

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

VERONIKA VÁŇOVÁ, DiS.
III. ročník – kombinované studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA OSOB PEČUJÍCÍCH O OSOBY
SENIORSKÉHO VĚKU**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Aspekty kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci dne 25. června 2011

.....

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení práce a za poskytnutí cenných rad. Poděkování patří také sociálním pracovnícům odboru sociálních věcí Městského úřadu Valašské Meziříčí za pomoc při sběru dat pro empirickou část práce.

Veronika Váňová, DiS.

Obsah

Úvod	5
Teoretická část	7
1 Osoba seniorského věku a jeho rodina.....	8
1.1 Období sénia.....	8
1.2 Rodina osoby seniorského věku	9
2 Služby poskytované seniorům závislým na pomoci	10
2.1 Zákon o sociálních službách.....	10
2.2 Druhy sociálních služeb	12
3 Kvalita života a její pojetí	16
3.1 Definice kvality života	16
3.2 Metody zjišťování kvality života.....	18
1.2.1 SIEQoL	19
1.2.2 SQUALA.....	20
1.2.3 MANSÁ	20
1.2.4 WHOQOL.....	20
4 Pečující o osoby seniorského věku a jejich kvalita života.....	21
4.1 Pečující (pečovatelé)	21
4.2 Kvalita života pečujících	22
4.3 Syndrom vyhoření	24
4.4 Svépomocné skupiny	24
Empirická část.....	25
5 Cíl práce	25
6 Předpoklady dotazníkového šetření	25
7 Metodika	26
8 Charakteristika dotazovaného souboru	26
9 Výsledky dotazníkového šetření	27
10 Diskuse.....	42
Závěr	44
Seznam použité literatury a pramenů.....	45
Přílohy.....	47
Anotace	

Úvod

V současné době můžeme zaznamenat zvýšený zájem o období seniorského věku v souvislosti s demografickým vývojem obyvatelstva, který zřetelně ukazuje přibývání této skupiny obyvatel. Předpokládáme, že díky neustálému zvyšování životní úrovně a rozvoji medicínské péče se bude průměrný věk obyvatel dále zvyšovat. Znamená to, že bude přibývat osob seniorského věku a společnost bude muset těmto osobám zajistit potřebnou péči. Existuje několik možností, jak o seniory pečovat. Jednou z možností je péče zajištěná různými institucemi (zdravotnická zařízení, zařízení sociálních služeb). Druhá možnost spočívá v domácí péči poskytované rodinnými příslušníky nebo přáteli. Tato možnost je sice pro seniora v mnohých ohledech příznivější, ale znamená větší zátěž pro pečující osobu. Na tuto skutečnost se často zapomíná, a proto jsme se na ni pokusili výběrem tématu předkládané bakalářské práce reagovat.

Hlavním důvodem výběru tématu byla dlouhodobá zkušenost autorky práce s osobami závislými na péči a jejich pečovateli. S těmito osobami se pravidelně setkávala při výkonu zaměstnání sociální pracovníce na odboru sociálních věcí Městského úřadu Valašské Meziříčí. Mnozí pečující se o své příbuzné starali celodenně a tato časově náročná péče se často negativně odrážela v různých oblastech kvality jejich života.

Tato práce si klade za cíl nahlédnout do problematiky kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku. Naším záměrem není navrhnout řešení, která by zlepšila kvalitu života pečujících, ale postihnout aspekty kvality jejich života v celé své šíři. Práci tvoří dvě části. V první části definujeme základní pojmy související s tematikou, seznámíme se s druhy sociálních služeb a metodami zjišťování kvality života a v závěru první části se zaměříme přímo na pečující osoby. Druhá část je věnována výzkumu pomocí dotazníkového šetření. V této části vycházíme z teze, že péče o osoby seniorského věku se nějakým způsobem promítá do kvality života pečujících. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, co pečující podle svého názoru považují za kvalitu života a jak ji hodnotí.

Témat, kterými se v této práci budeme zabývat, je tedy více než dost. Teoretická východiska podpořená empirickým výzkumem nám jistě pomohou lépe pochopit dosud opomíjenou tematiku kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku.

Teoretická část

V první kapitole se zaměříme na osobu seniorského věku. V jejím úvodu se pokusíme vymezit období sénia, poukážeme na četnost synonym pojmu senior. Dále se budeme zabývat problematikou stárnutí populace, obavami vyplývajícími z tohoto fenoménu a specifiky období sénia. Poukážeme na změny v psychické, fyzické a sociální oblasti, které do života v tomto období vstupují, a budeme se soustředit také na úlohu rodiny osoby seniorského věku. Předmětem našeho zájmu bude konkrétní období, v němž se začíná snižovat soběstačnost seniora a zvyšuje se potřeba péče o něho.

Ve druhé kapitole upozorníme na nutnost komplexnosti péče o seniory. Na základě zákona o sociálních službách charakterizujeme stupně závislosti na pomoci a druhy sociálních služeb určených seniorům.

Třetí kapitola definuje pojem kvalita života napříč různými obory. Budou nás zajímat aspekty kvality života, seznámíme se s nejčastějšími metodami zjišťování kvality života a krátký pohled věnujeme také vývoji výzkumů kvalit života. V závěru třetí kapitoly stručně vymezíme subjektivní metody kvality života.

V závěrečné kapitole teoretické části nás bude zajímat definice pojmů péče a pečující. Podrobněji se zaměříme na aspekt kvality života pečujících, na specifika kvality života pečujících a pokusíme se formulovat společné prvky pečovatelsví. Neméně důležité bude vymezení pojmu syndrom vyhoření a vysvětlení pojmu svépomocné skupiny jako prostředku prevence syndromu vyhoření.

1 Osoba seniorského věku a jeho rodina

1.1 Období sénia

Osoba seniorského věku bývá charakterizována svou příslušností k určité věkové skupině, která je nejčastěji definována dosažením věku 60 nebo 65 let. Období sénia člení někteří autoři na několik dalších vývojových etap. Vágnerová (1999) rozlišuje období raného stáří (60–75 let) a pravé stáří (75 let a více). V odborné literatuře se napříč vědními obory objevují různá označení pro osoby nacházející se v tomto období života. Gerontologie pracuje s pojmem „geront“, ekonomika s termínem „postproduktivní věk“, v psychologické literatuře se používá pojem „senescent“. Někdy se můžeme setkat s poměrně pejorativním označením „staří“, nebo dokonce „důchodci“. Ve výčtu pojmů označujících toto období nemůžeme opomenout spojení „třetí věk“, které vychází ze základního rozdělení života člověka na období dětství, dospělost a stáří. Za nejužívanější můžeme považovat termín senior nebo osoba seniorského věku, především proto, že je významově neutrální (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 27).

V posledních letech často slycháváme o tzv. stárnutí obyvatelstva, které je spojeno s prodlužováním délky života a zvyšováním podílu osob seniorského věku v celkovém počtu obyvatelstva. Tento demografický vývoj vyvolává v lidech negativní postoje vůči seniorům, neboť se obávají zvyšující se zátěže spojené s odčerpáváním významné části společenských zdrojů na financování důchodů a na pokrytí nákladů zdravotní a sociální péče (Janečková, in Matoušek, 2005, s. 163). Koblihová (In Václavíková, Chmelařová a kol., 2009) zmiňuje: *„Rychle přibývající generace seniorů klade značné nároky na zdravotní, pečovatelské služby, důchodový systém, dostatek vhodného bydlení, nabídku pomůcek pro volnočasové aktivity či nabídky cestovních kanceláří.“*

Počátek období sénia je provázen řadou změn v životě osoby seniorského věku, jako je odchod do důchodu a změna sociálních rolí. Toto období je spojeno s involucí, tzn. ztrátou funkčních schopností,

multimorbiditou¹, postupnou ztrátou soběstačnosti. Nelze však na něj nazírat jako na jakýsi chorobný stav. V průběhu sénia dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných osob. Vývojové změny mají určitou časovou dynamiku, jsou geneticky naprogramovány, podléhají vlivu prostředí. „*Ve stáří má velký význam subjektivní postoj k vlastním potížím, které jsou v tomto věku běžné.*“ (Vágnerová, 1999) Osoby seniorského věku jsou v důsledku zdravotních potíží ve větší míře izolovány od okolního světa, mají méně sociálních kontaktů, stále více se soustřeďují na své nejbližší. S rostoucí závislostí na pomoci a péči druhé osoby se rodina se čím dál více stává jejich největší oporou.

1.2 Rodina osoby seniorského věku

Péče dětí o své staré a nemocné rodiče je v evropských zemích morální normou. Mladí a zdraví mají zodpovědnost za péči o ty, kteří se o sebe postarat neumějí či nemohou. Neznamená to však, že to je samozřejmostí. Některým seniorům je péče zajištěna prostřednictvím institucí, jako jsou domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, pečovatelská služba, denní nebo týdenní stacionáře atp. Setkáváme se s případy, kdy nejbližší okolí o seniora pečovat nemůže, nebo nechce. Ochota poskytovat pomoc a péči v posledních letech klesá. Snižují se také možnosti rodiny o seniora pečovat v závislosti na její ekonomické situaci nebo pracovní vytíženosti. Topinková (In Tošnerová, 2001, s. 4) uvádí: „*Pečování, zejména je-li dlouhodobé, vysoce psychicky a fyzicky náročné a celodenní, představuje pro pečovatele vysokou zátěž.*“

Podle výzkumů kvality života pečujících jsou tito jedinci ohroženi zhoršením rodinných vztahů, ztrátou přátel, omezením společenských styků až sociální izolací, trpí zdravotními problémy a složitou ekonomickou situací (tamtéž). Na druhou stranu je péče o seniora obohacující zkušeností, posiluje vztah mezi seniorem a pečujícím, pečující poskytuje oporu svému bližnímu v jeho poslední fázi života.

¹ Multimorbidita – přítomnost více chorob u téhož jedince.

2 Služby poskytované seniorům závislým na pomoci

Doba, kdy byla péče o seniory pouze úkolem medicíny, dávno pominula. Je chybou se soustředit pouze na somatické problémy. Nemoc vždy souvisí s životním stylem osoby, její psychikou a vztahy k druhým lidem. V současné době víme, že péče o osoby seniorského věku musí být komplexní a měla by zahrnovat širokou škálu poskytovaných služeb. Do péče by se měly promítat i psychické a sociální aspekty života. *„Podmínkou poskytování komplexní služby je koordinace všech aktivit směřujících k jednomu subjektu, jímž může být také rodina nebo komunita.“* (Matoušek, 2008, s. 85) Takováto koncepce si klade za cíl pozitivně působit na všechny aspekty života nejen seniorů, ale také těch, kteří o ně pečují. V neposlední řadě se podílí na řešení aktuálních problémů a rozvíjí kvalitu jejich života.

2.1 Zákon o sociálních službách

Spektrum nabízených služeb, nejen pro cílovou skupinu osoby seniorského věku, se stále rozšiřuje a mění. Výrazný zlom v této oblasti nastal 1. ledna 2007, kdy nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Změny spočívaly v pojetí sociálních služeb², jejich forem, druhů, podmínek jejich poskytování a v neposlední řadě také ve finančním zajištění osob, které potřebují pomoc ve své nepříznivé sociální situaci vyplývající z jejich závislosti na pomoci druhé osoby. Dle Matouška (2007, s. 9) jsou sociální služby součástí širší kategorie veřejných služeb, což jsou služby poskytované v zájmu veřejnosti. Autor dále uvádí: *„Na rozdíl od služeb komerčních jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování*

² Úkolem sociálních služeb je napomáhat osobám řešit jejich nepříznivou sociální situaci, do které se dostaly z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných vážných důvodů. (Králová, Rážová, 2009, s. 12)

státu, krajů a obcí.“ (tamtéž) Spadají do oblasti řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky.

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným. Jejich cílem je zlepšit kvalitu života těchto osob, případně je v maximální možné míře začlenit do společnosti, nebo společnost chránit před riziky, které jsou spojeny s jejich způsobem života. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, případně zájmy širšího společenství.

Jak už bylo výše uvedeno, součástí zákona o sociálních službách je vymezení finančního zajištění osob závislých na pomoci, kterým je příspěvek na péči. Jde o jakousi finanční pomoc zacílenou na úhradu péče poskytované buď zařízeními sociálních služeb, nebo soukromou osobou. Dávka je vyplácena přímo osobě závislé na pomoci, aby si mohla sama vybrat formu péče. „*Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti.*“ (Králová, Rážová, 2009, s. 15)

Míra závislosti na péči je rozlišována ve čtyřech stupních:

- I. stupeň (lehká závislost)
- II. stupeň (středně těžká závislost)
- III. stupeň (těžká závislost)
- IV. stupeň (úplná závislost)

Určení stupně závislosti vychází ze dvou zdrojů – z posouzení sociálních pracovníků sociálních odborů obcí s rozšířenou působností vypracovaného na základě sociálního šetření a z posouzení lékařské posudkové služby České správy sociálního zabezpečení, které vychází z lékařských vyšetření. Posuzuje se schopnost osoby zvládat 36 stanovených úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti. Úkony péče o vlastní osobu jsou každodenně se opakující úkony, které souvisejí zejména se zajištěním a přijímáním stravy, osobní hygienou, pohybem. „*Pomocí úkonů soběstačnosti se hodnotí schopnost osoby účastnit se sociálního života.*“ (Králová, Rážová, 2009, s. 23)

Jak už bylo výše uvedeno, příjemce příspěvku na péči si může zvolit formu péče, tedy zda se stanou pečovateli jeho rodina, přátelé sousedé, nebo mu bude péče zajištěna prostřednictvím zařízení sociálních služeb. Sociální služby jsou rozděleny do tří základních skupin – sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. U seniorů se setkáváme zejména s využitím služeb sociální péče, což jsou služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. „*Cílem služeb sociální péče je umožnit osobám v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje.*“ (Králová, Rážová, 2009, s. 68)

2.2 Druhy sociálních služeb

Zákon definuje velké množství druhů sociálních služeb, proto uvádíme jen ty, jejichž cílová skupina zahrnuje osoby seniorského věku.

Osobní asistence – je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení v jejich přirozeném prostředí. Obsahem služby je pomoc uživateli při každodenních činnostech (např. pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, chodu domácnosti), pomoc se samostatným pohybem, doprovázení osoby při opuštění domova, pomoc při prosazování práv a zájmů v předem stanoveném rozsahu. Osobní asistent podporuje soběstačnost, samostatnost a nezávislost uživatele. Stává se partnerem uživatele služby.

Pečovatelská služba – je terénní či ambulantní služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi vyžadujícími pomoc jiné osoby. Cílem je umožnit těmto osobám žít důstojně a co nejdéle ve svém domácím prostředí. Pomáhá například při každodenní péči o vlastní osobu, při udržování domácnosti a zajišťování jejího chodu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Podpora samostatného bydlení – cílem této terénní služby je podpora osob se sníženou soběstačností žijících ve vlastní domácnosti. Pomoc je uskutečňována v oblastech každodenního života osoby, která je negativně ovlivněna svou sníženou soběstačností. Může jí být například pomoc při zajišťování chodu domácnosti.

Odlehčovací služby – je poskytována formou terénní, ambulantní či pobytovou na určitou, přechodnou dobu. Jejím cílem je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek, například v době, kdy musí být hospitalizována ve zdravotnickém zařízení. Služba dočasně nahrazuje péči, která je jinak poskytována soukromým pečovatelem. Přispívá k plnohodnotnému životu pečujících i seniora.

Centra denních služeb – poskytují ambulantní službu osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc při zajištění péče o svoji osobu, posílit své schopnosti a dovednosti. Služba zahrnuje pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Denní stacionáře – tato služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc v oblasti osobní péče a soběstačnosti, včetně posilování jejich samostatnosti. Poskytují zejména různé druhy aktivizačních programů. Služba je ambulantní, je poskytována během dne, odpoledne nebo večer se uživatel vrací do svého domova.

Týdenní stacionáře – dle zákona jde o pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností. Uživatel pobývá v zařízení ve všední dny, na víkend se vrací do svého domova, kde o něj pečují soukromí pečovatelé.

Domovy pro seniory – jsou dlouhodobou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku. Zabezpečuje komplexní trvalou péči. Pobyt v domově nahrazuje domácí prostředí.

Domovy se zvláštním režimem – jsou podobným typem pobytové služby jako domovy pro seniory s tím rozdílem, že jsou určeny osobám se specifickými potřebami vyplývajícími z jejich onemocnění (chronické duševní onemocnění, závislost na návykových látkách, stařecká demence apod.).

Chráněné bydlení – je pobytovou službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc zejména v oblasti osobní péče a péče o domácnost. Díky této službě je umožněno těmto osobám vést relativně samostatný život v běžném prostředí vlastní domácnosti. Má formu individuálního nebo skupinového bydlení v bytech spravovaných poskytovatelem.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – se poskytují v rámci zdravotnického zařízení osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se neobejdou bez pomoci cizí osoby při každodenních úkonech a nemohou být proto propuštěny do domácího prostředí. Služba je poskytována přechodně do doby, než je zajištěna péče v domově uživatele.

Průvodcovské a předčitatelské služby – jsou určeny nejenom osobám se zdravotním postižením (zejména postižení zraku a sluchu), ale také osobám seniorského věku. Hlavní náplní této služby je pomoc v oblasti orientace a komunikace.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením – jde o službu sociální prevence, která může být poskytována formou ambulantní nebo terénní. Jejím obsahem je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zákon o sociálních službách společně s provádějící vyhláškou³ vymezuje obsah jednotlivých služeb, způsob jejich úhrady, podmínky jejich poskytování, přesné podmínky uzavření smlouvy o využívání služeb mezi poskytovatelem a uživatelem. Poskytované sociální služby musí splňovat tzv. standardy kvality sociálních služeb, což je soubor zákonem daných kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby.

³ Vyhl. MPSV 505/2006 Sb., provádějící zákon o sociálních službách

Ve výčtu zařízení věnujících se péči o seniory nemůžeme opomenout zařízení, která nepatří do skupiny zařízení sociálních služeb, ale velkou měrou se podílí na zajištění péče o osoby seniorského věku se sníženou soběstačností a to jsou hospice.

Hospice jsou zdravotnická zařízení, to znamená, že péče v nich je hrazená z fondu zdravotních pojišťoven. Nejčastěji jsou zakládány charitativními organizacemi, například Diakonie ČCE, Charita. Cílovou skupinou jsou osoby seniorského věku nebo osoby s vážným onemocněním, u nichž se nepředpokládá zlepšení zdravotního stavu. Hospice poskytují převážně terminální paliativní léčbu⁴ a péči. *„V hospicové péči se ani tolik nezabýváme smrtí, jako životem, možností co nejplnějšího a nejbohatšího života až do konce, uměním v pravou chvíli člověku dovolit odejít.“* (Matoušek, 2005, s. 203) Pobytová služba umožňuje příbuznému pobývat v hospici spolu s nemocným. Kromě hospiců, jako pobytových zařízení, začínají vznikat agentury hospicové péče poskytované v domácnosti klienta. *„Kompromisem mezi oběma je forma denního stacionáře. U nás se tato forma zatím dost nevžila, ale v zahraničí jsou s ní zkušenosti dobré, zvláště v preterminálním stádiu onemocnění.“* (Matoušek, 2005, s. 202)

⁴ Paliativní péče – integrovaná komplexní péče, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného, případně umírajícího člověka, především bolest. (Matoušek, 2008, s. 131)

3 Kvalita života a její pojetí

3.1 Definice kvality života

S prodlužující se délkou života a tzv. stárnutím obyvatelstva vzrůstá zájem o zkoumání kvality života ve stáří. V pozadí těchto výzkumů však zůstává zkoumání kvality života těch, kteří o seniory pečují.

Úvahy o kvalitě života člověka lze nalézt už v dílech klasických autorů, ačkoli v jiných souvislostech a odlišném pojmenování, než chápeme tento multidimenzionální pojem dnes. Předmětem vědeckého zájmu a systematického bádání se kvalita života stává až v druhé polovině dvacátého století. S pojmem se můžeme setkat v různých oblastech lidské činnosti, snad nejčastěji se objevuje v medicíně při zkoumání vlivu nemoci na kvalitu života pacienta. Podstatně méně výzkumných studií se zaměřuje na kvalitu života zdravých respondentů. Dalšími obory, v nichž narazíme na téma kvalita života, jsou psychologie, sociologie, pedagogika, speciální pedagogika, sociální práce a jiné. V psychologickém přístupu je kladen důraz na spokojenost jedince se životem, pocit štěstí, pohody, duševního zdraví nebo rovnováhy. Sociologie si naopak všímá různých parametrů životní úrovně jako možných indikátorů kvality života v určitém prostředí. Dle Dragomerické a Prajsové (2009) se „v medicíně a psychologii se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví než morbidita a mortalita“. ⁵

Vzhledem k tomu, že tento fenomén spadá do mnoha vědních oborů, je jeho determinace značně obtížná. V současné době se projevuje snaha o přesné vymezení a identifikaci jednotlivých aspektů a faktorů kvality života. „Problém s přesnou definicí pojmu je dán nejen oborovou růzností, ale také svou komplexností, kdy dochází pouze k selektivnímu zachycení komplexní zkušenosti.“ (Pyšný, 2008, s. 14)

⁵ Zdraví definuje Světová zdravotnická organizace jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“.

U jednotlivých autorů rozeznáme různé přístupy k determinaci tohoto fenoménu i různé výzkumné metody jak kvalitu osob nebo určitých skupin obyvatel zjišťovat. Definice zpravidla vychází z cílů a potřeb daného vědního oboru. Jako příklad můžeme uvést definici Světové zdravotnické organizace (World Health Organization), která kvalitu života vysvětluje takto: „*Jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ (WHO in Dragomerická, Prajsová, 2009). Naproti tomu ekonomové posuzují kvalitu života obyvatel z hlediska ekonomických měřítek, tzn. vlastnění materiálních statků a úroveň civilizačních vymožeností. To je však pohled, který je zacílen jen na určitou oblast lidského života. Jak Svobodová (In Čadová, Paleček et al. 2006, s. 37) správně uvádí, součástí kvality života jsou také potřeby, jejich uspokojování, hodnoty a individuální hodnotové žebříčky.

Petřková a Čornaničová (2004, s. 40) nazírají na kvalitu života jako na „*určitý koncept toho, co člověku přináší pocity pohody a spokojenosti se životem*“. Pyšný mluví o celkové pohodě jedinců v širším pojetí, kdy jsou zdůrazňovány stejné životní příležitosti, zajištění upokojivé životní úrovně pro každého, přístup k zaměstnání a sociální ochraně. Jeho koncept zahrnuje „*životní podmínky a jejich vyhodnocení z perspektivy jedince*“ (Pyšný et al., 2008, s. 15).

Kvalita života obsahuje složku subjektivní a objektivní. Subjektivní složka souvisí s tím, jak svůj život jedinec vnímá, jak je spokojen, s jeho hodnotovou orientací. „*Objektivní složka obsahuje kulturně společenské aspekty objektivního blahobytu.*“ (Pyšný et al., 2008, s. 16) Dle Svobodové (In Čadová, Paleček et al. 2006, s. 40) se kvalita života pohybuje někde mezi životní úrovní a spokojeností, přičemž objektivní aspekty jsou blíže politice, ekonomii, subjektivní aspekty pak medicíně, sociologii a psychologii.

Jak už jsme výše uvedli, kvalita života je komplexní pojem. Zahrnuje v sobě sociální, biologické, psychologické a duchovní aspekty života člověka. Zároveň můžeme říct, že ji do určité míry ovlivňují podmínky dané prostředím. Postihuje vnější podmínky i vnitřní rozměry člověka.

Světová zdravotnická organizace WHO rozlišuje čtyři základní oblasti kvality života – fyzické zdraví a úroveň nezávislosti, psychické zdraví a duchovní stránka, sociální vztahy, prostředí (WHO in Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Jejich indikátory jsou:

- fyzické zdraví a úroveň nezávislosti (energie a únava, bolest a nepohoda, spánek a odpočinek, mobilita, aktivity v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách, pracovní kapacita),
- psychické zdraví a duchovní stránka (image vlastního těla a zjevu, negativní emoce, pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, spiritualita – náboženství, osobní přesvědčení),
- sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivity),
- prostředí (finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, zdravotní a sociální péče, prostředí domova, možnost získat informace a kompetence, účast na volnočasových a rekreačních aktivitách, fyzikální prostředí – emise, hluk, doprava, klima).

3.2 Metody zjišťování kvality života

Kvalita života je zkoumána na různých úrovních, od hodnocení životní úrovně národní populace, potřeb jednotlivých skupin obyvatel až k měření individuální spokojenosti. „*Při studiu kvality života je třeba brát v úvahu vývoj, proměny v prostoru a času, společenské souvislosti, historické a kulturní kořeny, civilizační i generační změny.*“ (Svobodová in Čadová, Paleček et al., 2006, s. 31) Cílem výzkumů kvality života je úsilí pochopit její jednotlivé aspekty, činitele a následná snaha o zvyšování kvality života a snižování negativních vlivů v životě člověka a dosažení cílů.

První výzkumy zjišťující kvalitu života se objevují po 2. světové válce zejména v medicíně. Tehdy byla kvalita života spojována s nezávislostí a fungováním jedince v běžném životě. Později v 60. a 70. letech minulého století byly k těmto faktorům kvality života připojeny faktory psychosociální. V 80. letech se stalo zkoumání kvality života předmětem mnoha společenských věd. V té době se začaly používat sebesposuzovací

škály a dotazníky, byl kladen důraz na subjektivní hodnocení kvality života jedincem. Rostoucí zájem o tento fenomén vedl ke vzniku mezinárodních výzkumných ústavů, pracovních skupin, napomohl ke vzniku nových metod výzkumu. Jednou takovouto pracovní skupinou byla WHOQOL spadající pod Světovou zdravotnickou organizaci, jejímž cílem bylo nalézt vhodnou definici kvality života a vytvořit dotazníky pro její měření.

Metody, kterými se zjišťuje kvalita života osoby, jsou dle Křivohlavého (2002, s. 165):

- metody měření, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba - objektivní,
- metody měření, kdy je hodnotitelem kvality života osoba sama - subjektivní,
- metody, které jsou kombinací metod předešlých.

V současné době se odborníci všech oborů přiklánějí spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

Do skupiny subjektivních metod měření kvality života můžeme zařadit metody:

1.2.1 SIEQoL

Jde o nejrozšířenější metodu zjišťování kvality života. Jejimi autory SEIQoL⁶ jsou Irové C. A. O'Boyle, H. M. McGee a Joyce. Tato metoda chápe kvalitu života jako něco, co není všeobecně platné, ale naopak individuální; odvíjí se od toho, jak ji subjektivně vidí ten, kdo je dotazován. Pojetí kvality života závisí na systému hodnot dotazovaného. Nástrojem metody je strukturovaný rozhovor, který má za cíl zjistit, jaké aspekty života jsou pro danou osobu kriticky závažné (Křivohlavý, 2001, s. 243). Dotazovaná osoba je vyzvána, aby uvedla pět životních cílů, které považuje současné situaci za nejdůležitější. Poté zhodnotí míru svého uspokojení v každém z těchto cílů.

⁶ Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 56)

1.2.2 SQUALA

Metoda vznikla v roce 1992 a jejím autorem je M. Zannotti. V této metodě je nástrojem měření sebeposuzovací dotazník, ten tvoří 23 oblastí pokrývajících vnější i vnitřní realitu každodenního života. Dotazovaný hodnotí jednak spokojenost v těchto oblastech, jednak subjektivní důležitost. Metoda SQUALA bývá využívána zejména za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb v medicínské, sociální, psychologické nebo pedagogické oblasti (Vařurová, Mühlpachr, 2005, 63).

1.2.3 MANSA

Tento způsob měření kvality života vznikl na univerzitě v Manchesteru. Jeho cílem je vytvoření přesného obrazu kvality života dotazované osoby v dané chvíli, který bude umožňovat následnou optimalizaci péče a pomoci. MANSA⁷ se zaměřuje na zjišťování spokojenosti v jedenácti oblastech života. Spokojenost je zjišťována pomocí škály spokojenosti LSS⁸. Jedná se o sedmibodovou vizuální stupnici (Křivohlavý, 2002, s. 176).

1.2.4 WHOQOL

Za zrodem této metody stojí stejnojmenná pracovní skupina Světové zdravotnické organizace. Během 90. let minulého století vypracovala tato skupina instrument měření – dotazník WHOQOL-100 a později jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF, který obsahuje 26 položek rozdělených do čtyř oblastí - fyzická, psychologická, sociální vztahy, životní prostředí (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11). Položky dotazníku respondent hodnotí na pětistupňové Likertově škále.

Uvedené metody jsou jen drobnou ukázkou z velké množiny metod měření kvality života. Výsledky různě orientovaných výzkumů přispívají k lepšímu pochopení důležitých aspektů života i samotné existence člověka.

⁷ Manchester Short Assessment of Quality of Life (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 64)

⁸ Life Satisfaction Scale (Křivohlavý, 2001, s. 176)

4 Pečující o osoby seniorského věku a jejich kvalita života

4.1 Pečující (pečovatelé)

Jak už vyplývá ze samotného označení, pečující (pečovatelé) jsou osoby, které se věnují péči. Péčí pak rozumíme určitou činnost, při které se pečující věnuje osobě tělesně či psychicky hendikepované takovým způsobem, že se snaží důsledky jejího znevýhodnění zmírnit (Tošnerová, 2001, s. 16). Péče může mít podobu od komplexní pomoci po občasnou a parciální pomoc.

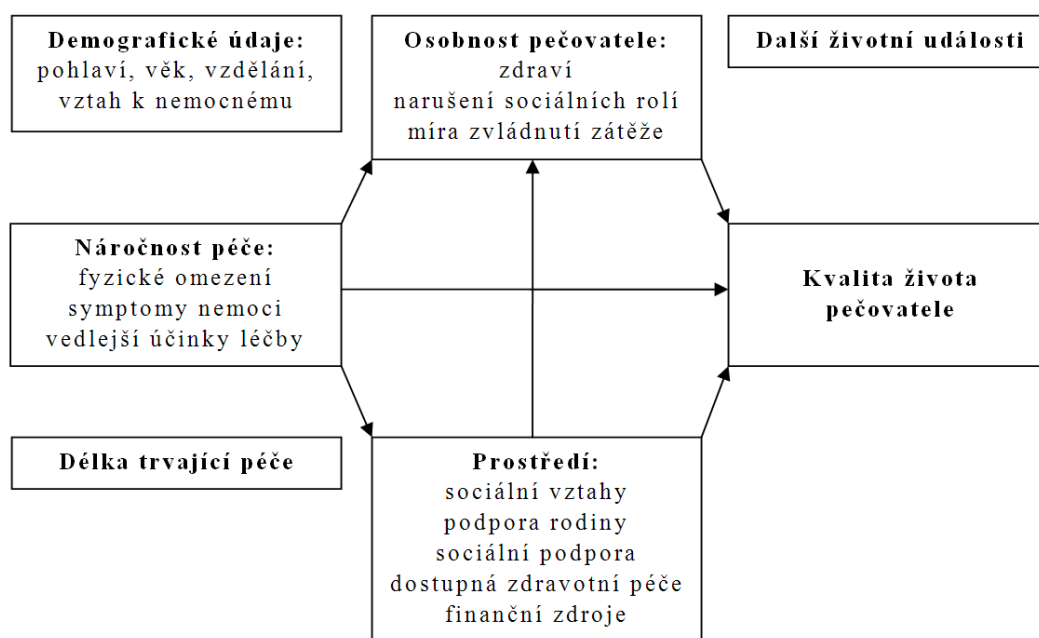
Pečujícími o seniora, pomineme-li pracovníky institucí, se stávají nejenom potomci, ale také sourozenci, manželé, vnuci, přátelé, sousedé. Motivem této péče jsou rodinná pouta nebo přátelské vztahy. Tošnerová (2001, s. 10) tuto formu péče nazývá komunitní. Význam komunitní péče byl uznán teprve nedávno v souvislosti s deinstitucionalizací péče o osoby se sníženou soběstačností. Současná sociální politika státu směřuje ke zvyšování podílu komunitní péče, neboť tato je spojena s nižšími náklady na její realizaci, než je tomu u péče, jež poskytují instituce.

Závislost seniora na péči neovlivňuje jen jeho samotného, ale postihuje i osoby v jeho nejbližším okolí, zejména členy rodiny a ty, kteří o něj pečují. Péče o seniora zásadně mění rytmus života osoby, která o něj pečuje. Pečující si musí zvykat na novou situaci, někdy se musí vzdát své sociální role (např. pracující) a přijmout role nové. *„Pečující osoba může mít z poskytování péče uspokojení, péče ji na druhé straně může přetěžovat psychicky, fyzicky i finančně, může omezovat její možnost pracovního uplatnění a její společenské kontakty.“* (Matoušek, 2008, s. 134)

4.2 Kvalita života pečujících

Jak už bylo výše uvedeno, kvalita života pečujících stojí na okraji zájmu odborníků. Existuje řada publikací a výzkumů na téma osoba seniorského věku a jeho kvalita života. O lidech, kteří o ně pečují, toho nalezneme podstatně méně.

White et al. (White et al 2004 in Vaďurová 2008) vytvořil model kvality života pečovatele. Tento model lze aplikovat nezávisle na různosti nemoci nebo vztahu pečující a opečovávaný.



(Převzato z: Vaďurová, 2008)

Kvalita života pečující osoby obsahuje stejné základní oblasti jako u běžné populace. Liší se však důležitost určitých oblastí a podoblastí. Vaďurová (2008) uvádí, že u pečujících nacházíme určitá specifika. V oblasti fyzické to jsou únava, problémy se spánkem, ztráta chuti k jídlu, potřeba odpočinku. Mezi nejčastější psychické aspekty řadí emocionální zátěž, stres, obavy, nervozitu, vztek, strach o nemocného, pocit zničení a deprese, zmatek, neznalost problematiky, pocit bezmoci. V oblasti sociálních vztahů se objevuje podpora rodiny, změna rozložení zodpovědnosti v rodině, nepolevující, dlouhodobé nároky na péči.

A konečně specifika v duchovní oblasti jako jsou spirituální pohoda, pocit duchovní podpory, užitečnost, naděje, pocit smysluplnosti a celkové spokojenosti se životem.

Tošnerová (2001, s. 13–14) definuje společné prvky pečovatelsví, jsou to:

1. **Hluboký smutek** spojený s lítostí, že někdo na kom nám záleží, utrpěl mozkové zranění, ztrácí svou mobilitu a nikdy nedosáhne normálního životního fungování.
2. **Otřes v rodině**, který nastane v souvislosti s velkými změnami v jejím životě. Členové rodiny nejsou na takovou situaci připraveni, musí si najít svou vlastní společnou cestu, jak ji řešit.
3. **Pocit izolace**, který je způsobem životem mimo normu, každodenními činnostmi, jako je oblékání, chůze, hygiena, dýchání. Vše, co jiní považují za dané a samozřejmé, se stává centrem pozornosti.
4. **Frustrace**, která může vyplývat z pocitu nepochopení ze strany okolí, nejisté budoucnosti, nedostatku informací od odborníků.
5. **Stres**, jenž je pociťován v důsledku nedostatku volného nebo osobního času. Společným prvkem pečovatelsví je bohužel těžká deprese, protože mnoho pečujících trpí.

„Existuje ale ještě jiný společný prvek, další sdílená emoce, která není rozpoznána tak často, jak by měla být. Je to vnitřní síla, o které většina nikdy nevěděla, že ji má. Je to statečnost pokračovat nehledě na bolest.“
(Tošnerová, 2001, s. 14)

4.3 Syndrom vyhoření

Dlouhodobá péče o vážně nemocného seniora se sníženou soběstačností může vést až k syndromu vyhoření pečujících, podobně jako je tomu u profesionálních pečovatelů. Syndrom se vyskytuje zejména u osob trvale připoutaných k osobě seniorského věku a trvale izolovaných v domácnosti v roli pečovatele. Je souborem určitých příznaků, které jsou výsledkem dlouhodobé nekompenzované zátěže pečujících. Vyznačuje se stavem psychického nebo celkového vyčerpání, doprovázeného pocitem beznaděje, obavami, popřípadě pocitem zlosti. V 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí WHO je samostatnou nozologickou jednotkou. U některých pečujících můžeme pozorovat určité predispozice ke vzniku syndromu vyhoření dlouhodobý a intenzivní kontakt s objekty péče, neschopnost relaxace, izolovanost pečujícího a opečovávaného od okolního světa, pocit nedocení poskytnuté péče ze strany veřejnosti a podobně.

4.4 Svépomocné skupiny

Výraznou podporou pečujících o osoby seniorského věku mohou být svépomocné skupiny. Matoušek (2008, s. 218) je definuje takto: „*Skupiny, v nichž si vzájemnou pomoc při řešení osobních, rodinných nebo komunitních problémů poskytují ti, kdo jimi trpí.*“ Svépomocné skupiny mohou pomáhat svým členům při zvládnutí somatických a duševních nemocí, vzájemně si předávat informace, poskytovat emocionální podporu, obhajovat zájmy skupiny vůči jiným organizacím, případně státu. V České republice existují především ty svépomocné skupiny, které sdružují rodiče dětí s postižením. Příkladem svépomocné skupiny v oblasti péče o seniory je Alzheimerovská společnost, která sdružuje pečující o svého rodinného příslušníka s demencí. Svépomocné skupiny se mohou stát účinnou prevencí proti syndromu vyhoření pečujících.

Empirická část

V empirické části vycházíme z teze, že péče o osoby seniorského věku se nějakým způsobem, ať už pozitivně, nebo negativně, promítá do kvality života pečujících. Empirická část byla realizována formou dotazníku. Tento dotazník byl adresován pečujícím o osoby seniorského věku z řad veřejnosti.

5 Cíl práce

Hlavním cílem této části práce bylo zjistit, co pečující podle svého názoru považují za kvalitu života a jak ji hodnotí. Dalším cílem bylo zjistit, jaké změny v různých oblastech života pečující pozoruje v souvislosti s tím, že pečuje o osobu seniorského věku.

6 Předpoklady dotazníkového šetření

Pro dotazníkové šetření mezi pečujícími o osoby seniorského věku byly stanoveny tyto předpoklady:

1. Pečující osoby využívají některou ze služeb péče o seniory a znají nějaký druh těchto služeb ve svém okolí.
2. Péče o osobu seniorského věku zhoršuje řadu oblastí kvality života pečující osoby.
3. Péče o osobu seniorského věku zlepšuje duchovní život pečující osoby.

7 Metodika

Pro zpracování této části práce jsme zvolili metodu dotazníku. Dotazník je velmi frekventovaná výzkumná metoda. Tvoří jej soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně (Chráska, 2007, s. 163).

Dotazník byl členěn do dvou částí. První část se pokoušela zjistit informace o skupině respondentů, o míře poskytované péče, o tom, zda respondent o seniora pečuje sám, nebo se na poskytování péče podílí jiné osoby nebo zařízení sociálních služeb. Druhá část dotazníku je věnována kvalitě života dotazovaných. Dotazník je sestaven z celkem 15 otázek. Většina z nich jsou otázky uzavřené, respondent si vybírá z předem stanovených odpovědí. Některé z otázek jsou polouzavřené, dotazované osobě poskytují možnost se k dotazu dále vyjádřit. Dvě otázky dotazníku jsou zcela otevřené. Vyplnění otazníku bylo anonymní.

8 Charakteristika dotazovaného souboru

Zpracovaný dotazník byl adresován osobám pečujícím o osoby seniorského věku. Nejvíce z dotazovaných byly osoby pečující o seniory, kteří si podali žádost o příspěvek na péči na odboru sociálního věcí Městského Úřadu Valašské Meziříčí. Tito respondenti vyplňovali dotazník během sociálního šetření v domácnosti prováděného sociálními pracovníci městského úřadu, který zjišťoval míru závislosti osoby seniorského věku na pomoci druhé osoby. Druhá skupina dotazovaných sestávala z pečujících z řad rodiny a přátel autorky. Z celkového počtu 60 oslovených osob pečujících o seniory, odpovědělo na dotazník 39 respondentů. Dotazníkové šetření bylo realizováno v květnu roku 2011.

9 Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do tabulek a výsečových, sloupcových a pruhových grafů. Zjištěné údaje byly vyjádřeny buď v absolutních číslech, nebo procentech.

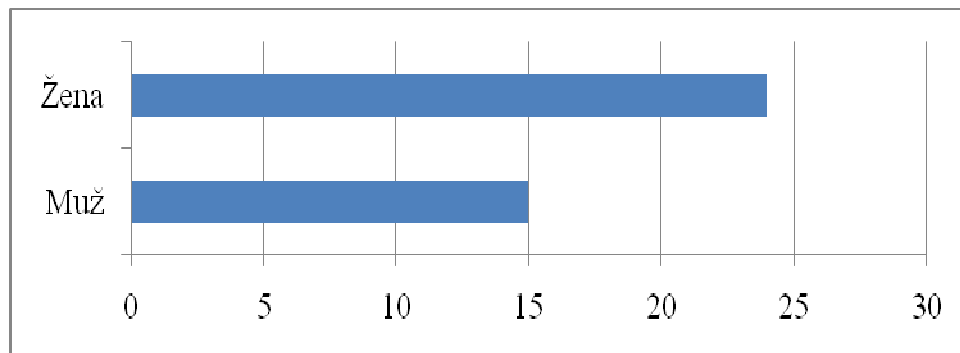
I. Část

Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví dotazovaného.

Tabulka č. 1

Pohlaví	Četnost	Procenta
Muž	15	38,46%
Žena	24	61,54%

Graf č. 1



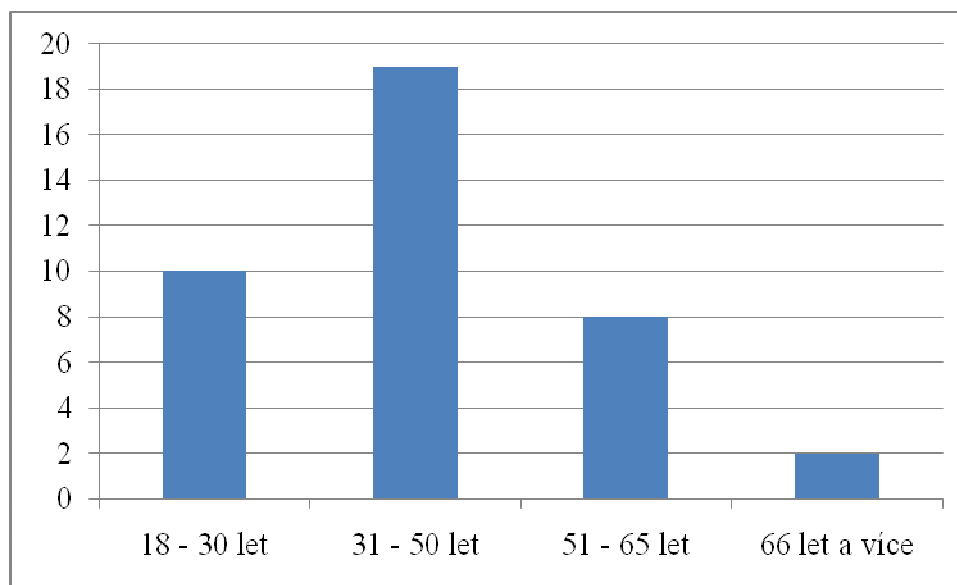
Z celkového počtu třiceti devíti respondentů bylo 15 z nich mužského pohlaví, 24 odpovídajících pohlaví ženského. Mezi oslovenými pečujícími o osobu seniorského věku tedy převažovaly ženy.

Otázka č. 2 se dotazovala na věk respondenta.

Tabulka č. 2

Věkové rozhraní	Četnost	Procenta
18 - 30 let	10	25,64%
31 - 50 let	19	48,72%
51 - 65 let	8	20,51%
66 let a více	2	5,13%

Graf č. 2



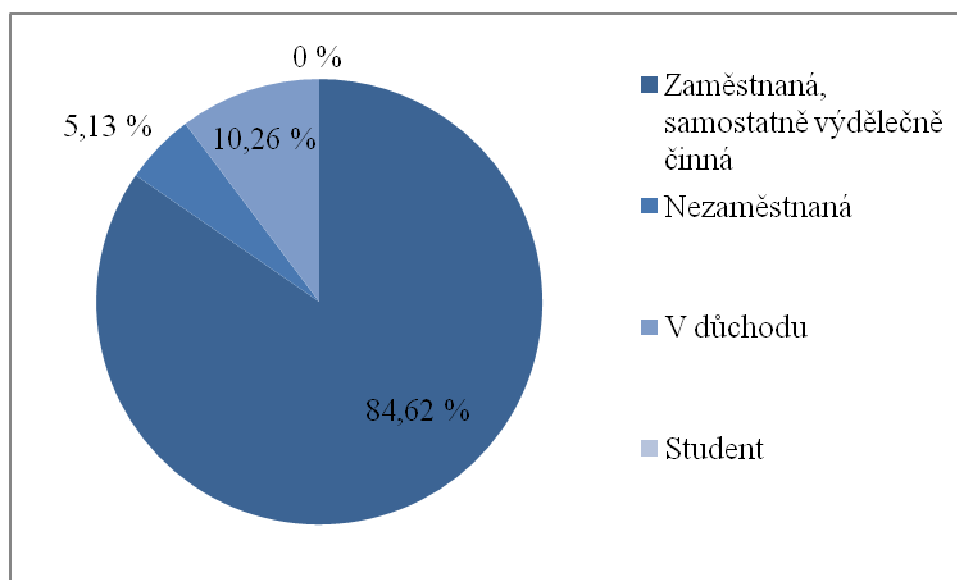
Mezi dotazovanými bylo nejvíce těch, kteří spadají do věkového rozhraní 31–50 let. Tuto skupinu tvoří 19 dotazovaných. Druhá nejpočetnější skupina s 10 respondenty zahrnuje pečující ve věku 18–30 let. Následuje věkové rozhraní 51–55 let s 8 respondenty. Pouze dva respondenti dosahovali věku 66 let a více.

Otázka č. 3 zjišťovala, zda je dotazovaná osoba zaměstnaná, osoba samostatně výdělečně činná, nezaměstnaná, v důchodu nebo je studentem.

Tabulka č. 3

Pečující osoba	Četnost	Procenta
Zaměstnaná, samostatně výdělečně činná	33	84,62%
Nezaměstnaná	2	5,13%
V důchodu	4	10,26%
Student	0	0,00%

Graf č. 3



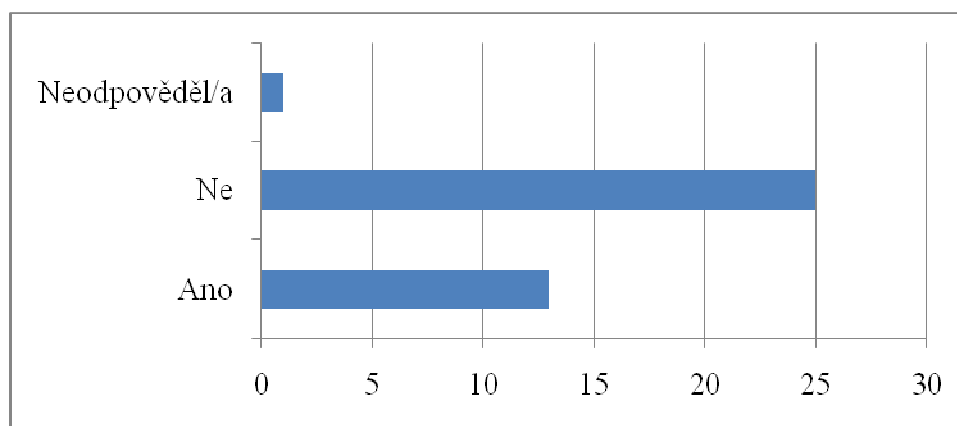
Z tabulky a výšečového grafu je patrné, že největší skupinu dotazovaných tvořily osoby zaměstnané nebo samostatně výdělečně činné (33 z celkového počtu 39 respondentů). Nezaměstnaní byli dva respondenti, v důchodu (invalidním nebo starobním) byli 4 dotazovaní. Studentem nebyl ani jen z oslovených, kteří dotazník vyplnili.

Otázka č. 4 se zaměřovala na to, zda pečující osoba žije ve společné domácnosti spolu s osobou seniorského věku.

Tabulka č. 4:

Společná domácnost	Četnost	Procenta
Ano	13	33,33%
Ne	25	64,10%
Neodpověděl/a	1	2,56%

Graf č. 4



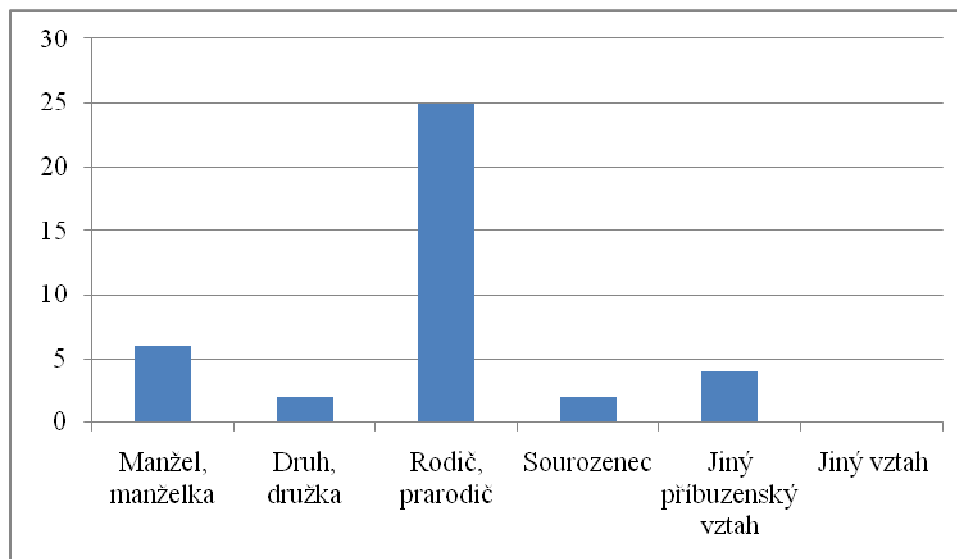
Z celkového počtu dotazovaných bylo nejvíce těch pečujících, kteří nežijí ve společné domácnosti s osobou seniorského věku. Tuto skupinu tvořilo 25 respondentů. Ve společné domácnosti žije 13 z celkového počtu respondentů. Jeden respondent na otázku neodpověděl.

Otázka č. 5 zjišťovala, v jaké vztahu se pečující a osoba seniorského věku nacházejí.

Tabulka č. 5:

	Četnost	Procenta
Manžel, manželka	6	15,38%
Druh, družka	2	5,13%
Rodič, prarodič	25	64,10%
Sourozenec	2	5,13%
Jiný příbuzenský vztah	4	10,26%
Jiný vztah	0	0,00%

Graf č. 5



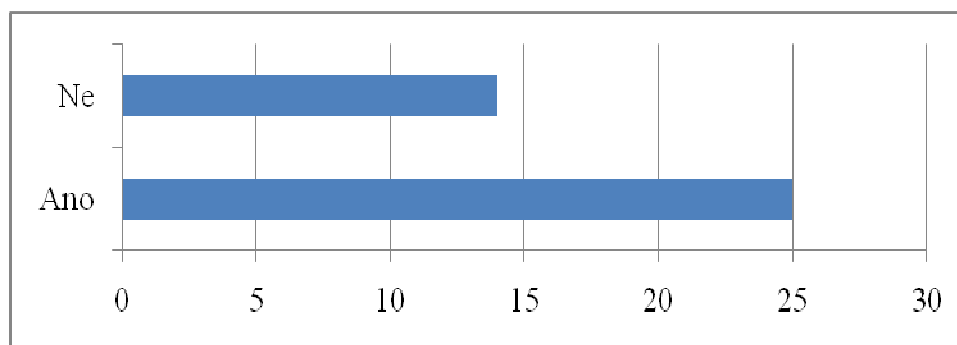
Z tabulky a sloupcového grafu vyplývá, že nejvíce osob, o které respondent pečuje, je jejich rodičem nebo prarodičem (25 z celkového počtu 39 dotazovaných). Dále si lze povšimnout, že druhou nejpočetnější skupinou byli manželé nebo manželky dotazovaných (6 respondentů). Pouze dva dotazovaní odpověděli, že osoba seniorského věku je jejich druhem nebo družkou. Další dva respondenti uvedli jako osobu seniorského věku svého sourozence. Z této otázky lze vyzorovat, že péči poskytují seniorům nejčastěji jejich potomci.

Otázka č. 6 se dotazovala na to, zda se na poskytování péče o osobu seniorského věku podílejí také jiné osoby. Tato otázka nezohledňovala, zda se na péči podílí nějaké zařízení sociálních služeb.

Tabulka č. 6

	Četnost	Procenta
Ano	25	64,10%
Ne	14	35,90%

Graf č. 6



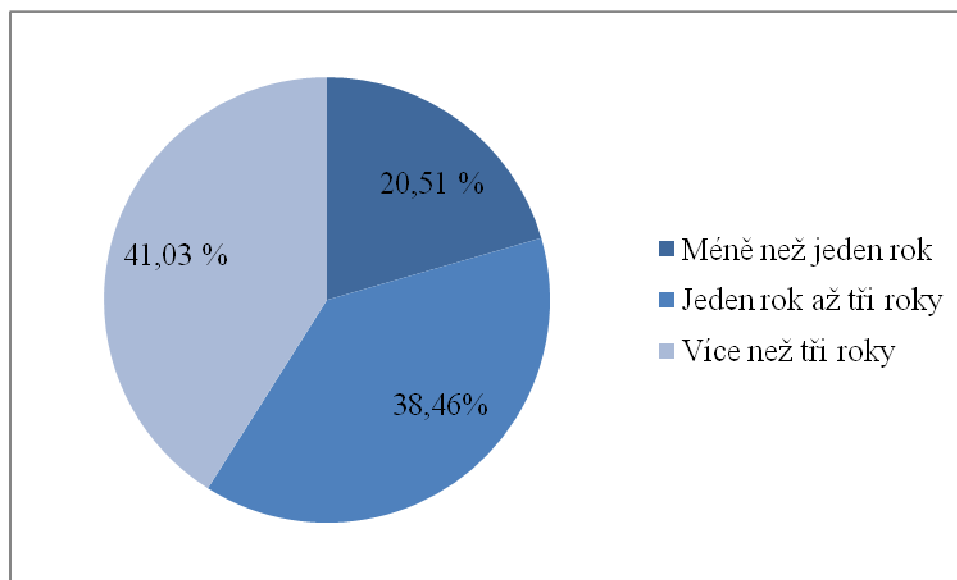
Nejčastější odpovědí bylo, že se na péči podílejí i jiné osoby (25 z celkového počtu dotazovaných). Veškerou péči o osobu seniorského věku zajišťuje samostatně 14 respondentů. Z této otázky dotazníku lze vypočítat, že respondent poskytuje péči nejčastěji spolu s jinými osobami z blízkého okolí osoby seniorského věku.

Otázka č. 7 zjišťovala, jak dlouho dotazovaní pečují o osoby seniorského věku.

Tabulka č. 7

Doba péče	Četnost	Procenta
Méně než jeden rok	8	20,51%
Jeden rok až tři roky	15	38,46%
Více než tři roky	16	41,03%

Graf č. 7



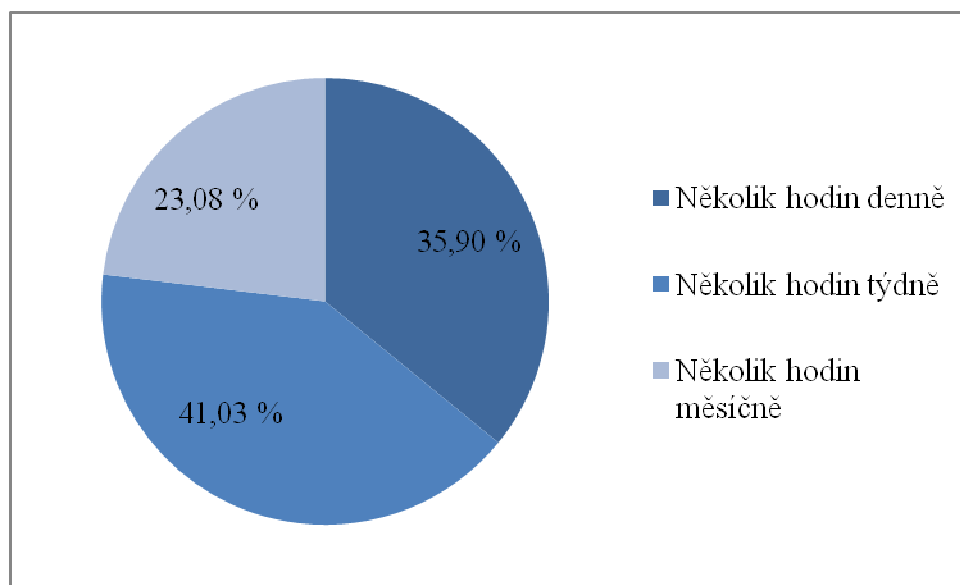
Z tabulky a výšečového grafu je patrné, že zastoupení osob, kteří poskytují péči jeden rok až tři roky, a osob poskytujících péči více než tři roky je poměrně vyrovnané. Pouze 8 osob z celkového počtu dotazovaných uvedlo, že péči poskytuje po dobu kratší než jeden rok. Lze tedy říci, že oslovení respondenti poskytují zejména dlouhodobou péči.

Otázka č. 8 se pokoušela zjistit, kolik času v určitém časovém období respondenti péči věnují.

Tabulka č. 8

Míra péče	Četnost	Procenta
Několik hodin denně	14	35,90%
Několik hodin týdně	16	41,03%
Několik hodin měsíčně	9	23,08%

Graf č. 8



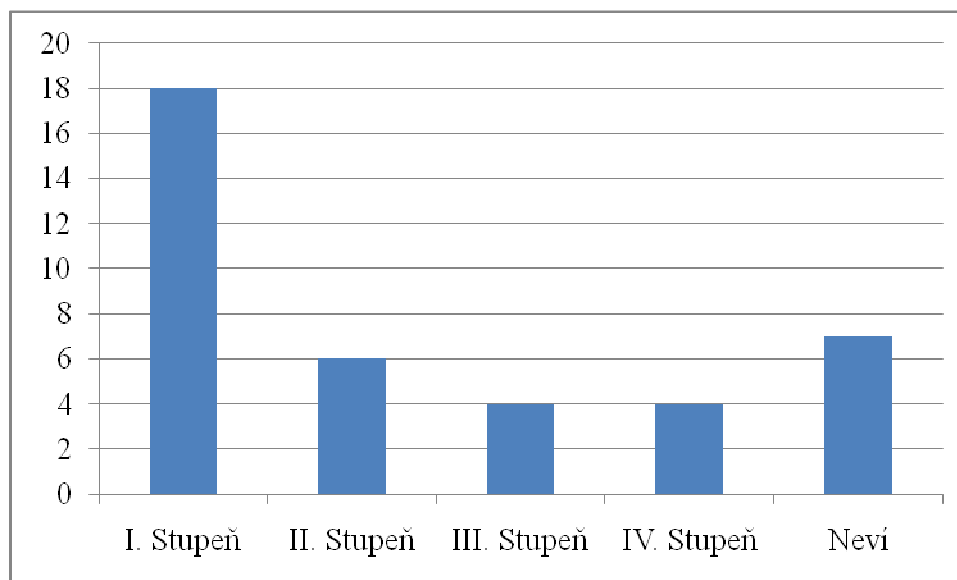
Z celkového počtu respondentů je 14 těch, kteří o osobu seniorského věku pečují několik hodin denně; 16 respondentů věnuje péči několik hodin týdně. Několik hodin měsíčně pečuje 9 respondentů. Z výšečového grafu je patrné, že četnost odpovědí je poměrně vyvážená.

Otázka č. 9 se zaměřila na míru závislosti na péči osob seniorského věku. Stupně závislosti vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Tabulka č. 9

Stupeň závislosti	Četnost	Procenta
I. Stupeň	18	46,15%
II. Stupeň	6	15,38%
III. Stupeň	4	10,26%
IV. Stupeň	4	10,26%
Neví	7	17,95%

Graf č. 9



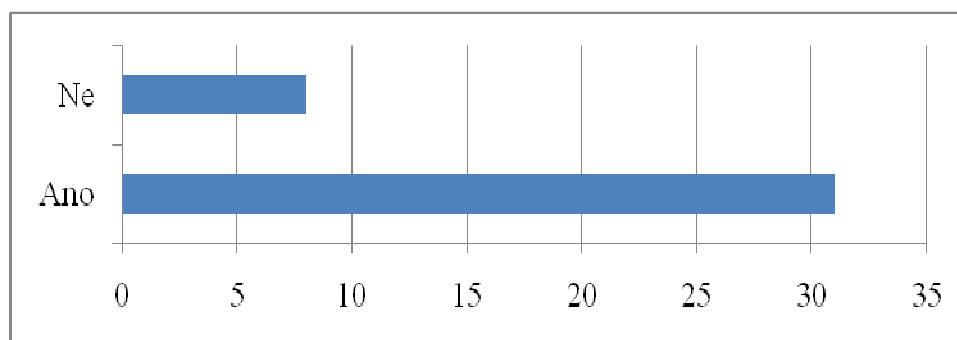
Touto otázkou bylo zjištěno, že z celkového počtu oslovených respondentů jich nejvíce pečuje o osobu seniorského věku, která se nachází v prvním stupni závislosti na péči druhé osoby - lehká závislost (18 z celkového počtu respondentů). Druhou nejpočetnější skupinou byly osoby, které na otázku nedokázaly odpovědět (7 z celkového počtu respondentů). U těchto osob lze předpokládat, že míru závislosti seniora na péči neznají, protože osoba, o kterou pečují, není příjemcem příspěvku na péči.

Otázka č. 10 se pokoušela zjistit, zda respondenti znají nějaké zařízení nebo službu ve svém okolí, které se věnuje péči o osobu seniorského věku.

Tabulka č. 10

	Četnost	Procenta
Ano	31	79,49%
Ne	8	20,51%

Graf č. 10



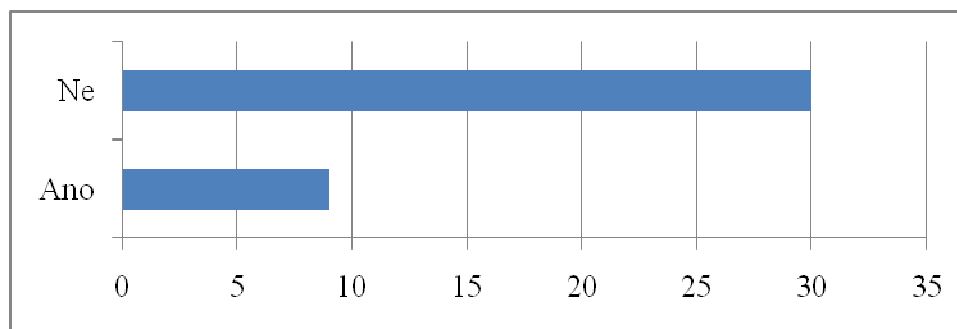
Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina respondentů (31 z celkového počtu 39) zná nějaký druh zařízení zaměřeného na péči o osoby seniorského věku. Jako příklad respondenti uváděli zejména poskytovatele sociálních služeb, jako jsou Charita, Diakonie ČCE, Sociální služby Vsetín. Podstatně méně respondentů v odpovědi uvedlo druh služby péče o seniory (pečovatelská služba, domov pro seniory, denní stacionář, domov s chráněným bydlením, hospic). Zde poukazujeme na fakt, že drtivá většina respondentů pocházela z Valašského Meziříčí a přilehlých obcí, proto se v odpovědích vyskytovaly zařízení a druhy poskytovaných služeb nacházejících se v tomto regionu.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda osoba, o kterou dotazovaný pečuje, využívá nějakou službu péče o osobu seniorského věku.

Tabulka č. 11

	Četnost	Procenta
Ano	9	23,08%
Ne	30	76,92%

Graf č. 11



Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo, že osoba, o kterou dotazovaný pečuje, žádnou službu péče o seniory nevyužívá. Takto odpovědělo 30 z celkového počtu dotazovaných. Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli opačně (9 z celkového počtu respondentů), byli vyzváni, aby uvedli, jakou službu osoba seniorského věku využívá. Mezi jmenovanými službami byly: donáška obědů, ošetřovatelské úkony, denní stacionář, domov pro seniory.

II. Část

Otázka č. 12 zjišťovala, co dotazovaní považují za kvalitu života. Otázka byla otevřená.

Na otázku odpovědělo 35 z celkového počtu respondentů. Některé z odpovědí byly stejné, jiné byly jedinečné a neshodovaly se s žádnou odpovědí jiného respondenta. Někteří respondenti odpovídali jednoslovně, jiní jmenovali několik oblastí života. Nejvíce odpovědí se týkalo oblasti zdraví a celkové spokojenosti. Nejčastější odpovědí bylo zdraví; takto odpovědělo 14 z celkového počtu 39 dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí byla spokojenost, pro tu se vyslovilo 12 z celkového počtu dotazovaných. Následují různé odpovědi respondentů. Jako příklad uvádíme: „pohoda“, „zapojení do rodiny, společnosti“, „dožít se důstojného stáří“, „klidný život“, „plnohodnotný život“, „mít práci“, „finanční zajištění“, „rodinný život“.

Otázka č. 13 se respondentů dotazovala, co považují za nejdůležitější pro udržení kvality života. Tato otázka byla rovněž otevřená.

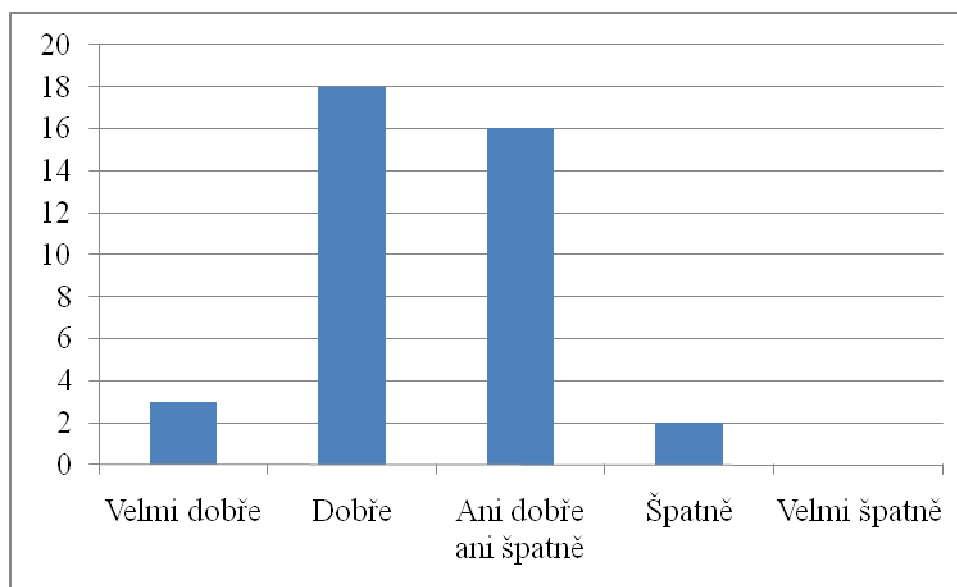
Z celkového počtu dotazovaných jich na tuto otázku odpovědělo 29. Odpovědi respondentů se shodují mnohem méně, než je tomu u předchozí otázky. Z odpovědí uvádíme ty nejčastější: „zdraví“, „práce“, „odpočinek“, „kvalitní životní podmínky“, „ekonomické jistoty“, „pohoda“, „komunikace s rodinou nebo společností“, „dostatek času“, „odpočinek“, „rodina“, „přátelé“, „láska“, „víra“, „partnerství“. Z odpovědí oslovených respondentů se lze domnívat, že zdraví je nejdůležitějším faktorem pro udržení kvality života. Oblasti zdraví se týkalo 21 odpovědí z celkového počtu.

Otázka č. 14 se zaměřila na to, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života.

Tabulka č. 14

KŽ pečujících	Četnost	Procenta
Velmi dobře	3	7,69%
Dobře	18	46,15%
Ani dobře ani špatně	16	41,03%
Špatně	2	5,13%
Velmi špatně	0	0,00%

Graf č. 14



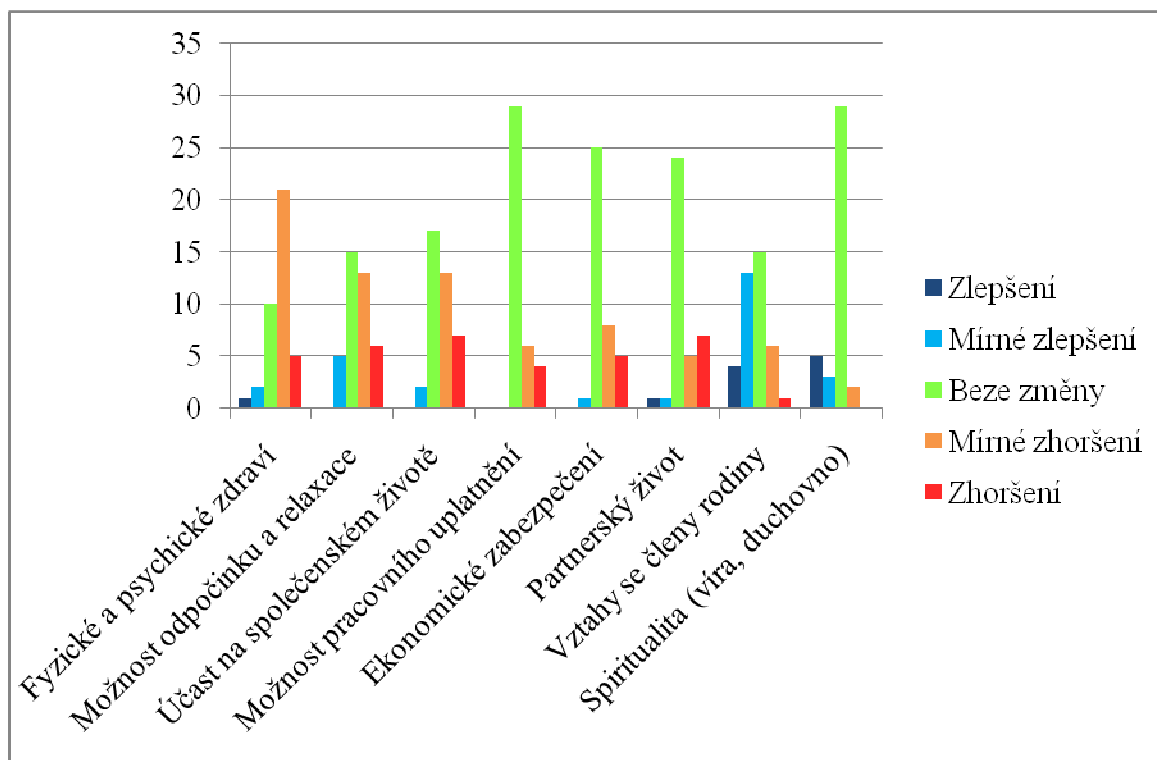
Z tabulky a sloupcového grafu vyplývá, že nejpočetnější skupinou v počtu 18 respondentů byly pečující, jež hodnotí kvalitu svého života dobře. V četnosti následuje skupina respondentů, kteří kvalitu svého života nepovažují za ani dobrou ani špatnou. Tuto skupinu tvoří 16 respondentů. Pouze 3 respondenti považují kvalitu svého života za velmi dobrou; 2 respondenti ji vidí jako velmi špatnou.

Otázka č. 15 se pokoušela zmapovat vliv péče o osobu seniorského věku na různé oblasti života respondenta.

Tabulka č. 15

Oblast života	Zlepšení	Mírné zlepšení	Beze změny	Mírné zhoršení	Zhoršení
Fyzické a psychické zdraví	1	2	10	21	5
Možnost odpočinku a relaxace	0	5	15	13	6
Účast na společenském životě	0	2	17	13	7
Možnost pracovního uplatnění	0	0	29	6	4
Ekonomické zabezpečení	0	1	25	8	5
Partnerský život	1	1	24	5	7
Vztahy se členy rodiny	4	13	15	6	1
Spiritualita (víra, duchovno)	5	3	29	2	0

Graf č. 15



Nejčastější odpovědí respondentů bylo to, že změny v různých oblastech svého života nezaznamenali. Výjimkou je oblast fyzického a psychického zdraví, kde převažovala odpověď: „Mírné zhoršení.“ Takto odpovědělo 21 z celkového počtu dotazovaných. Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že respondenti, kteří zaznamenali nějaké změny v kvalitě svého života, pozorují mírné zhoršení nebo zhoršení v oblasti fyzického a psychického zdraví (26 z celkového počtu respondentů), účasti na společenském životě (20 respondentů), možnosti odpočinku a relaxace (19 respondentů), dále pak v oblasti ekonomického zabezpečení (13 respondentů), partnerství (12 respondentů) a možnosti pracovního uplatnění (10 respondentů). Na druhou stranu nejvíce pozitivních změn respondenti zaznamenali v oblasti vztahů se členy rodiny. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 13 respondentů, že v této oblasti zaznamenali mírné zlepšení; 4 respondenti zaznamenali zlepšení.

10 Diskuse

Hlavním cílem této části bylo zjistit, co si pečující představuje pod pojmem kvalita života a jak hodnotí kvalitu svého života. Dalším cílem bylo zjistit, jaké změny v různých oblastech života pečující pozoruje v souvislosti s tím, že pečuje o osobu seniorského věku.

Před realizací dotazníkového šetření jsme si stanovili několik předpokladů. První z nich zněl: **Pečující osoby využívají některou ze služeb péče o seniory a znají nějaký druh těchto služeb ve svém okolí.** Pravdivost tohoto předpokladu prověřovala otázka č. 10 a 11. Zjistili jsme, že většina respondentů (31 z celkového počtu 39) zná nějaký druh zařízení sociálních služeb zaměřeného na péči o osoby seniorského věku. Jako příklad respondenti uváděli zejména poskytovatele sociálních služeb, jako jsou Charita, Diakonie ČCE. Podstatně méně dotazovaných uvedlo určitý druh služeb, který tyto zařízení poskytují. Lze se domnívat, že respondenti vědí, že v jejich okolí se vyskytují zařízení, která se podílejí na péči o osoby seniorského věku, ale jsou nedostatečně informováni o nabídce jejich služeb. Neznalost zařízení sociálních služeb vyslovilo pouze 8 dotazovaných. Zde se nabízí otázka, jak pomoci lepší informovanosti pečujících a osob závislých na pomoci v oblasti služeb péče o osoby seniorského věku. Zařízení sociálních služeb by měla věnovat zvýšenou pozornost předávání informací široké veřejnosti. Vhodnou formou může být umístění informačních letáků na veřejných místech (na úřadech, v čekárnách lékařů) nebo dny otevřených dveří v zařízeních.

Z dotazníkového šetření dále plyne skutečnost, že většina osob seniorského věku, o které respondenti pečují, nevyužívá žádnou ze sociálních služeb péče o seniory. Takto odpovědělo 76,92 % z celkového počtu 39 dotazovaných. Důvodů může být několik. Jedním z nich může být výše zmíněná nedostatečná informovanost osob o možnosti využití širokého spektra sociálních služeb. Další důvod lze spatřovat v nedostatku finančních prostředků na úhradu takovéto péče. Nabízí se také zcela prosté vysvětlení, že pečující osoby dokážou péči zajistit vlastními silami.

V dotazníkovém šetření jsme se dále zaměřili na kvalitu života respondentů. Po otázkách, které zjišťovaly, co respondent považuje

za kvalitu života, jaké aspekty podle něj napomáhají k udržování kvality života a jak hodnotí kvalitu svého života, následovala otázka, jejímž cílem bylo zmapovat vliv péče o osobu seniorského věku na různé oblasti života respondenta. Vycházeli jsme z tohoto předpokladu: **Péče o osobu seniorského věku zhoršuje řadu oblastí kvality života pečující osoby.** Nejčastěji respondenti odpovídali, že v dané oblasti změnu nezaznamenali. V každé oblasti, kromě oblasti fyzického a psychického zdraví, byla tato odpověď nejčastější. Na druhou stranu oblast, ve které nejvíce respondentů vyslovilo mírné zhoršení nebo zhoršení, je fyzické a psychické zdraví. Tento výsledek potvrzuje obecné povědomí, že péče o osobu seniorského věku je ve velké míře fyzicky a psychicky náročnou činností. V odpovědích respondentů, kteří zaznamenali nějaké změny v kvalitě svého života, můžeme pozorovat mírné zhoršení nebo zhoršení zejména v oblasti fyzického a psychického zdraví, účasti na společenském životě, možnosti odpočinku a relaxace, dále pak v oblasti ekonomického zabezpečení, partnerství a možnosti pracovního uplatnění. Naopak pozitivní změny můžeme nejvíce sledovat v oblasti vztahů se členy rodiny. Jako vhodný prostředek ke zmírnění negativního dopadu na některé z oblastí života pečujících lze spatřovat v rozvoji a podpoře svépomocných skupin, odlehčovacích služeb.

Poslední hodnocenou oblastí života respondenta byla spiritualita (víra, duchovno). S touto oblastí je spojen třetí předpoklad: **Péče o osobu seniorského věku zlepšuje duchovní život pečující osoby.** U respondentů, kteří zaznamenali nějaké změny v duchovní rovině svého života, byly nejčastější odpovědi mírné zlepšení nebo zlepšení. Těchto respondentů je však v porovnání s celkovým počtem dotazovaných velmi málo. Proto nemůžeme tvrdit, že náš předpoklad se zcela potvrdil.

Nelze opomenout skutečnost, že kvalita života pečujících osob může být ovlivněna různými faktory, jako je například míra závislosti na pomoci osoby seniorského věku, hloubka postižení, míra poskytované péče. Vliv těchto faktorů na kvalitu života se může stát předmětem dalšího zkoumání.

Závěr

Cílem této práce bylo nahlédnout do problematiky kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku. V první části práce jsme se zaměřili na vymezení základních pojmů, jako je období sénia, pečující, závislost na pomoci, kvalita života. Seznámili jsme se s metodami zkoumání kvality života, formami péče o osoby seniorského věku, kterou poskytují zařízení sociálních služeb. Závěr druhé části byl věnován tématu kvalita života osob pečujících o seniory.

Ve druhé části práce jsme se zabývali výzkumem prostřednictvím metody dotazníkového šetření. Dotazník byl adresován osobám pečujícím o osoby seniorského věku z řad veřejnosti. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, co pečující podle svého názoru považují za kvalitu života a jak ji hodnotí. Stanovili jsme si několik předpokladů, jejichž pravdivost jsme ověřovali pomocí dotazníku. Výsledky dotazníku jsme podrobně zpracovali v přehledných tabulkách a grafech a následně jsme je rozvedli v diskusi. Došli jsme k několika závěrům. Osoby pečující o osoby seniorského věku znají nějaký druh zařízení nebo služeb zaměřený na péči o seniory, ale často nevědí, jaký rozsah služeb poskytují. Neméně důležitý poznatek je, že pečující osoby tato zařízení nebo služby nevyužívají. Předpokládali jsme, že péče o osobu seniorského věku zhoršuje řadu oblastí kvality života pečující osoby. Potvrdilo se, že péče o osobu seniorského věku je ve velké míře fyzicky a psychicky náročnou činností. Poslední hypotéza tvrdila, že péče o osobu seniorského věku zlepšuje duchovní život pečující osoby. Tuto hypotézu se nám nepodařilo ani potvrdit, ani vyvrátit. Je potřeba zdůraznit skutečnost, že kvalita života pečujících osob může být ovlivněna různými faktory, kterými jsme se v této práci podrobně nezabývali a které by jistě stály za hlubší výzkum.

V předložené práci jsme se snažili postihnout aspekty kvality života osob, které pečují o seniory, nezabývali jsme se řešeními, která by kvalitu jejich života pomohla zlepšit. Tato problematika by mohla být námětem další práce.

Seznam použité literatury a pramenů

ČADOVÁ, N. PALEČEK, M. et al. *Jak je v Česku vnímána práce*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. ISBN 80-733-103-2.

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

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KRÁLOVÁ, J. RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 3. vyd. Olomouc: Anag, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

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

MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PETŘKOVÁ, A. ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vyd. Olomouc: UPOL, 2004.

ISBN 80-244-0879-1.

PYŠNÝ, L. et al. *Kvalita života II*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií, 2008.

ISBN 978-80-7414-045-7.

TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. ISBN 80-238-8001-2.

VÁCLAVÍKOVÁ, A. CHMELAROVÁ, M. a kol. *Udržitelnost rozvoje společnosti a kvalita života*. 1. vyd. Opava: Ústav veřejné správy a regionální politiky Slezské univerzity v Opavě, 2009.

ISBN 978-80-7248-552-9.

VAĐUROVÁ, H. MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-308-0.

Obecně závazné právní předpisy:

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

<http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/vadurova_cze.pdf>.

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro osoby pečující o osoby seniorského věku.

Příloha č. 1: Dotazník pro pečující o osoby seniorského věku

Vážený respondente/respondentko,
jmenuji se Veronika Váňová a jsem studentkou oboru Speciálně pedagogická andragogika na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V letošním roce píše závěrečnou bakalářskou práci na téma Aspekty kvality života osob pečujících o seniory. Dotazník je adresován těm, kteří **pečují o osobu seniorského věku**. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za jeho vyplnění

I. část

1. Jaké je Vaše pohlaví? muž žena

2. Jaký je Váš věk? 18 – 30 let 31 – 50 let 51 – 65 let 66 a více

3. Jste: zaměstnaný/á nebo osoba samostatně výdělečně činná
 nezaměstnaný/á
 v důchodu
 student

4. S osobou o kterou pečujete, žijete ve společné domácnosti: ano ne

5. Osoba, o kterou pečujete, je: můj manžel, má manželka
 druh, družka
 rodič, prarodič
 sourozenec
 jiný příbuzenský vztah
 není příbuzným

6. Na péči se kromě Vás podílejí i jiní lidé (mimo zařízení sociálních služeb):
 ano ne

7. O osobu pečujete: méně než jeden rok
 jeden rok až 3 roky
 více než 3 roky

8. Péči o osobu věnujete: několik hodin denně
 několik hodin týdně
 několik hodin v měsíci

9. Osoba, o kterou pečujete, je závislá na péči dle zákona o sociálních službách (pro účely příspěvku na péči) v:

- I. stupni – lehká závislost
- II. stupni – středně těžká závislost
- III. stupni – těžká závislost
- IV. stupni – úplná závislost
- nevím

10. Znáte nějaké zařízení nebo službu ve Vašem okolí, která se věnuje péči o seniory?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte příklad:

.....
.....

11. Využívá osoba, o kterou pečujete, nějakou službu péče o seniory?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte jakou:

.....
.....

II. část

12. Co pro Vás znamená kvalita života?

.....
.....

13. Co je podle Vašeho názoru nejdůležitější pro udržení kvality života?

.....
.....

14. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života:

- velmi dobře
- dobře
- ani dobře ani špatně
- špatně
- velmi špatně

15. Zhodnoťte změny v jednotlivých oblastech Vašeho života za dobu, po kterou o seniora pečujete:

Vybranou odpověď zakroužkujte.

fyzické a psychické zdraví	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení
možnost odpočinku a relaxace	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení
účast na společenském životě	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení
možnost pracovního uplatnění	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení
ekonomické zabezpečení	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení
partnerský život	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení
vztahy se členy rodiny	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení
spiritualita (víra, duchovno)	<input type="checkbox"/> zlepšení	<input type="checkbox"/> mírné zlepšení	<input type="checkbox"/> beze změny	<input type="checkbox"/> mírné zhoršení	<input type="checkbox"/> zhoršení

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Váňová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Aspekty kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku
Název v angličtině:	The aspects of life quality of people taking care of seniors
Anotace práce:	Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku kvality života osob pečujících o osoby seniorského věku. Pojednává o období sénia, závislosti seniora na péči jiné osoby, zařízeních sociálních služeb. Dále pojednává o pečujících o osoby seniorského věku, o vlivu péče na jejich kvalitu života. Druhá část práce je zaměřena na dotazníkové šetření.
Klíčová slova:	Senior, péče, pečující, kvalita života.
Anotace v angličtině:	The theoretical part of this bachelor is focuses on the quality of life of people caring for seniors. It deals with old age, seniors dependence on the care, social services designed for seniors. Further deals with caring for seniors, the impact on the quality of life of caregiver. The second part focuses on the questionnaire method.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, care, caregiver, quality of life.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník pro pečující o osoby seniorského věku
Rozsah práce:	47
Jazyk práce:	Český jazyk