

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra humanitních věd



Diplomová práce

**Kvalita sociálních služeb pro seniory
(případová studie vybrané lokality)**

Bc. Lenka Trešová

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Lenka Trešová

Hospodářská politika a správa
Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Kvalita sociálních služeb pro seniory (případová studie vybrané lokality)

Název anglicky

Quality of Social Services for Seniors (case study)

Cíle práce

Cílem práce je zjistit, jak se liší vnímání a hodnocení kvality sociálních služeb pro seniory ze dvou pohledů. Jednak ze strany státu (MPSV, představiteli obce, představiteli organizace poskytující relevantní sociální služby), jednak ze strany příjemců těchto služeb ((klienty organizací poskytujících sociální služby, tedy seniory včetně jejich rodinných příslušníků). Zvláštní zřetel bude brán na vlastní kvalitu poskytovaných sociálních služeb pro seniory ve vybraném zařízení .

Metodika

Autorka provede empirickou studii v rámci konkrétních organizací poskytujících sociální služby seniorům, a to ve vybraném regionu. Metodický přístup bude vycházet z kvalitativního přístupu sociologického empirického výzkumu, a případně bude doplněn kvantitativními technikami. Klíčovou technikou pro zjišťování sociálních dat je dotazování.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita sociálních služeb pro seniory“ vypracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Nýrsku dne 20.11.2021

.....

Trešová Lenka

Poděkování

Velmi děkuji Kučerové Evě Ing., za trpělivé a odborné vedení diplomové práce, za cenné rady při jejím zpracování a za poskytnutí času. Mé poděkování patří také domovu seniorů a seniorům, kteří se spolupodíleli na výzkumném šetření.

Kvalita sociálních služeb pro seniory (případová studie vybrané lokality)

Quality of social services for seniors (a case study from a chosen location)

Souhrn

Diplomová práce je zaměřená na kvalitu života seniorů žijících v domově pro seniory. Teoretický celek se zabývá problematikou stáří a stárnutí, systémem péče, kvalitou života, faktory ovlivňujícími kvalitu života v pobytovém zařízení sociálních služeb pro seniory.

Empirická část vychází z teoretické části. Zjišťuje aspekty, které ovlivňují kvalitu života seniorů v domově pro seniory v Újezdci u Klatov pomocí standardizovaného dotazníku SQUALA. Tyto výsledky by mohl být využity při zvyšování kvality poskytovaných služeb a péče o seniory.

Klíčová slova: senior, stáří, kvalita života, domov pro seniory, sociální služby, SQUALA, dotazování, kvalita sociálních služeb

Abstract

This dissertation focuses on the quality of life of seniors living in a retirement home. The theoretical part of this study is looking at the matters of ageing, the care system, the quality of life, the factors influencing the quality of life, and the accommodation facilities.

The empirical part of this study is based on the theoretical part. The SQUALA standardised questionnaire is used to assess the variables which impact the quality of life of seniors living in a retirement home in Újezdec u Klatov. The results of this study could be used to improve the quality of social services provided to seniors.

Key words: elderly people, seniors, ageing, quality of life, retirement home, social services, questionnaire, quality of social services

OBSAH

Úvod.....	8
Metodika a cíle.....	9
I. Teoretická část	
1. Sociální politika.....	12
1.1. Sociální pomoc v ČR v současnosti.....	12
1.2. Charakteristika sociální péče.....	13
1.3. Sociální politika.....	16
1.4. Aktéři a objekty sociální politiky.....	17
1.5. Nástroje, principy a funkce sociální politiky.....	18
2. Stárnutí a stáří.....	20
2.1. Definice stárnutí a stáří.....	20
2.2. Proces stárnutí.....	26
2.3. Choroby ve stáří.....	29
2.4. Gerontologie, geriatrie a geragogika.....	31
2.5. Aspekty stáří.....	33
2.6. Problémy seniorů.....	37
2.7. Pojmy související se stářím.....	41
2.7.1. Důstojnost.....	41
2.7.2. Moudrost.....	42
2.7.3. Samota.....	42
3. Kvalita života seniorů.....	43
3.1. Ukazatele kvality života.....	45
3.2. Psychologické a sociologické pojetí kvality života.....	52
3.3. Metody a nástroje měření kvality života.....	53
3.4. Kvalita života v domovech seniorů.....	57
4. Sociální služby Plzeňského kraje	58
4.1. Financování sociálních služeb v Plzeňském kraji	72
4.2. Sociální služby Klatovsko	63
4.3. Charakteristika sociálního zařízení v Újezdci.....	67

II. Praktická část

5. Standardy kvality sociálních služeb.....	70
6. Charakteristika a volba metody průzkumu.....	78
6.1. Použité metody	78
6.1.1. Metoda SQUALA.....	79
6.2. Průběh průzkumu a zpracování dat.....	80
6.3. Výsledky empirického výzkumu.....	81
Závěr.....	96
Seznam použitých zdrojů.....	102
Legislativní a jiné normy.....	106
Internetové zdroje.....	106
Seznam grafů.....	107
Seznam tabulek.....	107
Seznam příloh.....	107

Úvod

V dnešní společnosti je demografický vývoj charakteristický prodloužením střední délky života a nárůstem počtu starých lidí, kteří vyžadují pozornost společnosti a řešení s tím souvisejících problémů. V současné době vrcholí ve vyspělých zemích demografické změny, kdy narůstá počet starších a starých osob, proto se začala pozornost obracet na kvalitu života těchto lidí. Největší důraz je soustředěn na důstojnost a soběstačnost seniorů. Problematika kvality života je v posledních letech tématem v mnoha vědních oborech. Stárnutí se netýká jen samotných seniorů, ale nás všech. Začíná narozením a končí smrtí. Zákonitě s věkem dochází k biologickým, fyzickým, psychickým, ale i sociálním změnám. Tyto změny je třeba přijmout a vyrovnat se s nimi. Žádný člověk se nevyhne stárnutí. Staří jednou budeme všichni. Jaké je to být starý, si nikdo z nás nedokáže představit. Každý z nás má v rodině někoho v této fázi života. Stačí se ohlédnout, co vše s sebou stáří přináší. Je potřeba se tomuto tématu věnovat na všech úrovních. Reagovat na změny, získávat poznatky a připravovat se na budoucí vývoj. Od svého narození je člověk tvorem jedinečným, společenským a neopakovatelným. Neopakovatelnost spočívá v charakteru, vlastnostech a životním způsobu. Někteří lidé mají v jednotlivých etapách různý způsob života a zároveň jsou i lidé, kteří mají výrazně podobný způsob života. Mladí lidé se podřizují dnešní unáhlené a hektické společnosti. Neustále pracují a nemají čas věnovat se svému zdraví a kvalitě života. Z druhé stránky jsou staří lidé, kteří se poměrně dobře se stářím vyrovnávají. Někteří senioři berou stáří jako neoddelitelnou součást jejich života a stáří přijímají. Ostatní se se stářím nedokážou vypořádat, jsou apatičtí a deprimovaní. Péči o seniory v České republice zabezpečuje stát, obec, neziskové organizace, občanské sdružení a nadace.

O vytvoření příznivých podmínek pro kvalitní život seniorů by se měla postarat rodina v domácím prostředí. Jelikož je samostatnost seniorů snižena, dochází k neuspokojování základních sociálních a životních potřeb a snížení důstojnosti života. Proto je zde systém komplexní péče v zařízeních sociálních služeb.

Stáří a stárnutí je doprovázeno řadou regresivních změn v životě jedince v různých oblastech. Mnohdy je tato etapa života chápána jako období samoty, nemoci a nemohoucnosti. Velice často tyto předsudky přetrvávají do dnes. V poslední době jsme si nemohli nevšimnout výrazného zlepšení úrovně péče o seniory. Člověk je vnímán jako individuální bytost se specifickými zájmy a potřebami. Velké změny nastaly i v nabídce

sociálních služeb. Hlavní snahou je zlepšit kvalitu života seniorů a podpořit seniory v setrvání v domácím prostředí. Tím se co nejdéle vyhnou pobytu v zařízení pro seniory. Stáří může každý z nás prožít aktivně, smysluplně a radostně. Záleží na každém z nás. Každý se na období stáří připraví po svém a vytvoří si podmínky pro hodnotné prožití. Stárnutí je mnoha odborníky z různých oborů definované různými způsoby. Stáří a stárnutí je v každém případě neoddelitelnou součástí života každého z nás. Stárnutí je cesta do stáří a stáří je konečná etapa vývoje ontogenetického.

Ve své diplomové práci se budu zabývat kvalitou života seniorů umístěných v prostředí sociálních služeb, které nabízí komplexní sociální služby pro seniory. Jaké faktory ovlivňují kvalitu života? Jak můžeme my sami přispět a ovlivnit kvalitu našeho života? Staří lidé bývají často nemocní, zhoršuje se jejich fyzický i psychický stav, odolnost organismu a mnohem častěji bývají hospitalizováni. Pokud nastane situace, kdy se o ně rodina nebo rodinný příslušníci nemohou postarat, ocitají se v zařízení poskytující zdravotní nebo sociální péči.

Metodika a cíle

V teoretické části se diplomová práce zabývá problematikou stárnutí obyvatel. Zaměřuji se na charakteristiku stáří a stárnutí, obory zaměřující se problematikou stáří, aspekty stárnutí, rizika populace seniorů, etické problémy seniorů a problémy stárnoucích lidí. U kvality života se zaměřuji na historická fakta, pojmy o kvalitě života, indikátory, faktory ovlivňující kvalitu života, hodnocení kvality života a přístupy zkoumání. U zařízení sociálních služeb, které je určeno pro seniory se věnuji historickým faktům o sociálních službách a jejich zařízení, financování sociálních služeb, způsoby a cíly poskytování těchto služeb, podmínkami a formou služeb, adaptací a riziky.

Cílem diplomové práce je posouzení kvality života a životní úrovně seniorů žijících v domově pro seniory. Předložit informace o stárnutí, stáří a kvalitě života. Porovnáím výsledky významnosti a spokojenosti v životních oblastech člověka. Mám v úmyslu zjistit spokojenost a hodnocení úrovně života seniorů. Jaké faktory pokládají v životě za

významné a zásadní. Klíčovým cílem je zjistit z pohledu samotných seniorů, jaké je jejich pojetí kvality života.

V první části se budu věnovat teoretickými aspekty problematiky.

Pomocí obsahové analýzy odborných dostupných materiálů, zpracuji teoretickou část. Využitím sebeposuzovací metody měření kvality života, metody SQUALA (Dragomirecká 2006) zjistím subjektivní úroveň kvality života seniorů a ovlivňující aspekty. Zvolila jsem kvalitativní typ výzkumu, kdy se ke sběru dat využívají spíše subjektivní, ne striktně standardizované metody.

Někteří respondenti vyplnili dotazník samostatně, někteří pomocí standardizovaného rozhovoru. Tato metoda se mi zdála vhodnější a jednodušší pro pochopení. Dotazník zachycuje subjektivní pohled jedince na životní situaci – kvalitu života. Spokojenost pokládám za výsledky životního stylu a osobních hodnot.

Kvalitativní výzkum chápu jako velice subjektivní záležitost, kdy závisí nejen na respondentovi, ale také na samém výzkumníkovi. Nasbíraná data interpretuje a záleží na něm, jak získaná data chápe. Velkou roli hrají samozřejmě respondenti. Jejich poznatky a odpovědi se den ode dne mohou lišit v závislosti na např. zdravotním či psychickém stavu, náladě apod.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je hluboké porozumění jedince, situace a celkového tématu.

Kvalitu života v ústavním zařízení garantuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, podle kterého musí poskytovatel sociálních služeb dodržovat standardy kvality sociálních služeb.

S osobními daty klientů jsem zacházela v souladu s platným zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních dat.

„ Kvalitativní výzkum, rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů“ (Kutnohorská, 2008, s. 65).

Mou snahou bude zachytit co nejvíce možných faktorů. Jako výběrový vzorek oslovím seniory žijící v pobytovém zařízení sociálních služeb. Při výzkumu se zaměřím hlavně na to, co respondentovi přináší radost, co pro něj znamená rodina a jak tráví svůj volný čas. Respondenti musí splnit podmínku – být ve starobním důchodu. Při probíhajícím výzkumu dodržuji respekt ke zkoumaným osobám a informuji je o probíhajícím výzkumu. Dle etických principů ve své práci neuvádím pravá jména seniorů, ale jména smyšlená.

„Mladí potřebují radost a lásku, dospělí práci a přátelství, staří mír a pokoj.“

Konfucius

I. Teoretická část

1. Sociální politika

1.1. Sociální politika

Sociální politika je jednání státu a dalších subjektů sociální politiky, kdy jejich cílem je pozitivně ovlivnit životní podmínky lidí. Z druhé stránky je sociální politika vnímána jako systém a soubor opatření, aktivit a nástrojů, jejichž cílem je reakce na nepříznivé sociální jevy, jako jsou nemoci, invalidita, stáří, nezaměstnanost a chudoba. V praxi jde o ucelený systém sociálních dávek, zdravotního a sociálního pojištění. Vytváření vhodných podmínek života všem občanům nebo alespoň jejich většině je cílem sociální politiky. Každý z nás se nějakým způsobem účastní sociální politiky, spoluvytváří ji, ať už jde o něj samého, život jeho rodiny nebo život společnosti. Hlavním cílem je čelit sociálním a ekonomickým ohrožením, s nimiž se lidé ve svém životě setkávají. Je důležité vytvářet příznivé podmínky pro rozvoj jednotlivců a sociálních skupin. Do složek sociální politiky patří a jako jádro problematiky považujeme práci a zaměstnanost, sociální dávky, sociální péči, podporu, pomoc, ale také rodinnou politiku, svépomocná a zájmová sdružení a organizace, obec a regiony jakožto subjekty sociální politiky a distribuci placené a neplacené práce.

Můžeme se také setkat s rozlišováním aktivní a pasivní sociální politiky. Aktivní sociální politika se pokouší o předcházení vzniku sociálních problémů a ovlivňovat příčiny sociálních problémů. Lze toho dosáhnout především systémovou změnou sociální politiky, ale také intervencí. Pasivní sociální politika pouze zmírňuje jejich následky a zaměřuje se na řešení již vzniklých sociálních problémů. Pasivní sociální politika je vždy intervencionalistická.

Politika je proces řízeného ovlivňování jednání institucí a jedinců. Od rozhodnutí k realizaci bývá dlouhá cesta. Nejde jen o nějaké rozhodnutí, ale i o to, vytvořit příznivé podmínky pro realizaci rozhodnutí. Mohou být legislativní, finanční, institucionální, výchovné a propagační. Život nám přináší spoustu nechtěných a nečekaných důsledků našich činů. Nejinak je tomu i v politice sociální.

Politika sociální zahrnuje své principy. Prvním principem je spravedlnost. Rovnost příjmů, jako záruka společenského souladu, zásada rovnosti příležitostí. Princip solidarity

Lze rozdělit na dobrovolnou nebo vynucenou. Dobrovolná je realizována prostřednictvím různých nestátních organizací, nadací a charit. Vynucená je realizována státními institucemi a financována z daní a veřejného pojištění. Tento typ solidarity je základem státní sociální politiky. Podle principu subsidiarity jsme povinni nejdříve pomoci sobě. Pokud nemáme tuto možnost, musí pomoci rodina či společnost. V demokratickém systému se občané zúčastňují rozhodování o opatřeních sociální politiky – princip participace.

Sociální politika má své důležité funkce. Ochranná funkce spočívá v řešení nepříznivých situací, které již vznikly a odstranění negativních důsledků. Předcházet rizikovým situacím sleduje preventivní funkce. Snahou podporovat žádoucí jednání skupin a jednotlivců se zabývá stimulační funkce. Homogenizační funkce se snaží o zmenšování společenské nerovnosti ve společnosti. Nejvýznamnější funkcí sociální politiky je přerozdělovací funkce, která se uskutečňuje výběrem daní a rozdělováním dávek a důchodů. V každé zemi je více typů sociální politiky. Každý ze států je něčím charakteristický

Cílovou skupinou sociální politiky jsou lidé, kteří nejsou schopni zabezpečit sebe a ty, za které jsou zodpovědní.

1.2. Charakteristika sociální péče

Bez sociální péče, pomoci a služby by se v dnešní době neobešla velká část obyvatelstva. Došlo by k vyloučení obyvatel ze společnosti. Sociální činnost zajišťuje občanům pomocnou ruku v nepříznivých životních situacích a snaží se o zlepšení životní kvality. V systému sociálních služeb je významný důraz kladen na kvalitu. Naplňování standardů kvality těchto služeb je základním předpokladem poskytování služeb.

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí (vyhláška 505/2006 Sb.):

procedurální standardy- nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služeb vypadat. Na co je třeba dát si pozor při zájmu o služby, jak službu uzpůsobit uživatelům služeb a vytváření ochranných mechanismů (stížnosti, střet zájmů, atd.)

personální standardy- věnují se personálními zajištění služeb. Dodatečné opravy při poskytování služeb nejsou možné. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich dovednostech, vzdělání, vedení, podpoře a podmínkách, které pro práci mají.

provozní standardy- definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Věnují se zejména prostorám, kde jsou služby poskytovány, dostupnosti, ekonomickému zajištění služeb a rozvoji jejich kvality (www.mpsv.cz).

Pokud jsou nedostačující služby poskytnuté tzv. terénním způsobem v prostředí blízkém člověku, musí nastoupit služba pobytové formy. Zákon udává ústavou vymezené základní práva osob, kteří nejsou schopni tyto práva sami uplatnit.

Sociální služby se dají dělit dle cílových skupin, kdy se některé služby mohou prolínat a být cíleny na více uživatelů. Tyto skupiny popsal ve své knize „ Sociální služby“ Oldřich Matoušek. Vyčlenil tyto skupiny služeb: služby pro seniory, služby pro nezaměstnané a reagující na chudobu a bezdomovectví, služby pro etnické menšiny, služby pro uprchlíky, služby pro postižené, služby pro občany, služby pro lidi se závislostmi, služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi, služby pro rizikové děti a mládež a služby pro děti rodiny.

Služby jsou poskytovány v několika formách:

- služba terénní – služba, která je poskytována v domácím a přirozeném prostředí klienta. Jsou tím pečovatelská služba či osobní asistence.
- služba ambulantní – služba, za kterou klient dochází nebo je doprovázen. Poskytována je v ambulantních zařízeních např. denní stacionář, centrum denních služeb
- služba pobytová – zařízení služeb, které zajišťují sociální služby spolu s ubytováním např. domov pro seniory, domov se zvláštním režimem. Označování jako poskytovatelé.

Sociální služby O. Matoušek (2003) také definuje jako „všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, kterých cílem je zvýšení kvality života klienta, případně i ochrana zájmů společnosti“.

Sociální služby se od ostatních služeb liší charakterem, cílovými skupinami, ale i funkcí které plní. Sociální služby se podle Pavlíkové (1997) liší od ostatních tím, že plní tři základní funkce: podpůrnou funkci (pomoc využívání zdrojů, které společnost nabízí), poskytování informací a denní péče, sebeaktualizující funkce (pomoci vést co nejlepší způsob života – pečovatelská a asistenční služba) a terapeutická funkce (rehabilitace, psychologické poradenství).

Kalvach a spol. (2004) dělí sociální služby pro seniory na ambulantní a ústavní. Ambulantní služby jsou poskytované v bytě nebo mimo byt, např. v denním stacionáři klienta. Ústavní služby jsou krátkodobé, obvykle do 3 měsíců a pobyty dlouhodobé, chronické, trvalé. Dlouhodobé pobyty zabezpečují Domovy důchodců a Domy ošetrovatelské péče.

Sociální péče je činnost cílená na pomoc při uspokojení uznaných potřeb jedince, skupiny či komunity. Sociální péče může být zaměřená na klienta nebo na sociální prostředí. Povinností je starat se o klienta a převzít za něj odpovědnost.

Poskytování péče by se mělo zabezpečit prostřednictvím oblastí: individuální, sociální, zdravotní a hmotné. Pokud sociální službu a péči porovnáme s vyspělejšími krajinami, u nás stále převládají zařízení pro seniory se zdravotní péčí.

Rozšířená sociální péče je péče v zařízení sociálních služeb. Domovy důchodců, domovy – penzionsy pro důchodce, kluby důchodců. Domovy, kterou jim jejich rodina nemůže poskytnout. Domov důchodců poskytuje nezbytnou péči, která zahrnuje ubytování, stravování, zaopatření. V případě potřeby i péči další. Podporuje se účast na společenském životě a pomoc při přípravě stravy.

Rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na člověka aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Domov pro seniory s celoročním provozem, který je určený pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci s komplexní péčí je službou pobytovou. Služba je prioritně určena pro osoby, které se nemohou postarat sami o sebe, a není možné, aby setrvali ve svém přirozeném sociálním prostředí. (Jarošová,2006,s.49)

Obdobnou službou jako domov pro seniory je domov se zvláštním režimem. Jedná se též o službu pobytovou s celoročním provozem. Odlišnost spočívá ve vytvoření podmínek, které musí zohledňovat zvláštní potřeby osob s duševními nemocemi a osob, závislých na návykových látkách. Spousta sociálních zařízení splňuje oba předpoklady. Část lůžkové kapacity má vyčleněnou pro domov pro seniory a část kapacity pro domov se zvláštním režimem. Jsou tak dva druhy pobytových služeb k dispozici v jednom zařízení. (Malíková, 2011)

Naplňováním svých cílů sociální služby nepochybně směřují k naplňování potřeb seniorů. Sám senior musí potvrdit, zda jsou jeho potřeby naplněny. Stejně tak, poskytovatel služeb svým sledováním musí vědět, zda naplňuje potřeby seniora. Poskytovatel služeb má dokonce zákonnou povinnost tuto situaci sledovat.

1.3. Sociální pomoc v ČR v současnosti

K tomuto tématu se vztahují dva zákony. Jedním je zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon), aktuální znění č.401/2012 Sb. zákon upravující podmínky poskytování pomoci fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Zákon přinesl rozšířenou nabídku služeb, ve smyslu, že existují v současném systému rozliční poskytovatelé, nejen specializované organizace (ústavy, domovy) jak tomu bylo dříve. Současným trendem je předcházet umístování jedinců do ústavního zařízení a preferují se služby rodinného typu. Určuje systém kvality poskytovatelů sociálních služeb, který zaručuje určitý standard poskytování služeb. Všichni poskytovatelé musí být zapsaní v registru, který je přístupný na stránkách MPSV. Poskytovatelé podléhají kontrolám a inspekcím. Zákon apeluje na lidská práva a svobodu, zachování lidské důstojnosti a vyžaduje, aby poskytnutá pomoc byla na úrovni, kdy nebude vytvářet závislost na sociálních službách.

Podle zákona č.108/2006 Sb., se rozumí sociální službou: „ Činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“.

Ten, kdo potřebuje pomoc v nepříznivé fázi svého života jsou senioři, postižení, nezaměstnaní, děti, mládež, ale i matky a rodiny s dětmi. Může jít o tyto služby: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, pomoc při zajištění stravy, poskytnutí

ubytování, pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Základní zásadou zákona je, že: každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jeho předcházení.

Poskytovateli těchto sociálních služeb za předpokladu splnění podmínek stanovených v zákoně mohou být územní samosprávné celky, jimi zřizované právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu. K základním druhům a formám sociálních služeb patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb.

Ministerstvo: řídí a kontroluje výkon státní správy v oblasti sociálních služeb, zpracovává střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb za účasti krajů, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a spolupracuje s Ministerstvem vnitra při optimalizaci dostupnosti místních veřejných služeb.

1.4. Aktéři a objekty sociální politiky

Aktéři (subjekty) řídí a vymezují sociální politiku. Důležitým a významným aktérem je stát. Stát deleguje pravomoci na úroveň krajů či obcí. Kraje a obce jsou pak dalšími územně správními celky. Nestátní aktéři jsou zaměstnavatelé, svazy a odborové organizace zaměstnanců. Dalšími aktéry sociální politiky mohou být místní komunity, církve a neziskové nevládní organizace. Významnými aktéry jsou také mezinárodní organizace (EU, UNICEF).

Stát jako aktér sociální politiky určuje prostor pro působení ostatních subjektů. Sociální politika státu je realizována mocí výkonnou a zákonodárnou. Legislativní rámec a koncepci sociální politiky tvoří parlament. Za realizaci sociální politiky zodpovídá vláda a správní orgány. V České republice za sociální politiku zodpovídá Ministerstvo práce a sociálních věcí.

K uplatňování a formování sociální politiky se účastní celá řada subjektů. Jedná se o role aktivních tvůrců, realizátorů nebo pasivních tvůrců, konzumentů. Jednotlivým aktérům lze přidělit typické role. Jedinec nemůže ovlivnit podobu sociální politiky. Rodina

přebírá starost o děti, o staré, nemocné a invalidní. Většina pečovatelských rolí připadá ženám. Církev ve své činnosti věnuje pozornost duchovní službě a charitativní péči. Specializované instituce se specializují na poskytování vymezeného okruhu sociálních, zdravotních, vzdělávacích aj. služeb. Mohou to být soukromé firmy, instituce veřejného sektoru i instituce smíšeného typu. Neziskové organizace regulují svou činnost k uspokojování veřejného zájmu. Tyto organizace mohou být svépomocné (pomáhají si navzájem) a veřejně prospěšné (pomáhají jiným občanům). Stát je profesionální aparát ovládající určité území. Autoritou zaštiťuje právo a možnost užít přinucení. Výkonná, zákonodárná i soudní státní moc se podílejí na realizaci a formování sociální politiky. Úředníci státní správy mohou ovlivnit podobu a zejména způsob realizace sociálních politik. Veřejná správa zaštiťuje záležitosti týkající se veřejného zájmu.

Objekty sociální politiky jsou všichni, kteří z ní mají prospěch. Podle cílových skupin lze vymezit tři formy objektů sociální politiky. První skupinou jsou chudí. Státní pomoc je určena pro ty, kterým se nedaří uspět na trhu práce. Má jim vytvořit takové podmínky, které brání jejich vyloučení ze společnosti a motivovat k návratu na trh práce, pomocí dávek sociální pomoci. Druhou skupinou jsou pracující. Přístup je založen na systému sociálního pojištění. Hlavním cílem je náhrada příjmu v případě ztráty zaměstnání. Třetí skupinu tvoří občané. V systému sociálního zabezpečení je občan zabezpečován formou dávek, které jsou určeny určitým sociálním skupinám, např. rodinám s dětmi, seniorům. Podstatným a důležitým rysem tohoto systému je všeobecný přístup ke vzdělání, zdravotní péči a sociálnímu bydlení.

1.5. Nástroje, principy a funkce sociální politiky

Základem pro uplatnění sociální politiky jsou právní normy. Právo má normativní povahu, definuje podmínky činností a vzájemných vztahů jednotlivců a institucí. Právní ochrana lidských a občanských práv se v každé zemi liší. Velice záleží na tom, do jaké míry se ústava a další zákony věnují tzv. sociálním právům. O bezprostřední souvislosti jde především u pracovního a zdravotního práva a práva sociálního zabezpečení. Důležitost je kladena na právní úpravu postavení neziskových veřejně prospěšných a svépomocných organizací. Správní právo reguluje činnost institucí státní a veřejné správy a jejich vztahy k občanům.

Opatření, která ovlivňují získávání a přerozdělování zdrojů tak, aby bylo dosaženo určeného cíle, řadíme k ekonomickým nástrojům sociální politiky. Mezi ty nejhlavnější řadíme sociální zabezpečení. Potřeba sociálního bezpečí, snaha vyhnout se situacím ohrožujícím sociální a individuální existenci. Politika sociálního zabezpečení ovlivňuje jednání jednotlivců i institucí s cílem kompenzovat nepříznivé finanční i sociální následky životních událostí a okolností, ohrožujících uznaná sociální práva. Vytváří příznivé životní podmínky. Soustavy sociálního zabezpečení jsou financovány z veřejných fondů, daní nebo z pojišťovacích fondů pojištěnců. Sociální zabezpečení je realizováno výplatou sociálních dávek nebo poskytováním sociálních služeb. Existují dva typy sociálních dávek. Dávky, které nahrazují výdělek v situaci, kdy není primární výdělek poskytován (nemoc, nezaměstnanost, důchod) a dávky doplňující příjem (péče o děti, lékařská péče).

Poskytnout podporu a ochranu jedinci či rodině v životních situacích, které si to vyžadují, je základní funkcí sociálního zabezpečení. Soustava sociálního zabezpečení se skládá ze sociálního pojištění, sociální podpory a sociální pomoci.

Sociální pojištění zabezpečuje jedince a jeho rodinné příslušníky při výskytu životních událostí, které může předpokládat a proti kterým je pojištěn (nemoc, stáří, invalidita). Členíme povinné pojištění (sledované státem) a soukromé pojištění (spoření, doplňkové pojištění).

Státní sociální podpora je vázána na sociální situace, na něž nebývá možné se připravit předem (mateřství, partnerské rozvraty). Sociální podpora není vázána na odvody příspěvků z pracovního příjmu jako sociální pojištění. Sociální podpora je postavena na univerzálním občanském principu nebo na principu potřebnosti.

Pokud nejsou k dispozici zdroje, které by mohli jedinci nebo rodině pomoci, uplatňuje se pomoc sociální. Poskytuje se ve formách peněžitých dávek nebo služeb.

2. Stárnutí a stáří

Interpretace tohoto jevu byla v podání přírodovědných a antropocentrických věd 19. a 20. století neúplná.

Na přelomu 20. a 21. století v hospodářsky vyspělých státech vyvrcholil prudký nárůst počtu starých lidí a učinil ze stáří skutečnost, která významně ovlivňuje kvalitu a život každého jedince a rozvoj společnosti. Pojem stáří se stává společenskou výzvou. Může být měřítkem úrovně společnosti.

Úroveň průběhu stárnutí a stáří se neustále zvyšuje. Snaha zabezpečit nemocné a závislé osoby, zlepšit jejich zdravotní stav, poskytovat kvalitní péči a nabízet programy určené k prevenci se dostává do popředí zájmu. V prodlužování aktivního období života nabízením smysluplných volnočasových aktivit se snaha také projevuje.

Společnost nabízí seniorům opatření, která by měla být komplexní, koordinovaná, individualizovaně cílená a vycházející z potřeb a přání seniorů.

2.1. Definice stárnutí a stáří

Stárnutí je od poloviny 20. století celosvětovým společenským problémem, který vede ke snižování počtu obyvatel v produktivním věku a zvyšování obyvatel starší věkové skupiny. Jistě poroste počet seniorů, kteří budou odkázáni na pomoc druhých osob. Podle některých definic začíná stáří po šedesátce. Podle jiných o pět let dříve. Některé z dalších definují stáří až po dovršení sedmdesáti pěti let. U každého může stáří subjektivně začínat jinak, někdy dříve, někdy později než si jedinec sám připouští. Nepříjemnou se stává, pokud ztrácíme schopnost postarat se sami o sebe.

Stárnutí je všude přítomná součást živé a neživé přírody. Musíme si uvědomit, že tento proces probíhá i v nás. Nikomu z nás se nemůže vyhnout. Definování stárnutí je velice obtížné. Stárnutí je projevem biologických dějů, které přicházejí v určitém čase a nějaký čas trvají. Hayflick (1997) popsal stárnutí jako souhrn biologických změn a funkčních ztrát, které zvyšují pravděpodobnost smrti.

Poslední etapou života je stáří, jehož hranice se nedají zcela určit. Velice často se stáří určuje dosažením určitého věku a snížením soběstačnosti. Někteří považují stáří jako rezignaci na osobní rozvoj, na svůj kvalitní život a na vztah s partnerem. Výjimkou není rezignace z pohodlnosti než z nemohoucnosti.

Při charakteristice stárnutí se velice často setkáváme s výrazy, jako jsou ztráta, poškození, slabost, porucha, nemohoucnost a regres. Proces stárnutí je všeobecně vnímán velice negativně. Podle Hocmana (1985) „ stárnutí určuje úbytek tělesných i duševních sil, zpomalování chemických procesů v organismu, změny ve všech orgánech, zvráskování pokožky, šedivění vlasů, snižování smyslů, větší náchylnost k nemocem...“

Podle výzkumů stárnou organismy různou rychlostí a dynamika stárnutí může být různá v různém věku.

Stáří můžeme pochopit dvojím způsobem. Jako ukončení procesu stárnutí nebo jako čas, v kterém náš život končí. Nezvratný biologický proces, univerzální pro celou přírodu, který začíná dnem narození. Trvání života je geneticky podmíněné. Na procesu stárnutí se podílí současně více faktorů. Je to přirozený proces, který zachytává celé bio-psycho-sociálně-duchovní spektrum jedincova života. Proces označujeme jako starobu. Staroba se nevztahuje ke stavu, ale k procesu a určitému období života. Staroba je posledním obdobím života jedince a vždy je zakončena smrtí.

Stáří je podle Kalvacha (2004, s.47) důsledkem a projevem involučních změn a znakem pozdní fáze života přirozeného.

Můžeme podle něj charakterizovat šest úrovní potřeb a funkční zdatnosti:

1. senioři elitní – zvládají mimořádnou zátěž, která je nedostupná většině mladších lidí. Jsou důkazem toho, že i ve vyšším věku, může člověk být v dobré fyzické i psychické kondici.
2. Senioři zdatní – věnují se pravidelně náročným aktivitám, udržují si kondici. Pro svoje aktivity vyžadují vytvoření vhodných podmínek
3. Senioři nezávislí – zvládnou běžnou denní zátěž, pomoc rodiny ani jiné služby nepotřebují, ale nemají moc dobrou kondici, jsou bez funkčních rezerv, což se může projevit v zátěžové situaci
4. Senioři křehcí – nezvládají náročnější činnosti běžného života (nakupování, uklízení, vaření, atd.). Hrozí u nich častěji selhání zdravotního stavu. Obvykle potřebují rodinnou, sousedskou nebo ošetrovatelskou pomoc.
5. Senioři závislí – problémy mají i se základními denními aktivitami (pohyb, hygiena, atd.). Potřebují pomoc rodiny nebo ošetrovatelskou službu. Často vyžadují trvalou péči v domovech důchodců nebo v léčebně dlouhodobě nemocných.

6. Senioři zcela závislí – většinou trvale připoutáni na lůžko, potřebují trvalou péči, ošetřování a asistenci. Radíme sem i osoby s pokročilým syndromem demence a závažnými poruchami duševních schopností.

Podle různých autorů, existuje charakteristika stáří.

Experti WHO (Světová zdravotnická organizace), období života člověka rozdělili:

- 0 – 14 let – dětský věk
- 15 – 29 let – mladý věk
- 30 – 44 let - dospělý věk
- 45 – 59 let – střední věk
- 60 – 74 let - starší věk (presenium)
- 75 – 89 let – starší věk (senium)
- nad 90 let – dlouhověkost

Stáří považuje Kuric (2001, s.156) za dobu, kdy se sníží fyzické a psychické síly, což neumožňuje podávat vysoké výkony v tělesné i duševní práci.

Stáří je životní fází vymezené dvěma časovými body, kdy horní hranice je označována jako smrt a dolní hranice je postupným výskytem jevů ve stáří rozmazána, uvádí Kolesárová a Sak (2012, s.14).

Podle Krejčířové a Langmeiera (2006, s.203) je člověk považován za starého, pokud je takto označován společností.

Erik Erikson uvádí, že v každé fázi života a vývoje musí člověk splnit určitý psychologický konflikt, jako úplně poslední etapu překonání zoufalství a integrity.

„Integrita znamená smíření se s životem tak, jak šel, přijetí vlastní odpovědnosti za podobu svého života a pocit spřízněnosti s muži a ženami své doby a se vším, co posiluje lidskou důstojnost a lásku. Opakem integrity je zoufalství, pocit nenaplněnosti a nesmyslnosti, zklamání ze svého života“ (Drapela, 1997, str.45).

Stáří vůči mládí vymezuje Alan (1989, s.386). Stáří je se světem příliš spojeno a sklonem je ho obhajovat, zatím co mládí má tendenci svět měnit. Významným znakem mládí je aktivita, stáří upřednostňuje zvažování a hodnocení. Stáří si přeje rozumět sobě a vztahu ke světu, mládí touží rozumět sobě i okolnímu světu. Socializačním problémem ve stáří je vyrovnání, v mládí spíše přizpůsobování.

Dle Křivohlavého (2011, s.84) je cílem stáří stát se moudrou a dobře připravenou bytostí, která svou integrovanou spiritualitou podporuje život v celé šíři.

M.Hrozenková (2008), uvádí, že je třeba chápat starší jako lidi v post produktivním věku, vyčleněných normou zákonnou. Patří sem ekonomicky aktivní, jako již nepracující občané důchodového věku se specifickými potřebami, spolu prožitými historickými a sociálními skutečnostmi. Důležitý mezník v životě jedince představuje den odchodu do důchodu.

L.Hegyí (2004) udává, že o seniorech ve věku 60 -74 let hovoříme, pokud na stáří nahlížíme jako na období třetího věku. Většinou netrpí závažnými nemocemi, jsou aktivní, integrovaní ve společnosti. Mnohdy jsou ještě schopni cestovat. V době zhoršení zdraví, obvykle kolem 75 let nastává tzv. čtvrtý věk. Nese se ve znamení nemocí, útlumu tělesných a psychických funkcí a blíží se smrti.

V určitých kulturách se prokazuje starým lidem úcta a láska. Starý člověk není chápán jako břemeno a není vytlačován z rodiny. I starý člověk je zapojovaný do rodinného života a má v tomto životě nějakou zodpovědnost a určitou úlohu.

Podle Hrozenkové (2008), lze chápat stáří ve dvou významech:

1. čas, který uplynul od vzniku, zrodu, ve kterém není zahrnuté hodnocení
2. závěrečná etapa života, často vymezovaná jako doba od skončení ekonomické aktivity do smrti.

Kalendářní stáří

Chronologické (kalendářní) stáří je vymezeno dosažením určitého věku, kdy jsou často patrné přirozeně stárnoucí změny. Ve vyspělých zemích se snaží dobrou zdravotní péčí u seniorů udržet lepší zdravotní stav a zvyšují tím věk dožití. V našich podmínkách je v současnosti posunuta hranice stáří k věku 65 let.

Biologické stáří

Biologické stáří je určeno hodnocením mnoha biologických ukazatelů. Těmi jsou například zdatnost, krevní tlak, změna regulačních a adaptačních mechanismů či atrofie. Zpravidla jsou spojovány se změnami způsobenými nemocemi, které se obvykle vyskytují ve stáří. Je spousta různých hypotéz pro stanovení příčin stárnutí. Lze je vyjádřit dvěma okruhy. Stáří a umírání je nahodilé, je podmíněno chorobnými a vnějšími vlivy dle epidemiologického přístupu. V optimálních podmínkách může být život velice dlouhý. Přirozené úmrtí stáří neexistuje, smrt nastává nehodou. Stárnutí a umírání je přirozenou součástí života, uvádí gerontologický přístup. I v optimálních podmínkách se člověk nemůže dožít věku nad určitou hranici (Kalvach, 1997, s.19)

Biologické stárnutí neprobíhá u všech lidí stejným tempem. Určit biologický věk je velice složité, dosud se nepodařilo najít odpovídající metodu.

Sociální stáří

Změnou způsobu života, role a ekonomického zabezpečení se vyznačuje sociální stáří.

V tomto období je podstatné splnění dané kombinace a kritéria sociálních změn. Nejvíce zmiňovaným kritériem je důchodový věk a odchod do důchodu. V tomto období je jedna etapa ukončována a druhá začíná. Přináší s sebou nové statusy, role a situace. Člověk se s nimi musí vyrovnat a přijmout je (Mühlpachr, 2009, s.19).

V západní společnosti se očekává, že se lidé po 60 věku budou chovat usedle a klidně.

Není proto překvapením, že znakem počátku stáří považují za ukončení pracovního ----- poměru a odchod do důchodu (Stuart-Hamilton,1999, s.151).

Podle Kalvacha (1997,s.20) bychom mohli lidský život rozčlenit zjednodušeně do čtyř období tzv. „věků“ :

- první věk – předproduktivní – období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí
- druhý věk – produktivní – období dospělosti, životní produktivity (založení rodiny), sociální a především pracovní.
- třetí věk – postproduktivní – stáří jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především jako představa fáze za zenitem a bez přínosu produktivity. Východisko nebezpečné k podceňování, diskriminování. Toto pojetí třetího věku akcentuje pracovní a kolektivní roli jedince a potlačuje osobnostní rozvoj jako celoživotní proces trvající až do smrti v nejvyšším stáří.
- čtvrtý věk – fáze závislosti – vzniká dojem nesoběstačnosti. Odporuje to konceptu úspěšného stárnutí.

Kalendářní stáří (chronologické)

Kalendářní stáří je dané datem narození. Z kalendářního věku vycházejí různé odborné a společenské konvence. Opírají se o něj právní normy. V určitém věku začíná a končí školní docházka, stáváme se plnoletými, získáváme zákonný nárok na odchod do důchodu.

Jednoduchost a snadné srovnávání je výhodou kalendářního vymezení stáří. Gerontologové

na celém světě přijali dohodu o tzv. „věkové kategorizaci“. Doporučila ji Světová zdravotnická organizace a byla přijata v roce 1980 na půdě OSN. Tato kategorizace se opírá o patnáctileté periody lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let.

V literatuře Příhody (1974, s.62) je u nás uvedeno:

15 – 29 postpubescence a mečítma

30 – 44 adultium

45 – 59 interevium, střední věk

60 – 74 senescence, počínající, časné stáří

75 – 89 kmetství, senium, vlastní stáří

90 a více patriarchum, dlouhověkost

Často se uplatňuje následné členění:

65 – 74 mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)

75 – 84 staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)

85 a více velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení)

Dlouhověkost

Dlouhověkost se označuje život nad 90 let. Počet seniorů v tomto věku spolu se zvyšující se životní úrovní přibývá. Dlouhověkost v optimálních podmínkách a přirozeném procesu stárnutí, se může dle odborníků prodloužit na 90 – 115 let. Není to podmíněné jedním faktorem, ale velkou skupinou faktorů, které spolu výrazně souvisí.

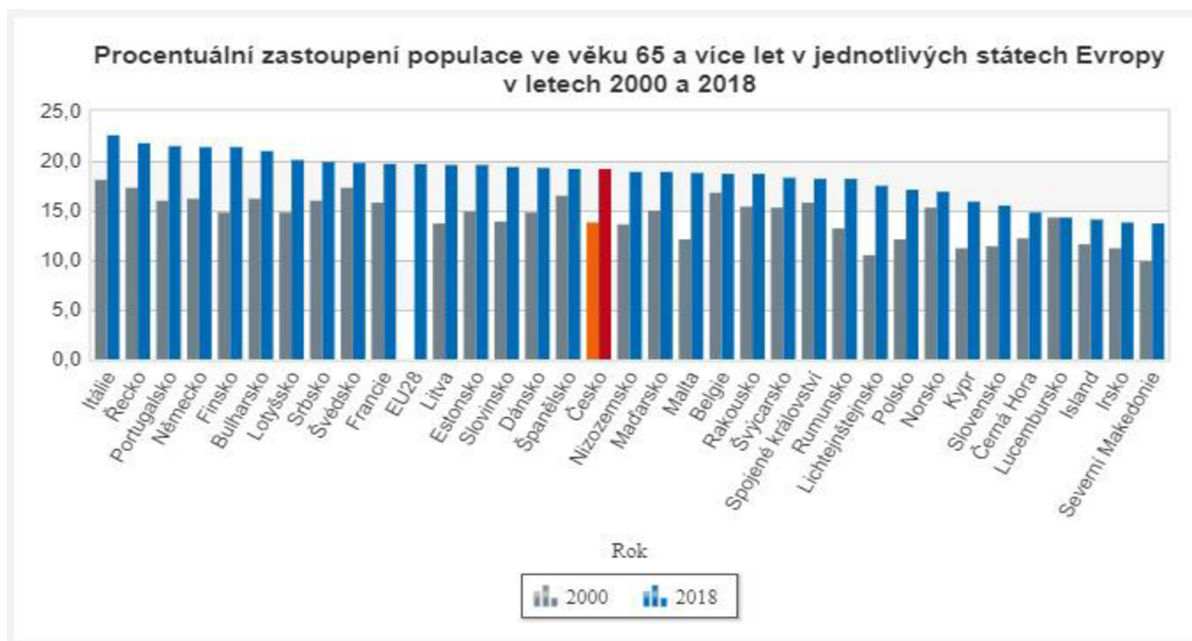
Z výzkumů a pozorování dlouhověkých a z jejich výpovědí o způsobu života, který vedli vyplývá, že dožití vyššího věku je významně ovlivněno dědičností a životním stylem.

Zkušenosti jednotlivců, kteří se dožili vysokého věku nejsou stejné, ale mohli bychom je shrnout do několika společných bodů:

- zdraví po celý život
- dobrý a pravidelný spánek
- aktivita po celý život
- udržování zhruba stejné tělesné hmotnosti po celý život
- střídá strava, více bílkovin, méně tuků

- sexuální aktivita během života i ve vysokém věku
- radostný způsob života na významném místě v žebříčku životních hodnot

Graf č 1. Zastoupení populace ve věku 65 let a více



Zdroj dat: [Eurostat](https://ec.europa.eu/eurostat)

2.2. Proces stárnutí

V první řadě je stárnutí biologický proces, který významně působí i na psychické procesy. Způsobuje v organismu změny, které oslabují jeho odolnost. Snižuje postupně fyzickou i psychickou výkonnost. Stárnutí lze určit obtížně. Je celkovým stavem opotřebovanosti lidského organismu. Stárnutí lidí je velmi individuální

Podle Pacovského (1990, s.29) je stárnutí období mezi dospělostí a stářím. V tomto období jsou funkční a strukturální změny nevratné a regresivní. Uvádí se, že má člověk v tomto období poslední příležitost kvalitu svého stáří ovlivnit.

Mühlpachr (2009, s.23) uvádí, že stárnutí je celoživotním procesem, jehož involuční znaky se v závislosti na prostředí a jeho náročnosti stávají výraznějšími a to od 50 let věku člověka.

Stárnutí je souhrn různých změn organismu, které snižují jeho výkonnost a zvyšují jeho zranitelnost, což vrcholí ve smrti, uvádí Krejčířová a Langmeier (2006, s.202).

Stárnutí urychluje špatná životospráva, kouření, nevhodná strava, dlouhodobý stres a nadměrná konzumace alkoholu. Na tomto mají svůj podíl také prodělané nemoci z mladšího věku (Krejčířová, Langmeier, 2006, s.203).

„Stárnutí se vyznačuje posloupností nezvratných změn, které nastávají v živém organismu. Postupně omezují a zeslabují jeho jednotlivé funkce. Je to „ústup“ po dosažení vrcholu anatomického i funkčního růstu v širokém slova smyslu. Stárnutí je proces, který má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramováno, řídí se druhově specifickým časovým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí.“ (Pacovský, 1997, s.54)
Úbytek různých struktur a funkcí, jejich regrese neboli involuce je dalším znakem stárnutí. Stárnutí je procesem asynchronním, což se projevuje především nesouměrností a nerovnováhou jednotlivých anatomických struktur a funkcí hlavně. Funkce se nemění stejně co do času, kvality a intenzity. Funkční a anatomické změny nastupují rozdílně a jejich vývoj pokračuje různou rychlostí.

Můžeme pozorovat znaky stárnutí . Nejvýraznější změny probíhají v soustavě nervové. S přibývajícím věkem se hmotnost mozku snižuje, ubývají neurony. Ubývají také látky, které mají vliv na přenos informací. Objevují se depresivní nálady, netečnost a poruchy spánku. Klesá soustředěnost a zvyšuje se výskyt výpadků krátkodobé paměti. Přichází dlouhodobá únava. Deprese, schizofrenie, demence, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba a cévní mozková příhoda patří k nejznámějším a nejčastějším onemocněním mozku. Mění se i kardiovaskulární soustava. Stárnutí srdce se projevuje dušností, arytmií či rychlou únavou. Stárnutí cév můžou naznačovat křečové žíly, hypertenze, hemeroidy, otoky nohou a nedokrvování. Involucí prochází také dýchací ústrojí. Oproti mladého člověka dosahují plíce starého člověka výkonnost poloviční. Změnou prochází také imunitní systém. Častěji se vyskytují virová onemocnění, objevují se alergie a výrazně zhoršuje hojivost. Regenerace bývá dlouhodobá. Chronická únava, snížení libida a deprese je důsledkem snížené funkce endokrinního systému. Přidává se nezvládnání stresových situací a nechut' k jakýmkoliv činnostem. Nastává také zhoršování zraku a sluchu. Chut' a čich se také zhoršuje věkem. Senioři v tomto období obtížně komunikují.

Pohybový aparát stárnoucího člověka se výrazně mění. Dochází k narušení struktury kostí a úbytku kostní hmoty, snižuje se tělesná výška, ubývá svalová hmota, obsah vody v těle klesá, tuková hmota narůstá, pohyblivost se snižuje. Jestliže zůstane senior několik dní na lůžku, může dojít k zvýšení křehkosti kostí, atrofii svalů a dalším komplikacím, které vedou k omezení kontaktů, mobility, hygieny a soběstačnosti.

Tvoří se bradavice, vrásky a stařecké skvrny. Zvyšuje se šedivění a snižuje růst vlasů.

Kůže ztrácí pružnost, je zažloutlá, ochablá a pergamenová. Objevují se šupinky na loktech a kolenou. Dochází k inkontinenci.

Stárnutí a jeho projevy jsou méně či více nápadné. S vnějšími změnami se jedinec musí vyrovnat a čelit jim.

Psychická i fyzická involuce je zcela přirozeným procesem. Fyzické stárnutí velice úzce souvisí se stárnutím psychickým. U každého probíhají změny v jiné intenzitě a v jiném tempu. Pokud je pokles psychických schopností výrazný a rychlý je nezbytné pečlivě jej prošetřit.

Zhoršuje se smyslové vnímání a poznávací procesy, avšak intelektuální výkony mohou být stále dobré.

Postupně se mění myšlení, paměť, představivost a emotivita. Senior má pocit samoty a negativní nálady. Méně intenzivně a bezprostředně prožívá citovou stránku. Myšlení je zúžené a méně plynulé. Ve stáří se často mění struktura osobnosti, mravních a životních hodnot a jejich hierarchie. Osobnost člověka je výsledkem jeho celého předchozího vývoje a adaptací na nevyhnutelné těžkosti stáří.

Období stáří neuniká zvrátům ani ztrátám, tak jak je to během celého života. Pokud si to člověk uvědomuje, může pociťovat kritiku sebe samého a úzkost s blížícím se odchodem do důchodu. Nástup do důchodu je určitým sociálním mezníkem, kdy dochází ke ztrátě role profesní, společenského postavení a změní se standard a životní styl.

Odchodem do důchodu se zpřetrhávají s mnoha lidmi kontakty, avšak vznikají nové sociální vztahy. Životní tempo se zvolňuje.

Význam rodiny pro většinu seniorů stoupá. Manželství seniorů bývá většinou spokojené, proto jednou z nejtěžších ztrát je nemoc či smrt.

Narození vnoučat nebo pravnoučat je pro seniora velice povzbuzující. Cítí užitečnost a dokáží se udržovat v aktivitě.

Umístění seniora do domova pro seniory je v některém případě nevyhnutelné řešení. Bývá důsledkem zhoršení zdravotního stavu a nesoběstačnosti.

Životní změny ve stáří

Na stárnutí a stáří není a nemůže být připravený nikdo. Často i ti, které považujeme za staré, si svůj věk nepřipouští. Staří si nepřipadají a věk berou jen jako nějaké číslo.

Velmi subjektivní věcí je stárnutí a hlavně pojem stáří. Každý z nás tohle může vnímat a

pociťovat jinak. Bohužel realitu nám ukazují fyzické a psychické změny a znaky, které doprovází stárnutí. Stárnutí sebou přináší mnoho životních změn nejen u samého jedince, ale i v rodině, mezi přáteli a v jeho nejbližším okolí.

U seniorů nejčastěji dochází k celkové křehkosti organismu, snížení motorických funkcí, vyskytování nemocí a ke komplikovaným úrazům. Dochází i psychickému stárnutí. Můžeme si všimnout změn v pozornosti, charakteru či intelektu. Častěji se také můžeme setkat s psychickými poruchami. Mohou to být různé neurózy, které jsou zapříčiněny stresem, závislostí, duševní citlivostí a bezbranností. Výjimkou nejsou ani smutek, deprese, neklid a úzkost, kterým může být příčinou ztráta partnera. Za důležité považuji zmínit i paměť. Při stárnutí vidíme značný rozdíl mezi krátkodobou a dlouhodobou pamětí. Velké změny dochází i v sociálním životě. Odchod do penze je velkým zásahem do života a s tím souvisí kompletní změny rytmu a životního stylu života. Výrazná změna nastává i ve finanční situaci.

2.3. Choroby ve stáří

Publius Tatentius, římský dramatik napsal, že „stáří samo je nemoc“. Velmi často se tento výrok cituje i v dnešní době. Všichni dobře víme, že stáří provází spousta nemocí.

Identifikace, oddálení či odvrácení těchto nemocí se zabývá věda, které se říká geriatricie.

Současný výskyt několika chorob u téhož jedince se označuje jako polymorbidita. Velmi časté jsou komplikace. Akutní onemocnění ve stáří trvá déle než v mládí.

Každá nemoc je v určitém slova smyslu sociální událost. Podstatně může změnit sociální situaci jedince. Senior je odkázán na pomoc jiných, dostává se do role, kdy je na ostatních závislý a stává se rizikovým gerontem. Takový sociální situace a změna může vyvolat zhoršení zdravotního stavu. Toto zhoršení může vést až ke smrti. Sociální péče a zdravotní péče je tímto neoddělitelná.

Kalvach (1997, s. 53) určil sedm okruhů chorobných poruch u seniorů:

- **Alzheimerova nemoc**

- je nejčastější příčinou demence spolu s multiinfaktovou demencí cévního a aterosklerotického původu ve stáří (úpadek intelektových a psychických schopností). Její podstatou vystupňovaná, předčasná atrofie mozku přičemž

zanikají mozkové buňky (neurony). Dosud není propracovaná účinná prevence ani léčba této choroby.

▪ **Poruchy sluchu**

- je obavou, že příští generace seniorů bude mít ještě závažnější problémy s nedoslýchavostí až hluchotou, zvláště pokud není sluch ovlivňován naslouchadly. Nedoslýchavost až hluchota jsou v důsledku nadměrného hluku v mládí a středním věku (výroba, doprava, hudba).

▪ **Poruchy zraku**

- Podařilo se úspěšně ovlivnit postižení sítnice (při cukrovce) a šedý oční zákal. Kromě zeleného zákalu, ohrožuje seniory také degenerativní postižení žluté skvrny, místa nejostřejšího vidění. Dosud není známa prevence postižení.

▪ **Osteoporóza**

- atrofie kosti s úbytkem hutnosti. Riziko zlomenin je větší. Dochází k změnám postavy (nahrbený postoj, snížení výšky), bolesti zad a při pádech zvýšený výskyt zlomenin (předloktí, krček stehenní kosti). Tato choroba je častá u žen v klimakteriu. Rizikovými faktory jsou podvýživa – deficitní strava. Účinnou prevencí u těchto rizikových žen je dlouhodobá substituce estrogenů po klimakteriu, ve stáří potom dostatečný vitamín D a vápníku. Napomoci by měl dostatek tělesného pohybu.

▪ **Osteoartróza**

- Degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti. Příčinou bývá vrozená indispozice. Také přetěžování a poranění kloubů. Závažnější bývá postižení kloubů na dolních končetinách (kyčle, kolena, drobné klouby nohou). Jako prevence by mohlo napomoci nepřetěžování kloubů a optimalizace obuvi.

▪ **Ateroskleróza**

- kornatění tepen

Orgánové projevy:

1/ ischemická choroba srdeční – akutní infarkt myokardu, chronické poruchy srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností.

2/postižení mozkových tepen – mozkové cévní příhody (i smrtelné), nezvratné ochrnutí (hemiparéza, hemiplegie). Také závratě cévně podmíněné, nebo poruchy

svalového napětí (ztuhlost či třes) tzv. parkinsonský syndrom. Nejčastější z příčin bývá úpadek duševních schopností (demence) ve stáří (mozková skleróza) 3/postižení tepen dolních končetin – vede k invalidizujícím bolestem a k amputaci. V dnešní době již dokážeme eliminovat rizikové faktory. Věk, ale také poruchy metabolismu tuků (vysoký cholesterol), poruchy metabolismu cukrů (diabetes), vysoký krevní tlak, kouření, obezita, nedostatek pohybu jsou hlavními rizikovými faktory.

- **Obstrukční choroba bronchopulmonální** – plicní rozedma
 - vede k dušnosti s vykašláváním hlenů, modrofialové zbarvení kůže a sliznic. Nejčastější bývají otoky dolních končetin. Nejčastějšími příčinami bývá zánět průdušek, důsledkem kouření. Omezení kouření, zlepšení životního prostředí a omezení opakovaných zánětů dýchacích cest, které hrozí alergiemi slouží jako prevence tohoto onemocnění.

2.4. Gerontologie, geriatrie a geragogika

Mnoho oborů a vědních disciplín se zabývá stářím a stárnutím. Je zcela nemožné vytvořit o stáří obecnou vědu, vzhledem k metodologické roztříštěnosti, velkému rozměru a interdisciplinárnímu charakteru této problematiky.

Existuje řada hypotéz a teorií o příčinách stárnutí a stáří. Nevyhovuje zcela žádná z nich. V této oblasti bylo nashromážděno mnoho poznatků, ale i přes to jde jen o poznatky, u kterých chybí přesvědčivý důkaz jejich vzájemných souvislostí. Který fenomén je příčinou stárnutí a který je jeho důsledkem je velmi obtížné určit. Podle Pacovského (1990, s.30) „Stárnutí je velmi multifaktoriální děj. Je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek a faktorů zevního prostředí.“

1/ teorie genetického programu

Předpokládá, že proces stárnutí je kontrolován přímo geneticky daným programem. Na molekulární úrovni věnuje největší pozornost genetickému aparátu buňky. Lidské buňky (se 46 chromozomy) mají limitovanou dělicí schopnost. Někteří autoři toto interpretují jako typický jev „stárnutí na úrovni jedné buňky“. Buňky, které se množí neomezeně, jsou

chromozomálně abnormální a mají zpravidla více než 46 chromozomů (heteroploidní buňky). (Pacovský, 1981, s.66)

2/ teorie rychlosti života

Tato teorie byla vyslovena R.Pearlem v roce 1928. Tvrdil, že délka života závisí na rychlosti s jakou organismy energii vydávají. Teorie je podpořena zjištěním, že délka života přezimujících živočichů je dána dobou, kterou prožijí v zimním spánku a mají tudíž snížený metabolismus. Bylo z

měřeno R.Sohalem, že jedinci vykazující vysokou pohyblivost, žijí kratší dobu. (Kalvach, 1997, s.27)

3/ teorie lipofiscinu

Takto se označuje nepřesně chemicky definovaná a heterogenní skupina látek lipidové povahy, které vznikají v každé živočišné buňce peroxidací lipidů. „Stařecký pigment“ se také nazývají tyto lipidové zbytky.

Stařecký pigment se ukládá v buňkách všech tkání živočišného organismu. Pro tento proces v buňkách centrálního nervového systému je nejvýraznější zejména hypotalamu. Hypotalam reguluje metabolické děje a urychluje druhotně stárnutí jiných orgánů (Pacovský, 1981, s.69)

4/ teorie volných radikálů

Organismus není schopný odstraňovat účinným způsobem tzv. „volné radikály“ a to je typickým znakem stárnutí této teorie. Důsledkem vysoké reakční schopnosti volných radikálů je, že podnítl „řetězovou metabolickou reakci“. Zvláště postižený je genetický aparát buňky, metabolické děje na buněčných membránách a makromolekuly. (Pacovský, 1981, s.69)

Gerontologie – souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Pojem je odvozen z řeckého slova gerón – stařec. Tento pojem pravděpodobně poprvé v roce 1903 použil I.I. Mečnikov – nositel Nobelovy ceny, 1845 – 1916.

Členění gerontologie do tří hlavních proudů

: *gerontologie sociální* – zabývá se vzájemnými vztahy člověka ve stáří a společnosti, zajímá se o to co staří lidé potřebují od společnosti, jak společnost stárnutí populace ovlivňuje a rozvíjí. Zabývá se problematikou, která se týká psychologie, ekonomie,

sociologie, politologie, pedagogiky, demografie, architektury, urbanistiky, právní vědou a dalšími oblastmi.

: *gerontologie biologická* – zabývá se otázkami jak a proč živé organismy stárnou

: *gerontologie klinická* – geriatric – zabývá se zvláštnostmi nemocí a zdravotního stavu ve stáří, průběhem léčení a vyšetřování, aspekty výskytu, klinického obrazu i sociálními souvislostmi.

Geriatric – odvozeno z řeckých slov gerón (stařec) a iatro (léčím), poprvé v roce 1909 I.L.Nascherem (americký lékař, 1863-1944). Například v České republice existuje geriatric jako zcela samostatný specializovaný lékařský obor. Zabývá se neurologickými, psychiatrickými, interními, rehabilitačními, ošetrovatelskými problémy zároveň s péčí praktických lékařů, domácí péče a sociálními službami. Cílem tohoto oboru je obnova a zachování soběstačnosti a rozvoj geriatrického režimu.

Geragogika – zabývá se vzděláváním a výchovou seniorů – pedagogika v užším slova smyslu. Jako teoreticko empirická disciplína zajišťující pomoc, péči a podporu pro seniory je chápána v širším slova smyslu. Můžeme ji označit jako disciplínu multioborovou. Uplatňují se v ní poznatky z lékařství, psychologie, práva, sociologie, sociální práce a andragogiky.

2.5. Aspekty stáří

Biologické

Již před nebo těsně po dosažení třiceti let věku můžeme na sobě sledovat první příznaky stárnutí. Tento věk představuje vrchol somatického vývinu člověka. Je mezníkem mezi obdobím vývoje a obdobím stárnutí u člověka.

„Stárnutí je v podstatě vždy proces disociovaný, dezintegrováný a asynchronní. Nástup morfologických a funkčních změn nastává v ontogenetickém vývoji jedince v různou dobu a pokračuje rozdílnou rychlostí. Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle a není dokonce shoda ani v dynamice stárnutí různých funkcí téhož orgánu.“ (Pacovský, 1990, s.33)

Po šedesátém roce života, kdy dochází k úbytku svalové hmoty a k poklesu síly, můžeme pozorovat výrazné změny ve struktuře a funkci tělesných orgánů. V důsledku řídnutí kostí dochází častěji k úrazům. Funkce smyslových orgánů se zhoršují. Počet seniorů s chronickým zánětem kloubů, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře, srdečními nemocemi, které omezují seniory v denních činnostech, stoupá. Nastupuje oslabení imunitního systému což má za důsledek menší odolnost vůči infekcím a nádorovému onemocnění. Po sedmdesátém roce života je častý výskyt více jak jedné nemoci.

„Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také výchozí hodnotou daného parametru, životním způsobem a chorobnými změnami.“ (Mühlpachr, 2004, s.23)

Somatické změny a jejich důsledky uvádí Kalvach (1997, s.141) :

Metabolismus:

- ztížení vstupu glukózy do buněk s 30% výskytem porušené glukozové tolerance (lze ovlivnit pohybovou aktivitou)
- snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu až o 20 % a zhoršení vytrvalosti

Řízení organismu:

- zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži
- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů
- úbytek funkčních rezerv
- oploštění variability periodických dějů

Pohybový aparát:

- stárnutí chrupavky (mimo osteoartrotických změn)
- pokles svalové síly, úbytek kostní density
- zhoršení pohybové koordinace a hlubokého čítí

Složení organismu:

- úbytek netučné tělesné hmoty (tzv. lean body mass)
- zvýšení obsahu tělesného tuku
- ztížená mobilizace tuku
- atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku

- ukládání vápníku v tkáních, jeho průnik do membrán buněk
- zmenšení objemu celkové tělesné vody, nedostatečný příjem tekutin

Nervový systém:

- poruchy spánku
- atrofie mozku s lehkým zhoršením všímavosti a výbavnosti
- zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby

Imunitní systém:

- horší efekt imunizace ve stáří
- zvýšená tvorba autoprotilátek

Trávicí systém:

- poruchy motility trávicí trubice
- opotřebenosti a ztráta chrupu
- snížení acidity žaludeční

Vylučovací systém:

- poruchy funkce močového měchýře
- pokles maximální koncentrační schopnosti ledvin (asi o 25% v 70 letech)
- úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i očišťování schopnosti ledvin (v 80 letech asi o 50%)

Endokrinní systém:

- snížení produkce růstového hormonu
- rezistence tkání na hormonální stimulaci
- snížení thyroxinové clearance a tím snížení potřeby substitučních látek

Respirační systém:

- zvýšení dechové práce
- snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu
- zvětšování mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic

Oběhový systém:

- menší urychlování tepové frekvence
- snížený průtok krve všemi orgány
- zvětšování světlosti tepen s jejich elongací a vinutým průběhem
- hemodynamicky nevýznamné degenerativní změny chlopní

- snížení elasticity tepen s poruchou pružinku a zatížením levé komory srdeční
- zánik buněk převodního systému s poruchami tvorby vzruchů a oplošťování variability tepové frekvence
- snížení poddajnosti levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez hrubší poruchy systolické funkce (důsledek fibrilace síní)

Ostatní:

- snížená vitalita tkání a zpomalené hojení
- atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace (pocení)
- zhoršení smyslového vnímání

Psychické

Až ve 20.století se psychické aspekty stáří staly předmětem odborného zájmu. Proto jsou metodicky přístupné velice obtížně. Stárnutí organismu začíná pozvolna. Otázkou je, kdy vlastně přichází zvrát kvalitativní.

Gerontopsychologie je věda, která se zabývá stárnutím z hlediska psychických funkcí v závislosti na funkcích biologických, stárnutím jedince v jeho interakci s jeho sociálním prostředím a postojem k vlastnímu stárnutí, tzv. prožitkovou stránkou stárnutí.

„Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek nastává pozvolna, v některých složkách už ve středním věku dospělosti. Je důsledkem změn v ústřední nervové soustavě, ale také ve smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz a v látkové přeměně.“ Podle Wolfa (1982, s .133)

S věkem obecně klesá energie a vitalita. Dochází ke zpomalení senzomotorické funkční koordinace a psychomotorického tempa. Zmenšují se gesta, zvolňuje se chůze, řeč starých lidí bývá pomalejší až pomalá. Starému člověku trvá veškerá činnost déle. Toto negativum je vyrovnáváno důsledností, systematičností a vytrvalostí.

2.6. Problémy seniorů

K jedincům vyššího věku je nutné přistupovat s respektem k jejich lidské důstojnosti, hodnot, duchovního přesvědčení a autonomie. I pokud není člověk náboženského vyznání, má určitě své duchovní potřeby. Potřebuje a hledá lásku, odpuštění, naději a smysl života. Pokud nemá vývoj populace vést ke zhoršení kvality života seniorů, je určitě velice nutné usilovat o ulepšení chápání a vnímání potřeba problémů seniorů a zlepšení sociálních a zdravotních služeb, uvádí Kalvach (2004).

Mnoho se nepíše a není věnována pozornost manželství staršího věku. Tošnerová uvádí, že roky strávené ve společném manželství se mění událostmi, které se týkají nás všech a reakcemi na ně. Velký vliv má na to povaha partnerů, jejich iluze a představy o očekáváních a rolích v manželství. U žen se očekává role pečující partnerky a může být provázena značnou deziluzí.

V poslední době přibývá u seniorů patologických jevů, čímž jsou užívání alkoholu a návykových látek. U seniorů, spolu s užíváním alkoholu vynikají zvýšená rizika. Spotřeba alkoholu ve stáří klesá, alkohol je organismem špatně a hůř snášen. S tím souvisí například nebezpečí zlomenin a pádů. Ve stáří je přitom nutné počítat se zhoršením průběhu nemocí, včetně poruch paměti, depresí atd. (K.Pančocha 2005)

Starší člověk se může stát nerovnocenným partnerem pro pracovníky ve zdravotnictví z důvodu horší svalové síly, pohybové koordinace, sensorických a kognitivních funkcí. Pečovatelé mohou snáze zanedbat informovanost o postupech, protože nemusí považovat za důležité je seniorovi sdělit. Nekontrolovatelným problémem může být páchaní násilí na osobách vyššího věku. To se může odehrát jak v domácím prostředí, v ústavech sociální péče nebo během hospitalizace. Tím může být porušeno soukromí, lidská důstojnost, nerespektování studu, autonomie atd. (Tošnerová 2000)

Senior může být týrán tělesně. Na jeho těle se můžou objevit škrábance, popáleniny, podlitiny, rány na genitáliích, opakované zlomeniny, které ihned nasvědčují o možném týrání a sexuálním zneužíváním. Senior může být dále zneužíván finančně, majetkově a emocionálně. Nebo více způsoby najednou. Pokud se vyskytne podezření na týrání staré osoby, je nutné a důležité od jedince získat co nejvíce informací, velice

šetrným způsobem. Pokud je týrání seniora potvrzeno, měla by být situace co nejvhodnějším způsobem řešena, např. umístěním seniora do domova pro seniory. Pokud senior týrání popírá a omlouvá své pečovatele a stydí se např. za své děti, musí zdravotnický pracovník klientovo rozhodnutí respektovat. Výjimku tvoří těžké ublížení na zdraví, nebo pokud z důvodu demence není klient schopen odhadnout a rozhodnout, že se o tělesné poškození zjevně jedná. (Tošnerová 2002). Uvádí se, že se 3-5% starší populace setkala s nějakou formou špatného zacházení. V České republice to představuje přibližně 60000 týraných starších osob, kdy nastal problém nevhodného zacházení ze strany rodinných příslušníků i profesionálních pracovníků. Situace zanedbávání, týrání nebo zneužívání byla velice dlouho opomíjena. Vztahy seniora vůči členům jeho rodiny se v průběhu času vyvíjí a různě se mění. Vágnerová (2000) uvádí, že starý člověk prochází několika fázemi tohoto vztahu. Zvyšuje a vyvíjí se postupná závislost na své rodině. Závislost pramení z potřeby citové jistoty ve své rodině. Do role oběti se dostává senior v rámci trestného a nemorálního chování vlastní rodiny žijící s ním ve společné domácnosti vůči němu.

Každý chce vést svůj vlastní život podle vlastních přání a pravidel. Chce být pánem svého způsobu života, jednání, chování a rozhodování. Takto se vymezuje autonomie. Musí být naplněny určité předpoklady, aby mohl být senior autonomní. Senior přitom musí mít schopnost sebeurčení a mít k tomu určité fyzické, sociální a rozumové předpoklady a podmínky. Aby tyto schopnosti mohl využívat, musí mít dostatečnou vůli a motivaci. Další podmínkou pro možnost uplatnění autonomie starého člověka je vhodné prostředí. Ve vysokém věku často dochází k porušení schopnosti samostatně se rozhodovat nebo vykonávat určitou činnost. Senior se proto stává závislý na svém okolí. V této situaci záleží na přístupu osob, kteří se podílí na péči o seniora, zda bude podporována autonomie nebo nikoliv.

Negativní představy a předsudky o seniorech jsou definované jako ageismus. Může znamenat také zjevnou či skrytou diskriminaci seniorů. V současné době je mladým lidem odpouštěna celá řada nedostatků a je upřednostňován kult krásy a mládí, jelikož právě mládí jsou společnosti na rozdíl od seniorů více prospěšní.

O stáří existuje celá řada předsudků. Uvádí se několik mýtů o stáří. Na přesvědčení společnosti je založen mýtus falešných představ. Je myšleno, že senioři především kladou důraz na ekonomicko-materiální zabezpečení. Úroveň je přímo úměrná spokojenosti seniorů. V den odchodu do důchodu se podle mýtu zjednodušené demografie jedinec stává

starým. Podle mýtu homogenity pohlíží společnost na seniory jako na osoby, které jsou všechny stejné. Podle mýtu neužitečného času se pokládají senioři za ty, kteří nic neznamenají, nic nedělají a nejsou bráni jako rovnocenní partneři.

Starší osoby, které jsou vystavené předsudkům o stáří. Mohou zaujmout buď aktivní postoj, kdy se mohou bránit vyloučení ze společnosti, nebo předsudkům o stáří podlehnout. (www.seniortip.cz)

Mezi mýty o stáří začlenila Tošnerová (2002): staří lidé jsou všichni stejní, stáří je křehké, staří potřebují péči, staří nemají společnosti čím přispět, staří jsou ekonomickou přítěží, stáří mužů a žen je stejné, staří žijí jen v rozvinutých zemích.

Vytvoření vzájemného vztahu důvěry je základem pro práci s geriatrickými klienty. Při ošetřování by měla z ošetřujícího vyzařovat tolerance, porozumění a úcta ke klientovi. Na seniory nelze pohlížet jen jako na jedince, kteří potřebují jen péči a pomoc a již nám nemají co dát. Práce s nimi je velice náročná. Je nepřipustné přenášet do ní z osobního či profesního života negativa. Toho by se pečující pracovníci měli vyvarovat především dostatečným odpočinkem, volnočasovými aktivitami a prevencí syndromu vyhoření.

Je velice jednoduché manipulovat a zneužívat bezmocného člověka. Lidé, kteří pečují o takovéto osoby, by měli být motivováni ke kvalitní a srdečné péči. Motivací může být pochvala, finanční ohodnocení a potřeba pomáhat jiným. Z druhé stránky nám může stáří přinášet klady v podobě moudrosti, humoru, shovívavosti a nalezení smyslu života a smrti. Dementní a kardiovaskulární onemocnění úzce souvisí s procesem stárnutí. Tyto nemoci jistě ovlivňuje genetika a podmíněné intervence, které délku života prodlužují. Je vyzpozorována, že prodloužení života, snížení rizika onemocnění krevního oběhu, šedý zákal, osteoporóza, rakovina, neurodegenerativní onemocnění, lze docílit snížením kalorického příjmu. Potíže tohoto typu jsou spojené s věkem (P.Gruss, 2009).

Součástí moderního systému zdravotnictví a sociální péče v České republice je péče o stárnoucí a nemocné v domácím prostředí. Důležitý je v tomto aspektu respektování integrity jedince s vlastním a jemu známým sociálním prostředím.

Cílovou skupinou péče v domácím prostředí jsou:

- ✓ klienti v pooperačním stavu
- ✓ klienti v pórurazovém stavu
- ✓ klienti s chronickým onemocněním

- ✓ klienti, který je určena preventivní domácí péče a doporučeno pravidelné monitorování zdravotního stavu

Hospicová domácí péče – tato péče poskytuje primárně zmírnění fyzického a psychického utrpení umírajících klientů (M.Javorská, Sociální práce jako životní pomoc)

V dnešní době pečujeme o své blízké, nemocné, staré častěji než tomu bylo v minulosti. Dnešní společnost je mobilnější, ženy odsouvají mateřství až ke třicátému roku, někdy i později. Poté se souběžně starají o své malé děti a rovnou i o staré rodiče.

Péče se promítá v čase, pravidelnosti péče a neméně do vztahů mezi nemocnými a pečujícími. Taková péče si zajisté zaslouží podporu společnosti. Bohužel finanční podpora je zajímavá, ale zneužitelná. (Tošnerová 2009)

Již v 80.letech 20. Století vznikalo v České republice na humanitních univerzitách seniorské vzdělávání. Kurzy se většinou zabývali vztahy člověka k přírodě (zdravé potraviny, problémy stárnutí).

V 90.letech docházelo k většímu rozmachu seniorského vzdělávání. Vysoké školy mohly v tomto období uplatňovat svá specifika ve studijních programech. V roce 1995 bylo založeno občanské sdružení AU3V (Asociace Univerzit Třetího Věku).

V roce 2003 došlo k velkému zlepšení v seniorském vzdělávání. MŠMT tehdy poskytlo univerzitám finanční prostředky na zavedení seniorského vzdělávání v rámci Rozvojových a Transformačních procesů. (<http://www.lfi.vutbr.cz/vzdelavani-senioru>)

AU3V je občanské sdružení institucí, které provozují a nabízejí vzdělávací aktivity na úrovni vysokoškolského vzdělávání v České republice, určené občanům v důchodovém věku. AU3V byla založena v roce 1993 za iniciativy dobrovolníků. Na svých univerzitách se zabývali vzděláváním seniorů a sledovali současně v evropském, ale i světovém měřítku celou tuto problematiku. Vzdělávání seniorů patří mezi špičku úkolů moderních univerzit. Univerzity si to uvědomují. AU3V dostala dva hlavní úkoly:

- zabezpečit vzájemnou informovanost svých členů
- postarat se mezinárodní kontakty s evropskými organizacemi

Velké díky patří všem, kteří se zasloužili o dobré kontakty s partnery v zahraničí a informační servis. AU3V je občanským sdružením institucí, které nabízí a provozují vzdělávací aktivity na úrovni vysokoškolského vzdělání, určené osobám v důchodovém věku v České republice. (<http://www.lfi.vutbr.cz/vzdelavani-senioru>)

V současnosti existuje mnoho univerzit třetího věku pro celoživotní vzdělávání seniorů. Jedinci a jejich schopnosti stárnou rozdílným způsobem. Stárnutí inteligence není

procesem jednotným. Procesy, jsou biologicky podmíněny a ovlivněny. Někteří senioři jsou i ve vysokém věku, +- 63 kreativní a rozumní. V opačném případě jsou lidé, u nichž jsou jejich kognitivní funkce věkem velice oslabeny. Také rychlost vnímání a myšlení se s přibývajícím věkem snižuje. Z druhé stránky vědomosti a životní zkušenosti se mohou s přibýváním věku zlepšovat . (J.Baumert, M.Staudinger)

Věkově srovnávací studie v jednom oboru poukazuje na to, že starší osoby v jednom oboru mají srovnatelné výkony s mladšími jedinci. Někteří mladší kolegy předstihnou. Člověk je schopen učit se až do velice vysokého věku, ač je proces učení velmi proměnlivý. Ze studií jasně vyplývá, že zaměstnavatelé mohou vhodně udržovat a motivovat své pracovníky, což by mělo mít vliv na zpomalení a zabránění kognitivní výkonnosti. V učení, tak i v zaměstnání je dobré využívat vědomostí a zkušeností, které sbíráme celý svůj život.

Výhled podle Baumerta a Staudingera:

Jsou srovnatelné tři fáze lidského života: vzdělávání, výdělečná činnost (práce) a odchod do důchodu. Práce a vzdělávání se překrývají stále častěji. Platí to pro vzdělávání profesní, tak i pro všeobecné. Délka života se prodlužuje. Z důvodu nárůstu tlaku na společenské modernizace, můžeme pozorovat dynamiku tak i stagnaci.

2.7. Pojmy související se stářím

Stárnoucí člověk se může cítit sebevíce mladý. Při stárnutí toto bývá zcela individuální. Existují určité otázky a pojmy, které se týkají téměř všech seniorů. Velký důraz se v dnešní době klade a nejvíce se skloňují například důstojnost a samota.

2.7.1. Důstojnost

Během života se každému z nás může stát, že o důstojnost třeba na krátký čas přijde. Lidská důstojnost je velice choulostivá záležitost. Člověk si pak může připadat ponížený, jakoby nahý. V situacích, kdy je člověk nesoběstačný nebo je v dané situaci zbaven své suverenity se k problematice důstojnosti dostává. Nejčastěji v důsledku stáří a nemoci a s tím spojenou péčí v nemocnicích a ústavech. Zde dost často dochází k nerespektování důstojnosti člověka. Nedostatek důstojnosti se může projevit v pocitu zanedbávání nebo ignorování, během poskytování péče.

Podle Holmanové je třeba si plně uvědomit svoji vlastní důstojnost. Ten kdo si váží sebe, si může vážit i ostatních a respektovat jejich práva. Přikláním se k myšlence, že velký podíl na porušení důstojnosti má rutina, nedostatek času a v dnešní době hlavně syndrom vyhoření. To jistě nemění fakt, že člověk se cítí méněcenný a na obtíž, pokud s ním není důstojně zacházeno. Lidé všeobecně se cítí komfortně, pokud je s nimi zacházeno s respektem a úctou. Základními body pro důstojné zacházení s člověkem jsou: respekt, komunikace, sociální inkluze, autonomie a soukromí.

2.7.2. Moudrost

O moudrosti se v souvislosti se stářím často mluví. Starší lidé jsou již z minulosti považováni za nejmoudřejší. Celá společnost je uznávala, respektovala a řídila se jejich radami. Co vlastně moudrost znamená? Podle definice ve slovnících je to: správné, racionální chování, inspirující vědomosti, klid, zdrženlivost atd. Zaměříme-li se na každodenní dění, zjistíme, že moudrost znamená v první řadě emocionální vyrovnanost. Každá životní zkušenost každého z nás nějak obohatí a něco v nás zachová. Starší člověk se proto může zdát moudřejší.

2.7.3. Samota

Vstupem do důchodu, změnou sociálního statutu, životního tempa, či ať žije senior sám nebo v páru se stává, že se cítí více osamocen, sám. Pocit nepotřebnosti a samota se může projevit hlavně u žen. Ty většinu svého života pečují o rodinu a vytváří rodinné prostředí. Dochází k odchodu dětí ze společného domova. Je to přirozené a pochopitelné, ale v životě člověka, může tento jev vyvolat a podpořit pocit osamělosti.

Samota se dá rozdělit na krátkodobou a dlouhodobou. Krátkodobá samota může být označena jako doba, kdy senior tráví v nemocnici a po několika dnech se vrátí domů. Dlouhodobá samota přináší úskalí ztráty životní perspektivy, nepotřebnost, opuštěnost a neužitečnost. V této situaci je důležitá pomoc z vnějšku, vytvořením podmínek, které člověku vrátí pocit užitečnosti. Tuto pomoc by měla poskytnout především rodina a nejbližší přátelé. Popřípadě nemocniční personál či asistenti. Je zde nutná určitá empatie, abychom mohli rozpoznat, zda o náš zájem doopravdy senior stojí nebo zda se jedná pouze o stav při náhlém a neočekávaném zájmu o samotou daného člověka.

3. Kvalita života seniorů

Podle WHO (Světová zdravotnická organizace), je kvalita života, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekávání, zájmům a životního stylu. Zda je jeho život kvalitní, posuzuje každý člověk jinak. Každý má jiné potřeby, cíle, zájmy, životní styl. Jejich dosažení, naplnění a uspokojení ovlivní jeho život. Kvalita života by mohla být vyjádřena standardem v životě člověka. Je především subjektivní a každý jedinec ji může vnímat rozdílně. Prožité životní situace představují u lidí odlišné posuzování a vnímání kvality života. Definovat kvalitu života lze z různých úhlů.

V průběhu života působí na každého z nás spousta faktorů. Díky interakci mnoha činitelů (výchova, práce, rodina) a vzájemnému ovlivňování, je osobnost každého z nás svérázná. Definování kvality života je proto velice problematické a to nejen v případě seniorů. (Pacovský 1986).

Pojem kvality života se používá ve čtyřech určeních:

- jako odborný pojem, který se zaměřuje na kvalitativní stránky procesů v životě a na kritéria jejich hodnocení. Toto vymezení se nejvíce ztotožňuje vymezením z pohledu zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času atd.
- jako politické heslo, které upozorní širokou veřejnost k novým úkolům společnosti. Do politiky jej zavedli J.F.Kennedy a L.B.Johnson v 60.letech.
- jako sociální hnutí („za kvalitu života“), které vzniklo z iniciativy protirasových, ekologických a protikonzumentských hnutí.
- Jako reklamní slogan, který poskytuje novým spotřebitelům v oblasti konzumu, zejména bydlení, volný čas, cestování, vnímání umění. Orientuje spotřebitele na oblast demonstrativní, prestižní spotřeby. (Maříková, 1996, s.557)

Výčtem čtyř oblastí spokojenosti můžeme definovat kvalitu života jako fyzickou pohodu, materiální pohodu, sociální pohodu a pohodu kognitivní (pocit spokojenosti).

(Dragomirecká. Škoda, 1997, s.104)

T.Halečka (2001) tvrdí, že pokud hodnotíme kvalitu života, musíme myslet především na hodnotu života, která je mezinárodně chráněná právem na život, jako jedno ze základních lidských práv. Kvalita života znamená naplnění této hodnoty.

P.Mühlpachr (2005) tvrdí, že kvalita života je velmi subjektivní a individuální. V různém čase, pro různé lidi představuje různé věci. Upozorňuje, že individuální tempo stárnutí vede k větším rozdílům kvality života. Kromě věku, zdravotního stavu, fyzické a psychické výkonnosti se při posuzování kvality života promítají i další faktory, jako jsou pohlaví, rodinná situace, životní úroveň, vzdělání, status apod..

Důležité je pro kvalitu života starších lidí:

- subjektivní spokojenost – celková kvalita života daná jednotlivými staršími lidmi
- fyzické prostředí – uspořádání bydlení, dohled nad fyzickým prostředím, přístup k obchodům, dopravě a trávení volného času
- socio-ekonomické faktory – příjem a majetek, celkový standard a stravování
- kulturní faktory – věk, pohlaví, národnost, vyznání víry a sociální vrstva
- zdravotní stav – fyzická pohoda, funkční schopnosti a mentální zdraví
- osobnostní faktory – psychická pohoda, morální stav, spokojenost se životem a pocit štěstí
- osobní nezávislost – schopnost rozhodování, ovládnutí prostředí a pohybové ovládnutí

Pohled starších lidí by měl být na kvalitu života prvořadý a měl by mít přednost před názory ostatních. Kvalita života se vztahuje k individuálnímu a společenskému životu lidí. Je daná souhrnem elementů, vlastností a vztahů.

Především musíme mít na zřeteli hodnotu života. Hodnota souvisí s rozdílnou hodnotovou orientací lidí.

J. Křivohlavý (2001), charakterizuje kvalitu života jako soud, který je výsledkem zvažování a porovnávání více hodnot. Sama kvalita je hodnotou. Je zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí.

Podle Kováče (2004, s.463) je kvalita života víceúrovňový fenomén projevující se v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi

také jako štěstí. Toto všechno podporují emoční, motivační a kognitivní potenciály lidského jedince.

Š. Strieženec, chápe jako kvalitu života: souhrn objektivně i subjektivně posouzených činností a vjemů člověka, v jeho každodenním životě, v reálném sociálním prostoru s konkrétními pravidly vzájemného spolužití, s reálnými otázkami cíle, smyslu a údělu pozemského života.

Rozeznáváme zásadní složky v rámci kvality života:

- ❖ optimální komplexní životní prostředí
- ❖ adekvátní využití činností a činorodosti člověka
- ❖ celková kvalita lidských vztahů
- ❖ rozdělení kompetencí
- ❖ koncepční nasměrování vlastního života
- ❖ respekt důstojnosti člověka jako biopsychosociální bytosti
- ❖ vzájemné a společné přispívání k realizaci vyšších hodnot

A. Tokárová (2003) tvrdí, že člověk si nejlépe kvalitu života uvědomuje, když se jeho životní situace změní zásadním způsobem. Změní se dosavadní pozice člověka a tato změna ovlivní také změny dosavadních hodnot.

3.1. Ukazatele kvality života

Měření kvality života je rozdělené podle J.Křivohlavého (2002) do třech skupin:

- kvalitu života hodnotí druhá osoba
- kvalitu života hodnotí sama daná osoba
- kvalita života se hodnotí kombinací prvních dvou typů

Tři základní ukazatele kvality života, které zahrnují kvalitativní i kvantitativní oblasti:

1. Ekonomické indikátory, sledující mzdové a příjmové rozvrstvení v určité společnosti, distribuci bohatství a chudoby apod.

2. Sociální indikátory, sledují zdraví, zdravotnictví, kriminalitu, vzdělávání, školství a rozmanité empiricky získané demografické ukazovatele.

3. Indikátory subjektivní psychické pohody, které se vztahují k vlastnímu životu jedinců a jejich reakcím.

Ukazatele souvisí s individuálním zhodnocením společnosti a kultury, utvářením hodnotových sociokulturních tradic.

Podle Halečka (2001, 65-68), můžeme k ukazatelům kvality života zařadit ekonomické, politické a kulturní faktory:

- hospodářský systém a jeho stav, možnosti aktivního pracovního uplatnění ve společnosti, tvorba materiálních a duchovních hodnot
- zaměstnanost a sociální zabezpečení v případě nezaměstnanosti
- zabezpečení zdravé výživy obyvatelstva
- úroveň bydlení, bytová výstavba
- péče o zdraví společnosti a její úroveň, způsob zabezpečení v případě nemoci
- pracovní a společenské uplatnění zdravotně postižených lidí
- stav přírodních a sociálních komponentů životního prostředí
- péče o rodinu a o výchovu dětí, stav a úroveň
- podmínky vzdělávání a možnost rozvoje osobnosti po celý život
- zabezpečení plnohodnotného života lidí ve stáří
- svobodné společenské aktivity lidí a jejich účast na společenském životě
- zabezpečení a ochrana základních lidských práv
- možnosti volného času a možnost využívání na odpočinek, kulturní a jiné zájmy sloužící pro rozvoj osobnosti
- péče o lidi odkázaných na sociální pomoc
- zabezpečení sociálních jistot lidí, pocitů jistoty a spokojenosti

Kvalitu života je možné rozdělit na tyto oblasti – fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem.

Podle V. Pacovského (1990) lze uvést, že péče o starého a nemocného člověka v rodině, v jeho vlastní domácnosti je však možná jen při splnění třech základních podmínek:

1. aby se rodina o nesoběstačného geronta chtěla starat
2. aby se o něj rodina mohla postarat
3. aby to rodina věděla

Je jistě důležité vzpomenout na určitý paradox. Na jedné straně se stát snaží přenést břemeno péče na rodiny. Na druhé straně zvyšuje potenciální věk odchodu do důchodu a tím nemožnost starat se o seniora. Další překážkou v možnosti péče o starého člověka je v některých regionech nezaměstnanost a s tím spojené cestování do vzdálenějších měst. Překážkou může být i nedostatečné zastoupení některých služeb a finančně náročnější služby, které si rodina nemůže dovolit.

Od začátku 20. století se projevuje oddělování jednotlivců a zaznamenává snížování více generačního spoluzití, které bylo nejvíce na vesnicích a při bydlení v rodinných domech.

Podle M. Hrozenské (2008) je rodina poznamenána 4 základními skutečnostmi:

- snížení stability manželských svazků
- úbytek dětí v rodině
- rozpad více generačního soužití
- snížení úmrtnosti a prodlužování věku

Dalšími faktory jsou růst vzdělání a kvalifikace, zvýšení zaměstnanosti žen a jiné. Rodina v předcházejícím pojetí se zmenšuje, ne jen počtem členů, ale ve větší míře počtem a intenzitou vzájemných vztahů a vazeb. Přibývají domácnosti s jednotlivci. Situace je tak závažná, že přibývají osamělý jedinci, zbaveni životního a citového zázemí, nebo opory v době životních krizí. Samostatné bydlení seniorů je často spojené s představou vlastní domácnosti v blízkosti dětí a příbuzných. Preferuje se co nejmenší vzdálenost, což umožňuje častý kontakt. V rozporu bývá představa odděleného bydlení a potřeba kontaktů dětí a rodičů. Staří lidé bydlí obvykle ve starších bytech a domech s rizikem pádů a úrazů, často bez telefonního spojení a s omezenou možností dovolat se pomoci. Proto řeší staří lidé změnu bydliště. Považují svůj byt za velký, údržba je pro ně komplikovaná z hlediska fyzických sil i z hlediska finanční stránky.

Rodina má v životě starého člověka velice významnou úlohu. Studie ukazují, že staří lidé žijící doma, v rodinách jsou zdravější, šťastnější a déle samostatní. Každodenní styk s nejbližšími, domácí prostředí má nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře v době kdy zdraví starého člověka slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na péči a pomoci. V systému péče je rodina považována za

základní a nenahraditelný článek. Péče o staré lidi se dostala do popředí zájmu celospolečenských. Pro zlepšení života ve stáří se vytvářejí lepší podmínky.

M.Hrozenká (2008) uvádí, že otázky ohledně sociálních a zdravotních služeb se stávají prioritní po dosažení 70 let a ve věku 80 let a starších jsou již rozhodující.

Pozitivním jevem je intenzivní péče dětí o rodiče. Je znakem koheznosti rodiny i kvality mezilidských a mezigeneračních vztahů. Při poskytování domácí péče však rodina stále více naráží na rostoucí ekonomické a organizační těžkosti. Cílem domácí péče je:

- aby nemocným, starším bylo umožněno zůstat ve svých domácích podmínkách, tam kde prožili svůj život a jsou zde zvyklí
- aby po nemocniční péči byla zabezpečena adekvátní domácí péče
- aby v domácí péči bylo opatření v zájmu předcházení nemocí
- aby bylo možné poskytovat adekvátní odbornou pomoc a péči umírajícímu
- aby domácí prostředí ulehčovalo zdravý způsob života
- aby opatření v domácí péči přispěli ke zvýšení životní spokojenosti – k lepší kvalitě života

Hmotné zabezpečení a kvalita života

Velkou roli hrají v životě člověka finance. Neměli by se stát nejdůležitějším v žebříčku hodnot. Ten kdo zrovna neoplývá finančním blahobytem a hodnota financí u něj zaujímá přední místo v hodnotách života, bude pro něj pravděpodobně kvalita života asi na nižší úrovni. Je známo, že s přibývajícím věkem se snižují materiální nároky. Staří lidé toho většinou mnoho nepotřebují (oblečení, jídlo), jsou skromní. Na straně druhé se zvyšuje potřeba financí na léky, bydlení, popřípadě sociální služby atd. V tomto směru kvalita života úzce souvisí se životním stylem člověka.

Velký význam má příprava na stáří. Zahrnuje vytváření finančních rezerv. Může to být v podobě životního či penzijního pojištění nebo jiných forem spoření. Cílem společnosti je zajistit opatření v oblasti sociálního zabezpečení, pokud nejsou senioři schopni z vážných zdravotních či sociálních důvodů zajistit si dostatečně hmotné zabezpečení.

Zdraví, životní styl a kvalita života

Jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka je určitě zdraví. Nemoc často člověka omezuje. Celkové zdraví (tělesné, psychické, sociální) umožňuje člověku

dosahovat optimální kvalitu života. Se zdravím úzce souvisí zdravý životní styl. Mezi odpovědnou přípravu na stáří především patří : zdravá životospráva, tělesná a duševní aktivita, účast na kulturním a společenském životě, cestování, pěstování koníčků atd.

Cílem společnosti by měla být podpora zdravého životního stylu a zdravého stárnutí, která by vedla ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, k omezení růstu počtu závislých seniorů a k podpoře aktivního života seniorů. Potřeba je také vytvářet předpoklady pro udržení fyzických a psychických schopností u lidí v produktivním věku, ale i u seniorů prostřednictvím osobního rozvoje, sociálního začlenění, rekondice, aktivizace a možností rehabilitace.

Program vlády ČR předkládá opatření v oblasti zdraví a životního stylu:

- podporovat opatření ke zlepšování životního a pracovního prostředí, předcházet úrazovosti a závislosti seniorů odstraňováním bariér na veřejnosti i v domácím prostředí
- zvyšovat informovanost občanů v oblasti ochrany zdraví, prevence nemocí a úrazů, předcházení nepříznivým důsledkům nemocí, zdůrazňovat odpovědnost jedince za kvalitu svého života
- vést cílenou vzdělávací a poradenskou činnost pro střední generaci a seniory se zaměřením na zásady aktivního stárnutí, zejména racionální výživu, životosprávu, pohybové a duševní aktivity
- navrhovat a podporovat sociální programy k udržení nezávislého života starších osob a seniorů
- zlepšovat ochranu a kvalitu životního prostředí a přírody
- vytvořit podmínky pro uplatňování rehabilitace a rekondice, zlepšovat pracovní lékařskou péči, rozšiřovat možnosti rekreačních kapacit, podporovat sportovně rekreační kapacity, kondiční cvičení
- podporovat projekty zaměřené na aktivní stárnutí a zdravý životní styl
- aplikovat specifické požadavky kladené na dopravu s ohledem na potřeby seniorů a osob se zdravotním postižením z hlediska bezpečnosti a přístupnosti

Zdravotní péče a kvalita života

S přibývajícím věkem přibývají i zdravotní problémy. Člověk je nucen vyhledávat častěji lékařskou pomoc. Kvalita života pacientů závisí na kvalitě poskytované péče a

úspěšnosti léčby. Úkolem v této oblasti je podporovat programy prevence a péče o zdraví.

Program vlády ČR předkládá v oblasti zdravotní péče tyto opatření:

- rozvíjet systémy zdravotní péče, zvyšovat účinnost a účelnost zdravotní péče o seniory
- podporovat vznik standardů zdravotní péče o seniory a zdravotních programů pro seniory
- podporovat rozvoj integrované domácí péče
- poskytovat flexibilní služby v komunitě, klást důraz na význam péče v domácím prostředí, zlepšovat koordinaci zdravotní péče a sociálních služeb
- posílit úlohu rehabilitace na úrovni komunity a v domácím prostředí, umožnit a zajistit nácvik používání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- vytvořit podmínky pro multidisciplinární přístup k hodnocení potřeb pacienta seniora na komunitní úrovni.

Sociální prostředí a kvalita života

Sociální prostředí má velký vliv na kvalitu života jedince. Starší lidé se postupně více stávají závislými. Přibývají zdravotní obtíže a člověk je odkázán na pomoc od druhých. Variantou je institucionální péče, která však nenahradí prostředí u vlastní rodiny. Rodinný život starých lidí je velice důležitý pro udržení jejich soběstačnosti a jistou prevencí samoty. Izolovanost starých lidí má negativní důsledky na jejich psychický stav. Velmi přínosné je udržování kontaktu i s lidmi mimo rodinu a zapojovat se do společenského života. Zapojovat se do různých činností a aktivit člověku pomáhá jak po psychické tak i po fyzické stránce.

Bydlení a kvalita života

Bydlení bezpochyby souvisí s kvalitou života. Zvláště pak pro seniory, kteří jsou ve stáří více či méně pohybově omezeni se nároky zvyšují, hlavně co se týká bezbariérových a jiných úprav. Vyhovující bydlení oddaluje odchod seniorů do institucionálního zařízení. Mohou tak nadále bydlet ve svém domácím prostředí, což přispívá k celkové spokojenosti seniora. Pokud se o sebe senior nemůže v domácím prostředí postarat, jsou mu nabízeny sociální služby, které zajišťují základní potřeby v domově-penzionu nebo v domech s pečovatelskou službou. Cílem společnosti je vytvořit

podmínky pro přiměřené a důstojné bydlení seniorů, poskytovat seniorům podporu při přizpůsobení bydlení jejich potřebám, zlepšovat podmínky bydlení s důrazem na jeho individuální charakter a přispívat tak k prevenci a oddálení institucionalizace.

Vzdělávání a kvalita života

V posledních letech se stává velkým trendem celoživotní vzdělávání. Pro starší osoby má vzdělávání mnoho významů. Rozšiřuje vědomostní obzory jedince. Napomáhá k životnímu uspokojení a k pocitu důstojnosti. Člověk tím udržuje duševní i fyzické zdraví, zvyšuje svou kvalifikaci a uplatnění na trhu práce, posiluje nezávislost a začleňuje se do společnosti. Napomáhá člověku v orientaci a uspořádání vlastního života a posiluje spokojenost a duševní zdraví. Vzdělávání v postproduktivním věku plní funkce : preventivní, posilovací, anticipační a rehabilitační. Preventivní ovlivňuje pozitivně průběh stárnutí a stáří. Přípravenosti na změnu ve stylu života (odchod do důchodu) napomáhá funkce anticipační. Rehabilitační funkce souvisí s udržováním fyzických a duševních sil a s přípravou činností pro další etapy života jedince. K rozvoji zájmů, potřeb a schopností starých lidí má velký význam funkce posilovací.

Pracovní aktivita a kvalita života

Důležitou úlohu v životě člověka hraje práce. Poskytuje nejen finanční ohodnocení, ale také umožňuje člověku být součástí sociální skupiny. Má možnost seberealizace a utváření hodnot v rámci společnosti. Jedinec má určité sociální postavení, což mu dává pocit sebevědomí a spokojenosti. Odchodem do důchodu ztrácí jedinec kontakty se společností. Mění se jeho sociální role a jeho sociální postavení. Musí se adaptovat na jiný režim, než byl doposud zvyklý. To všechno se odráží na jeho spokojenosti a záleží na jedinci samotném jak se s novou situací vyrovná.

Sociální služby a kvalita života

Význam sociálních služeb v poslední době nesporně vzrostla. Síť nabízených služeb a můžeme říci, že i kvalita se rozšířila. Především služby terénního typu. Jejich hlavní význam spočívá v prodlužování doby setrvání seniorů v jejich domácím prostředí. Pro seniory to má velký význam. Soběstačnost, fyzickou a psychickou aktivitu a nezávislost si člověk udržuje tím, že je mu umožněno pobývat v rodinném prostředí. Má

pocit, že někam patří a že není izolován. Může vést samostatný život, což přispívá ke kvalitě života a k větší spokojenosti. Někteří ale v domácím prostředí žít nechtějí nebo nemohou. Pro začlenění v ústavu má velkou roli způsob přijetí, zajištění soukromí a vytvoření intimity a to vše v co možná největší míře. Cílem každého poskytovatele péče by měla být hlavně nabídka komplexních služeb. Služby by měly být poskytovány dle aktuálních a individuálních potřeb jedince. To by mělo sloužit k podpoře integrace, předcházení samoty a izolovanosti. Cílem společnosti je vytvořit systém komplexních služeb, dotýkajících se všech sfér života, které respektují individuální potřeby a práva seniorů, které jim umožní setrvat co nejdéle v domácím prostředí.

Společenské aktivity a kvalita života

Podle toho do jaké míry umožňujeme seniorům zapojovat se do společenského života, můžeme hodnotit postoj společnosti k seniorům. Podporujeme tím jejich aktivitu a správný postoj společnosti ke stárnutí a stáří. Také ke vzájemné solidaritě a respektu generací. Staří lidé mají za život spoustu zkušeností a mohou se podílet na vytváření různých projektů a programů.

Etické principy a kvalita života

Členem společnosti se člověk stává od narození. Postupně přijímá hodnoty a normy, osvojuje si zvyky, zásady, postoje a způsoby chování. Společnost prosazuje a uplatňuje etické principy a to vůči všem generacím, bez ohledu na pohlaví, věk, sociální postavení atd. Respekt k jedinečnosti patří mezi hlavní etické principy. Důležité je uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti a nezávislosti osobnosti, k právu na soukromí a vlastní volbu, k právu na sebeurčení. Cílem společnosti je vytvořit podmínky pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, neomezovat jejich základní práva a svobody z důvodu věku a sociálního postavení. Vyhybat se diskriminaci a sociálnímu vyloučení seniorů, posilovat mezigenerační solidaritu, soběstačnost, podporovat postoje porozumění, tolerance a solidarity a uznat přínos seniorů rodině a společnosti.

3.2. Psychologické a sociologické pojetí kvality života

Psychologické pojetí znamená, že je člověk spokojen se svým životem, je podle jeho prožívání a očekávání. Pokud se nám dostane uznání od okolí, kde trávíme svůj čas,

stává se pro nás život lepším. Vychází z myšlení, hodnocení a prožívání člověka. Také z toho co by si v životě přál a co nedostává. Kvalitní život hodnotí jedinec, pokud se mu přání a očekávání shodují s životní realitou. Důležitými aspekty je spokojenost a pocit štěstí. Život má pro jedince smysl, pokud ho blízké okolí uznává. Zvyšuje se tím jedincova sebeúcta.

Sociologické pojetí vychází ze společenského statusu, životního stylu, ekonomického postavení ve společnosti atd. Velmi důležitý je pro hodnocení kvality života z hlediska sociologického právě životní styl. Životní styl je závislý na ekonomickém postavení jedince. Toto postavení se může změnit odchodem do důchodu nebo ztrátou blízké osoby. Hodnota, jakou je zaměstnání, ovlivňuje chování člověka i další oblasti života a životního stylu. (Dvořáčková, 2012, s.64)

Každý hodnotí kvalitu svého života jiným způsobem. Každý z nás vyrůstá v jiném rodinném prostředí, je vychováván jiným způsobem.

„Na způsobu života lidí se podílejí hodnoty ovlivněné rodinným zázemím, výchovou a individuální zkušeností.“ (Dvořáčková, 2012, s.64)

3.3. Metody a nástroje měření kvality života

Nástroje pro měření kvality života dělíme do dvou skupin. Obecné a specifické.

- obecné nástroje – měření kvality života zahrnuje měření schopností v jednotlivých oblastech a profilech zdraví. Jsou zpracovávány jako dotazníky a zajišťují nejdůležitější aspekty kvality života jedince. Obsahují množství oblastí a mohou být aplikovány na osoby s různým druhem nemoci nebo zdravotním stavem. Tyto nástroje se využívají u programů zdravotní péče, u průzkumů obecného zdravotního stavu a při porovnávání jednotlivých nemocí. Nedostatkem může být nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn (Vaďurová, Muhlpačr, 2005, s.52)
- specifické nástroje – měření kvality života se soustředí na aspekty, které se považují za klíčové pro danou oblast měření. Mohou být specifické pro určitou nemoc, schopnost, populaci nebo podmínky. Výhodou těchto nástrojů je úzká specializace a tedy možnost, oproti obecným nástrojům měření, citlivě zhodnotit danou oblast (Vaďurová, Muhlpačr, 2005, s.52)

Tři základní skupiny metod měření kvality života uvádí Křivohlavý (2002, s.165)

- metody měření kvality, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba – objektivní
- metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba – subjektivní
- metody smíšené, které jsou kombinací více uvedených metod

1/ Objektivní metody měření kvality života

Index kvality života – ILF

Tato metoda zavedla slovně formulovaná kritéria. Kritériem jsou např. : sebeobslužnost pacienta, emocionální stav pacienta, sociální opora pacienta atd. Výhodou této metody je, že se na stanovení kritérií nepodílí jen hodnotitel, ale i lékaři, psychologové, zdravotní sestry apod. Hodnocení stavu pacienta je možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích a hodnotit v předem stanovených časových úsecích. (Křivohlavý, 2002, s.168)

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)

Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu se snaží vystihnout celkový stav pacienta především fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Metoda je založena na posouzení vážnosti onemocnění pacienta podle toho, jak se kvantitativně odchyľuje daný stav pacienta od normy. Výsledek se vyjadřuje číselně. Při hodnocení platí, že čím vyšší je číselný údaj, tím vyšší je pravděpodobnost úmrtí pacienta. (Křivohlavý, 2002, s. 165-166)

Visual Analogue Scale – VAS

Metoda hodnotící kvalitu pacientova životaz jeho celkového stavu. Jde o tzv. vizuální škálování celkového stavu pacienta. Vyhodnocení se zaznamenává na 10 cm vodorovnou dlouhou nebo do úhlu 45 nakloněnou stoupající úsečku s dvěmi označenými extrémy : celkový pacientův stav je mimořádně špatnýa celkový pacientův stav je velice dobrý. (Křivohlavý, 2002, s.166)

The Karnofsky Performance Scale

Tato metoda se zaměřuje především na tělesno. Hodnotu tohoto indexu stanovuje lékař a tím se vyjadřuje k pacientovu celkovému zdravotnímu stavu k určitému datu.

Hodnocení se prezentuje v podobě procentuální škály od 1 do 100. Index 100 vyjadřuje normální stav pacienta, bez obtíží. Index 0 vyjadřuje, že pacient je mrtev. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s54)

Spitzer Quality of Life Index – QL

Metoda slouží ke zjištění zdravotního stavu a kvality života pacientů před a po ukončení terapie. Do indexu jsou zahrnuty tyto oblasti kvality života: každodenní život, pohled na život, aktivita, podpora rodiny a přátel, vnímání zdraví. Každá z oblastí zahrnuje okruh lidských činností a úkolem respondenta je označit do jaké míry jsou dané aktivity aplikovatelné v jeho životě. K vyhodnocení slouží škála sestavená z pěti částí se třemi možnostmi. Odpovědi jsou ohodnoceny od 0 do 2 bodů, celkový počet tedy může být 0 až 10 bodů. Škála může být sečtena do celkového skóre nebo samostatně interpretována. Tento nástroj není určen pro zjištění kvality života u zdravé populace. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s.55)

2/ Subjektivní metody měření kvality života

Dotazník SQUALA

Sebeuposuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Zahrnuje také oblasti, jako jsou vnitřní hodnoty např. prožitek svobody, spravedlnost, pravdu, což jsou položky, kde se uplatňuje maximální míra subjektivity názoru. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s.63). S principem měření se nejvíce shoduje Calmanova (Dragomirecká, Škoda, 1997, s17) definice kvality života jako „ zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním na jedné straně a jeho reálnou situací na straně druhé.“ Dotazník můžeme využít v sociální, medicínské, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo za účelem zkvalitnění péče a služeb.

Schedule for the Evaluation of individual Quality of Life – SEIQoL

Metoda, která se nazývá „ Systém individuálního hodnocení kvality života“ . Vychází z toho, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem osobních představ neboli mentálních konstruktů, které máme o věcech, lidech, ideálech atd. Uspořádány jsou hierarchicky. Pokud chceme nějakému člověku porozumět, je potřeba nejprve rozumět tomu, jak vypadá jeho žebříček hodnot, cílů a představ. Byla vytvořena metoda zvaná

„Repertory Grid“ k vystižení pojetí těchto mentálních konstruktů. Taková metoda sítí životních cílů a pojetí, která byla uzpůsobena pro měření kvality života a ke zjišťování osobních cílů. (Křivohlavý, 2002, s. 171-172). Metodou je strukturovaný rozhovor, během kterého se snažíme zjistit aspekty života, které jsou pro respondenta závažné. Respondent uvádí pět životních cílů, které považuje v dané situaci za nejdůležitější. Mezi nejčastěji uváděné podněty patří: zdraví, rodina, práce, finance, vzdělání, náboženství atd. (Křivohlavý, 2002, s. 173) U hodnocení uvádí respondent míru uspokojení s dosahováním určitého životního cíle v procentech od 0 do 100 %.

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting (SEIQoL-DW)

Nástroj vycházející z nástroje SEIQoL. Respondent v něm označuje oblasti života, které považuje za nejdůležitější, hodnotí výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich. Skládá se z pěti barevných disků, které se otáčejí kolem centrálního bodu. Každá část představuje určitou oblast života označenou respondentem jako důležitou pro jeho celkovou kvalitu života. Tyto disky jsou podloženy větším diskem, na němž je zobrazena stupnice od 0 do 100, pomocí níž označí respondent důležitost jednotlivých oblastí. Pokud respondent označí méně, jak pět oblastí, procentuální zastoupení jednotlivých oblastí je pak adekvátně upraveno. Metodou je polostrukturovaný rozhovor, který probíhá ve třech krocích: identifikace životních cílů, zjištění současného stavu každého životního cíle, kvantifikace relativní důležitosti daných životních cílů. (Vaďurová, Muhlpačr, 2005, s. 57-59)

Lancashire Quality of Life Profile – LqoLP-EU

Vychází z Lehmanova „Rozhovoru o kvalitě života“. Původně ho vyvinul Oliver. Je to nástroj který kombinuje subjektivní a objektivní aspekty života v několika oblastech. Metodou je strukturovaný sebesupuzující rozhovor, který obsahuje 105 položek. Je zde zahrnuto devět oblastí: práce a vzdělání, volný čas, finance, vyznání, životní situace, právní status a bezpečnost, vztahy s rodinou, sociální vztahy, zdraví. (Vaďurová, Muhlpačr, 2005, s. 60-61) Subjektivní aspekty jsou hodnoceny sedmibodovou stupnicí životní spokojenosti. Do hodnocení jsou dále zahrnuty tyto oblasti: sebehodnotící

stupnice, pozitivní a negativní city, stupnice kvality života, měření obecné spokojenosti, vnímané skóre kvality života. Tento nástroj je určen především pro psychiatrické pacienty.

3/ Smíšené metody měření kvality života

Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA

Metoda zvaná „Krátký způsob hodnocení kvality života“. Byla vytvořena na universitě v Manchesteru. Variací této metody je LQoLP, o které jsem se zmínila výše. Hodnotí se zde nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s určitými danými dimenzemi. Jsou to tyto dimenze: vlastní zdravotní stav, sociální vztahy, sebepojetí, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, životní prostředí, finanční situace, volný čas, zaměstnání, právní stav, náboženství. Cílem této metody je „vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli.“ (Křivohlavý, 2002, s.176)

Life Satisfactory Scale – LSS

Metoda koncipována v rámci metody MANSA. Jde o tzv. „Škálu životního uspokojení“. Hodnotí jak celkovou spokojenost se životem, tak i řadu dílčích dimenzí. Vychází ze stejného principu jako metoda VAS. Hodnocení se zaznamenává na vizuální sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni. (Křivohlavý, 2002, s. 176-177)

3.4 Kvalita života v domovech seniorů

Ve stáří je kvalita života ovlivňována dobrovolností a přizpůsobení se na umístění do domova. Méně nesnází přináší seniorům dobrovolný odchod do domova a usnadňuje přizpůsobení se. Problematické je umístění nedobrovolné. Přizpůsobení se je těžké a při nezvládnutí situace může senior i zemřít. (Vágnerová, 2007, s.422-423).

Velký vliv na kvalitu života seniorů v domově pro seniory má kvalita péče, kterou jim domov poskytuje. Kvalita těchto služeb je posuzována podle kritérií Standardů kvality sociálních služeb, které se staly v roce 2007 závazným předpisem (Standardy kvality,2009) Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č.2 vyhlášky MPSV č.505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Senior je důležitým a hlavním měřítkem kvality poskytovaných služeb. Senior by měl být spokojený s výsledkem péče, ale i s procesem poskytování (Dvořáčková, 2012,s.91). Senior by měl být do domova umístěn, kdy nezvládá péči o svou osobu a tím se snižuje kvalita jeho života. Péče v domově pro seniory je zabezpečena a tím by měla míra kvality jeho života vzrůst.(Mühlpachr,2009,s.75-77)

4. Sociální služby Plzeňského kraje

Plzeňský kraj leží na jihozápadě České republiky. Hranici kraje na západě tvoří státní hranice se SRN (Bavorskem). Severozápadně leží kraj Karlovarský, severovýchodně kraj Středočeský a na jihovýchodě kraj Jihočeský.



Plzeňský kraj patří k třetímu největšímu samosprávnému kraji České republiky. Počtem obyvatel se však řadí až na deváté místo v České republice. Rozkládá se na ploše 7649 km² s celkovým počtem obyvatel 589 899 k 31.12.2019 . Kraj je administrativně členěný na sedm okresů (Klatovy, Domažlice, Plzeň – město, Plzeň – jih, Plzeň – sever, Rokycany, Tachov). Kraj se rozprostírá na hornatém terénu, s velkým množstvím odlehlých oblastí a lázů. Na 1 km² připadá jen 77,1 obyvatel. Hustota zalidnění je druhá nejnižší v zemi. V kraji je

minimum středně velkých měst. Na metropolitní Plzeň navazují drobné vesnice, 4/5 rozlohy kraje (a 30 % obyvatelstva) tvoří katastry obcí do 2000 obyvatel.

(http://cs.wikipedia.org/wiki/Plze%C5%88sk%C3%BD_kraj)

Údaje o rozloze a obyvatelstvu Plzeňského kraje

Rozloha	7.649 km ²
Počet obyvatel (k 31.12.2019)	589 899
Počet obyvatel na 1 km ²	77,1
Počet obcí se statusem města	57
Počet obcí	501

Pro Plzeňský kraj je typický vysoký počet malých sídel s nerovnoměrným rozmístěním, chybí zde města střední velikosti, struktura středisek je v porovnání s ČR atypická. Město Plzeň se svými 174 842 obyvateli k 31.12.2019 představuje protiklad k malým sídlům, neboť je po Praze druhým nejvýznamnějším centrem v Čechách.

Plzeňský kraj má 57 měst.

Plzeňský kraj je s počtem obyvatel 589 899 osob (k 31. 12. 2019) sedmým nejmenším krajem v České republice a tvoří tak 5,5 % z celkového počtu obyvatel ČR. Rozložení obyvatel v rámci kraje je značně nerovnoměrné. Téměř 30 % obyvatel žije v Plzni a dalších 23,1 % obyvatel je soustředěno do 16 měst s více než 5 tisíci obyvateli. V menších městech do 4 999 obyvatel žije zhruba 14,2 % obyvatel Plzeňského kraje.

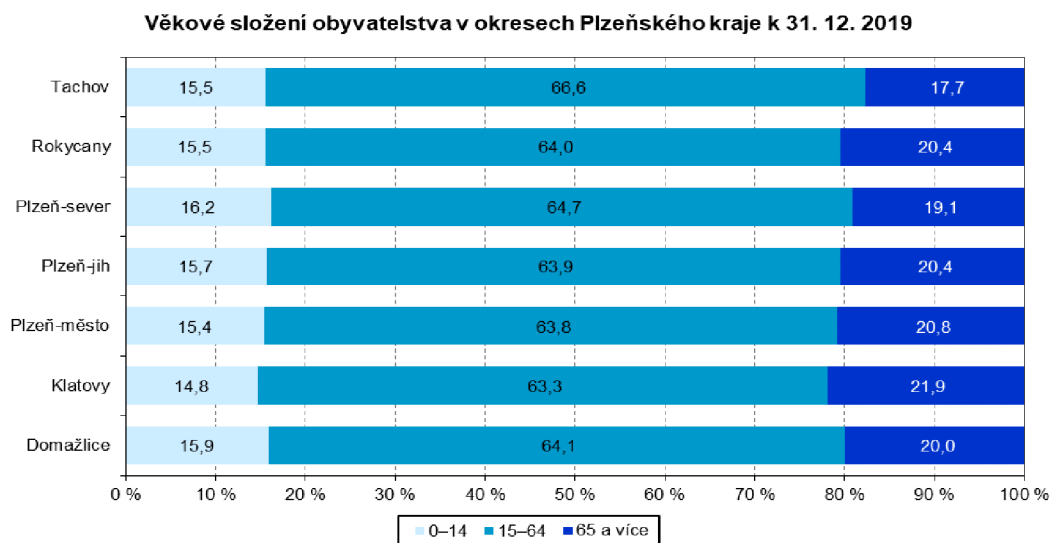
https://www.czso.cz/documents/10180/122245273/charakteristika_cz.pdf/5953f0e5-a75c-48c8-a694-4b40ad9dbd56 (czso.cz)

V kraji žije k 31.12.2019 podle údajů celkem 580 899 obyvatel.

[Obyvatelstvo Plzeňského kraje - 2019 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)

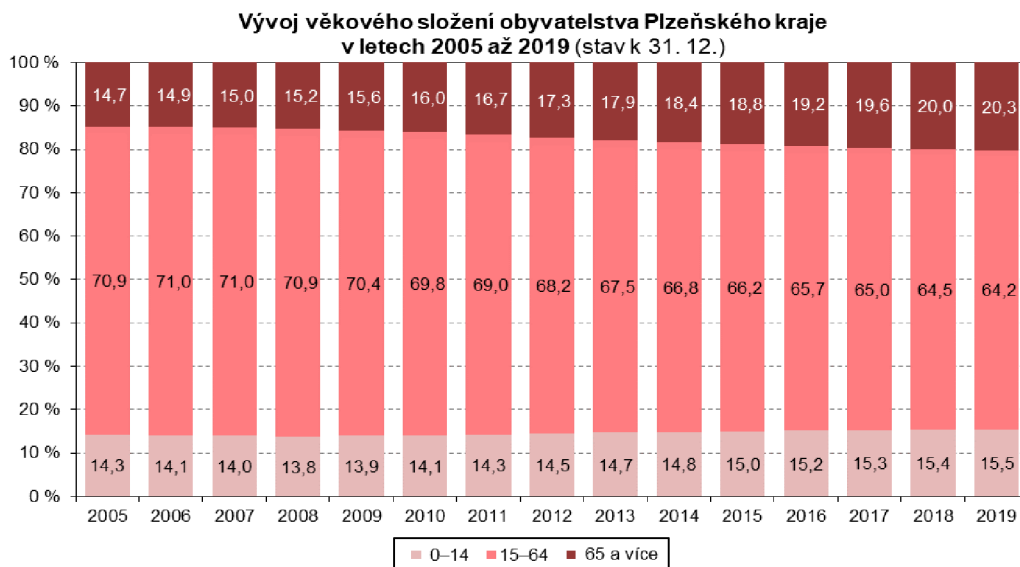
Z hlediska věkové struktury patří Plzeňský kraj k územím se starším obyvatelstvem v ČR, průměrný věk obyvatel kraje dosáhl výše 42,8 let.

Graf č.2 : Věkové složení obyvatelstva v okresech Plzeňského kraje k 31.12.19



<https://www.czso.cz/documents/10180/122245241/13005120g05.png/5588ffc2-a81a-4886-a048-cf561b63cc8b?version=1.3&t=1593163759285>

Graf č. 3: Vývoj věkového složení obyvatelstva Plzeňského kraje



<https://www.czso.cz/documents/10180/122245241/13005120g01.png/3355df31-111a-49eb-8aa5-ba90c025ee2c?version=1.3&t=1593163727424>

Z uvedeného vyplývá, že bude do budoucni potřebné ze strany kraje zvyšovat zdravotní a sociální péči. Především o obyvatele v důchodovém věku.

Stárnutí populace ovlivňuje zvyšování počtu obyvatel, kteří pobírají starobní, invalidní nebo předčasný důchod.

Plzeňský kraj poskytuje sociální služby a péči v rámci vlastních zařízení a též v rámci subjektů mimo zřizovatelské působnosti, které se nacházejí na tomto území.

Plzeňský kraj je v dnešní době zřizovatelem dvanácti zařízení sociálních služeb. Spravuje šest domovů pro osoby se zdravotním postižením a šest domovů pro seniory. V těchto zařízeních je celková kapacita 2013 klientů.

Domovů pro seniory (domovy důchodců) je v počtu stejně jako domovů pro zdravotně postižené. Avšak domovy důchodců mohou nabídnout větší kapacitu pro klienty, a to 1178 míst.

Příspěvková organizace je zařízením sociálních služeb – domov pro seniory, které v souladu s ustanovením § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Příspěvková organizace zajišťuje tyto základní činnosti : poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Příspěvková organizace poskytuje sociální poradenství v souladu s ustanovením § 37 odst.2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Příspěvková organizace poskytuje v souladu s § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ošetrovatelskou, popřípadě rehabilitační péči osobám, kterým poskytuje pobytové sociální služby, prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Příspěvková organizace plní další povinnosti, které jí stanoví zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Mimo vlastní zařízení má Plzeňský kraj také neveřejné poskytovatele (právnícké a fyzické osoby), které vykonávají aktivity v sociální sféře. Právě jednotlivé subjekty doplňují síť sociálních služeb v kraji. Poskytují i ty služby a péči, které Plzeňský kraj nemá ve své zřizovatelské působnosti. Zaměřují se na zařízení rodinného typu.

Propojují více druhů aktivit. Těmi jsou sociální služby, sociální poradenství, opatření sociální prevence, sociálně-právní ochranu dětí atd.

Zařízení jsou většinou zaměřené na sociální služby pro seniory a obyvatele v produktivním věku. Určité sociální služby se rozšiřují do působnosti měst a obcí. Nejvíce služeb poskytují města v zařízení pečovatelské služby. Největší kapacitu v zařízení domova důchodců a domova sociálních služeb pro seniory. Mimo zařízení sociálních služeb, jsou poskytované terénní pečovatelské služby, přepravní služby, stravovací služby, sociální prevence a poradenství.

Největší zastoupení z hlediska kapacity mají zařízení sociálních služeb ve zřizovatelské působnosti Plzeňského kraje.

Služba typu pečovatelské služby pro seniory a zdravotně postižené, se jeví jako nedostatečná. Tato služba má sloužit pro potřeby zabezpečení klienta v době přechodného zhoršení zdravotního stavu, občanům osamělým a jako odlehčující služba pro rodinu. Pro potřeby kraje by bylo ideální, kdyby každé okresní či větší město mohlo takovou službu poskytovat.

Domovy důchodců a domovy sociálních služeb pro seniory jsou institucionální formou poskytování služeb. Plzeňský kraj v současné době pocítuje zvýšený zájem o služby domova sociálních služeb a domovů důchodců.

4.1. Financování sociálních služeb v Plzeňském kraji

Na udržení kvantity a kvality sociálních služeb je potřebné a nutné zabezpečení zdrojů financování těchto služeb a péče. Jako každý kraj, tak i Plzeňský kraj trpí nedostatkem zdrojů na pokrytí zabezpečení rozvoje sociálních služeb. Příjem financování se předpokládá ze zdrojů samosprávy kraje.

Financování sociálních služeb zastřešuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který uvádí podmínky financování sociálních služeb pro různé poskytovatele.

Všichni poskytovatelé získávají finanční prostředky na sociální služby z více zdrojů. Poskytovatelé veřejní jsou financováni z veřejného rozpočtu poskytovatele, z úhrad za sociální službu od příjemce na základě smlouvy, z darů a jiných prostředků tak jak popisuje zákon.

Neveřejní poskytovatelé jsou financováni z finančních příspěvků podle stupňů potřebnosti. Dále jsou financováni z úhrady za sociální služby od příjemců těchto služeb, z vlastních zdrojů, darovaných zdrojů a jiných, které popisuje zákon o sociálních službách.

Plzeňský kraj využívá na financování sociálního zabezpečení z mnoha zdrojů: z daňových příjmů, z nedaňových příjmů, z dotací, z rezerv a mimorozpočtových příjmů. Příjmy slouží k pokrytí nákladů jednotlivých zařízení rozpočtových zařízení a neveřejných poskytovatelů. Kraj poskytuje finanční prostředky zařízením sociálních služeb na 1 klienta v závislosti na druhu a vážnosti poskytované sociální služby. Mimorozpočtové prostředky jsou z úhrad pojistného plnění, darů, od sponzorů, transfery, které poskytuje Úřad práce.

Na finanční pokrytí zabezpečení všech sociálních služeb, vlastního zařízení, neveřejného zařízení, případně poskytnuté příspěvky obcím, vynakládá Plzeňský kraj vysoké prostředky z vlastních zdrojů. Pro udržení poskytování sociálních služeb a péče je velice potřebné, aby na poskytování sociálních služeb participovala také obec pro své obyvatele ze svého rozpočtu. Obec po uzavření smlouvy o poskytování sociální služby, dofinancuje zařízení rozdíl nákladů oprávněných na jednoho klienta. Kraj poskytuje finanční prostředky na výdaje organizacím ve své zřizovatelské působnosti, tak i neveřejnému zařízení.

4.2. Sociální služby Klatovsko

Území Klatov leží v šumavském podhůří poblíž jihozápadní hranice České republiky s Německou spolkovou republikou, 40 km jižně od Plzně při mezinárodní silnici E53. Bývalé královské město Klatovy jsou moderním městem s bohatou historickou tradicí. Počtem obyvatel jsou po Plzni druhým největším městem Plzeňského kraje. Klatovy jsou okresním městem: rozloha okresu – 1939,6 km², počet obyvatel – 87 524 osob, hustota zalidnění – 45 obyvatel na 1 km², v okrese Klatovy je 95 obcí, z toho 11 měst. Nadmořská výška 405 m.n.m.

Počet obyvatel v produktivním věku se stále snižuje a počet obyvatel v důchodovém věku se zvyšuje. Takový ukazatel nás upozorňuje, že přírůstek obyvatel v důchodovém věku je rychlejší než přírůstek v kategorii produktivního věku obyvatel. Potřeba sociálních služeb je velice potřebná. Velmi potřebné není jen zabezpečení seniorů, ale také poskytování více sociálních služeb.

Ošetřovatelská služba ve smyslu platných právních předpisů se poskytuje fyzické osobě, která potřebuje pomoc jiné osoby, kvůli svému špatnému zdravotnímu stavu. Tato pomoc se poskytuje, aby byla zajištěna sebeobsluha, péče o domácnost, popřípadě základní

sociální úkony. Služba tohoto druhu je financována z městského rozpočtu. Podle demografického vývoje je čím dál více osob, které potřebují a vyžadují pomoc jiné osoby.

Domácí ošetrovatelská péče byla založena v roce 1995 a je součástí Městského ústavu sociálních služeb Klatovy, příspěvkové organizace. Tým domácí ošetrovatelské péče tvoří 4 registrované zdravotní sestry. Zdravotní sestřičky ošetří během roku něco přes sto pacientů, u některých je třeba krátkodobá péče, někde dlouhodobá. Poskytování odborné zdravotní péče občanům Klatov a okolí v jejich domácím prostředí. Hlavním cílem péče je udržet pacienty co nejdéle v jejich domácím prostředí. Senioři, zdravotně postižení a ostatní nemocní, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci a jsou indikováni k domácímu ošetřování.

Senioři mohou také využívat klub důchodců. Je pro ně poskytováno společenské a kulturní vyžití. Klub je financován z rozpočtu města. Klub seniorů byl začleněn pod Městský ústav sociálních služeb Klatovy v roce 2005. Od počátku vzniku klub prošel velkými změnami. Z původních 15 členů vzrostl na současných 270. Původně se senioři scházeli nepravidelně za účelem popovídat si, dnes si senioři mohou vybrat z pestré nabídky přednášek, kulturních akcí, výletů a zájmových kroužků. Mezi oblíbené aktivity patří sborový zpěv, šachy, trénování paměti, základy práce s počítačem, hovorová němčina, taneční kroužek, plavání, turistika nebo jóga. Klub seniorů je klatovské veřejnosti znám především díky pěveckému sboru „Seniorky“ a kroužkem country tanců. Vystupují u příležitosti veřejných akcí. Sami pořádají masopust, seniorský ples, předvánoční setkání, setkání ke Dni matek, dvakrát ročně výstavu ručních prací a podobně. Vedoucí klubu seniorů, paní Věra Heřmánková říká: „ Co svět světem stojí, lidé, touží po dlouhém životě a věčném mládí. Otázka, jak tedy žít? Jak na to? V našem klubu seniorů Klatovy máme osvědčený recept – žít aktivně!“

Formou sociální služby je také zabezpečení stravování. Důchodcům je poskytováno formou donášky stravy do domácnosti. Tato služba se poskytuje na základě žádosti důchodce. Mobilní důchodci mají možnost stravování se ve školních jídelnách, které jsou ve zřizovatelské působnosti města. Pečovatelská služba je tradiční terénní sociální službou, jejím cílem je umožnit člověku i přes nepříznivou sociální situaci setrvat ve vlastním domácím prostředí a zachovat vlastní životní styl i v náročných životních obdobích. Historie vzniku pečovatelské služby sahá v klatovském regionu do roku 1972. Dříve se tato služba zaměřovala hlavně na rozvoz obědů. V současné době je jejím

trendem nabízet a poskytovat komplex služeb lidem, jejichž schopnosti zejména v oblasti osobní péče a péče o domácnost jsou sníženy. Podstatou služby je pomoci těmto lidem zvládnout vyjmenované, předem dohodnuté běžné každodenní úkony, které by dělali sami, kdyby jim v tom nebránilo zdravotní postižení nebo stáří. Ke každému klientovi se přistupuje individuálně, služby se přizpůsobují možnostem a schopnostem každého člověka, popřípadě se mu radí s úpravou domácího prostředí. Zaměstnanci se každý rok účastní odborných školení, nové informace využívají k poskytování kvalitních a kvalifikovaných služeb. Pečovatelská služba je poskytována v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, s prováděcí vyhláškou č.505/2006 Sb. a s obecně závaznými právními předpisy. Cílovou skupinou jsou senioři, osoby se zdravotním postižením a rodiny, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí.

Sociální pomoc v zařízení s denním pobytem je poskytována osobám odkázaných na pomoc jiné osoby v zařízení pečovatelské služby. Služba se poskytuje osobám s vážným zdravotním stavem, které jsou odkázané na pomoc jiné osoby a příslušníci rodiny jsou zaměstnaní a celodenní pomoc svému blízkému poskytnout nemohou. Centrum denních služeb poskytuje svoji službu od roku 2002, kdy byla tato služba registrována u Krajského úřadu v Plzni. Došlo tak k propojení dvou sociálních služeb – pobytové (domov pro seniory) a ambulantní (centrum denních služeb). Klienti obou zařízení tak mohou společně navštěvovat , volnočasové aktivity, kulturní akce, účastnit se výletů, vzájemně obohacovat svůj život. Posláním centra denních služeb v Klatovech je podporovat seniory, osoby se zdravotním postižením a osoby s chronickým onemocněním po část prvního dne v aktivním způsobu života ve společnosti jejich vrstevníků. Služba je určena seniorům a zdravotně postiženým osobám, kteří jsou alespoň částečně mobilní a kterým jinak potřebnou pomoc v odpoledních a nočních hodinách a ve dnech pracovního klidu poskytují jejich rodinní příslušníci nebo jiné osoby. Služba se poskytuje občanům města Klatovy a spádových obcí.

Služba není určena osobám jejichž zdravotní stav podle §36 vyhlášky č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách:

- vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- nejsou schopny pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční choroby

- chování osob by z důvodu duševní choroby zásadním způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Na území města se nachází různé sociální zařízení, které jsou v zřizovatelské působnosti. Nachází se zde i několik občanských sdružení, které poskytují různé sociální služby jako organizace neziskové.

Městský ústav sociálních služeb Klatovy, příspěvková organizace poskytuje pomoc a podporu osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím těchto služeb:

- Domov pro seniory v Klatovech, Podhůrecká 815/III, 339 01 Klatovy
- Domov pro seniory v Újezdci čp.1, 339 01 Klatovy
- Domov pro seniory se zdravotním postižením v Újezdci čp.14, 339 01 Klatovy
- Centrum denních služeb v Klatovech, Podhůrecká 815/III, 33901 Klatovy
- Pečovatelské služby v Klatovech, Balbínova 59/I, 33901 Klatovy
- Azylový dům, Koldinova 276/II, 339 01 Klatovy
- Sociální ubytovny, Koldinova 277/II, 339 01 Klatovy
- Noclehárny, Koldinova 277/II, 339 01 Klatovy
- Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, Balbínova 59/I, 339 01 Klatovy
- Klub seniorů, Plánická 208/I, 339 01 Klatovy
- Domácí ošetrovatelská péče, Balbínova 59/I, 339 01 Klatovy

Posláním MěÚSS Klatovy je poskytovat odborné a bezpečné sociální služby zaměřené na zlepšení kvality života uživatelů.

Základní zásady poskytovaných sociálních služeb:

- *zachování lidské důstojnosti osob
- *pomoc vychází z individuálně určených potřeb osob
- *podpora rozvoje samostatnosti
- *neprohlubovat závislost na službě
- *partnerství (spolupráce, vzájemná komunikace, respektování postojů a názorů osob)
- *posilování sociálního začleňování (udržování sociálních vazeb, kontakt s rodinou, s přirozeným sociálním prostředím)
- *kvalita (týmová spolupráce, vzdělávání zaměstnanců, odbornost a bezpečnost poskytovaných služeb)

*rovnost (bez diskriminace)

*dodržování lidských práv

Plánem MěÚSS Klatovy, příspěvkové organizace je:

- ✓ Kvalitu poskytovaných sociálních služeb zvyšovat pravidelným vzděláváním a prohlubováním odbornosti zaměstnanců
- ✓ Sociální poskytované služby směřovat k tomu, aby nebyly poskytovány plošně, ale aby vycházely z individuálních potřeb zájemců a uživatelů služeb
- ✓ Dosahovat vyšší úrovně poskytovaných služeb kvalitním technickým vybavením se speciálními pomůckami pro danou sociální službu, u pobytových zařízení vytvářet příjemné prostředí
- ✓ Pokračovat ve zdokonalování a naplňování standardů kvality sociálních služeb v rámci organizace
- ✓ Pečovat o své zaměstnance, poskytovat jim odbornou pomoc a podporu. Chránit práva zaměstnanců, zajišťovat bezpečnost a odborný růst zaměstnanců.

Domovy důchodců a domovy sociálních služeb jsou určeny pro seniory v rámci celého okresu. Domov pro seniory v Klatovech je zřízený pro seniory nad 60 let, kteří již nemohou nadále zůstat ve svém domácím prostředí. Domov pro seniory v Újezdci poskytuje pobytové služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a zdravotního stavu a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov pro osoby se zdravotním postižením v Újezdci poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

4.3. Charakteristika sociálního zařízení v Újezdci

Zařízení, které budu popisovat, je domov důchodců a sociálních služeb, které se nachází v obci Újezdec.

Historie domova si zaslouží být zmíněna. Hlavní budova byla vystavěna původně jako zámeček. V držení objektu se vystřídalo mnoho soukromých majitelů. Poslední majitel jej v roce 1922 prodal Revizní radě hornické v Plzni. Rada zřídila v objektu hornickou zotavovnu, která svému účelu sloužila až do protektorátu. Pamětní knihy dokladují, že v období druhé světové války bylo zařízení využíváno pro válečné účely. Po válce převzal budovu Státní statek Veselí za účelem vybudování zemědělského učiliště. Od září 1955 se začíná odvíjet sociální historie objektu. Zámeček přebírá ONV Klatovy –

odbor sociálních věcí a zdravotnictví a zřizuje zde domov důchodců pro 19 obyvatel. Domov prošel za dobu své existence mnoho změnami, největší rekonstrukce do dnešní doby proběhla v letech 2001-2002. Dnes může poskytovat toto zařízení služby pro 79 klientů v moderně vybavených pokojích. Domov poskytuje podporu a pomoc seniorům, kteří z důvodu vysokého věku a zdravotního stavu nemohou žít nadále ve svém domácím prostředí. V tomto zařízení jim pomohou s osobní hygienou a péčí o vlastní osobu za pomoci nejmodernějšího vybavení. Zajišťuje také zdravotní péči, spolupracuje s praktickými a odbornými lékaři. Výhodou pro klienty je, že lékaři dojíždějí do zařízení.

V prostorách domova jsou k dispozici klientům kadeřnice a pedikérky. Kiosek v domově nabízí ve všední dny klientům omezený sortiment základních potravin, pochutin a drogerie, větší nákup je možné obstarat v blízkých samoobsluhách. Pro věřící klienty jsou přístupny bohoslužby v místní kapli. Od roku 2004 se domov může pochlubit tzv. mezigeneračním projektem, který probíhá ve spolupráci s Mateřskou školou Luby. Základní myšlenkou projektu bylo zprostředkovat dětem a seniorům společná setkání a oboustranné učení se mezigenerační spolupráci. Děti jezdí pravidelně do domova a společně se seniory cvičí, zpívají nebo se věnují tematicky zaměřené výzdobě domova. Návštěvy klientů v mateřské škole jsou provázeny emocemi a pohodou. Úzká spolupráce probíhá také s Mateřskou školou v Máchově ul. v Klatovech. Děti do domova přicházejí již třetím rokem s jistou pravidelností, ať už za účelem různých vystoupení nebo společného vyrábění se seniory. Z mezigenerační spolupráce mají v domově velkou radost. Přes počáteční rozpaky obou generací se atmosféra setkávání postupně měnila v bezprostřední a přátelské „štěbetání“ dětí a seniorů. O pozitivěch mezigenerační terapie nejsou pochybnosti a budou v ní určitě i nadále pokračovat. Pro klienty domova jsou vždy návštěvy dětí pohlazením po duši a děti získávají nový obzor a pohled na seniory. Návštěvy rodinných příslušníků, známých a kamarádů klientů v domově nejsou limitovány časem. Vítání jsou v průběhu celého týdne i ve svátky. Služby jsou v domově poskytovány, stejně jako v domově klatovském, na základě potřeb, přání a požadavků klientů. Proto je přístup ke klientům individuální a neposkytují se služby plošně. Klienty podporují a pomáhají jim k samostatnosti a soběstačnosti. Stejně také pomáhají klientům udržovat kontakt s rodinou, přáteli a důležitými osobami v jejich životě. Pro každého klienta je, stejně jako ve všech pobytových službách k dispozici klíčový pracovník, který je garantem poskytování kvalitní služby. Pomáhá klientům podnikat kroky k plnění osobních cílů v souladu s jejich potřebami a zájmy. Služby jsou poskytovány za úhradu dle

aktuálního ceníku. Platí, že v případě nízkého důchodu je úhrada ponížena tak, aby klientovi zbylo po zaplacení alespoň 15 % příjmu. Úhrada za péči je stanovena ve výši přiznaného příspěvku na péči. Pro klienty je připravena ve všedních dnech bohatá nabídka volnočasových aktivit. Sami se rozhodují, kterých se chtějí účastnit. Podporuje se jejich vlastní rozhodování a aktivita. Mezi hojně navštěvované aktivity patří například trénování paměti, předčítání knih, skupinové cvičení, ruční práce a zpívání s harmonikou. Společně s klienty se plánuje využití volného času také mimo domov, zprostředkovávají se jim programy klatovského kulturního domu, divadla, kina a muzea. Za kulturou mohou klienti vyrazet díky automobilu pro 9 osob. V těsné blízkosti domova je zastávka autobusu. Automobil je využíván pro nákupy klientů v 6 km vzdálených Klatovech. K dispozici je seniorům i tělocvična s rotopedem, masážní přístroje a další rehabilitační pomůcky. Dva dny v týdnu je přímo v prostorách domova otevřen kiosek. Jedním z kritérií pro volbu domova je pro klienty rozlehlá zahrada a klidná lokalita. Klienti zde nemohou pozorovat pohyb lidí a automobilů, ale oceňují klid, čistý vzduch a krásnou přírodu. Ten kdo nechce jen sedět, debatovat s ostatními nebo jen poslouchat ticho, může na zahradě využít seniorské hřiště. Cvičením na různých pomůckách tak klienti mohou na čerstvém vzduchu udržovat svoji kondici.

<http://www.muss.klatovynet.cz/muss/user/neprehlednete%201/zpravodaj.pdf>

Aktuálně je kapacita domova 79 klientů ubytovaných ve dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Průměrný věk klientů je 81 let.

V roce 2016 byla dokončena II. etapa čištění požární nádrže, prováděly se malířské práce ve stravovacím provozu, byla opravena další část oplocení domova pro seniory, opravena střecha na sušárně prádla, vyměněn ohříváč vody, opraven el. sporák, kotel a pračka. Bylo provedeno vybagrování a vytrídění odpadu z bývalého bazénu, který se bude využívat na bioodpad a současně byl tento prostor oplocen. Do stravovacího provozu byl zakoupen nářezový stroj, škrabka brambor a chladicí box. Byly pořízeny dvě čističky vzduchu, toaletní a sprchové vozíky, polohovatelná křesla, antidekubitní matrace, 30 ks příkryvek a polštářů, 15 ks šatních skříněk pro zaměstnance, zahradní drtič na větve.

II. Praktická část

5. STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Poskytovatel sociálních služeb má písemně definováno a zveřejněno poslání, zásady a cíle poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována.

Posláním je poskytnout sociální služby a péči svým uživatelům prostřednictvím kvalifikovaného personálu.

Stanovenými cíli je : zajistit péči lidem, kteří přes svůj zdravotní stav a věk nemohou zůstat v přirozeném prostředí domova, vypracování individuálních plánů klientů a dodržování metodiky poskytované péče, další vzdělávání pracovníků v sociálních službách, podle zákona č.108/2006 Sb., v platném znění.

Zásady: respekt a soukromí uživatelů, respekt názoru na výběr služby, respekt věku a svobodu myšlení, možnost kontrolovat a řídit svůj život, dodržování práv uživatelů, zapojení uživatelů do veřejného dění, zachování rodinných a společenských vazeb uživatelů.

Sociální služby a pečovatelské služby jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a občany, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.

Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociálních služeb.

Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociálních služeb.

2. Ochrana práv osob

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situací, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociálních služeb mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob.

K porušení práv a svobod může dojít v oblastech:

- narušení spánku uživatelů v ranních hodinách
- pomoc při zajištění chodu „domácnosti“
- vstup do obydlí uživatele
- nedotknutelnost osoby
- uživatel má právo rozhodovat o svém vzhledu
- jednání s klientem při poskytování sociálních služeb
- podání stížnosti ze strany uživatele sociálních služeb
- manipulace s uživatelem
- jednání příslušníků rodiny za zájemce či uživatele sociálních služeb
- nakládání s klíčem od obydlí uživatele sociálních služeb

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální služby, včetně pravidel pro řešení těchto situací. Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Oblasti, ve kterých by mohlo dojít ke střetu zájmů:

- jednání se zájemcem o sociální službu
- poskytování sociálních služeb
- vztah uživatel – pracovnice sociálních služeb
- rozpor svobodné vůle uživatele a jeho dobra, zejména vzhledem ke zdravotnímu stavu

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů.

3. Jednání se zájemcem o sociální služby

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální služby srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby.

Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální služby jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociálních služeb.

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální služby z důvodů stanovených zákonem.

4. Smlouva o poskytování sociálních služeb

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociálních služeb s ohledem na druh poskytovaných sociálních služeb a okruh osob, kterým je určena.

Usiluje se o to, aby písemná forma smlouvy splňovala představy uživatele a byla pro něj jednoduchá, srozumitelná a odpovídala jeho potřebám. Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích, poskytovatel i uživatel obdrží jedno vyhotovení.

Ve smlouvě jsou stanovena jasná pravidla a řádně se eviduje. Každá smlouva obsahuje rozsah, místo a čas sociální služby, výši úhrady, výpovědní důvody a lhůty, dobu platnosti. Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně. Uživatelé jsou seznámeni s vnitřními pravidly domova a sociálních služeb. Uživatelé svými podpisy souhlasí se zpracováním osobních údajů, potřebných k poskytování sociálních služeb.

Uživatel může vypovědět smlouvu kdykoliv, bez udání důvodu. Poskytovatel sociálních služeb jen za podmínek uvedených ve smlouvě.

Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze pokud:

- a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá
- b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá

Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociálních služeb postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy

Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociálních služeb s ohledem na osobní cíle závislých na možnostech, schopnostech a přání osoby.

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociálních služeb, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby. Každému uživateli je poskytována individuální služba, dle jeho představ a přání. Cílem je umožnit každému uživateli sociálních služeb přes jeho zdravotní stav a věk žít běžným životem a v přirozeném prostředí.

Poskytovatel společně s klientem plánuje průběh poskytování sociálních služeb s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

Uzavřená smlouva se zaměřuje na představu uživatele, zdravotní stav a individuální komunikaci. Nezapomíná se na rodinné příslušníky, se kterými je spolupráce důležitá. Evidují se individuální plány a cíle, které chce klient dosáhnout. Tímto se sleduje, zda je dosaženo poslání sociálních služeb.

Poskytovatel společně s klientem průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle. Za průběh poskytování sociálních služeb je zodpovědná vedoucí sociálního zařízení. Je koordinátorkou týmu pečovatelek. Všímá si zájmů a potřeb uživatel. Spolupráce s rodinnými příslušníky je velice důležitá.

Klíčovým pracovníkem je po domluvě s klientem ten, kdo o klienta nejvíce pečuje, pokud to kapacita sociálního zařízení umožňuje.

Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací o průběhu poskytování sociálních služeb jednotlivým osobám (tzv. denní hlášení).

6. Dokumentace o poskytování sociálních služeb

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým jsou sociální služby poskytovány, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace.

Osobní spis obsahuje osobní údaje, které jsou stanoveny jako nezbytné pro poskytování bezpečných a kvalitních služeb. K osobním spisům mají přístup jen určení pracovníci sociálních služeb. Využívají se jen za účelem poskytování kvalitních služeb. Při práci s osobními údaji se postupuje v souladu s platnými právními předpisy, zejména zákonem o ochraně osobních údajů.

Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost klienta.

Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociálních služeb.

Písemnosti vznikající v souvislosti s poskytováním sociálních služeb podléhají spisovému a skartačnímu řádu. Uchovávají se po dobu 5 let po skončení platnosti smlouvy.

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb, a to ve formě srozumitelné osobám.

Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti. S těmito postupy jsou seznámeni rovněž i zaměstnanci poskytovatele sociálních služeb.

Poskytovatel stížnost eviduje a vyřizuje písemně v přiměřené lhůtě.

Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

Uživatelé služeb jsou seznámeni s možností stěžovat si na poskytnutí služby při podpisu smlouvy o poskytnutí sociálních služeb. Jsou poučeni jak postupovat.

Klienti sociálního zařízení si mohou stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb.

Snahou je, aby každý stěžovatel neztratil důvěru v postup poskytovatele a proto je několik zásad pro vyřizování stížností: vstřícné a věcné přijetí žádosti, diskrétnost – etická pravidla, mlčenlivost, poskytnutí podpory a času při podávání stížnosti, objektivní a spravedlivý přístup, vyřizování stížnosti nezávislým pracovníkem, rychlost, efektivnost, jasný závěr, nápravná opatření. O postupu řešení stížnosti je veden písemný zápis. O vyřízení stížnosti je klient písemně informován.

Stížnost – projev nespokojenosti uživatele nebo jiné osoby s poskytovanou sociální službou, nebo způsobem jak je poskytována. Stěžovatel chce dosáhnout nápravy kritizovaného stavu. Stížnosti bývají podány, která poukazují na porušení práv uživatelů, jejichž zajištění je přímo spojeno s odpovědností či povinností poskytovatele. Tato podání jsou často provázána negativními emocemi a poruchou vzájemné komunikace.

Podnět a připomínka – ústní podání uživatele nebo jiné osoby ke zlepšení kvality sociálních služeb. Tím se rozumí například drobná kritika, pojmenování nedostatků nebo nespokojenost. Podnět či připomínka neobsahují informace o porušení práv či povinnosti poskytovatele. Při podání podnětu a připomínky existuje vcelku bezpečná a funkční komunikace. Podávající důvěřuje, že ústní komunikace povede k vyřešení situace. Případné připomínky a podněty jsou jednoduše a přehledně zapsány a vyhodnoceny. Jde o přehled o situaci a potřeb klientů. Podnět a připomínka pomáhá předcházet riziku vzniku opravdové stížnosti.

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby klient mohl takové služby využívat.

Spolupracuje s právníckými a fyzickými osobami, které osoba označí, v zájmu dosahování jejích osobních cílů.

Zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právníckých osob podle jejich individuálně určených potřeb.

Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím. Nenahrazuje instituce, které poskytují služby veřejnosti, ale naopak s nimi spolupracuje a podporuje uživatele, aby jich mohl využívat. Pomáhá uživateli využívat běžné komerční a veřejné služby.

9. Personální a organizační zajištění sociálních služeb

Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců. Organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována.

Má písemně zpracovánu vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.

Má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovním vztahu s poskytovatelem.

Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociálních služeb.

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle zákona č.108/2006.

Každá pracovnice je seznámena se závaznými normami a pracovními podmínkami (pracovní smlouva, pracovní náplň). Musí dbát na dodržování předpisů o bezpečnosti práce, účastnit se školení spojených s jejich zaměstnáním, používat ochranné pomůcky a plnit povinnosti vyplývající z jednotlivých pozic.

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace.

Má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců, systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě, systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců.

Zajišťuje pro zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociálních služeb podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

Snaží se, aby sociální služby byly co nejpohodlněji využívány a přizpůsobeny potřebám klientů.

12. Informovanost o poskytovaných sociálních službách

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

Veřejné informace obsahují základní informace o poskytovateli (název, adresu, místo poskytování, telefonické spojení na odpovědného pracovníka, cíle a podmínky sociálních služeb, označení skupiny uživatelů).

13. Prostředí a podmínky

Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřeného druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám

osob. Vydává a uplatňuje svá vnitřní pravidla, která jsou vypracována písemně a jsou dostupná personálu. Vnitřní pravidla jsou přístupná uživatelům sociálních služeb. Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takové prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám

14. Nouzové a havarijní situace

Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociálních služeb a postup při jejich řešení.

Nouzové situace, které mohou nastat: úraz pracovníka sociálních služeb, poškození majetku uživatele sociálních služeb, zhoršení zdravotního stavu uživatele sociálních služeb, zjištění fyzického násilí uživatele sociálních služeb, nalezení mrtvého klienta, agresivní klient, nedostatek pracovníků sociálních služeb, vyčerpání finančních rezerv, infekční, virové či bakteriální onemocnění uživatele sociálních služeb.

Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální služby, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít.

Vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

15. Zvyšování kvality sociálních služeb

Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociálních služeb v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob. Průběžné hodnocení probíhá na poradách.

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociálních služeb.

Vedoucí pracovník sociálních služeb zjišťuje spokojenost návštěvou klientů, jak jsou se službou spokojeni (naplnění osobních cílů uživatele). Vyhodnotí, zda je sociální služba poskytována dle potřeb klienta a zda způsob poskytování odpovídá jeho přání.

Při změnách v sociálních službách jsou podle potřeby rozdány dotazníky se spokojeností klientů sociálních služeb, nebo probíhá řízený rozhovor, aby pracovníci sociálních služeb měli přehled, jak vykonávají svoji práci, zda jsou klienti spokojeni s poskytováním úkonů. Slouží k internímu posouzení služeb. Vyhodnocování slouží ke zlepšení kvality služeb. Stížnost a kritika je podnětem pro další rozvoj a zvyšování kvality služeb.

Z hodnocení lze zjistit, zda je poskytovaná služba pro klienty přijatelná, spolehlivá, komunikativní, dostupná, kompetentní a důvěryhodná.

Poskytovatel služeb se zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby a další zainteresované fyzické a právnické osoby.

6. Charakteristika a volba metody průzkumu

Cílem této části diplomové práce je zjistit kvalitu života starých lidí žijících v domovech důchodců. Dotazování označovali míru důležitosti a míru spokojenosti u jednotlivých otázek a cílem bylo porovnat výsledky v určitých oblastech života.

Výběru metody a šetření předcházelo vypracování rešerší z odborné literatury a dalších zdrojů. Po prostudování a vyhodnocení všech zdrojů literatury jsem zvolila jako nejvhodnější dotazníkovou metodu (techniku kvantitativního výzkumu). Tuto metodu jsem zvolila, díky jejím výhodám, kterým jsou anonymita, získání informací v krátkém čase od většího množství respondentů a možnost statistického hromadného zpracování. Avšak bylo nutné počítat s vyplněním dotazníku jinou osobou, než je respondent a nemožností ověření pravdivosti informací. Informováním respondentů o účelu a významu průzkumu jsem se snažila tyto nevýhody minimalizovat.

Metodika výzkumu se zabývá průběhem celého výzkumu, rozebírá celý výzkumný soubor a popisuje metody, které byly při výzkumu použity (SQUALA).

6.1. Použité metody

V rámci výzkumu byla použita metoda, která je určena pro měření a zkoumání kvality života. Touto metodou jsou SQUALA (Dragomirecká 2006). Využit byl částečně strukturovaný rozhovor, kde tématem byla kvalita života a další oblasti, které si sami respondenti zvolili a hodnotili.

6.1.1. Metoda SQUALA

Dotazník SQUALA měří kvalitu života.

Dotazník SQUALA byl vytvořen v roce 1992 M.Zannottim. Jedná se o sebesposuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy pyramidy potřeb. Do této pyramidy potřeb patří jako aspekt života prožitek svobody, spravedlnosti a pravdy. V roce 1995 – 1996 byl dotazník standardizován jako česká verze QOL SQUALA-CZ pracovníky Psychiatrického centra v Praze.

Dotazník obsahuje 23 životních oblastí, které se zabývají vnitřní i vnější realitu každodenního života. Výhodou tohoto dotazníku je jeho subjektivnost. Zajišťuje spokojenost dotazovaného s ohledem na důležitost, kterou přiřkládá jednotlivým oblastem. Novější verze dotazníku na základě validizace obsahuje 21 oblastí. Vypuštěny byly oblasti politiky a víry. Já využiji původní verzi s 23 oblastmi.

Verze dotazníku, která byla při výzkumu použita, obsahuje položky : zdraví, rodina, bydlení a prostředí, mezilidské vztahy, děti, láska , péče o sebe, odpočinek, koníčky, spánek, bezpečí, svoboda, krása a umění, peníze, jídlo, práce, spravedlnost, pravda, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, sex, politika, víra (Dragomirecká, 2006).

Spokojenost v každé z těchto oblastí je hodnocena na pětibodové škále (0 – velmi zklamán až 4 – zcela spokojen) a subjektivní spokojenost na stupnici 0 – 4 (0 – bezvýznamné až 4 – nezbytné). Úroveň kvality života lze posoudit z hodnot spokojenosti a důležitosti v jednotlivých oblastech. Celkový skóre kvality života je dán součtem všech parciálních skóre.

Dotazník SQUALA je možné rozdělit do pěti dimenzí:

- * squala1 = zdraví (zdraví, psychická pohoda, péče o sebe sama, fyzická soběstačnost)
- * squala2 = blízké vztahy (láska, rodinné vztahy, sexuální život)
- * squala3 = abstraktní hodnoty (spravedlnost, svoboda, pravda, pocit bezpečí, krása a umění)
- * squala4 = základní potřeby (peníze, bydlení a prostředí, jídlo)
- * squala5 = volný čas (vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, spánek, koníčky)

Aby byla možná komparace, jsou průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí standardizovány. Hodnotově se rozpětí hrubého skóre pohybuje mezi 0 – 100. Lepší subjektivní kvalitu života ukazuje vyšší hodnota skóre (Dragomirecká, 2006).

Položky dotazníku SQUALA, které se týkají spokojenosti, jsou okódovány hodnotami 1-5 a položky týkající se důležitosti hodnotami 0-4. Poté jsou vytvořeny parciální skóry pro jednotlivé položky. Skóry jsou dány součinem skóru spokojenosti a skóru důležitosti. Součtem všech parciálních skórů je dána celková kvalita života. Dále jsou tvořeny průměrné hrubé skóry, které jsou standardizovány, aby bylo možné jejich srovnání. Vyšší hodnota poukazuje na lepší subjektivní kvalitu života. Rozpětí skóre se pohybuje od 0 do 100 (Dragomirecká, 2006).

6.2. Průběh průzkumu a zpracování dat

Výzkum probíhal v domově pro seniory v Újezdci u Klatov. V době výzkumu bylo v domově 48 klientů. Ostatní klienti byli v tu dobu hospitalizováni v nemocnici nebo u svých rodin. Oslovila jsem 30 klientů, z nichž 10 klientů průzkum odmítlo. Nejdříve jsem se dotázala na osobní informace a následně jsem přešla k dotazníkům hodnocení kvality života SQUALA. Někteří z respondentů odpovídali na otázky jen stroze. Snažila jsem se s nimi rozvést jejich odpovědi, ale setkala jsem se s nepochopením a nezájmem. S některými jsme nezůstali jen u témat dotazníku, ale měli potřebu sdělit zážitky z celého života. Účast respondentů byla zcela anonymní a dobrovolná. Poté byly výsledky vyhodnoceny, zahrnuty do tabulek a grafů. Data byla porovnávána, tříděna a vkládána do grafů (program MS Excel).

Zpracování dat:

Skórování dotazníku SQUALA - výstupem metody SQUALA je hrubé skóre jednotlivých dimenzí, parciální skóre jednotlivých položek a celkové skóre (může nabývat hodnot 0-460)

Zpracováním SQUALA hrubých skórů jsem získala subjektivní hodnocení spokojenosti v jednotlivých oblastech „vážené“ důležitosti.

Pro oblast života, např. zdraví je parciální skóre součin skóre spokojenosti zdraví a skóre důležitosti zdraví. Nabývá hodnot 0 až 20. Pokud hodnotí senior nějakou oblast jako bezvýznamnou, bude parciální skóre rovno 0. Pokud je dosaženo maximálního skóre 20, je senior s oblastí, kterou hodnotil jako nezbytnou zcela spokojen.

Charakteristika parciálních skóre podávají názorný přehled o tom, které životní oblasti jsou narušené.

Průměrné hrubé skóry dimenzí jsou vyčísleny tak, aby bylo možné je vzájemně srovnávat. Hodnota hrubého skóre u dimenze se může pohybovat od 0 do 100. Vyšší hodnota poukazuje na lepší subjektivní kvalitu života.

6.3. Výsledky empirického výzkumu

Výzkum byl prováděn v Domově důchodců v Újezdci. Dle osobních otazníků bylo z 20 respondentů 7 mužů a 13 žen.

Věk

	četnost	%
60 – 70 let	10	50 %
70 – 80 let	8	40 %
80 – 90 let	2	10 %

Věkový průměr zkoumaného souboru je 71,5 roků. Průměrný věk žen je 68 let a průměrný věk mužů je 75 let. Nejmladší dotazovaná má 61 let a nejstarší 89 let. Do skupiny mladých seniorů připadá 9 dotazujících (tj. 50%), do skupiny starých seniorů připadají 2 dotazovaní (tj. 10%).

Pohlaví

	četnost	%
ŽENY	13	65%
MUŽI	7	35%
Celkem	20	100%

Vzdělání

	četnost	%
neukončené vzdělání	1	5%
základní vzdělání	6	30%
střední vzdělání bez maturity	10	50%
střední vzdělání s maturitou	2	10%
vysokoškolské vzdělání	1	5%

Ze všech dotazovaných má nejvíce 10 (tj. 50%) střední vzdělání bez maturity, neukončené vzdělání má 1 dotazovaný (tj. 5%), základní vzdělání má 6 dotazovaných (tj. 30%), střední

vzdělání s maturitou mají 2 dotazovaní (tj. 10%) a vysokoškolské vzdělání má 1 dotazovaný (tj. 5%).

Rodinný stav

	četnost	%
svobodný/á	2	10%
ženatý/vdaná	2	10%
rozvedený/á	4	20%
vdovec/vdova	12	60%

Ze všech dotazovaných uvedlo 12 (tj.60%) že jsou vdovec/vdova, dalších 4 (tj. 20%) uvedlo rozvedený/rozvedená. Svobodných bylo 2 (tj. 10%) a ženatý/vdaná uvedli 2 dotazovaní (tj. 10%).

Děti

	četnost	%
ANO	17	85%
NE	3	15%
žijící s dětmi	2	10%

Ze všech dotazovaných má 17 (tj.85%) děti. Těch, kteří žijí se svými dětmi ve společné domácnosti je 2 (tj. 10%). Dotazujících, kteří děti nemají je 3 (tj. 15%).

Zaměstnání

	četnost	%
Soukromník	0	0%
Pracující	0	0%
Studující	0	0%
Mateřská dovolená	0	0%
v domácnosti	0	0%
důchodce	20	100%
invalidní důchodce	0	0%
nezaměstnaný/á	0	0%
voják základní služby	0	0%
Jiné	0	0%

Z celé skupiny dotazovaných je 20 (tj. 100%) důchodců.

Hmotné zabezpečení

	četnost	%
výrazně podprůměrné	0	0%
mírně podprůměrné	1	5%
průměrné	18	90%
mírně nadprůměrné	1	5%
výrazně nadprůměrné	0	0%

Většina dotazovaných 18 (tj. 90%) zhodnotila své hmotné zabezpečení jako průměrné. Jeden (tj. 5%) dotazovaný ohodnotil své hmotné zabezpečení jako mírně podprůměrné a jeden (tj. 5%) jako mírně nadprůměrné.

SQUALA

Zdraví:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	6	30	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	14	70	velmi spokojen	5	25
středně důležité	0	0	spíše spokojen	11	55
málo důležité	0	0	nespokojen	3	15
Bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	1	5

Všichni respondenti uvedli, že je pro jejich život zdraví velmi důležité až nezbytné. V míře spokojenosti většina dotázaných uvedla spíše spokojen. Důvodem tohoto hodnocení je nejpravděpodobněji zhoršení zdravotního stavu s přibývajícím věkem.

Fyzická soběstačnost:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	4	20	zcela spokojen	3	15
velmi důležité	16	80	velmi spokojen	13	65
středně důležité	0	0	spíše spokojen	3	15
málo důležité	0	0	nespokojen	1	5
Bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Největší procento dotázaných uvedlo hodnotu velmi důležité. Samostatnost pro ně znamená nezávislost na pomoci ostatních. Spíše spokojeno s fyzickou soběstačností je nadpoloviční většina dotázaných. Senioři ve vyšším věku jsou více závislí na okolí.

Psychická pohoda:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	4	20	zcela spokojen	2	10
velmi důležité	14	70	velmi spokojen	2	10
středně důležité	2	10	spíše spokojen	16	80
málo důležité	0	0	nespokojen	0	0
Bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Psychickou pohodu považuje více než polovina dotázaných za velmi důležitou. V oblasti spokojenosti je hodnocení většiny jako spíše spokojen.

Spánek:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	1	5	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	18	90	velmi spokojen	2	10
středně důležité	1	5	spíše spokojen	15	75
málo důležité	0	0	nespokojen	2	10
Bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Velmi důležitý je spánek pro 90% oslovených seniorů. Spíše spokojených se svým spánkem je tři čtvrtě seniorů. Kvalitní spánek se u starších lidí zkracuje.

Rodinné vztahy:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	3	15	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	16	80	velmi spokojen	12	60
středně důležité	1	5	spíše spokojen	4	20
málo důležité	0	0	nespokojen	2	10
Bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	1	5

Většina seniorů hodnotí tuto hodnotu jako velmi důležitou. Znamená pro ně jistotu bezpečí a zázemí. Spokojená je více než polovina, avšak dva senioři jsou nespokojeni a bohužel jeden senior velmi zklamán.

Příjemné bydlení a prostředí:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	1	5	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	17	85	velmi spokojen	15	75
středně důležité	2	10	spíše spokojen	4	20
málo důležité	0	0	nespokojen	0	0
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Nadpoloviční většina považuje tuto hodnotu jako velmi důležitou. Jako velmi spokojen ji hodnotí $\frac{3}{4}$ seniorů.

Postarat se o sebe:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	1	5	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	18	90	velmi spokojen	1	5
středně důležité	1	5	spíše spokojen	16	80
málo důležité	0	0	nespokojen	2	10
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Pro většinu respondentů je tato hodnota velmi důležitá. Více jak $\frac{3}{4}$ respondentů jsou v hodnocení spokojenosti spíše spokojeni. Zcela spokojen je pouze jeden respondent.

Vztahy s ostatními:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	2	10	zcela spokojen	2	10
velmi důležité	16	80	velmi spokojen	2	10
středně důležité	2	10	spíše spokojen	16	80
málo důležité	0	0	nespokojen	0	0
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

80% respondentů hodnotí vztahy s ostatními jako velmi důležité, dva respondenti jako nezbytné. V hodnocení spokojenosti je 80% spíše spokojeno, zcela spokojeni jsou pouze 2 respondenti.

Děti (vychovávat a mít):

Důležitost	Četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	3	15	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	17	85	velmi spokojen	17	85
středně důležité	0	0	spíše spokojen	1	5
málo důležité	0	0	nespokojen	1	5
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Většina respondentů považuje mít děti za velmi důležité. V oblasti spokojenosti uvedla též většina, že jsou velmi spokojeni. Pouze jeden respondent uvedl nespokojen. Poukazuje to na velmi dobré rodinné vztahy.

Láska:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	0	0	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	17	85	velmi spokojen	2	10
středně důležité	3	15	spíše spokojen	15	75
málo důležité	0	0	nespokojen	1	5
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	1	5

Velmi důležitá je tato hodnota pro 85% respondentů. V míře spokojenosti je 75% spíše spokojených, ale jeden nespokojen a jeden velmi zklamán.

Sexuální život:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
nezbytné	0	0	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	2	10	velmi spokojen	1	5
středně důležité	3	15	spíše spokojen	3	15
málo důležité	13	65	nespokojen	15	75
bezvýznamné	2	10	velmi zklamán	0	0

Více jak polovina respondentů označila sexuální život jako málo důležitý, dva respondenti až bezvýznamný. V oblasti spokojenosti jsou respondenti z větší části nespokojeni. U starších lidí to ukazuje na klesající sexuální aktivitu a potřebu.

Víra:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	Četnost	%
nezbytné	0	0	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	0	0	velmi spokojen	3	15
středně důležité	5	25	spíše spokojen	17	85
málo důležité	13	65	nespokojen	0	0
bezvýznamné	2	10	velmi zklamán	0	0

Větší polovina respondentů označila víru jako málo důležitou. Mohlo by to znamenat, že většina je bez víry. V hodnocení spokojenosti je většina spíše spokojena.

Politika:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	0	0	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	2	10	velmi spokojen	0	0
středně důležité	14	70	spíše spokojen	1	5
málo důležité	2	10	nespokojen	18	90
bezvýznamné	2	10	velmi zklamán	1	5

Pro většinu respondentů je politika středně důležitá. 90% je nespokojeno, což jistě ovlivňuje momentální stav na naší politické scéně.

Odpočinek:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	2	10	zcela spokojen	2	10
velmi důležité	16	80	velmi spokojen	16	80
středně důležité	2	10	spíše spokojen	2	10
málo důležité	0	0	nespokojen	0	0
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

80% respondentů považuje odpočinek za velmi důležitý. Stejně procento respondentů je velmi spokojených.

Práce:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	4	20	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	15	75	velmi spokojen	1	5
středně důležité	1	5	spíše spokojen	18	90
málo důležité	0	0	nespokojen	0	0
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Pro $\frac{3}{4}$ respondentů je práce velmi důležitá. Cítí, že jsou užiteční ve společnosti. Většina respondentů hodnotila spokojenost jako spíše spokojen. Senioři mají díky věku a zdravotnímu stavu omezené pracovní možnosti.

Koníčky:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	0	0	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	3	15	velmi spokojen	2	10
středně důležité	15	75	spíše spokojen	15	75
málo důležité	2	10	nespokojen	3	15
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

75% respondentů označila tuto hodnotu jak středně důležitou. V oblasti spokojenosti je stejný počet respondentů spíše spokojen.

Bezpečí:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	1	5	zcela spokojen	1	5
velmi důležité	17	85	velmi spokojen	18	90
středně důležité	2	10	spíše spokojen	1	5
málo důležité	0	0	nespokojen	0	0
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Bezpečí je pro 85% respondentů velmi důležité. Většina hodnotila spokojenost jako velmi spokojen.

Spravedlnost:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	0	0	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	18	90	velmi spokojen	0	0
středně důležité	2	10	spíše spokojen	16	80
málo důležité	0	0	nespokojen	2	10
Bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	2	10

Spravedlnost je pro většinu respondentů velmi důležitá. V hodnocení spokojenosti je většina respondentů spíše spokojena.

Svoboda:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	1	5	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	18	90	velmi spokojen	10	50
středně důležité	1	5	spíše spokojen	9	45
málo důležité	0	0	nespokojen	1	5
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Hodnotu svobody uvedlo 90% respondentů jako velmi důležitou. Svoboda je důležitá pro všechny věkové kategorie. Polovina respondentů hodnotí spokojenost jako velmi spokojen. Jeden respondent dokonce nespokojen.

Pravda:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	2	10	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	17	85	velmi spokojen	2	10
středně důležité	1	5	spíše spokojen	16	80
málo důležité	0	0	nespokojen	2	10
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Většina oslovených seniorů hodnotí pravdu jako velmi důležitou až nezbytnou. Spokojenost hodnotí nejvíce respondentů jako spíše spokojen.

Jídlo:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	1	5	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	1	5	velmi spokojen	18	90
středně důležité	17	85	spíše spokojen	2	10
málo důležité	1	5	nespokojen	0	0
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

85% oslovených seniorů považuje dobré jídlo za středně důležité, jen jeden respondent za nezbytné. Dokonce, jako málo důležité ohodnotil jídlo jeden respondent. Velmi spokojeno je 90% respondentů.

Krása a umění:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
Nezbytné	0	0	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	1	5	velmi spokojen	3	15
středně důležité	16	80	spíše spokojen	17	85
málo důležité	3	15	nespokojen	0	0
Bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Většina respondentů uvádí, že krása a umění je pro ně středně důležitá. Umění pro ně není mnoho významné. V hodnocení spokojenosti většina uvedla spíše spokojen.

Peníze:

Důležitost	četnost	%	Spokojenost	četnost	%
nezbytné	2	10	zcela spokojen	0	0
velmi důležité	2	10	velmi spokojen	1	5
středně důležité	16	80	spíše spokojen	17	85
málo důležité	0	0	nespokojen	2	10
bezvýznamné	0	0	velmi zklamán	0	0

Finance jsou pro 80% respondentů středně důležité. V oblasti spokojenosti je 85% spíše spokojeno. V tomto hodnocení se odráží finanční situace seniorů.

Tabulka č. 1: Hodnocení důležitosti

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bevýznamné	Hrubé skóre
být zdravý	30%	70%	0%	0%	0%	3,3
být fyzicky soběstačný	20%	80%	0%	0%	0%	3,2
cítit se psychicky dobře	20%	70%	10%	0%	0%	3,1
postarat se o sebe	5%	90%	5%	0%	0%	3,0
Peníze	10%	10%	80%	0%	0%	2,3
dobré jídlo	5%	5%	85%	5%	0%	2,1
být v bezpečí	5%	85%	10%	0%	0%	2,95
rodinné vztahy	15%	80%	5%	0%	0%	3,1
příjemné prostředí a bydlení	5%	85%	10%	0%	0%	2,95
vztahy s ostatními lidmi	10%	80%	10%	0%	0%	3,0
mít a vychovávat děti	15%	85%	0%	0%	0%	3,15
Svoboda	5%	90%	5%	0%	0%	3,0
Pravda	10%	85%	5%	0%	0%	3,05
dobře spát	5%	90%	5%	0%	0%	3,0
milovat a být milován	0%	85%	15%	0%	0%	2,85
Práce	20%	75%	5%	0%	0%	3,15
Spravedlnost	0%	90%	10%	0%	0%	2,9
odpočívat ve volném čase	10%	80%	10%	0%	0%	3,0
koníčky, zábava	0%	15%	75%	10%	0%	2,05
Politika	0%	10%	70%	10%	10%	1,8
víra, náboženství	0%	0%	25%	65%	10%	1,15
krása a umění	0%	5%	80%	15%	0%	1,9
sexuální život	0%	10%	15%	65%	10%	1,25

Tabulka č. 2: Hodnocení spokojenosti

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné	Hrubé skóre
být zdravý	0%	25%	55%	15%	5%	3,0
být fyzicky soběstačný	15%	65%	15%	5%	0%	3,9
cítit se psychicky dobře	10%	10%	80%	0%	0%	3,3
postarat se o sebe	5%	5%	80%	10%	0%	2,95
Peníze	0%	5%	85%	10%	0%	2,95
dobré jídlo	0%	90%	10%	0%	0%	3,9
být v bezpečí	5%	90%	5%	0%	0%	4,0
rodinné vztahy	5%	60%	20%	10%	5%	3,5
příjemné prostředí a bydlení	5%	75%	20%	0%	0%	3,85
vztahy s ostatními lidmi	10%	10%	80%	0%	0%	3,3
mít a vychovávat děti	5%	85%	5%	5%	0%	3,9
Svoboda	0%	50%	45%	5%	0%	3,45
Pravda	0%	10%	80%	10%	0%	3,0
dobře spát	5%	10%	75%	10%	0%	3,1
milovat a být milován	5%	10%	75%	5%	5%	3,05
Práce	5%	5%	90%	0%	0%	3,15
Spravedlnost	0%	0%	80%	10%	10%	2,7
odpočívat ve volném čase	10%	80%	10%	0%	0%	4,0
koničky, zábava	0%	10%	75%	15%	0%	2,95
Politika	0%	0%	5%	90%	5%	2,0
víra, náboženství	0%	15%	85%	0%	0%	3,15
krása a umění	0%	15%	85%	0%	0%	3,15
sexuální život	5%	5%	15%	75%	0%	2,4

Tabulka č. 3: Parciální skóre

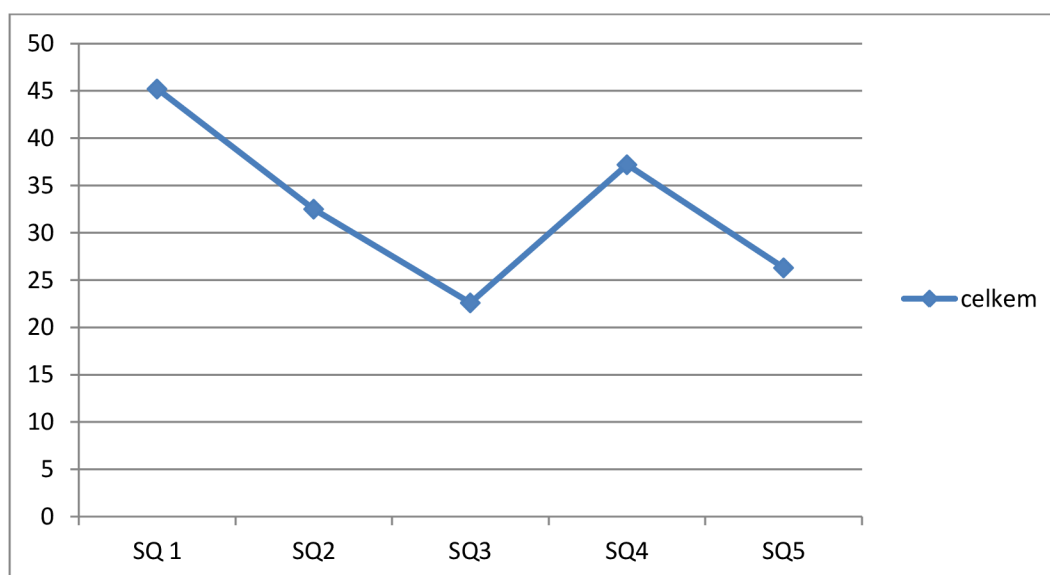
Životní oblast	Parciální skóre
být zdravý	9,9
být fyzicky soběstačný	12,4
cítit se psychicky dobře	10,2
postarat se o sebe	8,8
Peníze	6,7
dobré jídlo	8,2
být v bezpečí	11,8
rodinné vztahy	10,9
příjemné prostředí a bydlení	11,4
vztahy s ostatními lidmi	9,9
mít a vychovávat děti	12,3
Svoboda	10,4
Pravda	9,2
dobře spát	9,3
milovat a být milován	8,7
Práce	9,9
Spravedlnost	7,8
odpočívat ve volném čase	12,0
koničky, zábava	6,0
Politika	3,6
víra, náboženství	3,6
krása a umění	6,0
sexuální život	3,0

Tabulka č. 4: Hrubé skóre dimenzí

dimenze		položky	hrubé skóre dimenzí
SQUALA 1	abstraktní hodnoty	pravda	45,2
		pocit bezpečnosti	
		spravedlnost	
		svoboda	
		krása a umění	
SQUALA 2	zdraví	zdraví	32,5
		fyzická soběstačnost	
		psychická pohoda	
		postarat se o sebe	
SQUALA 3	blízké vztahy	láska	22,6
		rodinné vztahy	
		sexuální život	
SQUALA 4	volný čas	odpočinek	37,2
		koníčky	
		vztahy s ostatními lidmi	
		spánek	
SQUALA 5	základní potřeby	jídlo	26,3
		peníze	
		bydlení a prostředí	

Subjektivní kvalita života všech respondentů podle SQUALA

Graf č. 4: Hrubé skóre dimenzí SQ1 až SQ5



V tabulce je vyjádřena průměrnými hodnotami hrubých skór všech dimenzí (SQ1-SQ5) subjektivní kvalita života u celého souboru respondentů. Nejlépe je hodnocena dimenze SQ1 abstraktní hodnoty (pravda, spravedlnost, pocit bezpečnosti, svoboda, krása a umění), kde nejvyšší hodnotu získala položka pocit bezpečnosti (11,8). Zde je zřejmé, že domov seniorů poskytuje seniorům pocit bezpečí. Naopak nejnižší hodnocena je dimenze SQ3 blízké vztahy (láska, rodinné vztahy, sex, život). Podle toho lze usoudit, že oblast dimenze blízkých vztahů je nejvíce narušena. Nejvyšší hodnotu zde získala položka rodinné vztahy (10,9). Ikdyž jsou rodinné vztahy hodnoceny velmi dobře, je hrubý skór snížen láskou a sexuálním životem. Seniori žijí v domově seniorů bez životního partnera a rodiny, proto cítí nedostatek lásky. Seniorům chybí blízkost rodinných příslušníků. Se vztahy s rodinou nejsou všichni zcela spokojeni. Rodinní příslušníci většinou pravidelně seniory navštěvují. Někteří udržují jen kontakt telefonický. Kvůli tomu se cítí seniori osamělí. S přáteli z dřívější doby mají velmi hezké vztahy, ale díky zdravotním omezením se navštěvovat nemohou. Využívají telefonický kontakt. Seniori mají i v domově spoustu přátel. Avšak někteří o kontakt nestojí.

V tabulce hodnocení důležitosti je patrné, že seniori přičítají nejvyšší míru důležitosti položce č. 1 - být zdravý. Tato položka dosáhla hodnoty 3,3 hrubého skóre. Hodnoty 3,2 hrubého skóre dosáhla položka č. 2 - být fyzicky soběstačný.

Za velmi důležité považují seniori položky č. 3 - cítit se psychicky dobře (3,1), č. 8 - rodinné vztahy (3,1), č. 11 - děti (3,15) a č. 16 - práce (3,15). Naopak za nejméně důležité považují seniori položku č. 21 - víra a náboženství (1,15) a č. 23 - sexuální život (1,25).

Tabulka hodnocení spokojenosti ukázala nejvyšší hodnoty u položek č. 2 - být fyzicky soběstačný (3,9), č. 6 - dobré jídlo (3,9), č. 7 - být v bezpečí (4), č. 9 - příjemné bydlení a prostředí (3,85) a č. 18 - odpočinek (4). Nejmenší spokojenosti dosáhly položky č. 20 - politika (2) a č. 23 - sexuální život (2,4).

Dotazovaní seniori jsou plně nebo částečně soběstační. Někteří seniori mají sníženou mobilitu, ale jsou stále schopni komunikace, oblékání, samostatného stravování a příjmu tekutin. Péči o sebe zvládají a většina je spokojena.

Senioři v domově důchodců mají společné obtíže a tím je zdraví. Díky zdravotnímu stavu, který je v rodinném prostředí omezoval a snižoval kvalitu života, přistoupili k umístění do domova pro seniory. Díky péči, která je jim zde poskytována, se kvalita života zvýšila. Pro většinu seniorů je zdraví velmi důležité a dle možností jsou spokojeni.

Ve vysokém věku jsou senioři více unavení. Přes noc hůře spí, a proto si potřebují přes den odpočinout a pospat si. Podle většiny se únava každým přibývajícím rokem zvětšuje.

Většina si stěžuje na problém s usínáním, krátkým spánkem a častým buzením. To pak přisuzují únavě přes den.

K pohybu a aktivitám uvádí senioři běžné činnosti a péči sám o sebe. Musí se spokojit s chůzí a běžnou činností. Po zvládnutí osobní hygieny si užívají senioři především svého volného času. S ohledem na věk a zdraví si uvědomují, že by na tom mohli být hůř.

S výkonností spokojeni nejsou, ale zároveň jsou vděční alespoň za tolik sil, co jim v jejich věku zbývá.

V domově pro seniory mají senioři zajištěnou plnou penzi, přesto je většina ráda, když dostanou to, na co jsou zvyklí a mají rádi z domova od příbuzných.

V domově se mohou účastnit různých programů pro seniory, které se v domově konají a tím si udržet vztahy s ostatními.

Sdílet s někým myšlenky, milovat někoho a být milován je pro ně velmi důležité. Uvádí, že láska je důležitá i ve stáří. Osamělost je až nesnesitelná a vztahy a blízkost mezi lidmi jsou důležité.

S rodinnými vztahy jsou senioři ve větší míře spokojeni. Rodiny jsou pro ně důležité.

Důležité jsou pro ně i vztahy mezi ostatními klienty domova pro seniory. Pociťují úbytek kamarádkých vztahů. Důležitý je pro ně pocit lásky. Společenských akcí v domově se rádi účastní a jsou s programem spokojeni. Individuální záležitostí je trávení volného času, který každý z nich využívá po svém.

Senioři jsou se svou psychickou stránkou spokojeni. Smysl života nacházejí individuálně v různých činnostech a věcech. Považují stáří za těžší období života, ale současně jsou převážně spokojeni. Pociťují oslabení kognitivních funkcí, ovšem považují to úměrně k věku za přirozené. Nejvíce je trápí zhoršená paměť. Senioři mají nejvíce nejčastěji rádi členy své rodiny. Více se obávají ztráty soběstačnosti a závislosti na druhých než smrti. Smrt berou jako nevyhnutelnou a přirozenou součást života.

S prostředím ve kterém žijí, jsou senioři spokojeni. Cítí se v bezpečí. O svou osobu a prostředí se zvládají s pomocí starat. Společným cílem do budoucna je pro seniory zachování dostatečné míry soběstačnosti.

Na základě výsledků bylo zjištěno, že faktorů, které ovlivňují kvalitu života seniorů v domově seniorů, je velké množství.

Doporučení a návrhy, jak zvýšit kvalitu života seniorů v domově pro seniory:

- a) senioři by měli více komunikovat, vytvářet si nové přátelství s druhými obyvateli domova, zajistit častější frekvenci návštěv, v době volného času se věnovat koníčkům a volný čas vyplnit podle své představy
- b) pokoje klientů přizpůsobit tak, aby jim pokoj připomínal domácí prostředí, obohatit prostor předměty, ke kterým má citovou vazbu (např. fotografie)
- c) komunikace o pocitech, potřebách a názorech se svou rodinou, ale i s jinými lidmi
- d) pravidelné setkávání seniorů v domově i s jinými věkovými skupinami lidí
- e) u seniorů eliminovat negativní obavy pomocí rozhovorů
- f) zabezpečení společenských a kulturních akcí, nezapomínat na narozeniny, svátky a jiné životní události
- g) nabídnout činnosti, kterými je možno vyplnit odpočinek (čtení, TV, ruční práce)
- h) v pravidelných intervalech vytvořit setkání seniorů, kde vyslechnou názory ostatních a podle možností se pokusit podle toho zlepšovat služby a péči

Závěr

Senioři jsou v dnešní době velmi diskutovanou skupinou. Dříve se lidé nedoživali tak vysokého věku a proto nemáme dostatek zkušeností. Celá společnost se snaží o zlepšení situace seniorů. Zdraví a soběstačnost je nejvyšší hodnotou. Žádoucí je všestranná podpora všech postupů udržujících seniory co nejdéle samostatné a soběstačné a snaha zjednodušit a ulehčit jim život, aby stáří bylo pro ně co nejkvalitnější.

Kvalita života je fenomén, který zahrnuje komplex různých faktorů, které spolu tvoří kvalitu života. V literatuře se můžeme převážně setkat s faktory, jako je spokojenost s psychickým a fyzickým zdravím, spokojenost s prostředím, sociálními vztahy, způsobem života atd. Odborníci z mnoha krajin světa zjišťovali, jaké faktory jsou důležité pro kvalitu života ve stáří. Na základě rozsáhlé analýzy zjistili, že jsou to faktory jako spokojenost se

smysly, nezávislostí, životním naplněním, sociálním zapojením, blízkými vztahy a postojem ke smrti a umírání. Aktuální zdravotní stav je prioritou pro kvalitu života. Jedním z cílů sociálních služeb je přispět ke zvýšení kvality života seniorů s úctou k lidské bytosti a životu. Vnímat potřeby, přání a pomáhat, aby v každém dni života vedlo k zlepšení jejich kvality života. Také prostředí domova seniorů má vliv na kvalitu života seniorů. Senior si musí zvyknout na svou fyzickou nedostatečnost, zvykat si na nové lidi a nové prostředí. Musí najít náhradní uspokojení psychosociálních potřeb. Nestačí péče personálu, vlídný, vstřícný a empatická přístup a porozumění. Důležité je i naslouchání. Fyzickou stránku zajisté ovlivňuje psychický stav. Je důležité umožnit seniorovi styk s rodinou a blízkými a zapojovat ho do společenského života. Střední generace by se měla zajímat o osud svých rodičů a prarodičů. V rámci možností jim pomáhat. Na kvalitu života ve stáří má vliv celá společnost.

Soustava sociální podpory a pomoci pro seniory slouží k hodnotnému a důstojnému prožití stáří. Poskytuje důstojné a vhodné bydlení, vyhovující potřebám seniorů, kteří nemohou prožít své stáří v rodinném prostředí.

Každý se v rámci svých možností pokouší o prožití co nejlepšího života.

Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo _____

ID. Číslo _____

Vážená paní, vážený pane,
cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) Pohlaví

Muž 1

Žena 2

2) Věk _____

3) Bydlíte v:

Obci do 10 000 obyvatel 1

Městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel 2

Městě nad 50 00 do 100 000 obyvatel 3

Velkoměstě nad 100 000 obyvatel 4

4) Ukončené vzdělání

Neukončené základní	1
Základní	2
Střední bez maturity	3
Střední s maturitou	4
Vysokoškolské	5

5) Zaměstnání

- a) Jste soukromník? ano – ne
- b) Zaměstnáváte další osoby? ano – ne
- c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

studující	1
mateřská dovolená	2
v domácnosti	3
důchodce (neprac.)	4
v invalidním důchodu	5
t.č. nezaměstnaný(á), hledající práci	6
voják zákl. služby	7
jiné	8

6) Hmotné zabezpečení

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné	mírně podprůměrné	průměrné	mírně nadprůměrné	výrazně nadprůměrné
------------------------	----------------------	----------	----------------------	------------------------

7) Rodinný stav

svobodný/á	1
ženatý/vdaná, s druhem	2
rozvedený/á	3
vdovec/vdova	4

8) Máte děti?

ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi _____

Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte **důležitost**, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)být zdravý					
2)být fyzicky soběstačný					
3)cítit se psychicky dobře					
4)příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat a být milován					
11)mít sexuální život					
12)zajímat se o politiku					
13)mít víru (např. náboženství)					
14)odpočívát ve volném čase					
15)mít koníčky ve volném čase					
16)být v bezpečí					
17)práce					
18)spravedlnost					
19)svoboda					
20)krása					
21)pravda					
22)peníze					
23)dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

Hodnocení spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života **spokojen/a** a zaškrtněte příslušné okénko.

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24)zdraví					
25)fyziická soběstačnost					
26)psychická pohoda					
27)prostředí bydlení					
28)spánek					
29)rodinné vztahy					
30)vztahy s ostatními lidmi					
31)děti					
32)péče o sebe sama					
33)láska					
34)sexuální život					
35)účast v politice					
36)víra					
37)odpočinek					
38)koníčky					
39)pocit bezpečnosti					
40)práce					
41)spravedlnost					
42)svoboda					
43)krása a umění					
44)pravda					
45)peníze					
46)jídlo					

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALAN, Josef, 1989. Etapy života očima sociologie. Praha: Panorama 439 s. ISBN 80-7038-044-6.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a kol., 2006. Příručka pro uživatele české verze dotazníků subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum, 48 s.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, ŠKODA, Ctirad, 1993. Měření kvality života v sociální psychiatrii. ČS Psychiatrie, 93, č. 8 s. 423-432

DRAGOMIRECKÁ, Eva, ŠKODA, Ctirad, 1997. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. ČS Psychiatrie, s. 102-108

DRAPELA, Victor J., 1998. Přehled teorií osobnosti 2., opr. vyd. Praha: Portál 175 s. ISBN 80-7178-251-3.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GRUSS, Peter (ed), 2009. Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje, 1. vyd., Praha: Portál, 224 s.

HALEČKA, Tibor, 2002. Kvalita života a jej ekologicko-enviromentální rozmer. Kvalita života a ľudská práva v kontextech sociálnej práce a vzdelávania dospelých. Prešov FF PU, ISBN 80-8068-088-4.

HAYFLICK, Leonard, 1997. Jak a proč stárneme. 1. vyd., Praha, 426 s. ISBN 80-859-2897-3.

HOCMAN, Gabriel, 1985. Stárnutí. 1. vyd., Praha: Avicenum, 107 s. ISBN neuvedeno

HROZENSKÁ, Martina, 2008. Sociální péče o seniory, Grada, 192 str. ISBN 978-80-247-4139-0.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. Péče o seniory. 1.vyd., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 110 s. ISBN 80-736-8110-2.

KALVACH, Zdeněk et.al., 2004. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd., Praha: Grada, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk et.al., 1997. Úvod od gerontologie a geriatrie. 1.vyd. Praha: Karolinum 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KOVÁČ, Damián, 2004. K pojmo-logike kvality života. ČS Psychologie, č.5., s 460-464

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. Psychologie zdraví. Praha: Portál, ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada, ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Praha: Grada 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

KURIC, Josef, 2001. Ontogenetická psychologie. Brno: Cerm, 179 s. ISBN 80-214-1844-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. Výzkum ve zdravotnictví: Metodika a metodologie výzkumu. 1. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 123 s. ISBN 987-80-244-1877-3.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍKOVÁ, Dana, 2006. Vývojová psychologie. Praha: Grada 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd., Praha: Grada. 328s. ISBN 978-802-4731-483

MAŘÍKOVÁ, Hana a kol., 1996. Velký sociologický slovník I., II. Praha: Karolinum ISBN 80-7184-164-1.

MATOUŠEK, Oldřich, et al., 2003. Metody a řízení sociální práce. 1. vyd., Praha : Portál,s.r.o., 384 s.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. Slovník sociální práce . 1. vyd., 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MÜHLPACHR, Pavel, 2009. Gerontopedagogika. 2.vyd., Brno: Masarykova univerzita 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

MÜHLPACHER, Pavel (ed.), 2005. Schola gerontologica. Brno:MU, ISBN 80-210-3838-1.

MÜHLPACHR, Pavel, 2004. Gerontopedagogika. Brno:MU 2004, str.23 ISBN 80-210-3345-2.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1981. Gerontologie. Praha: Avicenum

PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. O stárnutí a stáří. Praha: Avicanum, ISBN 80-201-0076-8.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

PACOVSKÝ, Vladimír, 1997. Proti věku není léku. Praha:Karolinum ISBN 80-7184-486-1.

PANČOCHA, Karel, 2005. Krátká intervence jako sociální práce s jedincem v seniorském věku. Brno:Masarykova univerzita, ISBN 80-86633-62-2.

PŘÍHODA, Václav, 1974. Ontogeneze lidské psychiky: 4.díl. Vývoj člověka v druhé polovině života. Praha:SPN 495 s.

SAK, Petr, KOLESÁROVÁ, Karolína, 2012. Sociologie stáří a seniorů. 1. vyd., Praha: Grada 225s. ISBN 978-80-247-3850-5.

STUART-HAMILTON, Ian, 1999. Psychologie stárnutí. Praha:Portál 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

TOŠNEROVÁ, Tamara, 2000. Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Praha: Ústav lékařské etiky UK.

TOŠNEROVÁ, Tamara, 2002. Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří, 1.vyd., Praha: Ústav lékařské etiky UK, 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

TOŠNEROVÁ, Tamara, 2009. Jak si vychutnat seniorská léta. 1.vyd., Brno: Computer Press, 239 s.

VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHER, Pavel, 2005. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska, 1. vyd., Brno: Masarykova univerzita, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha:Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. Vývojová psychologie-dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál

WOLF, Josef et.al., 1982. Umění žít a stárnout. Praha:Svoboda.368 s.

Legislativní a jiné normy

MPSV. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách. [on line].[citováno 2014-07-28].

Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

MPSV. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. [on line]. [citováno 2014-07-28].

Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006_novela.pdf

MPSV. Zákon č.101/2000 Sb. o ochraně osobních dat. Dostupné z: [101/2000 Sb. Zákon o ochraně osobních údajů \(zakonyprolidi.cz\)](http://www.zakonyprolidi.cz/101/2000_Sb_Zakon_o_ochrane_osobnich_udeju)

Sbirka zákonů. [online]. [cit. 2010-12-26]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dostupné z: [www:http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76)

Internetové zdroje

http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD_politika

<http://www.spov.org/obnova-rodiny/rodinna-politika-neni-socialni-politika.aspx>

www.mpsv.cz

www.seniortip.cz

<http://www.lli.vutbr.cz/vzdelavani-senioru>

http://cs.wikipedia.org/wiki/Plze%C5%88sk%C3%BD_kraj

https://www.czso.cz/documents/10180/122245273/charakteristika_cz.pdf/5953f0e5-a75c-48c8-a694-4b40ad9dbd56 (czso.cz)

Obyvatelstvo Plzeňského kraje - 2019 | ČSÚ (czso.cz)

<https://www.czso.cz/documents/10180/122245241/13005120g05.png/5588ffc2-a81a-4886-a048-cf561b63cc8b?version=1.3&t=1593163759285>

<https://www.czso.cz/documents/10180/122245241/13005120g01.png/3355df31-111a-49eb-8aa5-ba90c025ee2c?version=1.3&t=1593163727424>

(<http://www.muss.klatovynet.cz/muss/user/neprehlednete%201/zpravodaj.pdf>)

Eurostat | ČSÚ (czso.cz)

Seznam grafů

Graf č. 1 – Zastoupení populace ve věku 65 let a více

Graf č. 2 – Věkové složení obyvatelstva v okresech Plzeňského kraje

Graf č. 3 – Vývoj věkového složení obyvatelstva Plzeňského kraje

Graf č. 4 - Hrubé skóry dimenzí SQ1 až SQ5

Seznam tabulek

Tab. č. 1 – Hodnocení důležitosti

Tab. č. 2 – Hodnocení spokojenosti

Tab. č. 3 – Parciální skóre

Tab. č. 4 – Hrubé skóre dimenzí

Seznam příloh

Příloha č.1 – Dotazník kvality života SQUALA

Příloha č.2 – Tabulka hodnocení důležitosti

Příloha č.3 – Tabulka hodnocení spokojenosti