jednou za 3 až 4 neděle. Má svůj život, taky svého fešáka, co si budu povídat. Má toho moc. Kdyby chodila každý den, tak bych ji ruce líbala.“ (KP7) Jedná se také o jediného člena rodiny. Komunikační partnerka 7 má ještě dva vnuky, ti ji však nenavštěvují. „Bohužel, to jsou kluci, ti přijdou jednou za rok na Vánoce. Oběma je přes 30 ani jeden není ženatý, ale ani jeden nemá zájem chodit do domova za babičkou. To jsou kluci, co od nich můžeme čekat.“ (KP7)

V domově pro seniory žijí i takoví senioři, kteří rodiny nemají či nežijí v České republice, tudíž je nenavštěvují. Komunikační partnerka č. 4 nemá žádnou rodinu, takže již nemá nikoho, kdo by ji navštěvoval. „Nemám nikoho, já když jsem viděla, jak je život těžký, tak jsem nechtěla vlastní rodinu.“ (KP8) „Nejstarší bratr taky neměl rodinu a měla jsem ještě dvě sestry a všichni jsou po smrti a jinak už nikoho nemám, takže sem za mnou nikdo nechodí. Občas se za mnou tady staví někdo z důchodců tady z domova, tak prohodíme pár slov.“ (KP8) Komunikační partner 9 se se svými dětmi vidá velmi málo, jelikož cestují po světě. Avšak mu tento kontakt vyhovuje, jelikož je sám velmi zaneprázdněný. „Velmi málo. Oni jezdí hodně po zahraničí. Občas za mnou přijde ještě neteř.“ (KP9) Ovšem komunikačnímu partnerovi 9 to takto vyhovuje je samotář a nepotřebuje více návštěv. „Ani ne, mě to takto vyhovuje. Já jsem dost zaneprázdněný, takže mám málo času. Já jsem přešťastný. Jsem zván svými studenty, abych prostudoval jejich partitury, jsem konzultantem dramaturgie Národního divadla. Myslím, že jsem stále v intenzivním kontaktu se soudobým životem.“ (KP9)

5.8.2 Život seniora v domově pro seniory

Pobyt seniora v domově pro seniory by měl být přínosný zejména v tom, že se senioři setkávají se svými vrstevníky a je tak zajištěn pravidelný kontakt a jinými lidmi. Ovšem ne vždy dochází ke vzniku sociálních vazeb s ostatními seniory, jak uvádí komunikační partnerka 1. „Tady těžko, víte, tady jsou babičky nemocný, víte, nemají paměť nebo mají špatnou paměť a pak jsou moc starý, takže bych těžko se s nějakou babičkou skamarádila.“ (KP1) S tímto souhlasí rovněž komunikační partnerka 3, která dále uvádí,

že kamarádky měla, ale nejednalo se dle ní o pravé přátelství. „*Měla jsem, ale je to velká faleš... Promluvím jenom, ale s ničím se nesvěřuju. Není to jako v práci, tam jsme byli jedna rodina.*“ (KP3) Komunikační partner 4 uvádí, že se se spolubydlícím dívá na televizi, ale moc si nepovídají. „*No jak kdy, spíš koukáme na televizi.*“ (KP4) Komunikační partner 4 dále uvádí, že ani kamaráda nehledá, jelikož má zde jinou zábavu. „*Ne, já tu mám televizi a rádio, a to mi stačí.*“ (KP4)

Samotný život seniora se z velké míry odvíjí zejména od toho, jaká je fyzická, ale také psychická kondice seniora. To souvisí nejen s věkem, ale také s dosavadním životem seniora před nástup do domova pro seniory. Komunikační partnerka 1 uvádí, že po celý život nic nedělala, jelikož měla zdravotní problémy. „*Já jsem nedělala nic, já jsem postižená. Tak jsem nedělala nic.*“ (KP1) Komunikační partnerka 1 žije v domově pro seniory 9 let a potřebuje do velké míry pomoc od personálu. „*Nechodím... Ne, já jsem byla na vozejk... Chodila jsem o takových berličkách a chodila jsem, jenomže ta moje nemoc se horšila a já jsem pak ztrácela rovnováhu, tak jsem padala tak jsem sedla na vozejk a zůstala jsem na vozejk.*“ (KP1) Komunikační partner 2 uvedl, že je v zařízení již několik let a je s péčí v zařízení spokojen. „*To ne, nějaký ten rok.*“ (KP2) „*Já jsem spokojený.*“ (KP2) Původně však měl zajímavé povolání. „*Já jsem byl střelmistr, odplavali jsme skály a potápěč.... Hodně v Jugoslávii a byl jsem v Karibiku. My jsme si s kamarádem postavili plachetnici, přejeli jsme přes Atlantik a tam se nám zalíbilo, tak jsme tam 20 let zůstali. Chtěli jsme objet svět, ale to se nepodařilo a už asi ani nepodaří...*“ (KP2) Komunikační partnerka 3 uvádí, že již nepotřebuje speciální péči od personálu a jeho očekávání od pobytu v něm bylo naplněno pouze do určité míry. „*Dohromady co můžu, to si ještě udělám, dohromady nic.*“ (KP3) „*No tak napůl jo napůl ne... No nemáme co dělat, není to, jak bych to řekla, žádná zábava tu není. Není to, jako ukazují v televizi. To není pravda.*“ (KP3) Komunikační partnerka 3 původně pracovala v prádelně. „*Byla jsem šička a pradena.*“ (KP3) Po zařízení se pohybuje pomocí vozíku, jelikož ji nohy již příliš neslouží. „*Ne, jenom na tom vozejk, občas udělám pár kroků, ale už je to těžký... To si udělám sama, nikoho nepotřebuju...*“ (KP3) Komunikační partner 4 pracoval v zemědělství. „*Pracoval jsem v JZD a pak jsem dělal tam v Praze, já teď nevím, jak vám to vysvětlit...energologa*“ (KP4) Komunikační partner 4 žije v domově již 2 roky a potřebuje pomoc od personálu, nejen s oblékáním, ale také stláním.

V rámci domova pro seniory lze využívat různé volnočasové aktivity, které jsou dostupné pro všechny seniory. Zásadní je však jejich zájem a také fyzická zdatnost. Dle toho jsou také volnočasové aktivity koncipovány. Komunikační partnerka 1 však tyto

aktivity a možnosti nevyužívá. „*To tady bylo dřív taky, ale teď nevím, já jsem většinou v posteli, a to z toho důvodu, že mě bolí záda a já si měním polohu, jak potřebuju... Já nevím, jestli to tu teď je, ale myslím, že asi málo anebo je to myslím omezený.*“ (KP1) Ani komunikační partner 2 o volnočasové aktivity příliš nestojí, ale má představu o tom, jaké aktivity zařízení nabízí. „*Jednou za týden máme cvičení... Asi ani nestojím. Mám rád svůj klid.*“ (KP2) Komunikační partnerka 3 uvádí, že navštěvuje veškeré nabídky v zařízení, které jsou v rámci zařízení k dispozici. Ovšem domov pro seniory nenabízí žádné výlety. „*No máme cvičení a povídání... Jednou týdně jenom...*“ (KP3) Komunikační partnerka 4 dále uvádí, že domov moc neorganizuje výlety a pobyt mimo zařízení. „*Ne, nikde jsem ještě za ty dva roky nebyla.*“ (KP3) Komunikační partnerka 3 uvádí, že má koníčky, které ji bavily, ovšem nabídka programu tady není moc pestrá. Pouze na Vánoce organizovalo zařízení vystoupení. „*Loni tu byli studenti a zpívali dvakrát, a jak to bude letos to nevím. Já domů nepojedu, protože to je den tam a den zpátky.*“ (KP3) Ona sama měla docela dost koníčku ještě před tím, než začala bydlet v domově pro seniory. „*Pletu, háčuju, mimo vyšívání všechno. Protože jsem šila, tak si ušiju šaty. Mistrová mi vždycky říkala, na co budeš kupovat šaty, kup látku, já ti ji nastřihám a když ušiješ pánskou košili, tak ušiješ i šaty. Takovou jsme měli mistrovou Petrželkovou.*“ (KP3) Komunikační partnerka 3 také uvádí, že je schopna si koníčky zajistit sama a dopravit se dle potřeby. „*Jo to zvládnou sama.*“ (KP3) Komunikační partner 4 volnočasové aktivity navštěvuje, minimálně cvičení. „*Akorát cvičení... Každý den cvičím já sám, ale společně necvičíme tak často.*“ (KP3) Na výletě byli dle výpovědi posledního komunikačního partnera jenom jednou. „*No byli jsme na jednom, ale už nevím kde, ale předváděli tam dobytek.*“ (KP3)

Rozhovor se zaměřil také na finanční stránku pobytu v zařízení. Všichni komunikační partneři se opět vyjádřili k tomu, zda si pro důchod chodí sami nebo chodí přímo do zařízení a jaké peníze jim zbývají. Rovněž se také vyjadřují k jídlu a k celkové kvalitě péče v zařízení. „*Ne, to dostane ústav ty peníze, ten si vezme, co potřebuje a co zbyde, to mi jako dají... Mně moc peněz nezbývá, ono je to tady dost drahý a platím tady 10 074 Kč.*“ (KP1) Komunikační partner 2 dále uvádí, že mu chodí důchod přímo do zařízení a žádné peníze navíc nepotřebuje. „*Do zařízení... Ne, ale já žádný nepotřebuju, cigarety si koupím... Z důchodu, to si objedná a oni mi je přinesou... Ne, to oni zařídí. Ještě tatranky, a to mi stačí.*“ (KP2) Komunikační partnerka 3 uvádí téměř totožnou výpověď. „*Já nedostávám důchod do ruky, on jde sem, takže oni mi to strhnou... Ne, mám jen to, co jsem si ušetřila.*“ (KP3) Totéž uvádí také poslední

komunikační partner a uvádí, že důchod rovněž chodí také přímo do zařízení. „*Chodí do zařízení... Když si řeknu tak dostanu.*“ (KP4)

Komunikační partner 5 také navazuje vztah s jinými seniory v zařízení. „*No, tak bavím se tady s jedním bývalým ředitelem. Jenže on je víc přes kulturu, a to ostatní nevidí a ani tomu nerozumí.*“ (KP5) Komunikační partnerka 6 uvádí, že si myslí, že vztahy v domově jsou dobré, ale všichni jsou o mnoho let starší, což způsobuje komunikační bariéru. „*No snažím se tu tak nějak bavit, myslím, že vztahy jsou tu dobré, ale nemám tu nikoho ve svém věku, všichni jsou o 10, 20 let starší, abych si s nimi rozuměla*“ (KP6). Komunikační partnerka 7 souhlasí s názorem komunikačního partnera 6 a uvádí, že jsou v domově dobré vztahy mezi klienty. „*No tahle spolubydlící, je občas náladová, ale jinak dobrý, ale já taky občas nemám dobrou náladu, takže dobrý. Předtím jsem byla s paní, té bylo 93 let a s ní to bylo taky dobré a pak tady mám ještě jednu kamarádku a s ní mám moc hezký vztah. Takže si myslím, že dobrý*“ (KP7). Komunikační partner 9 má také velmi pěkný vztah s ostatními seniory. „*Já tu mám hezký vztah s ostatními a tím, že tu pořádám ty besedy, tak ke mně ostatní jakoby vzhlížejí*“ (KP9).

Samotné životy seniorů v zařízení jsou odlišné s ohledem na jejich dosavadní život před pobytem v domově. Komunikační partner 5 uvádí, že původně žil s v domově s manželkou, nyní však žije nějakou dobu v domově sám, jelikož potřebuje odbornou péči. Rovněž také zmínil svou původní profesi. „*No dělal jsem toho víc, ale posledních 25 let, než jsem šel do důchodu, jsem dělal ve dvou podnicích zahraničního obchodu*“ (KP5). Komunikační partner 5 dále uvádí, že žije v domově asi 5 let a využívá rovněž pomoci ze strany personálu. „*Se zdravotními potřebami*“ (KP5). Jeho představa o pobytu je naplněna. „*Tak nějak ano.*“ (KP5) Komunikační partner 5 také uvádí, že měl větší pokoj, dokud zde žil s manželkou. Nyní má menší pokoj, jelikož jej obývá sám. „*Ne byl jsem s manželkou, ona mi letos zemřela*“ (KP5). Od té doby je na pokoji sám a má také menší pokoj. „*Ano, no sem by se už nikdo nevešel*“ (KP5).

Taktéž komunikační partnerka 6 se k výše uvedenému vyjádřila. „*Já jsem vyučená prodavačka v potravinách a pak jsem dělal vedoucí v potravinách.*“ (KP6) Komunikační partnerka 6 žije v domově pro seniory velmi krátce, a to od května loňského roku. Pomoc ze strany personálu nevyžaduje, ale vždy tomu tak nebylo. „*Teď už ani tak s ničím, ale ze začátku jsem potřebovala pomoc od personálu dost. Já jsem upadla a ochrnula jsem na pravou ruku a ta mi ochrnula a já se nemohla podepsat, nic. Nevědělo se, jestli se to rozcvičí, oni tomu říkají paréza, a tak říkali cvičit, cvičit a cvičit a teď už je to lepší*“ (KP6). Komunikační partnerce 6 vadí, že je zde tak brzy. „*Jsem tu příliš brzy, a to mi vadí,*

ale jinak je mé očekávání spíš naplněno“ (KP6). Komunikační partnerka 7 rovněž uvádí, jaká byla jeho původní profese a jak dlouho v zařízení pobývá. Rovněž také uvádí, že je již ležák a je odkázána na pomoc druhých. „Původně jsem vyučená prodavačka v drogerii, byla jsem roky jako prodavačka, pak jako vedoucí prodejny, a nakonec jsem pracovala v oddělení faktur... Ležím v posteli, pokud bych se chtěla někam pohybovat, tak mě zvednou zvedákem a uloží na takové pohyblivé lůžko, kde můžu ležet, jinak mě bolí nohy“ (KP7). Komunikační partnerka 7 dále uvádí, že snaží být samostatná a nezatěžovat sestřičky. „Jo to zvládnou, to se otočím, myslím, že sestřičky tolik neotravuju to, co mám v dosahu, si udělám sama, sama se umyju, když mi přinesou lavorek, učešu se, vyčistím si zuby. Jinak mě musejí přebalovat, ale snažím se být samostatná“ (KP7). Komunikační partnerka 4 žije v domově pro seniory již 15 let a přijde ji pobyt velmi náročný. „Já jsem byla nejmladší ze 4 sourozenců, a když všichni zemřeli, tak jsem se přihlásila sem do domova důchodců. Je to asi 15 let a je to celkem náročné... No pořád po nás chtějí nějaké výkony“ (KP8). Také komunikační partner 9 rovněž uvádí svou profesi. Původně se však do zařízení nastěhoval se svou manželkou a žili zde relativně samostatný život. „Já jsem pracoval v Československém rozhlasu, pak taky jako předseda evropských hudebních vysílání, spolupracoval jsem s Unesco, byl jsem hodně mezinárodně angažován. Posledních 20 let jsem byl šéfem jednoho hudebního vydavatelství. Také jsem učil na konzervatoři muzických umění“ (KP9). Poslední komunikační partner 9 žije v domově již dlouhou dobu. „My jsme sem nastoupili s manželkou před 20 lety a teď 5 let tu jsem už sám. Vymohli jsme si s manželkou, abychom tu mohli žít zcela samostatně, pokud jde o stravu atd. Měli jsme tu nedaleko chatu, a celé léto jsme byli tam. Teď jsem osaměl a dlouho jsem si hledal životní způsob, jak obstát v životě“ (KP9). Poslední komunikační partner dále uvádí, že nepotřebuje pomoc ze strany personálu a vše si obstará sám, a dokonce se aktivně podílí na volnočasových aktivitách. „Ne, já si dělám vše sám. Odebírám tu jen obědy. Snídaně a večeře si dělám sám. Rozhodující v tom všem je, že už 4. rokem pořádám přednášky pro klienty domova z dějin české a světové hudby. Za to jsem od paní ředitelky dostal poděkování za léčbu hudbou“ (KP9). Komunikační partner 9 je velmi spokojen s pobytem v zařízení. „My jsme tu s manželkou byli velmi spokojeni. Ona mě formovala svým příkladem. Já jsem vůbec toho názoru, že většina žen je větších a hlubších kvalit než muži... Ne, s manželkou jsme byli tady vedle na dvoulůžkovém pokoji a jak říkám, žili jsme zcela odděleně a samostatně, samostatným způsobem života, který se mi zalíbil, tak v tom pokračuji a spíš věnuji čas a energii tomu

ústavu, ostatním chodím do lékárny, na nákup, mluvím s nimi, a jak jsem říkal, 4 roky chystám ty besedy.“ (KP9)

V domově pro seniory je také nabídka volnočasových aktivit. Komunikační partner 5 uvádí, že domov pro seniory nabízí různé volnočasové aktivity, ale nedokáže je vyjmenovat, jelikož je jich hodně a on sám má své koníčky, kterým se věnuje. *„Já vám to nevyjmenuju, ale tady toho je hodně. Celý volný čas je zabraný, pořád se něco děje... No, dokud jsem tu měl manželku, tak jsem ji občas doprovodil, sám bych nešel“ (KP5).* Komunikační partner 5 má své zájmy, kterým se nyní věnuje, když již manželka nežije. *„Já jsem členem výboru obyvatel, tak se věnuju těmhle otázkám.*

A pak poslouchám rádio, zprávy a televizi a na rozdíl od jiných, nemám čas dělat něco jinýho, potají si přemýšlím o tom, co jsem slyšel, jestli to bylo správný nebo ne. Ohledně zahraniční polity a hospodaření státu. Protože takhle jsem dělal v zaměstnání, tyhle otázky byli prvořadý“ (KP5). Komunikační partnerka 6 se také účastní volnočasových aktivit. *„Znám, velice dobře ji znám a účastním se jich... No vždycky si čtu program a něco si z toho vyberu, co by mě zajímalo. Hodně chodím na keramiku, šikovné ruce. Nejdřív jsem začala levačkou a chtěla jsem na to nemyslet a nenechat tu ruku chvíli v klidu.“ (KP6)* Dále komunikační partnerka 6 uvedla, že se program každý týden mění a nabídka je tak velmi pestrá. *„Vždy je program na týden a z toho si vybírám a od pondělí do pátku se snažím chodit, o víkendu není nic, tak aby mi to tady uběhlo. Zapojila jsem se tady do stravovací komise.“ (KP6)* Ovšem jsou o činnosti, které se nemění. *„Jsou přibližně stejně, ale já chodím jen odpoledne. Dopoledne chodím ještě s jednou paní tady do zahrady a děláme tam takový kolečka s chodítkem, pak je tam nářadí na cvičení, tak cvičím hlavně tu ruku, to mi říkala ta rehabilitační sestra, abych s tím cvičila. Ona za mnou ještě chodí obden a cvičíme spolu.“ (KP6)* Komunikační partnerka 7 rovněž zná nabídku volnočasových aktivit, ale neúčastní se jich, jelikož mu to zdravotní stav neumožňuje.

„No vím, že to tu je, ale teď už se neúčastním. Když jsem chodila o berlích tak jsem chodila víc, teď vyrábím jen korálky a obrázky z bavlnek, oni mi to donesou a já to tam napíchám. Dělán toho dost, baví mě to. Jen mě teď začíná trochu zlobit zrak, tak je to horší, ale dělám to pro radost.“ (KP7) Komunikační partner 8 se stejně jako komunikační partnerka 7 volnočasových aktivit neúčastní, jelikož jí to nedovoluje zdravotní stav. *„To znám, to všechno znám, ale už jsem celá zkroucená, tak se nemůžu toho účastnit, tak poslouchám alespoň písničky v rádiu, to mám ráda, hlavně ty národní písničky.*

Velice obdivuji ty, kteří dokáží písničky zazpívat.“ (KPCH 4) Komunikační partner 5 se také volnočasových aktivit neúčastní, jelikož v nich nevidí smysl. *„Ne, to musí být nějaká pro mě špičková záležitost, když přijde vědec nebo politik, pro mě naprosto špičkového významu. Musí to být pro mě přínosná věc.“* (KP9)

Všichni komunikační partneři se také vyjádřili nejen k ceně za ubytování zařízení, ale také k běžnému životu. *„Takhle my jako důchodci máme ze zákona nárok na 15 % z důchodu, z toho si musíme platit všechny poplatky za léky a další věci a to ostatní, to bere téměř celý důchod... Do zařízení a oni mi každý měsíc vyplácejí, takový jako kapesný a dají nám papíry, kolik nám toho přišlo a co vše máme platit.“* (KP5) Taktéž komunikační partnerka 6 uvedl obdobné informace ohledně platby za ubytování v zařízení. *„No vím to, je to dost. No právě mně to musí doplácet syn, což jsem velmi nerada...Jo, jo a dávají mi z toho 15 %.“* (KP6) Taktéž komunikační partner 7 uvedl obdobné informace ohledně platby za ubytování v zařízení. *„Jo to vím, to vám můžu říct. Důchod mi chodí sem do domova a po odečtení všech poplatků dostávám 15 %. Ale jen pokud máte důchod takový, že na to stačí, pokud na to důchod nestačí tak to musí doplácet rodina.“* (KP7) Komunikační partner 8 uvádí to, co partneři výše. Důchod chodí přímo do zařízení a zařízení poskytuje seniorovi nějakou část peněz. *„Do zařízení a pak z něho něco dostanu.“* (KP8) Komunikační partner 9 si dochází pro svůj důchod sám a má své peníze pod kontrolou. *„Já si pro něj chodím na poštu.“* (KP9)

Komunikační partner 5 dále uvádí, že kdyby mohl něco změnit, tak je to zejména přístup vedení k připomínkám a konstruktivní kritice. *„Naučit to vedení, že ty jejich funkce obnášejí něco víc a není to žádný zázrak, je to létama ověřená věc, jen se to nedá dělat někde na vycházce na kolenou a oni automaticky zabraňují jakékoliv kritice. Ne každý má v sobě odvalu, když něco říká a s tím bojovat. Já kdysi, když jsem tu byl asi rok, dal jsem připomínku k pečovatelkám a než jsem došel ze schůze domů, tak tady bylo už pozdvyžení.“* (KP5)

5.8.3 Kvalita péče v domově pro seniory

Právě kvalita poskytované péče v domově pro seniory je velmi diskutované téma, takže bylo potřeba zaměřit se také na názor seniorů. Komunikační partnerka 1 uvádí, že kdysi byla péče lepší, než je to nyní, jelikož se změnil ředitel zařízení a jeho změny se jí nelíbí. Je zde málo personálu a nemají tak čas se seniorům věnovat. *„Dřív to tady bylo lepší a hezčí... Pan ředitel to změnil, a právě ta jeho změna se mi nelíbí... Víte, ty sestřičky,*

je jich tu málo zajedno a nás lidí je tu moc, který je potřebujeme.“ (KP1) Komunikační partnerka 1 také uvádí, že původní paní ředitelka vedla domov pro seniory lépe a také organizace práce pro samotné sestřičky byla lepší. „Víte a dřív to bylo tak, byla tu paní ředitelka a ta byla víc k lidem, víte... ale jenomže byly na svém patře, víte a člověk, když je potřeboval tak zazvonil a ona přišla a teď, teď se nedovoláte, protože má celou budovou jedna sestra a než sem přijde tak to trvá.“ (KP1) Kvalita péče je dle komunikační partnerky 1 v pořádku, ovšem není to tak kvalitní, jako to bylo s původním vedením. Sestřičky jsou hodné, jenom mají málo času na poskytovanou péči. „No ono je to těžký, ono je dneska všude málo sestřiček... A mají hrozně práce a víte, když tady byla ta paní ředitelka, tak to tu bylo takový domáctější, víte, takový, jak bych to řekla, víc spřátelený.“ (KP1) Komunikační partner 2 uvádí, že je s péčí a kvalitou poskytované péče ze strany personálu spokojen. „To určitě, tady jsou všichni hodný.“ (KP2) Komunikační partner 3 uvádí, že je spokojen s péčí a také kvalitou služeb v zařízení. „Jsem, jsou hodní.“ (KP3) Komunikační partner 4 je rovněž spokojený s personálem a nic by neměnil. „Jo jo, dobrý je to, jsou hodní... Ne, takhle je to dobrý.“ (KP4)

Komunikační partnerka 1 uvádí, že je s jídlem docela spokojená. „Někdy je to dobrý, ono záleží, jaký jsou kuchaři. Oni se tu střídají a to je chyba. Někdy je to dobrý a někdy ne, někdy to odbydou a je to... To vám řeknu, to jsme mohli dřív za paní ředitelky a teď vařej jen jedno jídlo, ono jich je taky málo v kuchyni, a tak vařej jen jedno jídlo. Dřív jsme měli dvě, že jsme si mohli vybrat.“ (KP1) Komunikační partner 2 dále uvádí, že je v zařízení spokojený a nic by neměnil. I jídlo je něj v pořádku. „Já jsem tu spokojený... Výborný, máme i svačiny.“ (KP2) Totožnou výpověď uvádí komunikační partnerka 3. „Jsem, já sním všechno, za války jsme taky museli sníst, co bylo.“ (KP3) Rovněž poslední komunikační partner 4 uvádí, že mu jídlo chutná a nic by neměnil. „Jo jsem, vaří tu dobře... Chodím do jídelny a jen sem tam dostanu jídlo sem na pokoj. Jak se jim to šikuje.“ (KP4)

Hygiena probíhá v zařízení jednou týdně přímo ve sprše, jinak probíhá pouze na pokoji v posteli. „Jednou za týden... Sestřičky přinesou umyvadlo a umyjou mě tady na posteli... Každý ráno a musejí mi pomáhat, protože už to nezvládám.“ (KP1) To stejné vypověděla další komunikační partnerka. „Umývám se každý den sama u umyvadla a jednou týdně mi pomohou sestřičky ve sprše.“ (KP3) Komunikační partner zvládne dostat do sprchy sám a hygienu si tak zajistí dle potřeby. „Jo to zvládám.“ (KP2)

Komunikační partner 5 se také vyjádřil ke kvalitě péče o seniory v příslušném zařízení. „Jsem spokojen s kvalitou práce personálu, ale myslím si, že mám tady trochu výsadnější postavení mezi důchodcema. Já s personálem hodně mluvím, přijdu s nima hodně do styku, tak je to takové přátelštější.“ (KP5) Také komunikační partnerka 6 se vyjádřil ke kvalitě poskytované péče. „Ale celkem to jde.“ (KP6) Komunikační partnerka 6 není spokojena s velikostí zařízení a svého pokoje. „No změnit, asi kdyby to tu bylo větší, je to tu maličký. Ale člověk si zvykne na všechno, hlavně, že jsem tu sama a že jsem v Praze, to je pro mě důležitý.“ (KP6) Komunikační partnerka 7 uvádí, že je spokojen s kvalitou péče a ošetrovatelského personálu vzhledem k tomu, že se ji postupem času zdravotní stav zhoršil. „Jo to jsem... Když jsem sem přišla, tak jsem chodila o berlích, ale měla jsem velké bolesti. Až do roku 2012 jsem, dá se říct, chodila o těch berlích a tenkrát mi udělali čtvrtou operaci nohou a od té doby jsem na lůžku.“ (KP7) Komunikační partnerka 7 je velmi spokojená se službami v domově pro seniory, což ani ona sama nečekala. „Já jsem od toho nic nečekala, ale musím říct, že jsem opravdu spokojená. Doma bych to nikdy nezvládla a tu trpělivost by se mnou neměly ani děti.“ (KP7) Také komunikační partnerka 8 uvádí, že je spokojena s prací personálu, i když není zvyklá na to, že se o ní někdo stará a pečuje o ni. „No víte, já nechci nic říkat, ale je to rozdíl, když vás opatrují, vždycky jsem to dělala já, ale jinak jsem spokojená s prací personálu. Oni se snaží, aby mi co nejvíce ulehčili.“ (KP8) Komunikační partner 9 hodnotí péče v zařízení velmi kladně, je si myslí, že by zde mělo být více personálu se zkušenostmi z nemocnice. „Mělo by tu být víc sester se zkušenostmi z nemocnice...Myslím, že je tu zázračně všestranně postaráno o všechny složky života. Obrovsky obdivuju sestřičky a je to práce fyziky i psychicky náročná. Velmi si jich vážím. Jinak si myslím, že celý problém je v tom, že se sociální ústavy mění na zdravotnická zařízení, což souvisí s nástupem dlouhověkosti. Myslím, že sociální práce by měla spadat pod Ministerstvo zdravotnictví. Dále bych zlepšil to, aby byl více upřednostňován individuální kontakt s klienty před hromadným.“ (KP9)

V rámci kvality zařízení se rozhovor zaměřil na stravování a také na základy hygieny, které jsou seniorovy poskytovány. Komunikační partner 5 je spokojen s kvalitou poskytovaného jídla pouze v určité dny. „Jídlo je pravidelný, stálý problém. No někdy se to trochu podaří, že to má i trochu chuť, jindy je to blaf, který se těžko dá jíst. Ráno dostanu jeden krajíček, že přes něj vidím Hradčany a jednu housku...Podařilo se to po velkém boji, který jsme tu sváděli. Máme na výběr ze dvou jídel, ale objednáváme to 14 dní dopředu.“ (KP5) Komunikační partnerka 6 se vyjádřila také k poskytovanému

jídla. „No dá se říct, že ano, všude se stane, že se něco nepovede, třeba to neudělaj tak jak by to člověku chutnalo, ale to už se musím každý přizpůsobit... Jo ze dvou, je důležitý, že kuchyň je tady a nedovází se sem jídlo, transport je pro jídlo špatný.“ (KP6) Komunikační partner 7 uvádí, že by změnila zejména jídlo, jinak je s kvalitou péče spokojena. „Já se k tomu nechci vyjadřovat, já si myslím, že se tu pro lidi snaží udělat hodně. Jediné, co bych opravdu změnila, je strava. Když jsem sem nastoupila, byl tu dobrý kuchař, všichni jsme si ho chválili. Teď se to zase trošku zlepšilo, ale pořád to není ono. Jinak se pro nás snaží dělat dobré věci, aby se nám tu líbilo. Všechno mi stačí tak jak je, ale to jídlo mi nestačí. Na to poukazuju.“ (KP7) Komunikační partnerka 8 uvádí, že je spokojena s pobytem v domově pro seniory. Také s jídlem nemá problém, jelikož nikdy nebyla zvyklá na honosné jídlo. „No já jsem skromná, my nebyli bohatí, tak jsem zvyklá na jednoduchou stravu, takže já si nestěžuju.“ (KP8) Poslední komunikační partner 9 je spokojen také se stravou. „Ano, vždy se na to těším, sedím s lékaři, tak u toho vedeme inteligentní rozhovory. Já nejsem český nadávající člověk.“ (KP9)

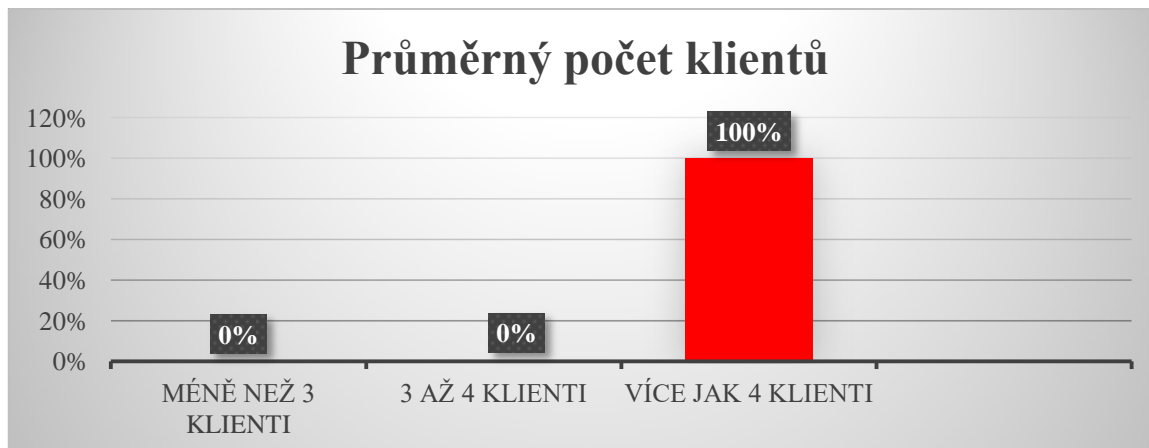
Co se týče hygieny, tak je potřeba pomoc ze strany personálu. „Když chci osprchovat tak mě musejí pomoci ti, co jsou zdraví, můžou sami, ale já potřebuju pomoc... Pokud se tomu tak dá říct tak jo. Je tu starý kohout a s ním se nedá hýbat, tak je to dost obtížné.“ (KP5) Komunikační partnerka 6 již pomoc při hygieně nepotřebuje, ale vždy tomu tak nebylo. „Od té doby, co hýbu tou rukou tak se snažím dělat vše sama, předtím mě museli sprchovat... No prakticky jednou za týden, i mě oblíkli. Uvařej nám tady, uklidí nám tady, co můžu, udělám sama, i na nákup si dojdu.“ (KP6) Komunikační partnerka 7 uvádí k hygieně totéž, co přechází komunikační partneři. „Jo, to mě vezmou na takovou umělou vanu a dovezou mě do koupelny, tam mi pomůžou nebo se osprchuju sama, protože ruce mám zdravý... Jednou za týden a každý den mám možnost se umývat u toho umyvadýlka.“ (KP7) To stejné uvádí i další komunikační partnerka. „Jo to dělají každý týden. Odvezou mě a umyjou mě v koupelně. Občas mi umyjou i hlavu. Některá sestřička je ochotnější a některá méně.“ (KP8)

5.9 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Jak již bylo uvedeno výše, data získaná v rámci dotazníkového šetření budou nyní analyzována a znázorněna pomocí grafů. Tyto grafy také budou slovně okomentovány. První otázky dotazníku demografického charakteru byly již okomentovány v kapitole výše.

Otázka č. 1 - Jaký je průměrný poměr klientů pro poskytování přímé péče, o které se staráte?

Graf č. 5 - Průměrný počet klientů



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 5 vyplývá, že průměrný počet klientů na jednoho pracovníka je více než 4 klienti. Méně než 3 klienti ani 3 až 4 klienti nevybral žádný zaměstnanec.

Otázka č. 2 - Provádějí se ve Vašem zařízení pravidelně kontroly dodržování standardů a kvality ošetrovatelské péče?

Graf č. 6 - Dodržování kontroly standardů a kvality ošetrovatelské péče

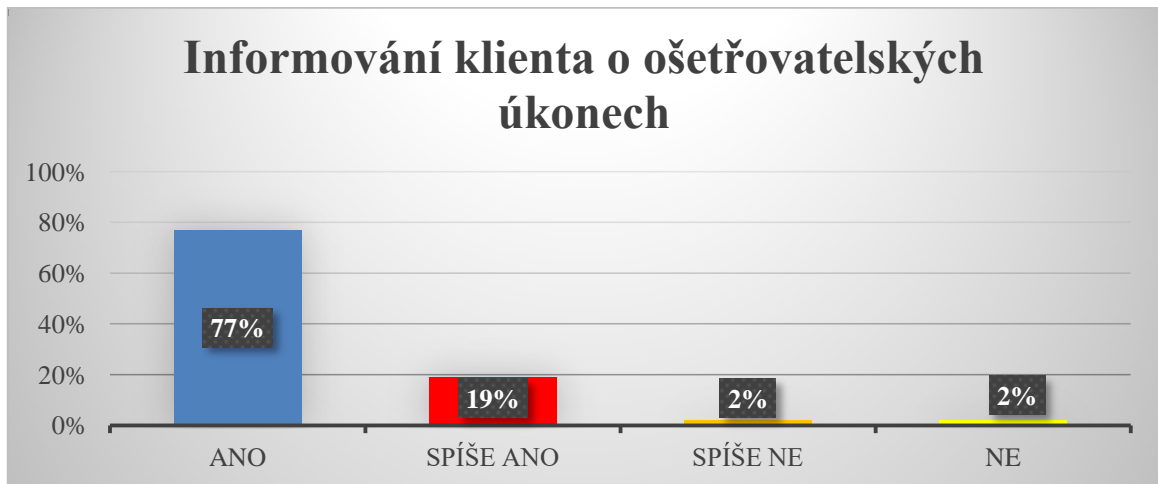


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 7 vyplývá, že 62 % dotazovaných uvádí, že se provádějí pravidelné kontroly dodržování standardů a také kvality ošetrovatelské péče. Celkem 38 % dotazovaných uvedlo, že se kontroly neprovádějí pravidelně.

Otázka č. 3 - Informujete klienta pokaždé o všech ošetřovatelských výkonech, které provádíte?

Graf č. 7 - Informování klienta o ošetřovatelských úkonech



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 7 vyplývá, že celkem 77 % dotazovaných vždy informuje klienta o ošetřovatelských úkonech, které jim provádí. Celkem 19 % dotazovaných odpovědělo „spíše ano“. „Spíše ne“ a „ne“ vybrali v obou případech pouze 2 % respondentů.

Otázka č. 4 - Má vaše zařízení vytvořený seznam piktogramů pro informování nekomunikujících klientů?

Graf č. 8 - Seznam piktogramů

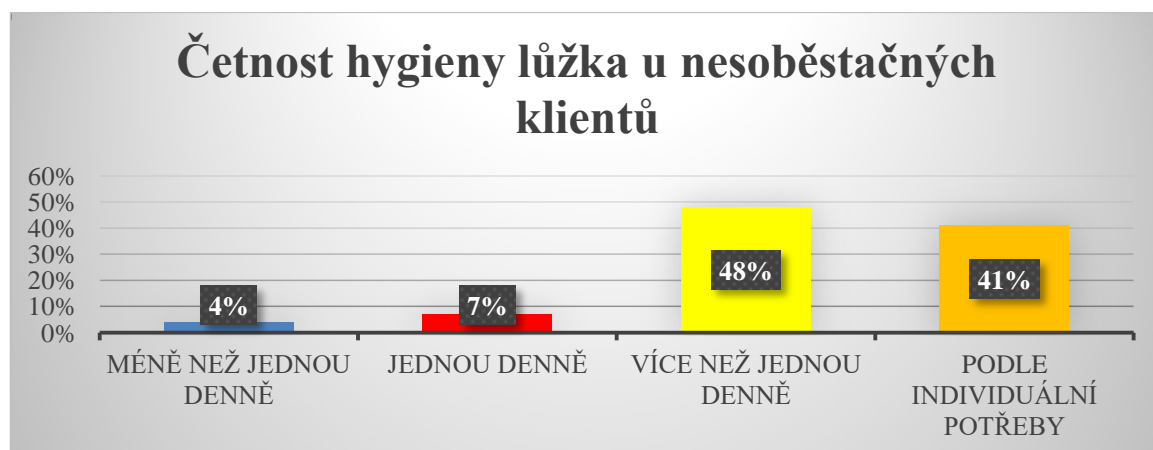


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 8 vyplývá, že celkem 45 % dotazovaných uvádí, že využívají v zařízení seznam piktogramů u klientů, jež nekomunikují. 55 % respondentů uvedlo, že tento seznam v zařízení nemají.

Otázka č. 5 - Jak často provádíte celkovou hygienu na lůžku u nesoběstačných (imobilních) klientů?

Graf č. 9 - Četnost hygieny lůžka u nesoběstačných klientů



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 9 je zřejmé, že v obou zařízeních se nacházejí nesoběstační klienti. Celková hygiena lůžka je prováděna více jak jednou denně, a to dle 48 % respondentů. Jedná se o méně než polovinu respondentů. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií jsou

zaměstnanci, kteří provádějí hygienu lůžka podle individuální potřeby, tuto variantu uvedlo 41 % respondentů. Jednou denně je prováděna hygiena lůžka dle 7 % dotazovaných. Celkem 4 % dotazovaných uvedlo, že dělají hygienu lůžka méně než jednou denně.

Otázka č. 6 - Používáte ve Vašem zařízení jednorázové pomůcky při hygieně?

Graf č. 10 - Využití jednorázových pomůcek při hygieně

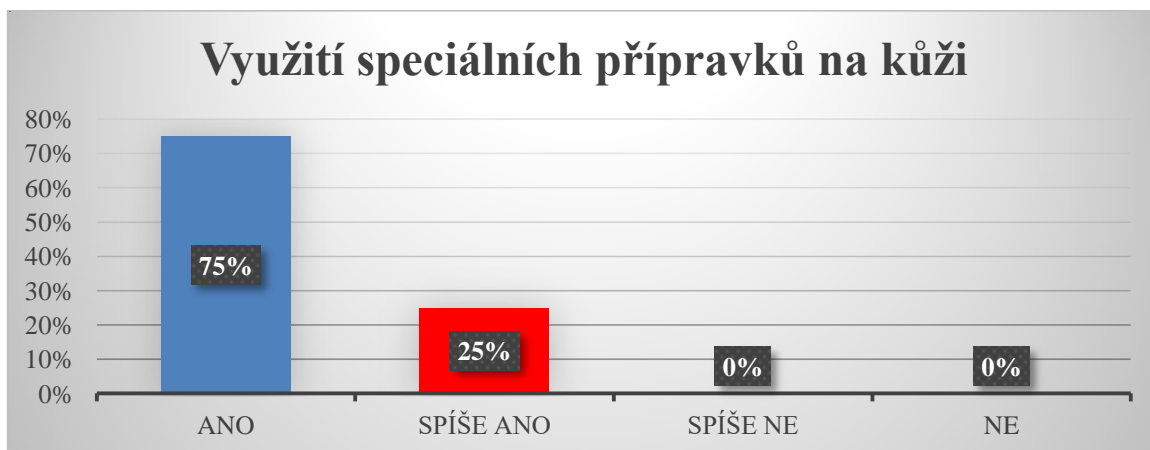


Zdroj: vlastní zpracování

Dle grafu č. 10 jsou využívány jednorázové pomůcky dle 98 % dotazovaných. Pouze 2 % respondentů uvedli, že využívají jednorázové pomůcky při hygieně dle přání klienta.

Otázka č. 7 - Používáte pravidelně při péči o kůži uživatelů speciální přípravky (oleje, masážní emulze)?

Graf č. 11 - Využití speciálních přípravků na kůži

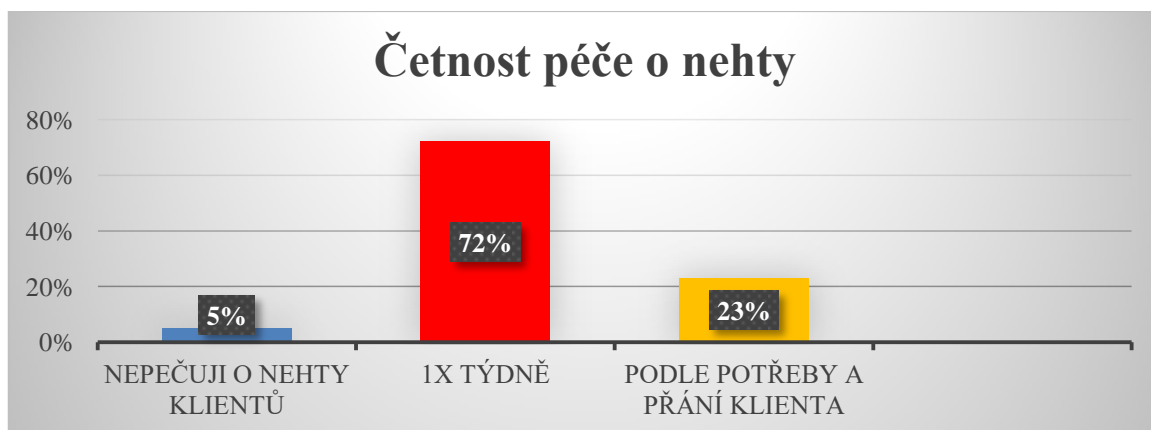


Zdroj: vlastní zpracování

Dle grafu č. 11 je patrné, že respondenti využívají speciální prostředky při péči o kůži klienta. Jedná se o 75 % dotazovaných. „Spíše ano“ odpovědělo celkem 25 % respondentů.

Otázka č. 8 - Jak často pečujete o nehty klientů, kteří o ně nejsou schopni sami pečovat?

Graf č. 12 - Četnost péče o nehty

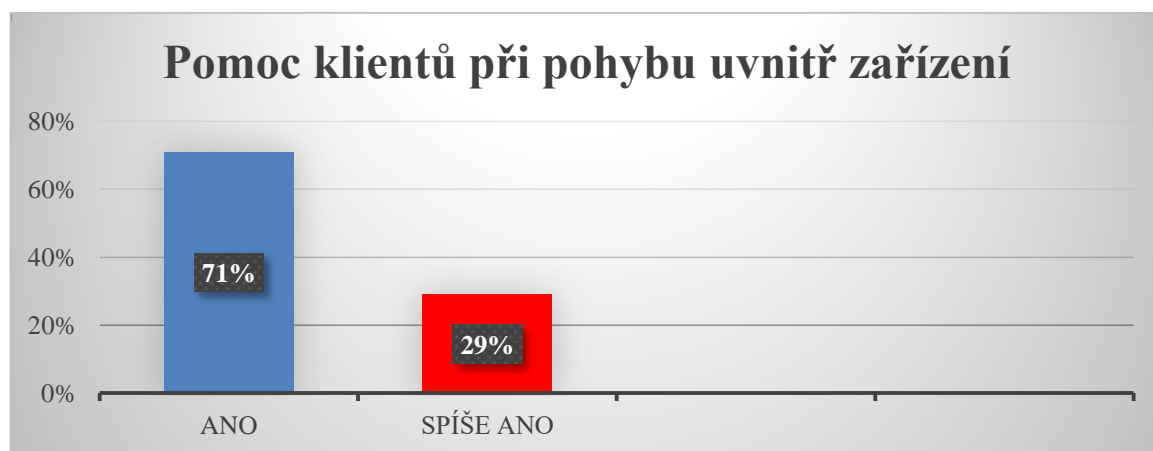


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 12 vyplývá, že nejvíce zastoupenou kategorií jsou respondenti, kteří odpověděli 1 x týdně a jedná se o 72 % dotazovaných. Celkem 23 % respondentů odpovědělo, že pečují o nehty dle potřeb a přání klienta. Pouze 5 % dotazovaných zvolilo možnost, že nepečuje o nehty klientů.

Otázka č. 9 - Pomáháte klientům pohybovat se po vnitřním prostoru Vašeho zařízení kdykoliv to potřebují?

Graf č. 13 - Pomoc klientů při pohybu uvnitř zařízení

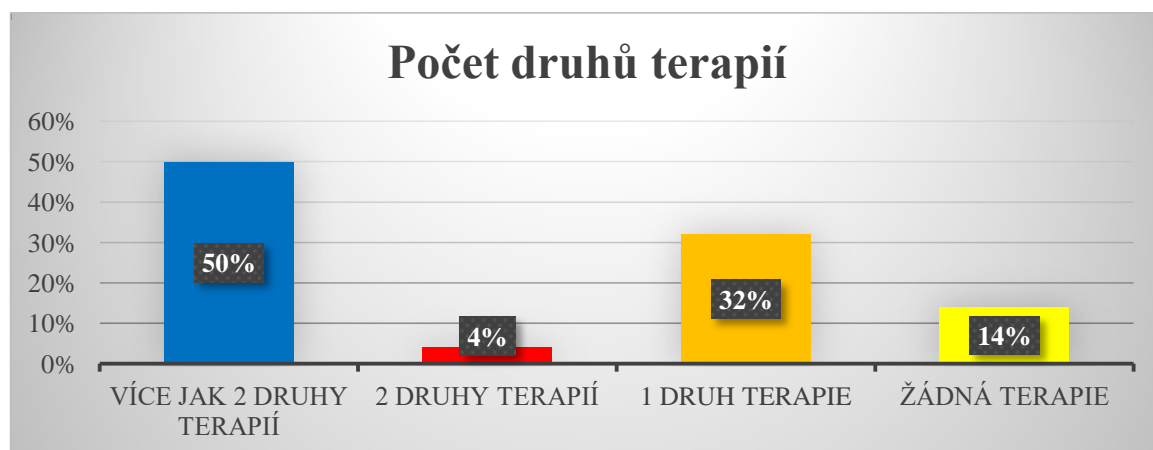


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 13 vyplývá, že celkem 71 % dotazovaných pomáhá klientům při pohybu uvnitř zařízení. Celkem 29 % respondentů uvedlo možnost „spíše ano“.

Otázka č. 9 - Zahrnují služby Vašeho zařízení individuální nebo skupinové terapie (psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie atd.)?

Graf č. 14 - Počet druhů terapií

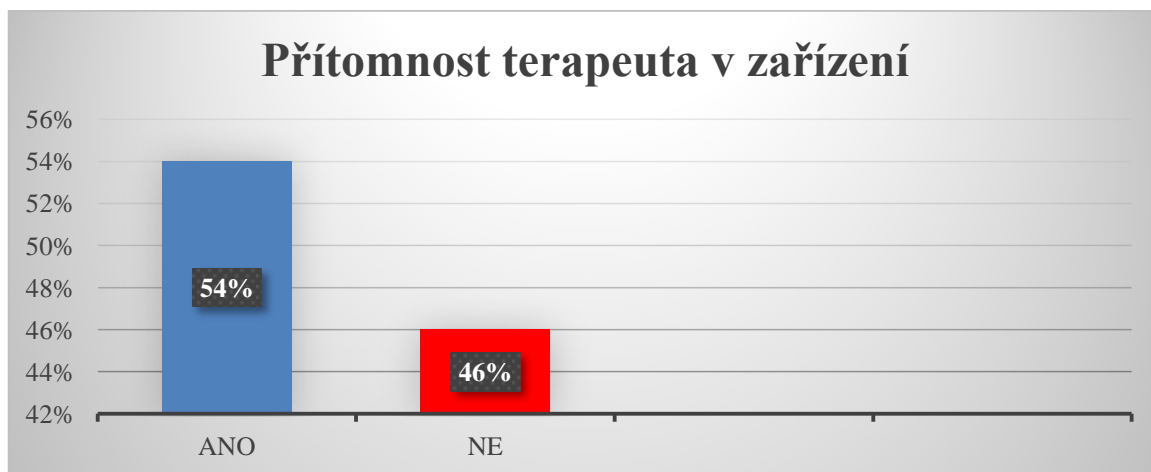


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 14 vyplývá, že celkem 50 % dotazovaných odpovědělo, že poskytuje více jak 2 druhy terapie. Celkem 32 % dotazovaných poskytuje pouze jednu terapii. Podle 14 % respondentů se v zařízeních neposkytuje žádná terapie. Poskytování 2 druhů terapií uvedlo 4 % dotazovaných.

Otázka č. 10 - Má Vaše zařízení zajištěného fyzioterapeuta?

Graf č. 15 - Přítomnost terapeuta v zařízení

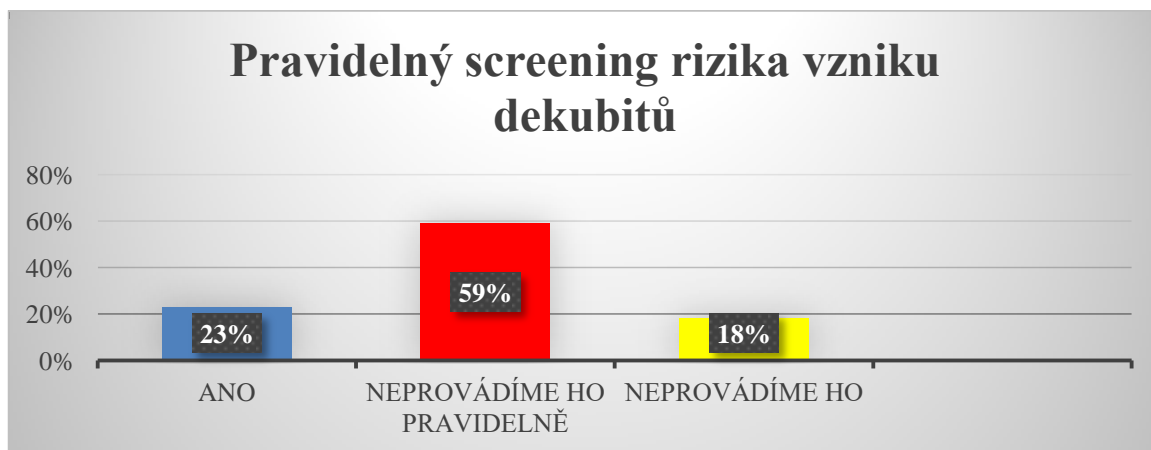


Zdroj: vlastní zpracování

Celkem 54 % respondentů uvedlo, že mají v zařízení fyzioterapeuta. Celkem 46 % dotazovaných uvedlo pravý opak. Jedná se také o méně než polovinu respondentů.

Otázka č. 11- Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný screening rizika vzniku dekubitů?

Graf č. 16- Pravidelný screening rizika vzniku dekubitů



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 16 vyplývá, že 59% respondentů uvedlo, že neprovádí pravidelný screening rizika vzniku dekubitů pravidelně. Celkem 23% respondentů jej provádí pravidelně. Celkem 18 % respondentů uvedlo, že se v rámci zařízení neprovádí.

Otázka č. 12 - Má Vaše zařízení dostatečné množství antidekubitárních pomůcek?

Graf č. 17 - Dostatečné množství antidekubitárních pomůcek

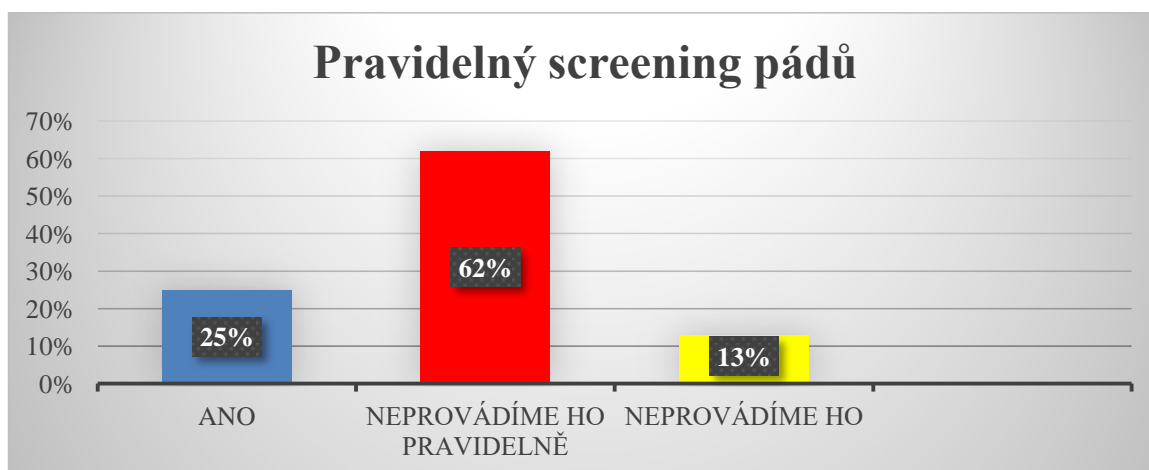


Zdroj: vlastní zpracování

Dle grafu č. 17 využívají respondenti antidekubitárních pomůcky, a to ze 75 %. Celkem 25 % dotazovaných uvedlo, že je využívají, ale mají k dispozici velmi malé množství.

Otázka č. 13 - Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný screening rizika pádů?

Graf č. 18 - Pravidelný screening pádů

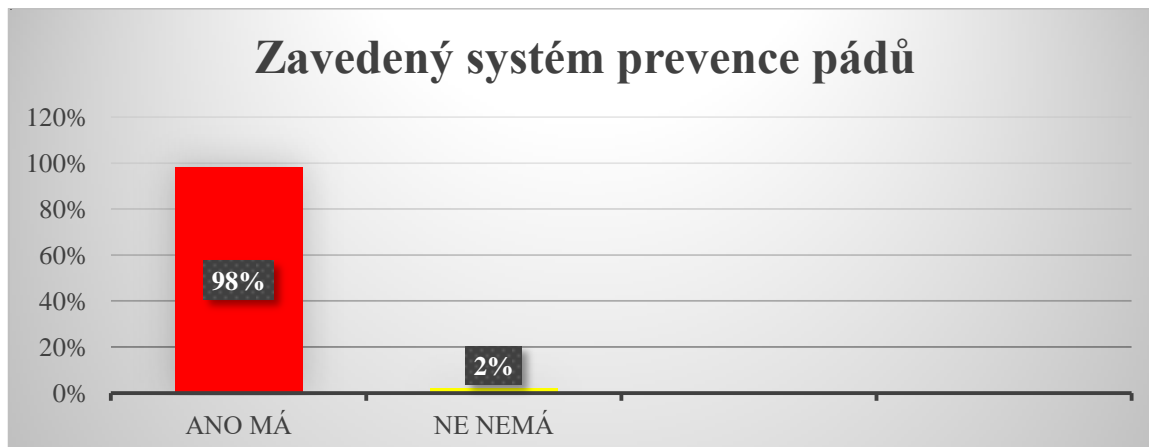


Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 62 % dotazovaných neprovádí screening plánů pravidelně. Celkem 25 % dotazovaných provádí pravidelný screening pádů. Celkem 13 % dotazovaných uvedlo, že jej neprovádí.

Otázka č. 14 - Má Vaše zařízení zavedený systém prevence pádů?

Graf č. 19 - Zavedený systém prevence pádů

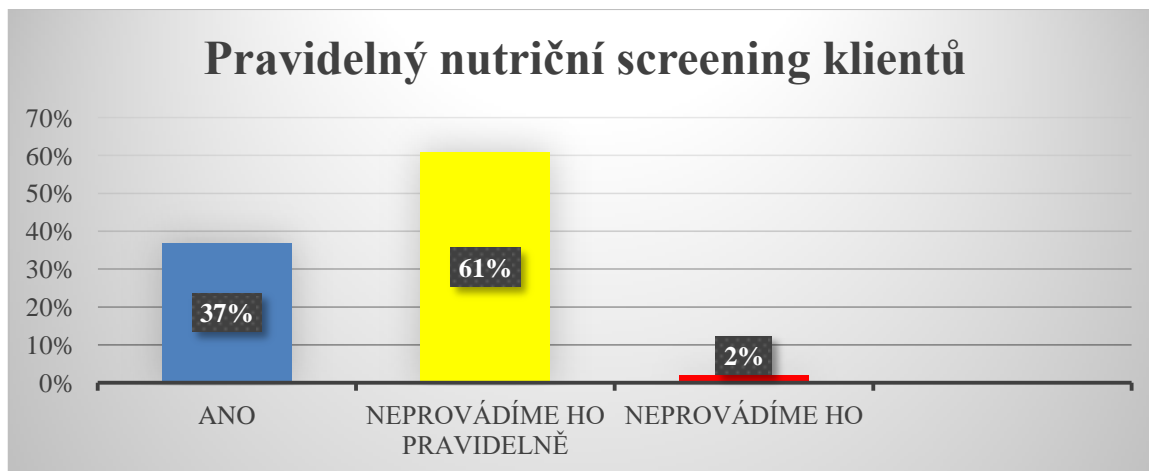


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 19 vyplývá, že většina respondentů uvedla, že mají zavedený systém pádů. Pouze 2 % dotazovaných odpovíděla opak.

Otázka č. 15 - Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný nutriční screening uživatelů?

Graf č. 20 - Pravidelný nutriční screening klientů

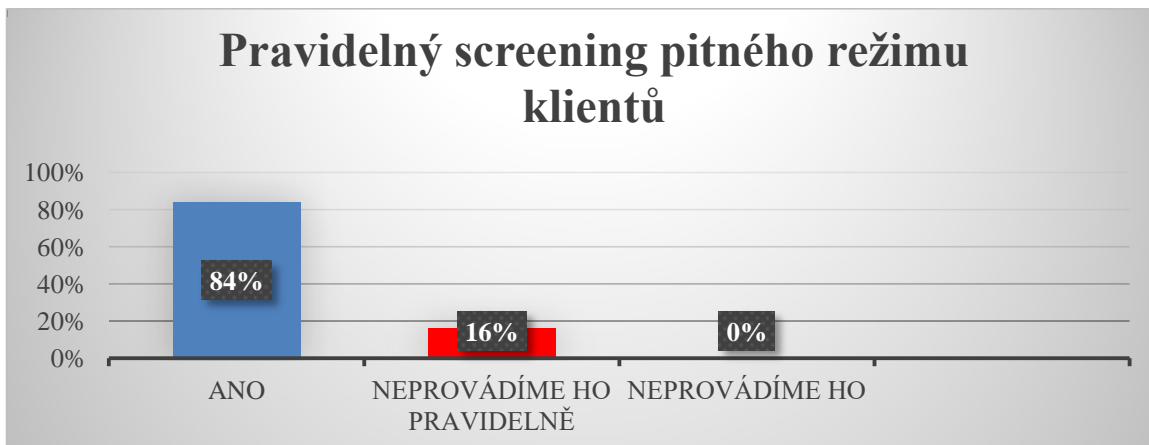


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 20 vyplývá, že celkem 61 % dotazovaných neprovádí pravidelný nutriční screening. Celkem 37 % dotazovaných provádí pravidelný nutriční screening. Pouze 2 % jej neprovádí vůbec.

Otázka č. 16 - Provádíte pravidelně screening pitného režimu uživatelů?

Graf č. 21 - Pravidelný screening pitného režimu klientů



Zdroj: vlastní zpracování

Z posledního grafu vyplývá, že celkem 84 % dotazovaných provádí pravidelná screening pitného režimu. Pouze 16 % dotazovaných jej neprovádí pravidelně.

5.10 Verifikace stanovených hypotéz

Pro tuto práci byly formulovány tři nulové hypotézy.

Hypotéza č. 1: „*Předpokládáme, že provádění pravidelné kontroly dodržování standardu ošetrovatelské péče souvisí s prováděním pravidelného screeningu rizika vzniku dekubitů.*“

Hypotéza č. 2: „*Předpokládáme, že provádění pravidelné kontroly dodržování standardu ošetrovatelské péče souvisí s prováděním pravidelného screeningu rizika pádu.*“

Hypotéza č. 3: „*Předpokládáme, že screening pitného režimu se provádí souběžně s nutričním screeningem.*“

Z nulových hypotéz byly následně stanoveny alternativní hypotézy, které jsou jejich opakem. Pro ověření hypotézy byl použit modus a popsání vztahu četnosti odpovědí. Modem označujeme nejčastěji vyskytující se hodnotu v daném souboru. Toto určování má význam pouze u jednovrcholového rozdělení, tedy pokud má pouze jedna hodnota nejvyšší četnost (Chráška, 2016).

Testovaná hypotéza č. 1

$H_{0,1}$: Předpokládáme, že provádění pravidelné kontroly dodržování standardu ošetrovatelské péče souvisí s prováděním pravidelného screeningu rizika vzniku dekubitů.

Tato nulová hypotéza byla testovaná v otázce č. 2 „*Provádějí se ve Vašem zařízení pravidelně kontroly dodržování standardů a kvality ošetrovatelské péče*“. Modem odpovědí je číslo 35 (62 %) tedy odpověď „*Ano*“.

Odpověď	Ano	Neprovádějí se pravidelně	Neprovádějí se
Absolutní četnost n	35	21	0
Relativní četnost %	62 %	38 %	0 %

Tabulka č. 2, Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka, která testovala tuto hypotézu je otázka č. 11 „*Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný screening rizika vzniku dekubitů?*“ Modem odpovědí je číslo 33 (59 %) tedy odpověď „*Neprovádějí se pravidelně*“.

Odpověď	Ano	Neprovádějí se pravidelně	Neprovádějí se
Absolutní četnost \underline{n}	13	33	10
Relativní četnost $\underline{\%}$	23 %	59 %	18 %

Tabulka č. 3, Zdroj: vlastní zpracování

Ze srovnání výsledků četnosti výsledků plyne, že $H_{0,1}$ je **zamítnuta**, protože nevidím vztah mezi pravidelností provádění kontrol standardů kvality ošetrovatelské péče a screeningem rizika vzniku dekubitů. Pravidelné kontroly dodržování standardů kvality ošetrovatelské péče by měly vést k pravidelným screeningům rizika vzniku dekubitů.

Testování hypotézy č. 2

$H_{0,2}$: Předpokládáme, že provádění pravidelné kontroly dodržování standardu ošetrovatelské péče souvisí s prováděním pravidelného screeningu rizika pádu.

Tato nulová hypotéza byla opět testovaná v otázce č. 2 „*Provádějí se ve Vašem zařízení pravidelně kontroly dodržování standardů a kvality ošetrovatelské péče*“. Modem odpovědí je číslo 35 (62 %) tedy odpověď „*Ano*“.

Odpověď	Ano	Neprovádějí se pravidelně	Neprovádějí se
Absolutní četnost \underline{n}	35	21	0
Relativní četnost $\underline{\%}$	62 %	38 %	0 %

Tabulka č. 2, Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka, která testovala tuto hypotézu, byla otázka č. 13 „*Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný screening rizika pádů?*“ Modem odpovědí je číslo 35 (62, 5 %) tedy odpověď „*Neprovádějí se pravidelně*“.

Odpověď	Ano	Neprovádějí se pravidelně	Neprovádějí se
Absolutní četnost <u>n</u>	14	35	7
Relativní četnost <u>%</u>	25 %	62, 5 %	12,5 %

Tabulka č. 4, *Zdroj: vlastní zpracování*

Ze srovnání výsledků četnosti odpovědí plyne, že $H_{0,2}$ je **zamítnuta**, protože nevidím vztah mezi pravidelností provádění kontrol standardů kvality ošetrovatelské péče a screeningem rizika pádů. Pravidelné kontroly dodržování standardů kvality ošetrovatelské péče by měly vést k pravidelným screeningům rizika pádů.

Testovaná hypotéza č. 3

$H_{0,3}$: Předpokládáme, že screening pitného režimu se provádí souběžně s nutričním screeningem.

Tato nulová hypotéza byla testovaná v otázce č. 15 „*Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný nutriční screening uživatelů?*“ Modem odpovědí je číslo 34 (61 %) tedy odpověď „*Neprovádíme ho pravidelně*“.

Odpověď	Ano	Neprovádíme ho pravidelně	Neprovádíme ho
Absolutní četnost <u>n</u>	21	34	1
Relativní četnost <u>%</u>	38 %	60 %	2 %

Tabulka č. 5, *Zdroj: vlastní zpracování*

Další otázka, která testovala tuto hypotézu, byla otázka č. 16 „*Provádíte pravidelně screening pitného režimu uživatelů?*“ Modem odpovědí je číslo 47 (84 %) tedy odpověď „*Ano*“.

Odpověď	Ano	Neprovádíme ho pravidelně	Neprovádíme ho
Absolutní četnost <u>n</u>	47	9	0
Relativní četnost <u>%</u>	84 %	16 %	0 %

Tabulka č. 6, *Zdroj: vlastní zpracování*

Ze srovnání výsledků četnosti odpovědí plyne, že $H_{0,3}$ je **zamítnuta**, protože nevidím vztah mezi prováděním nutričního screeningu a screeningu pitného režimu.

6 SHRNU TÍ VÝZKUMU A DISKUZE

Cílem výzkumné části je zmapovat názory na kvalitu života ve vybraných domovech pro seniory nejen z pohledu samotných seniorů, ale také z pohledu zdravotnického personálu. Hlavním smyslem výzkumné části je zejména zmapovat názory seniorů na kvalitu poskytované péče v domově pro seniory, ve kterém pobývají. Tyto názory budou rovněž doplněné o názory zdravotnického personálu, který v domovech pro seniory pracuje a zajišťuje tak kvalitní péči pro seniory. Z takto nastaveného cíle byly vyvozeny nejen dílčí cíle výzkumu, ale také výzkumné předpoklady a hypotézy, které byly v rámci výzkumného šetření ověřovány.

Nejprve byl využit kvalitativní typ výzkumu. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory. Pro první část tohoto výzkumu byly dva vzorky respondentů, a to senioři, jež pobývají v Domově pro seniory Chodov a také v Domově pro seniory Černožice. Byli osloveni klienti ve vybraných zařízeních, a to po dohodě se sociálními pracovníky. Celkem byl rozhovor realizován s 9 respondenty, a to s 5 ženami a 4 muži. Snahou bylo zachovat genderovou vyváženost, což bylo dodrženo. Tito respondenti byli rozděleni dle délky pobytu v domově. Čtyři klienti žili v domově pro seniory více než 5 let a pět klientů žilo v domově méně než 5 let. V rámci výzkumného šetření v předložené kvalifikační práci byli respondenti rozhovorů označeni jako komunikační partneři. Před započítáním samotné realizace výzkumného šetření byl komunikačním partnerům předložen informovaný souhlas, který museli podepsat. Veškeré rozhovory byly nahrávány na záznamník zvuku v mobilním zařízení. Rozhovorů se účastnilo 9 komunikačních partnerů, a to 4 z DPS Černožice a 5 z DPS Chodov. Veškerá data získaná pomocí rozhovoru prošla kódováním a data byla rozdělena do jednotlivých trsů. Aby byla zajištěna lepší orientace, byly vymezeny celkem tři trsy, které jsou vyvozeny na základě získaných dat. Tyto kategorie byly následně interpretovány.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že senioři se se svojí rodinou příliš nestýkají, a to z mnoha příčin. Jedná se o problémy rodinného charakteru, děti nemají čas, popřípadě senior je v zařízení daleko od svého domova. Někteří senioři rovněž nemají žádnou rodinu a vyhovuje jim to. U některých je to naopak frustrující. Ze získaných dat lze také vyvodit, že tvorba sociálních kontaktů velmi závisí na předchozím způsobu života. Pokud byl senior aktivní již předtím, než nastoupil do domova pro seniory, tak mu jeho aktivita zůstala i nadále. Pokud to bylo naopak, projevuje se to také na zájmu seniora v zařízení.

Ze získaných dat vyplývá, že sociální vazby a také jejich navazování je lepší v DPS Chodov než v DPS Černožice. V zařízení Chodov jsou vazby daleko lepší a oslovení senioři se se svými vrstevníky stýkají a snaží se udržovat pravidelné vazby. Většina ze seniorů ráda využívá volnočasové aktivity, ovšem vše se odvíjí od jejich původní profese a také od toho, jaké jsou jejich současné zájmy. Nabídka volnočasových aktivit v DPS Chodov je daleko obsáhlejší, než tomu je v DPS Černožice, což potvrdili také senioři. Jeden ze seniorů uvedl, že v zařízení Chodov je nabídka volnočasových aktivit natolik obsáhlá, že je ani nedokáže všechny vyjmenovat. Celý volný čas seniora je tak zaplněny a každý z nich si může vybrat na základě svých možností a také dovedností, kterými disponuje. Tyto údaje jsou možná zkreslené také tím, že zájem seniorů v DPS Chodově je o volnočasové aktivity je větší, než je tomu v DPS Černožice. Senioři dále uváděli, že jim mnohdy nejsou tyto činnosti přizpůsobeny vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a fyzickému omezení, což platí pro oba domova pro seniory. Ovšem v DPS Chodov se nabídka volnočasových aktivit neustále mění, tudíž jsou individuálně uzpůsobeny potřebám seniorů. Volnočasové aktivity velmi úzce souvisejí také s vedením DPS. Dle výpovědí seniorů vyplývá, že vedení v DPS Černožice se změnilo, což vede ke změnám, které se seniorům příliš nelíbí. S tímto také přišlo omezení nabídky volnočasových aktivit.

Většina seniorů je spokojena s kvalitou péče, která je jim poskytována. Ovšem někteří z nich si stěžovali na jídlo a také na změnu vedení. Změna vedení proběhla v zařízení DPS Černožice, což vnímají někteří senioři jako posun zpátky, jelikož je v zařízení málo personálu na velký počet klientů, což snižuje kvalitu péče. Tato změna měla vliv již na nabídku volnočasových aktivit, jak již bylo uvedeno výše. Rovněž někteří senioři nejsou spokojeni s jídlem nebo se kvalita jídla mění dle kuchaře, který zrovna vaří. Kvalita jídla v DPS Chodov je dle mínění seniorů lepší, než je tomu v DPS Černožice. Ovšem všichni senioři v DPS Chodov a také v DPS Černožice jsou velmi spokojeni s personálem, který je milý a snaží se jim vyjít vstříc. Samozřejmě někteří senioři měli poněkud jiné představy, ale postupem času si zvykli a kvalita zařízení se jim zdá dostačující a nic by neměnili. Dle mínění seniora v DPS Chodov by měly v tomto typu zařízení působit sestry z nemocnice, aby měly nejen dostatek znalostí, ale také mohly disponovat svými bohatými zkušenostmi.

Pokud se na tohle šetření podívám na základě osobního pohledu, podařilo se mi obsáhnout genderovou vyváženost mezi klienty (5 žen a 4 muži), se kterými jsem dělala rozhovor, i byli rozdělení podobně podle délky pobytu v domově. Čtyři klienti žili

v domově více jak 5 let (3 ženy a 1 muž) a pět klientů méně jak 5 let (2 ženy a 3 muži). Změnu, ať už strukturální, personální, prostorovou by uvítalo pět klientů. Sedm klientů chválilo personál, že jsou hodní, pouze dvě klientky uvedly, že personálu je málo nebo zmínily případnou neochotu personálu. Splněné očekávání od pobytu v domově bylo uvedeno 7krát. Pouze Dvě ženy zmínili, že očekávání nebylo naplněno. 8 z 9 klientů uvedli, že znají nabídku volnočasových aktivit, pouze jedna žena ji neznala. Problém nastává u klientů, kteří jsou imobilní a sami se nemohou aktivit zúčastnit. S jídlem je spokojeno 6 z 9 klientů, nespokojeni jsou dvě ženy a jeden muž. 4 klienti (dvě ženy a dva muži) si nestěžují na jejich finanční stránku a uvádějí, že pokud si něco chtějí koupit tak mohou. 5 klientů přiznává nedostatek peněz. Přičemž v průběhu života si na důchod spořily 4 ženy a jeden muž. Pouze dva muži uvádějí, že jsou spokojeni s frekvencí návštěv rodiny, a dvěma mužů nevadí, že je frekvence návštěv nízká. Všechny ženy by uvítaly větší návštěvnost rodiny nebo blízkých, popřípadě za nimi nedochází nikdo. Přátele si v domově vytvořili 3 muži a 2 ženy. Určitě bych upozornila na osamělost klientů, a to především ženského pohlaví a finanční náročnost pobytu v domově. Dále také to, že imobilním klientům není umožněno účastnit se volnočasových aktivit. Nejspíš je to způsobeno nedostatkem personálu.

Třetí zařízení se pro tento výzkum nepodařilo získat. Kladné na tom ale může být to, že díky tomu, bylo možné provést ve dvou zařízeních více rozhovorů. Následně byl využit kvantitativní typ výzkumu.

Následně byla další data získávána prostřednictvím dotazníkového šetření u ošetřujícího personálu. Pro tento výzkum byli vybráni jako vzorek v rámci dotazníkového šetření zaměstnanci Domova pro seniory v Chodově a Domova pro seniory Černožice. Jedinou podmínku, kterou museli splňovat, byla přímá péče se seniory. Aby byli schopni adekvátně odpovědět na položené otázky v dotazníku, musejí mít zkušenosti s péčí o seniory v běžném denním kontaktu. I když nebyly stanoveny žádné další podmínky, které by museli respondenti splnit, byly jim položeny demografické otázky, které se zaměřily na pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, jejich věk a také jejich pracovní pozici v rámci Domova pro seniory. V rámci dotazníkového šetření byl předán dotazník všem ochotným zaměstnancům DPS Chodov a DPS Černožice. Vzhledem k tomu, že jsem měla praxi v obou domovech, tak jsem si vyplnění sama zajistila a osobně jim dotazníky předala. Rovněž jsem také byla u jejich vyplnění, abych předešla nejasnostem. Také jsem si takto zajistila vyplnění veškerých předložených dotazníků. Celkem se mi vrátilo 56 dotazníků. Tento počet jsem také předala

zaměstnancům domovů pro seniory uvedených výše. Všichni respondenti také byli poučeni o tom, že se těmito daty budou pracovat v rámci této práce a bude se jednat o zcela anonymní šetření. V rámci dotazníkového šetření byla veškerá získaná data analyzována a rozčleněna pomocí dotazníků. Tyto dotazníky byly rovněž slovně popsány.

Z dotazníkového šetření je patrné, že v oblasti hygienické péče je o klienty Domovů pro seniory postaráno spíše dobře. Kontrola dodržování standardů probíhá v obou zařízeních, ale ne vždy se jedná o pravidelnou kontrolu. Právě kvalita péče se projevuje také v informování o úkonech, které personál vykonává u všech klientů. Právě tuto část senioři považují za podstatnou část péče a jedná se tedy o jeden z principů kvalitní péče. Co se týče samotné hygieny, tak se snaží personál poskytovat péči vždy s ohledem na jejich zdravotní stav a jejich fyzickou zdatnost. V rámci péče o nehty, některé literární zdroje uvádějí, že bez pedikérského kurzu by personál neměl pečovat o nehty klientů, a tak ani uvedení odpovědi „Nepečuji o nehty klientů“ neshledávám jako špatné. Tuto skutečnost uváděl nejen personál v DPS Chodov a také DPS Černožice. Dále je ze získaných informací zřejmé, že personál v těchto zařízeních je přetížen, někteří respondenti uváděli dotazníku, že se stává, že pečují až o 40 klientů. Tento nedostatek se projevuje nejen v DPS Chodov, ale také v DPS Černožice. Jako nedostatek v kvalitě péče v DPS Černožice lze shledat také absenci seznamu piktogramů pro nekomunikující klienty, nedostatečnou nabídku terapii pro klienty a nezajištění fyzioterapie. Všechny tyto služby DPS Chodov nabízí. DPS Chodov rovněž dle personálu nabízí více než 2 druhy terapie. Opět lze tedy narazit na nedostatek v jednom z vybraných zařízení. Tímto se potvrzuje také další aspekt péče o seniory, a to přítomnost fyzioterapeuta v zařízení. Fyzioterapeut opět zvyšuje kvalitu poskytované péče, jelikož jeho přítomnost zvyšuje také potenciál fyzické zdatnosti seniorů, což by bylo potřeba zejména v DPS Černožice, kde se nacházejí senioři, kteří jsou nepohybliví či pohybliví ve velmi omezeném měřítku. Fyzioterapeut je však pravidelně přítomen v DPS Chodov. V obou domovech bych doporučila stanovení pravidelnosti screeningových hodnocení rizika vzniku dekubitů, pádu, malnutricie a pitného režimu, které jsou v seniorském věku často vysoká a v domovech málo kontrolovaná. V tomto případě se jedná o nedostatek u obou zařízení ve stejné míře. Pozitivně hodnotím dostatečné množství antidekubitárních pomůcek a zavedený systém prevence pádů v obou zařízeních. Obě zařízení mají zavedený systém prevence pádů, což je již nedílnou součástí každé péče o seniora v zařízení tohoto typu. Tento způsob je využíván nejen v DPS Chodov, ale také v DPS Černožice.

Z výše uvedeného vyplývá, že se výpovědi seniorů a personálu ve velké míře shodují v tom, jaká je kvalita poskytované péče. Personál se snaží poskytovat seniorům maximální možnou péči, ale jsou omezené zejména počet klientů na jednoho pracovníka. Tuto skutečnost uvádějí rovněž samotní senioři. V DPS Černožice hraje významnou roli také změna vedení, která vedla spíše k organizačním změnám a došlo tak k odklonění od potřeb seniorů. Tuto skutečnost potvrzují zejména senioři, kteří vnímají vyčerpanost sester a jejich přetížení. Oni samotní je nechtějí zatěžovat a mnohdy si neřeknou o pomoc, což je samozřejmě z dlouhodobého hlediska nevyhovující. Dle seniorů by měl personál disponovat zejména zkušenosti z nemocnice, aby mohl poskytovat plnohodnotnou péči, což se ovšem vylučuje s kapacitou zařízení a počtu personálu.

Na základě výše uvedeného cíle praktické části a také dílčích cílů lze říci, že tyto cíle byly naplněny. Nejen že byly zmapovány názory seniorů na kvalitu péče v domově pro seniory, ale také bylo zjištěno, jak jsou senioři spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit, s finančními prostředky a také kontaktem s rodinou. Při srovnání obou domovů pro seniory lze říci, že rozdíly nejsou až tak zřejmé. Nabídka volnočasových aktivit je však bohatější v DPS Chodov, DPS Černožice s touto nabídkou prakticky vůbec nepracuje.

Podobný výzkum realizovaný v roce 2011 v DPS Mohelnice udává nespokojenost respondentů s ubytováním v tomto domově v 11 %. S kvalitou poskytované péče je spokojeno 82 % dotazovaných a 86 % z nich je spokojeno s nabídkou volnočasových aktivit (Drapalová 2011). Další výzkum provedený v roce 2014 uvádí, že je spokojeno s kvalitou života 7 z 10 seniorů Ošetrovatelského domova ve Štenberku, 2 uvedli, že kvalita jejich života není dobrá ani špatná a pouze jeden označil kvalitu života za slabou (Konečná, 2014). Průzkum prováděný v domovech pro seniory v Heřmanově Městci a v Pardubicích v roce 2018 uvádí, že se všichni respondenti shodli na tom, že spokojenost a kvalita života je ovlivněna kvalitou poskytovaných služeb. Žádný z dotazovaných v tomto výzkum neuvedl podstatný nedostatek v životě v domově a jedině co kritizovali, byla nízká úroveň vztahů s ostatními klienty (Pilařová, 2018). I další výzkum prováděný v roce 2009, ve kterém došlo ke srovnání dvou DPS a to konkrétně DPS Žamberk a DPS Martin uvádí, že je jejich kvalita života dobrá. O trochu lépe v tomto srovnání vyšlo zařízení DPS Žamberk, kde klienti uvedli, že jejich kvalita života je středně vysoká, zatímco klienti DPS Martin hodnotili kvalitu života nižším celkovým skórem (Tobišková, Jarošová, 2009). Šoukalová a kol. (2016) provedli výzkum na téma kvalita života v domovech pro seniory a jehož závěrem byl výsledek, že sice jsou senioři vcelku

spokojeni, ale hodnotí ji jako průměrnou. Nejvíce jsou spokojeni ti, kteří v domově pobyvají i se svým partnerem. Upozorňují na to, že je potřeba se stále věnovat tomuto tématu, protože všichni senioři nejsou spokojeni se svým životem.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat fenomén stáří a kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Práce byla rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a část praktickou. Teoretická část vycházela z odborných titulů a aktuálních poznatků o seniorech, stárnutí, kvalitě péče a také systému sociální péče pro seniory. Součástí teoretické části byli čtyři hlavní kapitoly. První kapitola se zabývala fenoménem stáří ve všech jeho aspektech. Součástí kapitoly bylo nejen vymezení staří a stárnutí, ale také různé periodizace stáří, psychologie stáří a také změny ve stáří, které u seniorů nastávají. Ve stáří mají senioři také speciální potřeby, které jsou této kapitole také zmíněny. Druhá kapitola se zaměřila na kvalitu života. Kvalita života byla v této kapitole charakterizována a rovněž zde byly popsány metody a nástroje měření kvality života. Také zde byla zmíněna kvalita života v oboru ošetrovatelství. Třetí kapitola se zaměřila především na systém péče o seniory nejen z historického pohledu, ale také na základě nabídky sociálních služeb. Rovněž zde byl také charakterizován domov pro seniory. Poslední kapitola teoretické části se zaměřila na kvalitu života přímo v domovech pro seniory. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory je dnes velmi diskutované téma, z toho důvodu byla tato kapitola zde zařazena. Součástí kapitoly je ošetrovatelský proces v pobytových službách a také kvalita ošetrovatelské péče v rámci poskytování služeb seniorům ve vybraných zařízeních. V domovech pro seniory jsou také nabízeny volnočasové programy, které mají sloužit ke zvyšování kvalit života seniorů.

Na teoretickou část navazovala část praktická. Cílem výzkumné části bylo zmapovat názory na kvalitu života ve vybraných domovech pro seniory nejen z pohledu samotných seniorů, ale také z pohledu zdravotnického personálu. Na základě takto stanoveného cíle byly vyvozeny také dílčí cíle a hypotézy. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory v DPS Chodov a DPS Černožice a pomocí dotazníkového šetření u ošetrovatelského personálu. Na základě získaných údajů bylo zjištěno, že senioři jsou s kvalitou poskytované péče spokojeni. Nabídka volnočasových aktivit v DPS Chodov se však zdá daleko obsáhlejší, než tomu je v DPS Černožice, což potvrdili také senioři. Senioři dále uváděli, že jim mnohdy nejsou tyto činnosti přizpůsobeny vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a fyzickému omezení, což platí pro oba domovy pro seniory. Většina seniorů je spokojena s kvalitou péče, která je jim poskytována. Ovšem někteří z nich si stěžovali na jídlo a také na změnu vedení. Změna vedení proběhla v zařízení DPS Černožice, což vnímají někteří

senioři jako posun zpátky, jelikož je v zařízení málo personálu na velký počet klientů, což snižuje kvalitu péče. Rovněž někteří senioři nejsou spokojeni s jídlem nebo se kvalita jídla mění dle kuchaře, který zrovna vaří. Ovšem všichni senioři v DPS Chodov a také DPS Černožice jsou velmi spokojeni s personálem, který je milý a snaží se jim vyjít vstříc. Samozřejmě někteří senioři měli poněkud jiné představy, ale postupem času si zvykli a kvalita zařízení se jim zdá dostačující a nic by neměnili.

Z dotazníkového šetření bylo patrné, že v oblasti hygienické péče je o klienty domovů pro seniory postaráno spíše dobře. Ze získaných dat je zřejmé, že personál v těchto zařízeních je přetížen, někteří respondenti mi i vypisovali do dotazníku, že se stává, že pečují až o 40 klientů. Jako nedostatek v kvalitě péče v DPS Černožice lze shledat absenci seznamu piktogramů pro nekomunikující klienty, nedostatečnou nabídku terapii pro klienty a nezajištění fyzioterapie. Všechny tyto služby DPS Chodov nabízí. V obou domovech by bylo nejlepší využívat pravidelné screeningové hodnocení rizika vzniku dekubitů, pádu, malnutricie a pitného režimu, které jsou v seniorském věku často vysoká a v domovech málo kontrolovaná. Pozitivně lze hodnotit také dostatečné množství antidekubitárních pomůcek a zavedený systém prevence pádů v obou zařízeních.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že byl cíl práce naplněn. Byl nejen definován fenomén stáří, ale také zmapována kvalita péče ve vybraných zařízeních z pohledu seniorů a také z pohledu ošetrovatelského personálu. Tato práce by měla sloužit jako způsob, jak ukázat případné nedostatky kvality péče a podnítit tak jednotlivá zařízení k jejich zlepšení.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá fenoménem stáří a kvalitou života seniorů v domovech pro seniory. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena na čtyři hlavní kapitoly. První kapitola se zabývá fenoménem stáří, druhá je zaměřena na kvalitu života, třetí kapitola obsahuje informace o systému péče o seniory, čtvrtá kapitola teoretické části se zabývá kvalitou života přímo v domovech pro seniory. Výzkumná část obsahuje zmapování názorů na kvalitu života ve vybraných domovech pro seniory nejen z pohledu samotných seniorů, ale také z pohledu zdravotnického personálu. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory v DPS Chodov a DPS Černožice a pomocí dotazníkového šetření u ošetrovatelského personálu. V práci byly zmapovány názory seniorů na kvalitu péče v domově pro seniory, ale také bylo zjištěno, jak jsou senioři spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit, s finančními prostředky a také kontaktem s rodinou. Při srovnání obou domovů pro seniory lze říci, že rozdíly nejsou až tak zřejmé. Nabídka volnočasových aktivit je však bohatší v DPS Chodov a DPS Černožice s touto nabídkou vůbec nepracuje. Kvalita péče je však v obou domovech pro seniory hodnocena kladně.

Klíčová slova: Kvalita života, domov pro seniory, senior, stáří, stárnutí, sociální služby

SUMMARY

The diploma thesis deals with the phenomenon of aging and quality of life in elderly living in retirement homes. The thesis is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part is comprised of four main chapters. The first chapter concerns with the phenomenon of aging, the second one focuses on quality of life, the third chapter contains the information about the care system of elderly, the fourth chapter of theoretical part deals with the quality of life directly in retirement homes. The practical part includes the perceptions mapping of quality of life in selected retirement houses not only from the perspective of the elderly but also from the perspective of healthcare personnel. Data were collected using the semi-structured interviews with elderly at the RH Chodov and the RH Černožice and by questionnaire with nursing staff. In the thesis, the elderly perceptions on quality of care in retirement house were mapped out as well as it was found out how elderly were satisfied with the offer of free-time activities, financial resources, and the contact with the family. When comparing both homes for the elderly, it can be said that the differences are not so obvious. However, the offer of the free-time activities is more bounteous in the RH Chodov, and the RH Černožice does not work with this program at all. Quality of care is positively evaluated in both retirement homes.

Keywords: Quality of life, retirement home, elderly, age, aging, social services

SEZNAM LITERATURY

1. BOWLING, Ann. *Ageing well. Quality of life in old age*. New York: Open university worldwide, 2009. ISBN 978-03-352-1510-2.
2. CRESWELL, John W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 3rd ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, c2013. ISBN 978-1-4129-9530-6.
3. ČERNÝ, P. Důležitost laskavého přístupu v péči o seniory. České Budějovice, 2008. 54 s., 0 příl. Bakalářská práce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce Motlová, Lenka.
4. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
5. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. ISBN 978-80-904668-8-3.
6. DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Praha, 2007. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.
7. DRAPLOVÁ, Lucie. KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY- PEČOVATELSKÁ SLUŽBA MOHLENICE [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2018-12-09]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/240dny/>>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D..
8. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
9. GLOSOVÁ, Dagmar. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, c2006. 21. století. ISBN 80-7366-057-1.
10. GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. ISBN 80-7040-286-5.
11. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
14. HERZIG, Roland, Julie WITTMANNOVÁ a Renata VAŘEKOVÁ. Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory. [rukopis]. *Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory [rukopis] / Roland Herzig* [online]. 2018 [cit. 2018-10-25].
15. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
16. HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
17. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
18. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.
19. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
20. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
21. KONEČNÁ, Kateřina. Hodnocení kvality života seniorů v Ošetrovatelském domově ve Šternberku [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2018-12-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ekgltu/>>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury. Vedoucí práce Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D..
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
23. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

24. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 4., přeprac. A doplň. Vydání – 1. Dotisk. Praha: Grada. 2007. ISBN 80-247-1284-9.
25. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
26. MAREŠ, J. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *General Practitioner / Prakticky Lekar* [online]. 2014, **94**(1), 22-31 [cit. 2018-10-16]. ISSN 00326739.
27. MAŠLAŇOVÁ, Iva. Pohled sester na seniory a stáří. *Geriatric a gerontologie*, 2012, roč. 1, č. 2, s. 77-80. ISSN: 1805-4684.
28. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 2003. ISBN 8071785482.
29. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367310-9
30. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. 2001. ISBN 80-7178-473-7.
31. MINISERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. Praha, 2008 [cit. 2018-10-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/5045#u>
32. MINISERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: *Sociální služby* [online]. Praha, 2017 [cit. 2018-10-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661#sspd>
33. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
34. MUDRÁK, Jiří — SLEPIČKA, Pavel — SLEPIČKOVÁ, Irena. Vnímání zdraví a motivace k pohybové aktivitě u seniorů. *Kontakt (České Budějovice)*, 2014, roč. 16, č. 1, s. 50-59. ISSN: 1212-4117.
35. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010.
36. OLÍŠAROVÁ, Věra, František DOLÁK a Valérie TÓTHOVÁ. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*. 2013, **15**(1), 14-21. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2012>.
37. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.

38. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
39. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
40. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.
41. PILAŘOVÁ, Lucie. Pohled seniorů na život v domově pro seniory [online]. Hradec Králové, 2018 [cit. 2018-12-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1xws1i/>; Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc..
42. POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Osveta: Martin, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
43. PRŮŠA, Ladislav. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: ZVZ 209*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6.
44. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
45. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
46. ŠOUKALOVÁ, Kristýna — HRUBÍŠOVÁ, Štěpánka — PROCHÁZKOVÁ, Romana. Kvalita života seniorů v domově pro seniory. *Florence (Praha)*, 2016, roč. 12, č. 6, s. 9-11. ISSN: 1801-464X.
47. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

48. THIELKE, Stephen, Mark HARNISS, Hilaire THOMPSON, Shwetak PATEL, George DEMIRIS a Kurt JOHNSON. Maslow's Hierarchy of Human Needs and the Adoption of Health-Related Technologies for Older Adults. *Ageing International* [online]. 2012, **37**(4), 470-488 [cit. 2018-10-26]. DOI: 10.1007/s12126-011-9121-4. ISSN 01635158. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=f27ddc67-a86e-4bad-ad6a-3d6ec27602d3%40sessionmgr4008>
49. TOBIŠKOVÁ, Lucie a Darja JAROŠOVÁ. Hodnocení kvality života seniorů v domově-penzioně pro důchodce. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. 2009, s. 564-570. ISBN 9788088866619. Dostupné také z: https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-porodnej-asistencie/upas/2009-teoria_a_vyskum_zbornik.pdf
50. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
51. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 2. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 802-3895-052.
52. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-8.
53. VALLERAND, A. H. a J. K. PAYNE. Theories and Conceptual Models to Guide Quality of Life Related Research. KING, C. R. a P. S. HINDS. *Quality of life: from nursing and patient perspectives*. Third Edition. Jones & Bartlett Publishers, 2011, 45 - 54. ISBN 978-0-7637-4943-9.
54. WITTMANNOVÁ, Julie a Ludmila MIKLÁNKOVÁ, ed. *THENAPA II: "stárnutí a postižení, nový průsečík pohybových aktivit, sociálního začlenění a celoživotního pocitu spokojenosti" = THENAPA II: "ageing and disability - a new crossing between physical activity, social inclusion and life-long well-being" : tematická síť oblastí aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2348-7.
55. ZÁKONY PRO LIDI.CZ: *Zákon č. 108/2006 Sb.* [online]. 2006 [cit. 2018-10-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#T>

56. ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print, 2012, 178 s. ISBN 978-8089295-43-2.

SEZNAM ZKRATEK, GRAFŮ A TABULEK

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí
APACHE II. – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System
VAS – Visuální analogová škála
WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Assessment
SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life
HRQoL – Health Related Quality of Life
OALY – Quality – Adjusted Life Years
SWB – Subjektive Well – Being
ČR – Česká republika
ICHS – Ischemická choroba srdeční
DPS – Domov pro seniory
atd. – a tak dále
aj. – a jiné
atp. – a tak podobně
tzv. – tak zvaně

Graf č. 1	45
Graf č. 2	45
Graf č. 3	46
Graf č. 4	46
Graf č. 5	62
Graf č. 6	62
Graf č. 7	63
Graf č. 8	64
Graf č. 9	64
Graf č. 10	65
Graf č. 11	66
Graf č. 12	66
Graf č. 13	67

Graf č. 14	67
Graf č. 15	68
Graf č. 16	68
Graf č. 17	69
Graf č. 18	69
Graf č. 19	70
Graf č. 20	70
Graf č. 21	71
Tabulka č. 1.....	44
Tabulka č. 2.....	72
Tabulka č. 3.....	73
Tabulka č. 4.....	74
Tabulka č. 5.....	74
Tabulka č. 6.....	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Úplné znění rozhovorů

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

PŘÍLOHA

Příloha č. 1- Úplné znění rozhovoru

Otázky k rozhovoru

Pohlaví:

Věk:

Vzdělání:

Původní zaměstnání:

Otázky:

1. Jak dlouho v domově pro seniory žijete?
2. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a. Kde žije Váš partner?
 - b. Jak často se vídáte?
3. Jak často Vás navštěvuje Vaše rodina, blízcí příbuzní?
 - a. Jste spokojen/a s frekvencí návštěv?
4. Bere si Vás rodina domů např. na víkendy, svátky?
5. Znáte důvod, proč se o Vás nestará Vaše rodina?
6. Stýkáte se s přáteli, které máte z doby, než jste začal/a žít v domově?
 - a. Jak často a kde?
7. Jaké jsou Vaše vztahy s ostatními klienty domova?
8. Našel/našla jste si zde nové přátele/partnera?
9. S kolika klienty sdílíte pokoj?
10. Máte dostatek informací o chodu zařízení?
11. Znáte nabídku volnočasových aktivit, které domov nabízí?
 - a. Jaké jsou?
 - b. Navštěvujete některé?
12. Je Vám umožněno věnovat se koníčkům, které jste měl/a před nástupem do domova?
 - a. Jaký druh koníčků to je?
13. Jak velká část důchodu tvoří poplatek za ubytování v domově?
14. Jste spokojen/a s penězi, které Vám zbývají pro vlastní potřeby?
 - a. Spořil/a jste si peníze na penzi?
 - b. Využíváte tyto peníze nyní ke své vlastní potřebě?

15. S čím potřebujete pomoci od druhé osoby?
16. Jste spokojen/a s kvalitou péče a prací personálu?
 - a. Pomůže Vám personál ihned, kdykoliv to potřebujete?
17. Je naplněno Vaše očekávání z pobytu v domově?
18. Jste spokojen/a s Vaším nynějším životem?
19. Kdyby jste mohl/a něco v domově změnit, co by to bylo?

Příloha č. 2 - Dotazník

Dotazník pro zaměstnance

Žena x Muž

Věk:

Dosažené vzdělání: - ZŠ
- SŠ
- VŠ nebo VOŠ

Pracovní pozice: - Všeobecná sestra
- Zdravotnický asistent
- Pečovatel/ka

1) Jaký je průměrný poměr klientů pro poskytování přímé péče, o které se staráte?

- Méně než 3 klienti
- 3 – 4 klienti
- Více jak 4 klienti

2) Provádějí se ve Vašem zařízení pravidelně kontroly dodržování standardů a kvality ošetrovatelské péče?

- Ano (doplňte jak často.....)
- Neprovádějí se pravidelně
- Neprovádějí se

3) Informujete klienta pokaždé o všech ošetrovatelských výkonech, které provádíte?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

4) Má vaše zařízení vytvořený seznam piktogramů pro informování nekomunikujících klientů?

- Ano
- Ne

5) Jak často provádíte celkovou hygienu na lůžku u nesoběstačných (imobilních) klientů?

- Méně než jednou denně
- Jednou denně
- Více jak jednou denně
- Podle individuální potřeby
- V našem zařízení nejsou nesoběstační klienti

6) Používáte ve Vašem zařízení jednorázové pomůcky při hygieně?

- Ano
- Ne
- Podle přání nebo možností klienta

8) Používáte pravidelně při péči o kůži uživatelů speciální přípravky (oleje, masážní emulze)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

7) Jak často pečujete o nehty klientů, kteří o ně nejsou schopni sami pečovat?

- Nepečuji o nehty klientů
- 1x týdně
- Podle potřeby a přání klienta

8) Pomáháte klientům pohybovat se po vnitřním prostoru Vašeho zařízení kdykoliv to potřebují?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

9) Zahrnují služby Vašeho zařízení individuální nebo skupinové terapie (psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie, atd.)?

- Poskytujeme více jak 2 druhy terapie
- Poskytujeme 2 druhy terapie
- Poskytujeme 1 druh terapie
- Neposkytujeme žádnou terapii

10) Má Vaše zařízení zajištěného fyzioterapeuta?

- Ano má
- Ne nemá

11) Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný screening rizika vzniku dekubitů?

- Ano (doplňte jak často.....)
- Neprovádíme ho pravidelně
- Neprovádíme ho

12) Má Vaše zařízení dostatečné množství antidekubitárních pomůcek?

- Ano, máme jich dostatečné množství
- Antidekubitární pomůcky jsou v nedostatečném množství
- Nepoužíváme antidekubitární pomůcky

13) Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný screening rizika pádů?

- Ano (doplňte jak často.....)
- Neprovádíme ho pravidelně
- Neprovádíme ho

14) Má Vaše zařízení zavedený systém prevence pádů?

- Ano má
- Ne nemá

15) Provádíte ve Vašem zařízení pravidelný nutriční screening uživatelů?

- Ano (doplňte jak často.....)
- Neprovádíme ho pravidelně
- Neprovádíme ho

16) Provádíte pravidelně screening pitného režimu uživatelů?

- Ano (doplňte jak často.....)
- Neprovádíme ho pravidelně
- Neprovádíme ho

Vypracováno podle:

Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. ISBN 978-80-904668-8-3.

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Studie: Kvalita života seniorů v domovech pro seniory

Jméno:

Datum narození:

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl jsem podrobně instruován o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Datum:

Datum:

Bc. Tereza Blechová

Podpis účastníka

Hlavní řešitel projektu

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Tereza Blechová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	Mgr. Andrea Preissová Krejčí, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Kvalita života seniorů v domovech pro seniory
Název v angličtině:	Quality of life of seniors living in retirement homes
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života v Domově pro seniory Černožice a Domově pro seniory Chodov. Práce je rozdělena do dvou částí. První část je zaměřena na aktuálních poznatků o seniorech, stárnutí, kvalitě péče a také systému sociální péče pro seniory. Cílem druhé, tedy výzkumné části bylo zmapování názorů na kvalitu života ve vybraných domovech pro seniory nejen z pohledu samotných seniorů, ale také z pohledu zdravotnického personálu. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory v DPS Černožice a DPS Chodov a pomocí dotazníkového šetření u ošetrovatelského personálu.
Klíčová slova:	Kvalita života, domov pro seniory, senior, stáří, stárnutí, sociální služby
Anotace v angličtině:	The diploma thesis is focused on the quality of life in the Retirement Home Černožice and the Retirement Home Chodov. The thesis is divided into two parts. The first part is focused on the actual knowledge about the elderly, aging, quality of care and also the system of social care for the elderly. The aim of the second one, therefore the practical part, was to map the perceptions on quality of life in selected retirement homes not only from the perspective of elderly themselves but also from the perspective of healthcare personnel. The data were collected using the semi-structured interviews with elderly in the RH Černožice and the RH Chodov and by questionnaire with nursing staff.
Klíčová slova v angličtině:	Quality of life, retirement home, elderly, age, aging, social services
Přílohy vázané v práci:	3 přílohy
Rozsah práce:	101 stran
Jazyk práce:	Český