

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Hana Netopilová

*Uspokojování životních potřeb a spokojenost uživatelů
Domova pokojného stáří v Javorníku
Diplomová práce*

vedoucí práce: Mgr. Miloš Votoupal Ph.D.

2016

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

.....
Bc. Hana Netopilová

Děkuji vedoucímu práce panu Mgr. Miloši Votoupalovi, Ph.D., za vedení této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1.1 Stáří jako poslední etapa lidského života.....	7
1.1.1 Charakteristika stáří.....	7
1.1.2 Kvalita života ve stáří.....	12
1.1.3 Faktory ovlivňující kvalitu života seniora.....	16
1.2 Potřeby a jejich uspokojování.....	20
1.2.1 Vysvětlení pojmu potřeba.....	20
1.2.2 Potřeby seniorů.....	21
1.2.3 Uspokojování potřeb seniorů.....	28
1.2.4 Spokojenost seniorů.....	33
1.3 Institucionální péče o seniory.....	34
1.3.1 Charakteristika institucionální péče.....	35
1.3.2 Rizika institucionální péče.....	38
1.3.3 Moderní trendy v péči o seniory.....	40
1.3.4 Národní plán rozvoje sociálních služeb.....	43
1.3.5 Domov pokojného stáří sv. Františka v Javorníku.....	44
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
2.1 Metodologie a výzkumný soubor.....	46
2.1.1 Předvýzkum.....	46
2.1.2 Vymezení vzorku respondentů.....	47
2.1.3 Dotazník.....	47
2.2 Výsledky výzkumu – dotazníkové šetření	47
2.2.1 Zhodnocení úrovně uspokojování potřeb.....	48
ZÁVĚR.....	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	60
SEZNAM TABULEK	65
SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

Vývoj naší společnosti nás nutí zamýšlet se nad stále novými problémy, které vznikají v důsledku změn stylu života a změnou životních podmínek. Jednou z oblastí, kterou se musíme zabývat, je stárnutí obyvatelstva. Dříve či později nastane okamžik, kdy bude problém najít prostředky na důchody, zdravotnictví a sociální služby. V oblasti péče o staré lidi je důležitá mezigenerační solidarita.

V tradiční společnosti fungovala v rámci rodiny plná ekonomická solidarita. Prostředky obživy se přerozdělovaly těm, kteří se nemohli podílet na jejich získávání. V dnešní moderní společnosti lidé očekávají, že o děti, staré a nemocné se postará stát (Matoušek, 1997, s. 10).

V současnosti dochází díky pokroku ve zdravotnictví i lepším životním podmínkám k prodlužování věku obyvatel. Na druhou stranu je důsledkem našeho životního stylu stále větší počet lidí, kteří žijí sami. Díky narušení mezilidských vztahů v rámci rodiny i společnosti je stále více lidí nuceno se v případě potřeby péče spolehnout na péči institucionální. Zde však nastává problém s udržení kvality života. Mottem dnešních organizací, které se zabývají péčí o staré lidi, je: „Přidat nejen léta životu, ale také život létům“. Jak je to však ve skutečnosti? Nejde jen o poutavé heslo, které není naplňováno? Doba, ve které žijeme, je ke stárnoucím lidem nepřátelská, možná i nepřátelštější, než kdy v minulosti byla. (Améry, 1969, s. 135).

Tématem této diplomové práce je hledání odpovědí na tyto otázky, které si jednou položíme asi všichni. Buď v době, kdy se budeme rozhodovat o způsobu péče o své blízké, nebo až pomoc budeme potřebovat my sami. Jistě nás bude zajímat, zda bude udržena kvalita našeho života a naše potřeby budou uspokojovány v dostatečné míře.

Cílem práce je zjistit úroveň uspokojování životních potřeb a spokojenost uživatelů Domova pokojného stáří (DPS) sv. Františka v Javorníku.

V teoretické části se v kapitole 1.1 zabývám stářím jako poslední etapou lidského života, charakteristikou stáří a faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů. S ohledem na téma práce se podrobněji věnuji zdravotním problémům ve stáří, které jsou typické pro cílovou skupinu uživatelů domovů pro seniory. Právě tyto problémy mohou být jedním z důvodů nedostatečného uspokojování životních potřeb seniorů. O objasnění pojmu potřeba se snažím v následující kapitole. Popisuji specifické potřeby seniorů a možné následky jejich úplného, nebo částečného neuspokojení. Tato část práce má stěžejní význam pro samotné šetření,

jelikož otázky vychází právě z poznatků zde popsaných. Protože se zabývám uživateli domova pro seniory, poslední kapitola teoretické části se zabývá problematikou institucionální péče a riziky s tím spojenými. Upozorňuji na moderní trendy v této oblasti a plány rozvoje sociálních služeb. Následně popisuji Domov pokojného stáří v Javorníku. Praktickou část tvoří seznámení s použitou metodologií, popis průběhu a výsledky šetření. V závěru se zamýšlím nad možností využití výsledků šetření pro zkvalitnění života a zvýšení spokojenosti seniorů v DPS v Javorníku.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Stáří jako poslední etapa lidského života

Tak jako každá cesta má svůj cíl, jednou se dostaneme i ke konci svého putování životem. Na každém jednotlivci záleží, zda se na cestu připraví, nebo ponechá vše náhodě. Pokud si však zjistíme potřebné informace a zajistíme možné potřeby, naše cesta bude klidnější, máme větší šanci vyhnout se nepříjemnostem a bloudění. A k cíli nedorazíme vynervovaní, vyčerpaní, naštvaní a zklamaní, ale s radostí z dobře splněného úkolu, s důvěrou ve své schopnosti a ještě plní sil. Je to tak i se stářím, pokud se dokážeme na stáří připravit, potom máme větší šanci přizpůsobit se změnám, které nastanou, případně se lépe smiřujeme s tím, co už neprobíhá podle našich představ.

V této kapitole se zabývám charakteristikou stáří, kvalitou života ve stáří a snažím se identifikovat hlavní faktory, které ovlivňují kvalitu života ve stáří. Pozornost věnuji nejen seniorům všeobecně, ale zaměřuji se také na staré lidi, kteří mají problém se soběstačností v některé oblasti života. Jde o cílovou skupinu, které se věnuje tato práce.

1.1.1 Charakteristika stáří

V podstatě stárneme od okamžiku našeho vzniku, ale uvědomíme si to, až tíhu let začneme reálně pociťovat, nebo pozorovat.

Z hlediska terminologického se v odborné literatuře vyskytují pojmy senior, geront nebo, zejména ve starší literatuře, důchodce. Termín senior označuje zpravidla skutečnost, že „senior“ ukončil aktivitní pracovní kariéru a pobírá starobní důchod – od toho také důchodce. V odborné literatuře se lze setkat i s termínem geront. Pojem geront (z řeckého gerón – starý muž) označuje v původním smyslu starého muže. Gerontologie je potom věda o stáří (Říčan, 2006, s. 332).

Haškovcová uvádí, že označení starý člověk se zakládá na společenské konvenci, která má převážně ekonomické důvody. Současná společnost považuje za starého člověka jedince, kterému vznikl nárok na starobní důchod (Haškovcová, 2006, s. 9).

Stáří je také obdobím rekapitulace dosavadního života a určitým bilancováním jedince. Z produktivního věku zaměstnanosti se přechází do relativně klidnějšího seniorského věku, který s sebou nese i potřebu přehodnotit vlastní životní styl a s tím i dosavadní životní

priority. O svém vlastním stárnutí a stáří většinou neuvažujeme do té doby, než se nás začne blíže týkat (Haškovcová, 2010, s. 64).

V období stárnutí a stáří jsou očekávány problémy s omezením v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a menší možnosti seberealizace. Vše závisí na konkrétním průběhu stárnutí. Rozlišují se dva typy stárnutí – fyziologické, které probíhá přirozeně jako normální součást života jedince, a patologické, které se projevuje předčasným stárnutím, nebo sníženou soběstačností (Malíková, 2011, s. 14).

Pokud jde o stárnutí normální, můžeme jeho počátek vymezit hranicí 60 až 65 let. V tomto věku dochází k viditelnému oslabení některých fyzických a psychických dějů. Důsledkem fyzického stárnutí je zhoršování energetického zásobování mozku, dochází k úbytku neuronů v nervové soustavě a snížení jejich výkonnosti. Vlivem těchto skutečností jedinec vnímá okolní svět omezeněji a pomaleji. Stárnutí ovlivňuje vzájemná závislost biologických, psychologických a sociálních procesů. Pouze biologické procesy jsou dané, nemůžeme je tudíž ovlivnit (Stuart-Hamilton, 1999, s. 43–45).

Jako příklad uvádím jednu z definic stárnutí:

Proces stárnutí je individuální involuční nevratný proces, který je zřejmě geneticky zakódován v buňkách, ale je ovlivněn i vnějším prostředím. Je zákonitým přirozeným jevem pro každého jedince. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemocí, ale přirozeným fyziologickým procesem. Nemoci a poruchy orgánových funkcí stáří pouze doprovází (Jarošová, 2006, s. 9).

V odborné literatuře se můžeme setkat s různě modifikovanými členěními periodizace stáří. Říčan uvádí periodizaci stáří podle Světové zdravotnické organizace, jejíž experti navrhli následující dělení:

- rané staří od 60 do 75 let
- pokročilý věk od 75 do 90 let
- více vysoký věk, dlouhověkost od 90 let výše (Říčan, 2004, s. 331).

Mühlpachr se Staníčkem člení stáří odlišně, přičemž používají termín senior. Rozlišují následující období:

- mladí senioři 65–74 let – dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace;
- staří senioři 75–84 let – změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob;

- velmi staří senioři 85–90 let – na významu nabývá větší sledování soběstačnosti a zabezpečení;
- dlouhověkost 90 a více let – počet takto starých lidí v poslední době stoupá, zejména díky stále se zlepšující zdravotní péči (Mühlpacher, Staníček 2001, s. 56).

Holmerová, Jurášková a Zikmundová odhalují tři druhy stáří. Jedince starší 80 let lze rozdělit podle jejich způsobu života do tří skupin:

1. Úspěšné stáří – jedinci, kteří patří do této skupiny, tvoří výjimku mezi starými lidmi. Žijí aktivním životem, jsou vitální, čilí, zvědaví a rádi se učí novým věcem.
2. Neúspěšné stáří – jedinci z této skupiny jsou smutní, neumí se během dne zabavit. Žijí neplnohodnotným životem.
3. Očekávané stáří – jedinci se spokojují se všedním, jednotvárným životem. Jsou neaktivní, nevyhledávají nové zkušenosti. Pasivně očekávají konec jejich životní poutě (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2002, s. 45).

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života“ (Kalvach, 1997, s. 18). Vágnerová doplňuje (Vágnerová, 2007, s. 299): „Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech“.

Nejedlá se spolupracovnicemi konstatuje, že stáří je normální a nevyhnutelný stav ve vývoji člověka, neznamena nemoc. Změny ve stáří jsou projevem biochemických změn, zakódovaných v molekuli DNA každé buňky. Stárnutí je projevem ztráty buněk při opotřebování organismu. Regenerace buněk a tkání je menší, než její opotřebování a organismus už nedokáže zachovat dřívější rovnováhu. Imunitní systém ztrácí s přibývajícím věkem svoji sílu a organismus je více ohrožen nemocemi infekčními, nádorovými a autoimunitními (Nejedlá et al., 2004, s. 176).

Po 60. roku života dochází k tělesné involuci. Např. bicepsy šedesátiletého muže mají v průměru už poloviční sílu ve srovnání s mužem dvacetiletým, poloviční je i vitální kapacita plic (Říčan, 2006, s. 334). Normální změny v tělesných orgánech, které doprovázejí stárnutí, však samy o sobě nezpůsobují problémy (Ettinger, 2007, s. 59). Říčan upozorňuje, že s přibývajícím věkem lze obtížněji rozlišit, které tělesné změny jsou přímým nebo nepřímým následkem určité nemoci, a které věk dříve či později přinese každému, i tomu nejzdravějšímu. Například už několikadenní klid na lůžku zvětšuje u seniora křehkost kostí,

vede k atrofii svalů, ke slábnutí reflexů regulujících krevní tlak. Nucená imobilita se může negativně projevit v psychice v podobě úzkosti, smutku apod. (Říčan, 2006, s. 333).

U většiny populace seniorů se v procesu stárnutí zhoršují základní fyziologické funkce, tj. zrak a sluch. Dochází ke zhoršování akomodační funkce oka, stárnoucí člověk přestává dobře slyšet vysoké tóny. Klesá tělesná síla a pohybová koordinace (Vágnerová, 2007, s. 239).

Jestliže ale tělesné změny začnou probíhat rychleji než obvykle z důvodů pohybové nedostatečnosti nebo choroby, je třeba jim věnovat zvýšenou pozornost. Jednou z možností, jak zpomalit fyzické změny doprovázející stárnutí, je pravidelná pohybová aktivita, ať již v podobě běžných denních aktivit nebo přímo cvičebních nebo pohybových programů.

Křivohlavý zařazuje mezi nejvýznamnější fyzické změny v procesu stárnutí

- rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty
- vitální kapacitu
- srdeční kapacitu
- svalovou sílu
- váhu mozku
- bazální metabolismus
- rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny (Křivohlavý, 2002, s. 198).

Co se týká stárnutí v psychické oblasti, Haškovcová upozorňuje, že v období stárnutí a stáří dochází k asymetrické změně dílčích schopností, ale i celkové struktury poznávacích procesů. Podstatnou změnou je zpomalení poznávacích procesů s prodloužením reakčního času a zpomalení psychomotorického tempa. V raném stáří se začínají rovněž projevovat změny paměťových funkcí, jako je obtížné učení spojené s větší unavitelností a zhoršenou koncentrací pozornosti. Závažnější úpadek rozumových schopností je podmíněn chorobnými procesy, jako je demence na podkladě atrofie mozkové tkáně, Parkinsonova nemoc či Alzheimerova demence (Haškovcová, 2003, s. 138).

Podle Říčana se na zhoršení celkové inteligence podílí i depresivní kapitulace před stářím, spojená s pocitem méněcennosti. Rovněž tělesné choroby, mnohdy dosud nepoznané, zhoršují výkon v testech inteligence i v různých praktických činnostech náročných na inteligenci (Říčan, 2006, s. 332).

Klevetová upozorňuje na to, že změny probíhající v průběhu stárnutí souvisí i s prožíváním a chováním seniora a jeho postavením ve společnosti. Je tedy důležité chápat stáří v souvislostech, tedy biopsychosociálním pohledem. Psychické změny se často projevují omezením poznávacích schopností, což má za následek sníženou schopnost adaptace na nové

životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly může u seniorů vyvolávat strach, úzkost a nejistotu. To mnohdy vede k tomu, že starý člověk stále méně vychází ven a omezuje styky s ostatními lidmi. Menší účast na společenském životě, změna sociální role a snížená soběstačnost mohou vést k sociální izolaci. Pokud senior obtížně přijímá svou závislost a nedokáže si říct o pomoc, dostává se do tíživé psychické situace, která má vliv na kvalitu jeho života. Díky posunu pořadí hodnot, potřeb a životních cílů dochází také ke změnám v oblasti citového života. Senioři se stávají emotivnějšími, citově zranitelnějšími, mají větší potřebu náklonnosti, očekávají ohled a porozumění, ale také projev úcty a pochopení od druhých (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 23–24).

V psychologii existuje mnoho pohledů na stárnutí. Klevetová uvádí dva příklady – Eriksonův psychosociální vývoj člověka a Komenského školu stáří, která by měla být součástí celoživotního vzdělávání. Erikson původně rozdělil život jedince do osmi etap, ve kterých je nutné splnit určitou prioritní potřebu, aby byl možný postup do následující etapy. Nezpracované vývojové etapy přináší problémy v dalším životě. Stáří popsal jako poslední, osmou etapu, završující lidský vývoj. Jejím cílem je dosažení integrity svého já, vyrovnání se s kladnými i zápornými stránkami svého života a chápání souvislosti minulosti a přítomnosti. Pokud si člověk dokáže vyhodnotit prožitý život a dokáže si ho obhájit, je spokojený sám se sebou, pokud však dojde k závěru, že měl život prožít jinak, může podlehnout zoufalství a beznaději. Erikson a jeho manželka se dožili vysokého věku a vlastní zkušenosti je vedly k doplnění deváté etapy, kdy až úbytek poznávacích smyslů dovedl Eriksona k pochopení jejich významu při poznávání světa. Obohacující je pro něj pohled zpět, přítomnost přináší nové požadavky na každodenní řízení věcí, výhledy do budoucna se stávají omezené a limitované. Úkolem této etapy je porozumět závěrečné fázi života, čelit vírou a přiměřenou pokorou zoufalství, stát se moudrým, přijmout osud, hrát si, užívat si a smát se. Komenského škola života klade důraz na celoživotní formování člověka tak, aby byl schopen zastat své životní role. Jde o školu zrození, dětství, chlapectví, jinošství, mladosti, mužnosti a stáří. Už ve škole mužnosti byla obsažena prevence chronických nemocí stáří, škola stáří měla překonat chyby a choroby stařeckých mravů. První třída školy stáří byla určena lidem na prahu stáří, kteří měli za úkol bilanci svého dosavadního života. Druhá třída je pro ty, kteří již nemají schopnost tvořit něco nového, ale musí ještě dokončit to, co zbývá. Třetí třída učí správnému postoji k přicházející smrti (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 25–27).

Pro každého člověka je přístup k chápání stárnutí a stáří jedinečný, přesto lze vysledovat některé společné momenty, které mohou mít vliv na délku života. Kniha Desmonda Morrise *Lidský živočich* popisuje několik charakterizujících a rovněž „příkladných“ vlastností při

dlouhověkosti.

- dlouhověcí lidé mají přirozenou radost z pravidelného pohybu – činnosti vykonávají spíše pro zábavu, než jako zdravotní povinnost;
- jejich osobnost je vyrovnaná, ale živá, mají chuť do života, ale neprojevují přehnané city, které vedou k výbuchům zlosti nebo okamžikům paniky;
- vyhýbají se stesku, nežijí minulostí;
- žijí přítomností a jsou nadšeni činností dnešního dne;
- v tom, co dělají, mají úspěch, i když si kladou skromné cíle; když jich dosáhnou, sami vidí, že jim to prodlužuje život, jsou hrdí spíše na své dílo, než na sebe;
- jsou umírnění ve svých zvycích, jedí rozmanitou stravu bez výstřelků, spotřebovávají každodenní kombinaci masité a zeleninové stravy, a také pijí umírněné množství alkoholu;
- jejich způsob života má řád, každodenní zaběhnutý rozvrh bez zmatků a stresů;
- září jim oči, smysl pro humor je neopouští ani ve vysokém věku (in Nejedlá et al., 2004, s. 176).

Tyto právě popsané vlastnosti dlouhověkých lidí můžeme zařadit do psychologických a sociálních procesů, které jsou ovlivnitelné. V oblasti péče o staré lidi bychom jim měli věnovat velkou pozornost, protože mají vliv na kvalitu života (viz kap. 1.1.2).

Štílec trefně i poeticky dává do vztahu právě délku a kvalitu života (Štílec, 2004, s. 13): „Zkušenosti potvrzují názor, že posuzovat kvalitu života léty je totéž jako měřit hodnotu knihy počtem stran, obraz čtverečním decimetry a sochu na kilogramy. Jinými slovy – délkou života nelze měřit jeho kvalitu ani spokojenost.“

1.1.2 Kvalita života ve stáří

Po úvodní charakteristice stáří se budu věnovat kvalitě života, kterou považuji za velmi důležitou pro pohodu každého z nás.

Podle Horeckého je význam pojmu kvalita velmi rozlišný a proniká do většiny odvětví. Například termín kvalita sociálních služeb souvisí s nástupem zákona o sociálních službách a standardů kvality. Obecná definice je dělat správné věci správným způsobem (Horecký, 2008, s. 93).

Matoušek řadí kvalitu života mezi ambiciózní cíle sociální práce. „V širším pojetí jde o souhrnné kritérium založené na indikátorech zdraví, kvality mezilidských vztahů, sociálního postavení, materiálních podmínek života, způsobu práce i trávení volna aj. V užším pojetí může být indikována spokojeností člověka s vlastním životem.“ (Matoušek, 2013, s. 12)

Kvalita života ve stáří závisí na tom, jak se jedinci povede své bytí pochopit jako celek. Integrita, tedy celistvost života znamená podle Říčana poznání pravdy příběhu našeho života jako celku, smíření s tím, co bylo a jak bylo, pochopení, kde je náš domov, kam patříme, a otevřenost moudrosti filozofie a víry. Hlavním nebezpečím, které ohrožuje dosažení integrity je zoufalství. Stáří přináší také ztráty, nemoci, bezmoc, samotu a bolest, ale i uvědomění si zmařených životních šancí a osudových chyb, které jsme udělali. To vše na člověka působí a ten tomu může podlehnout (Říčan, 2009, s. 283–284).

Kvalita života se podle Křivohlavého dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, tělesné, duchovní a další podmínky pro zdravý život. Autor uvádí definici Světové zdravotnické organizace (Křivohlavý, 2011, s. 124): „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

Křivohlavý vymezuje kvalitu života v mezo-rovině, kde se jedná o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, např. v domovech důchodců, kde by mělo jít nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemné vztahy, uspokojování a neuspokojování základních potřeb a sdílení hodnot (Křivohlavý, 2002, s. 165).

Kvalitu lidského života můžeme sledovat z pohledu různých disciplín, různých skupin lidí, nebo v různém kontextu a s různým cílem. Otázky kvality života řešili lidé od pradávna. Studovali ji z pohledu duchovního života, kdy šlo o otázky dobrého či moudrého života v protikladu k životu řízenému chytrostí a vychytralostí. Druhý pohled byl z hlediska filozofického, kdy se kladly proti sobě otázky dobrého a špatného života. Při definování kvality života se v pozitivní psychologii setkáváme s pojmem spokojenost. Dle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen a je mu dobře. Tak se cítí člověk, kterému se daří dosahovat souladu snah, záměrů, tužeb a přání v podobě realizování cílů. Vědci postupem času došli k závěru, že s rostoucí integrovaností snah, záměrů a cílů v osobnosti člověka roste kvalita jeho života, tedy to, jak je mu dobře. Naopak, roztříštěnost a fragmentace snah způsobují, že člověku dobře není. Výsledky studií vedou k těmto závěrům: lidem je dobře, pokud mají definované konkrétní a splnitelné cíle, které naznačují přibližování se nejvyššímu celoživotnímu zaměření, jsou definované v duchovní dimenzi života, mají charakteristiku skupinové afiliace, zvyšují intimitu přátelských vztahů, vyznačují se vyšší mírou oddanosti ve zvolené činnosti, jsou tvořivé a vycházejí z vlastního rozhodnutí dané osoby. Lidem naopak dobře není, pokud jejich osobní cíle jsou mocenské, rozporuplné,

diktované okolím, konfliktní, příliš abstraktní a vyznačující se touhou se od něčeho distancovat (Křivohlavý, 2004, s. 9–20).

Echtelt (1999, s. 10) říká doslova: „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji.“

Křivohlavý uvádí příklady dalších pojetí kvality života různých autorů. Karl Rogers se zaměřuje v pojetí kvality života na vlastní vnitřní vztahový rámec, kdy je člověk chápán jako aktivní bytost hledající smysl života a nejhodnější uspořádání vlastního světa, kde si staví plány a cíle, ke kterým se snaží dospět. Když se mu daří tyto plány realizovat, je spokojen, pokud však do cesty realizace přijde nemoc, bolest, strach či sociální změna, míra spokojenosti je ohrožena. To se projeví na jeho pojetí kvality života. Jako rozdíl mezi nadějami a očekáváním člověka a současným stavem života definoval kvalitu života Calman. Rozdíl mezi tím, co si člověk přeje a v jaké situaci se nachází, se může zvětšovat nebo zmenšovat díky postupům, které jsou aplikovány. Osobní snaha a zvažování důležitosti té které snahy pro dosažení životního cíle je pojetí kvality dle Emmonse. Dle Echtelta lze kvalitu života definovat jako prožívání životního uspokojení a kladných emocí bez negativního afektu. (Křivohlavý, 2002, s. 170–171).

Pro potřebu měření kvality života bylo vyvinuté velké množství metod, založených buď na objektivním, nebo subjektivním základě. Objektivní posouzení provádí osoba zvenčí, například při pozorování hodnoceného člověka. Subjektivní metody jsou založené na vnitřním hodnocení, kvalitu svého života posuzuje přímo daná osoba. Nejpoužívanější v dnešní době je metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), tedy Systém individuálního hodnocení života. V tomto případě jde o způsob zjišťování kvality života na základě osobních představ dotazovaného o tom, co on považuje za důležité. Metoda SEIQoL vychází z toho, že pojetí kvality života je individuální, závisí na vlastním systému hodnot posuzované osoby, posuzovaná osoba si sama určuje momentálně nejdůležitější aspekty života. Kriticky závažné aspekty života jsou zjišťovány pomocí rozhovoru a relativní důležitost každého aspektu v dané situaci se měří analýzou názoru a přesvědčení. Složení a pořadí důležitosti různých aspektů jsou velmi individuální, ale ve skupině seniorů byly nejčastěji zjištěny tyto: sociální činnost, zdraví, rodina, životní podmínky, náboženství (víra), finance, vztahy, nezávislost, práce a štěstí. Mezi jednodušší metody měření toho, jak je nám dobře, patří barometr každodenních nálad, kdy člověk v pravidelných časových intervalech zaznamenává, jak mu je, dalším příkladem je faktorová analýza přídavných jmen, které se

vztahují k náladám, používají se také různé dotazníkové metody a stupnice spokojenosti se životem (Křivohlavý, 2002, s. 171–173).

Od poloviny 90. let minulého století se ve větší míře začal v odborné literatuře objevovat psychologický konstrukt kvality života. Operuje se zde zejména s pojmem osobní pohoda (well-being). V medicíně a psychologii se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodným indikátorem zdraví jako stavu celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti nemoci (Dragomirecká, 2006, s. 68).

Koncept kvality života je úzce svázán s psychosociálními determinantami zdraví. Jednou z psychosociálních determinant zdraví je i výše uvedený konstrukt osobní pohody. Osobní pohoda v sobě zahrnuje oblast duševní, sociální, spirituální i tělesnou a její struktura zahrnuje těchto šest dimenzí:

- sebezpřijetí – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace;
- pozitivní vztahy s druhými – vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých;
- autonomie – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor;
- zvládání životního prostředí – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků;
- smysl života – cílesměrnost, pocit, že přítomný i budoucí život má smysl;
- osobní rozvoj – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny (Kebza, 2005, s. 69).

S prodlužováním průměrné délky lidského života je potřebné se zamyslet právě nad jeho kvalitou. Napadá nás otázka, zda si tato léta navíc dokážeme užít ve zdraví a aktivně. Náš aktivní život může skončit takovými zdravotními problémy, že nebudeme moci zvládat běžné každodenní úkony a zůstaneme odkázáni na pomoc druhých. K největšímu ohrožení kvality života seniorů patří nutnost odchodu z vlastní domácnosti do ústavní péče. Tento krok je pro každého stresovou událostí, instituce nemůže plnohodnotně nahradit vlastní domácí prostředí. To jakým způsobem jsou vnímány psychosociální potřeby klientů samotným personálem, může ovlivnit kvalitu poskytované péče. V zahraničním průzkumu Eloranty a kolektivu bylo cílem zmapovat rozdílnost vnímání psychické pohody a poskytování péče mezi zdravotnickými profesionály a pacienty v domácí péči. Statistika ukázala na rozdílnost pohledu. Mimo jiné bylo zmíněno, že psychická pohoda pečovatele umožňuje lépe vnímat potřeby a přání klienta (Eloranta, 2014, online).

Je proto vhodné rozvíjet a rozšiřovat nabídku terénních a ambulantních sociálně zdravotních služeb. Přejít do ústavní péče by měl být až krajním řešením situace, kdy jsou všechny ostatní možnosti vyčerpány. Otázkou potom je, jaký vliv bude mít tato změna na kvalitu dalšího života.

1.1.3 Faktory ovlivňující kvalitu života seniora

Mezi faktory ovlivňující kvalitu života seniora patří například životní styl, typ osobnosti seniora, kvalita sociální sítě a sociální opora, materiální podmínky, možnost rozhodovat o svém životě, osobní pohoda, psychická odolnost, uspokojování potřeb, zdravotní stav, či spiritualita. Vybrané faktory blíže rozeberu.

Duffková rozumí pod termínem životní styl „do značné míry konzistentní životní způsob jedince, jehož jednotlivé části si navzájem odpovídají, jsou ve vzájemném vztahu, vycházejí z jednotného základu, mají určitou jednotící linii, která se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele životního stylu“ (Duffková, 2008, s. 53).

Existuje různé členění typů a druhů životního stylu. Havlík člení životní styl do tří skupin podle převažujících hodnot způsobu života:

- životní styl s náplní studia – ten provozují všichni ti, kteří hodně čtou, často chodí do divadla, jezdí na výlety za poznáním;
- životní styl s nejvyšší hodnotou hraní – je upřednostňován sportovci, hráči různých her a pravidelnými návštěvníky zábavných podniků;
- životní styl s rozjímáním – ten preferují lidé zaměřeni na duchovní hodnoty, cvičící jógu či orientovaní na východní náboženské směry typu buddhismu (Havlík et al., 1996, s. 74–80).

Pro seniory je velmi důležité snažit se dodržovat zásady zdravého životního stylu. A to i přes zřejmou skutečnost, že i když senior přijme zdravý životní styl za svůj a bude se udržovat v dobré tělesné i duševní kondici, stárnutí nezabrání. Může však zpomalit rychlost poklesu, k němuž dochází spolu se stárnutím. Dodržováním zásad zdravého životního stylulepší senior své zdraví, sníží riziko vzniku zdravotních problémů a zvýší svou šanci být zdravý a nezávislý i v pozdním věku. Zkrátka, zdravým životním stylem nemůže nic pokazit, pouze získat.

Novotný s Hruškou uvádějí, že ke zdravému způsobu života patří:

- vyrovnaný a pravidelný denní režim;

- dostatek vhodného pohybu;
- dodržování zásad osobní hygieny;
- co nejmenší kontakt se škodlivým prostředím, kdy člověk přijímá do těla v průběhu života nevědomě (např. v ovzduší, vodě, potravinách), popř. vědomě (tabákový kouř, alkohol, drogy) různé škodlivé látky;
- dostatečná a plnohodnotná výživa odpovídající fyzickému i psychickému výkonu, tj. kvalitativně i kvantitativně vhodná strava s dostatkem ovoce a zeleniny, nepřesolená, bez nadměrného množství tuků a škodlivých látek (Novotný, Hruška, 1995, s. 121).

Jinými slovy lze zdravý životní styl popsat jako dodržování zásad zdravého způsobu života, které mohou mít podobu:

- 1) zdravé výživy (přiměřené, pestré a vyvážené),
- 2) přiměřené pohybové aktivity,
- 3) a vyvarování se působení škodlivých látek včetně kouření a konzumace alkoholu.

Důležité je dostatečné množství spánku, optimismus, dobrá nálada, ale také schopnost zvládat zátěž a stres, či udržování vhodných sociálních kontaktů.

Křivohlavý uvádí podněty a rady pro úpravu životního stylu života seniorů, které se ve stáří osvědčily. Vybírám následující:

- tělesné – pohybuj se, pravidelně cvič, choď každý den na procházky, choď opatrně doma i venku, zvláště dávej pozor na křižovatkách;
- duševní – dokud to jde a ještě na to zdravotně stačíš, jezdí po světě a poznávej, co tě baví, čti zajímavé knihy, nauč se pracovat s internetem a hledej v něm odpovědi na otázky, které si kladeš, trénuj duševní schopnosti, lušti křížovky, kvízy, hádanky, trénuj paměť, studuj, navštěvuj univerzitu třetího věku, akademie třetího věku;
- sociální – neustále buď v kontaktu s přáteli, seznamuj se s druhými lidmi, jezdí na společné zájezdy, navštěvuj koncerty, pěstuj smysl pro humor;
- osobní – pracuj tak, jak momentálně cítíš, nepřeceňuj své síly, netlač se tam, kde tě nezvou, abys nezažíval zbytečná zklamání, nepospíchej.

Křivohlavý dodává, že v období stáří jde o to, mít život rád, i když je to život tím či oním poněkud jiný. A využít tento čas k tomu, aby život i v této časové periodě byl kvalitní, hodnotný a smysluplný (Křivohlavý, 2011, s. 124-125).

Podle Štilce jsou pro zpomalení stárnutí rozhodující tři základní faktory životního stylu:

1. zlepšení kvality výživy a snížení celkového objemu konzumovaných potravin;

2. přiměřený rozsah obecných aktivit, duševních i pracovních;

3. odpovídající objem tělesných a relaxačních cvičení (Štilec, 2004, s. 14).

Pokud si zdravý životní styl osvojíme již v dětství, můžeme tímto oddálit možné problémy spojené se stářím. Ale i pokud už jsme v situaci, kdy již některými problémy trpíme, lze vhodně modifikovat postupy tak, aby byly použitelné i v tomto případě. I senior s omezenou mobilitou může například cvičit a účastnit se společenských aktivit, musí k tomu však mít vytvořené dobré podmínky. Dalším problémem starých lidí bývají různé typy demence, ale ani toto onemocnění nemusí nutně znamenat, že se dostanou do společenské izolace.

Typ osobnosti stárnoucích lidí má také podstatný vliv na kvalitu jejich života. V oblasti psychické a sociální adaptace na stáří byly popsány různé strategie adjustace na stáří právě na základě typu osobnosti. Osobnost konstruktivní se dokáže smířit se svým osudem a je dobře začleněna do sociálních vztahů, osobnost závislá je sice spokojená, ale spoléhá na pomoc druhých a stahuje se do soukromí, defenzivní osobnost se nechce smířit se svým stářím, snaží se za každou cenu udržet samostatnost, odmítá proto jakoukoli pomoc. Lidé těchto tří typů osobnosti se vyrovnávají se svým stářím dobře, hůře jsou na tom lidé typu hostilní osobnosti, kteří všechny své neúspěchy svalují na ostatní, mají odpor ke stáří a mívají problémy v sociálním soužití. Posledním typem jsou lidé s nenávistí k vlastní osobě, kteří obviňují ze všeho sebe, tudíž se nemají rádi, jsou depresivní, lítostiví a cítí se osamělí a zbyteční (Stuart-Hamilton, 1999, s. 153–157).

Dalším faktorem, který výrazně ovlivňuje kvalitu života ve stáří, je kvalita sociální sítě, budovaná v průběhu času, a s tím spojená úroveň sociální opory, poskytované okolím. V této souvislosti je vhodné alespoň v krátkosti zmínit psychologickou *teorii sociální opory* (social support). Sociální opora je chápána jako jeden z důležitých pozitivních faktorů ovlivňujících psychický i fyzický zdravotní stav člověka a jeho osobní pohodu (well-being), potažmo kvalitu života (srov. Křivohlavý 2001, s. 104). Bývá definována jako „uspokojování jedincových základních sociálních potřeb prostřednictvím interakce s jinými lidmi“ (Čáp, Mareš, 2001, s. 541). Patří sem např. potřeba být uznáván, někam patřit, mít u druhých úspěch, ocenění, ale také možnost se o někoho opřít, někomu se svěřit, potřeba na někoho se spolehnout v těžkostech apod.

Zejména poslední čtyři jmenované potřeby hrají velmi důležitou roli v seniorském věku. Vědomí dosažitelnosti a dostupnosti sociální opory ve smyslu pomoci pomáhá překonávat

úzkosti spojené např. s obavami, že senior při nějaké nenadálé situaci v ní uvízne sám, aniž by měl k dispozici někoho, na koho se může v těžkostech spolehnout.

Jedním z důležitých příznivých faktorů ovlivňujících kvalitu života je psychická odolnost (resiliency), čili schopnost odolávat těžkostem, což má v seniorském věku velmi důležitý význam. Potřeba vyrovnávat se s těžkostmi, způsobenými zejména zhoršováním fyzického zdraví, se zvyšuje se stoupajícím věkem. *Resiliency* znamená doslova pružnost, elasticnost, houževnatost, mrštnost, nezlomnost – schopnost se rychle vzpamatovávat (Křivohlavý, 2001, s. 71). Opakem psychické odolnosti je psychická vulnerabilita (zranitelnost), která může vést až k pocitům beznaděje či bezmoci (Kebza, 2005, s. 93).

Odolnost je charakterizována jako úspěšné adaptování, které nastalo navzdory nepříznivým okolnostem. Havlíková se spolupracovníky ji vymezuje jako „lidskou schopnost čelit, překonat a být posílen, nebo dokonce pozitivně proměněn nepříznivými životními situacemi“ (Havlíková et al., 1998, s. 77). Křivohlavý nezdolností rozumí „takovou charakteristiku osobnosti, která umožňuje člověku zmírňovat či tlumit negativní vliv nepříznivých životních situací, např. typu stresu, životních krizí až osobních katastrof atp.“ (Křivohlavý, 2001, s. 71).

V seniorském věku se již zřejmě „nezdolnost“ nedá „natrénovat“, neboť se v podstatě jedná o osobnostní predispozici. Vágnerová uvádí tři faktory, které se podílejí na udržování resilience, kterou chápe jako odolnost a schopnost pružně a pohotově se adaptovat na stresové situace:

1. pozitivní osobnostní vlastnosti,
2. soukromá sociální síť a
3. společnost s jejím systémem zdravotní a sociální péče (Vágnerová, 2007, s. 342).

Je pravděpodobné, že senioři s vyšší mírou psychické odolnosti se budou s obtížemi doprovázejícími stárnutí vypořádávat lépe než senioři zranitelnější, pro něž i malá objektivní zátěž představuje vysokou zátěž psychickou.

Zdravotní stav je dalším z faktorů, který ovlivňuje kvalitu života seniora. Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví definováno jako stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha, později rozšířeno o pohodu duchovní, etickou a ekologickou (Haškovcová, 2010, s. 249). Pokud je člověk nemocný, záleží kvalita jeho života i na tom, jak chorobu přijme.

Na sklonku života se senioři ohlíží zpět, hodnotí svůj život a bilancují. Často si kladou otázky o smyslu svého života, zda splnili vše, co měli, nebo co asi bylo jejich úkolem. Někteří z nich byli celý život ateisté, nohou však pod vlivem okolností dojít ke změně názorové

orientace. Pro hledání pravdy a smyslu života potřebují spolehlivého průvodce, aby stihli porozumět všemu ve svém životě a mohli pokojně z tohoto světa odejít. Spiritualita je tedy dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života seniora (Malíková, 2011, s. 269).

Dalším aspektem, který ovlivňuje kvalitu života seniorů, je možnost uspokojování jejich potřeb. Tento faktor považují za natolik důležitý, že mu věnují samostatnou kapitolu 1.2.

1.2 Potřeby a jejich uspokojování

1.2.1 Vysvětlení pojmu potřeba

Křivohlavý charakterizuje živé organismy tím, že co žije, něco potřebuje. O potřebách se hovoří nejčastěji tam, kde jde o ekonomiku – o peníze. Nauka o životě uvažuje o širší oblasti potřeb. Tam potřeba znamená „objektivní požadavek živého organismu na to, čeho je třeba k přežití a k tomu, aby danému organismu bylo dobře“ (Křivohlavý, 2010, s. 92).

Potřeba je tedy projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a při doplnění tohoto deficitu lze předpokládat, že se zvýší spokojenost (Trachtová, 2001, s. 10).

Vymezení lidské potřeby je definováno jako „subsystém organismu s biologickými, psychickými a sociálními aspekty, který pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popř. vede k vyhýbání se podmínce, která je životu nepříznivá“ (Vašátková, 2003, s. 20).

V psychologii se pojem potřeba vymezuje jako výchozí motivační stav charakterizovaný nějakým deficitem. Skutečnost, že člověk něco potřebuje, zpravidla znamená, že má nějaký deficit, resp. chce udržet takový stav věcí, který je nezbytný k udržování fyzického a sociálního fungování (Nakonečný, 1997, s. 27).

Byly vypracovány různé teorie potřeb, které jsou v psychologii nedílnou součástí teorie motivace. Potřeby a motivy jsou základem motivace a dle Nakonečného vyjadřují potřeby spíše vztahy k cílovým objektům, vyjadřují tedy výchozí motivační stav, který se zpředměťuje. Motivы vyjadřují smysl interakce motivovaného subjektu, jde tedy o obsah dovršující reakce – samotné uspokojení (Nakonečný, 1997, s. 29).

Mezi nejznámější patří Maslowova hierarchie potřeb, kde se uplatňuje princip funkční autonomie. Maslow roztřídil lidské potřeby do několika skupin, které seřadil podle toho, jak se postupně vyvíjely ve smyslu své hodnoty. Byl přesvědčen, že vyšší potřeby nastupují až po uspokojení potřeb nižších. Za základ jsou považovány biologické potřeby, jejichž uspokojení

si vyžaduje přednost před vším ostatním. Po jejich uspokojení se stává aktuální potřeba bezpečí, tedy být zajištěn a nemít strach. Dalším stupněm je potřeba přimknutí – někam patřit, být zapojen, milovat a být milován. Následuje úcta a respekt, tedy potřeba sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty a zdatnosti, sebeúcty a respektu ze strany ostatních. Pokud jsou všechny tyto potřeby průběžně syceny, nastupuje poznání, jako potřeba znát, rozumět a dovídat se nové věci. Následuje estetika, což je potřeba krásy a harmonie, a seberealizace jako potřeba naplnit svůj potenciál, mít smysluplné cíle. Nejvýše je potřeba transcendence ve smyslu přesahu sebe samého, hlubokého prožití toho, že člověk je součástí většího celku, naplnění spirituálních potřeb a kosmické identifikace (Říčan, 2009, s. 188–190).

Další známou teorií je Murrayho teorie potřeb, která vznikla na základě rozsáhlého výzkumu osobnosti, kdy autor rozdělil potřeby na primární (viscerogenní), které jsou vytvářeny a uspokojovány periodickými fyziologickými procesy, a sekundární (psychogenní), které nejsou spojeny přímo s fyziologickými procesy, ale jsou na základě činnosti mozku zakotveny v psychickém uzpůsobení a jejich vzorce tvoří podstatu osobnosti. Dle Murrayho má každý člověk všechny potřeby, liší se však v jejich úrovni a intenzitě. Na jejich uspokojování závisí nejen tělesná a duševní rovnováha, ale i psychická pohoda, spokojenost, štěstí a prožitek naplněnosti a smysluplnosti života (Plháková, 2007, s. 365–368).

1.2.2 Potřeby seniorů

S nástupem stáří se mění potřeby lidí hlavně v oblasti stravování, kdy vzhledem ke zdravotnímu stavu je potřeba dodržovat nějaký dietní režim a zvyšují se životní náklady v souvislosti s vyšší nemocností a degenerativními procesy. Přesto, že stáří není nemoc, v této životní etapě se častěji objevují onemocnění zdlouhavá, která vyvolávají chronické změny. Dochází k propojení vlivu nemoci a stárnutí – na jedné straně nemoc přispívá k chřadnutí organismu, na straně druhé toto chřadnutí umožňuje vznik určitých onemocnění. Některá onemocnění mohou vést k invaliditě, a tím pádem ke změně potřeb seniorů. Častá je také stařecká únava, která je charakteristická psychickou únavou životem a spojená s neschopností pružně reagovat na přicházející životní těžkosti. Mění se i nakládání s volným časem, po odchodu dětí a přechodem do důchodu je potřeba najít nové zájmy a činnosti k zaplnění uvolněného prostoru. Pokud se nedaří stáří naplnit aktivitou, dochází k zažívání pocitů samoty a nudy, člověk postupně ztrácí psychickou i duševní aktivitu. S tím souvisí i růst potřeby zdravotních a sociálních služeb různého typu (Tomeš, 2010, s. 228–230).

V seniorském věku se tedy podíl v nasycování jednotlivých okruhů potřeb odvíjí zejména od zdravotního stavu seniora a jeho tělesné zachovalosti. Je však zřejmé, že i v seniorském věku nemůže absentovat naplňování výše uvedených vyšších potřeb. Na základě poznatků z předchozího textu rozdělím potřeby do čtyř základních oblastí, ze kterých budou vycházet otázky v dotazníku v praktické části práce.

1. Potřeby tělesné (fyzické, související především s hygienou, výživou, pohybem a potřebou netrpět bolestí).
2. Potřeby psychické (vázané na aktivní duševní činnost, potřebu bezpečí, adaptace, autonomie, seberealizace a dodržování navyklých stereotypů).
3. Potřeby sociální (související především se sociální oporou, které se seniorovi dostává a sociální sítí, která ho obklopuje, dále potřebami náležení ke skupině, informovanosti, vyjadřovat se a být vyslechnut, naplňování kulturních potřeb a zažívání pocitu uznání, vážnosti a užitečnosti, potřeba rozvoje sociálních dovedností).
4. Potřeby spirituální (duchovní, vyjadřující potřebu hledání smyslu života, péče o duši, odpouštění, i smiřování se s konečností života).

V seniorském věku je pro zachování psychické a tělesné svěžesti důležitá sjednocující potřeba aktivní činnosti. Po šedesátce totiž rychle stoupá počet seniorů, kteří jsou ve svých denních činnostech do určité míry omezeni srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubů, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře a nohou. Po sedmdesátce se vyskytuje tzv. polymorbidita, tj. současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Tělo je méně odolné k infekcím (Říčan, 2006, s. 334).

I přes výše uvedené, nebo spíše právě proto, je v seniorském věku důležitá zdravotnímu stavu přiměřená aktivita. Haškovcová uvádí všeobecné důvody pro aktivitu seniorů. Aktivita ve stáří mobilizuje psychickou i fyzickou stránku člověka. Zájem o konkrétní činnost působí na člověka příznivě, a proto je vhodné, aby stárnoucí člověk projevoval určitou aktivitu. Nečinnost může v pokročilém věku být počátkem úpadku. Podle autorky jediná cesta, jak procesy stárnutí zpomalit, je udržení starého člověka v aktivitě, s přihlédnutím k jeho možnostem a schopnostem (Haškovcová, 2003, s. 147).

Tělesná zdatnost a úroveň funkční kapacity je u seniorů ovlivňována jednak současnou pohybovou činností, díky níž si člověk udržuje svalový systém v dobré kondici, jednak aktivitami, kterým se věnují v průběhu života dlouhodobě. Dlouhodobé cvičení ovlivňuje i funkčnost oběhové a dýchací soustavy. Senioři, kteří dlouhodobě provádějí aerobní zatížení

organismu v podobě aktivit mírnější intenzity umožňující dostatečný přísun kyslíku, udržují relativně dobrou kondici až do vysokého věku (Štílec, 2004, s. 14). Jakákoli fyzická činnost, např. mytí auta nebo chůze do schodů, závisí především na schopnosti plic přijímat kyslík, na možnosti srdce vhnět do těla okysličenou krev a na schopnosti svalů využívat kyslík čili na činnosti kardiopulmonální soustavy. U těchto funkcí dochází v průběhu stárnutí k poklesu funkční kapacity. Pro kvalitu života v seniorském věku je potřeba udržovat si silné a zdravé srdce, plíce a svaly velmi důležitá.

Pohybová aktivita je i významnou dimenzí výše popsaného komplexu well-being. Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi a percepci stresu. Platí to u zdravých i nemocných osob. Kebza prezentuje výsledky přehledové studie, která dokázala vliv pohybové aktivity a tělesné zdatnosti na celkovou životní spokojenost a osobní pohodu. Jedná se především o významnou celkovou nezávislost, sebeobslužnost a samostatnost, zvláště u starších osob, jejichž úroveň se s vyšší úrovní tělesné zdatnosti prodlužuje v čase a zlepšuje z hlediska kvality. Tělesná zdatnost též příznivě ovlivňuje metabolismus a schopnost udržet si optimální tělesnou hmotnost, což hraje roli i v prevenci řady poruch a onemocnění, jako jsou např. různá svalová poranění, bolesti v zádech, osteoartritidy, osteoporózy a s nimi související bolesti a omezení hybnosti kloubů (Kebza, 2005, s. 74).

U seniorů dlouhodobě upoutaných na lůžko dochází ke změnám v celém organismu, a pokud u nich nejsou podporované tělesné aktivity, může dojít k projevům imobilizačního syndromu. Mezi somatické projevy tohoto syndromu patří nedostatečné prokrvení jednotlivých orgánů a končetin, ztížené dýchání a odkašlávání, zpomalení střevní peristaltiky, snížené vylučování moče, výskyt dekubitů a otlaků, atrofie svalů, degenerace chrupavek a porucha koordinace mozkových hemisfér. Psychické projevy jsou důsledkem nedostatku informací a podnětů, mohou způsobit dysfunkci intelektuálních a emocionálních funkcí. Sociální projevy v podobě narušení mezilidských vztahů, sociální izolace a osamělosti jsou důsledkem nedostatku sociálních kontaktů, změny bydlení a dosavadního životního stylu. Všechny tyto projevy mohou prohloubit již tak sníženou soběstačnost. Úkolem pečovatелů je podpora zvládání soběstačnosti využitím vlastních schopností seniora i používáním kompenzačních pomůcek (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 142–144).

Potřeba péče o hygienu a výživu se odvíjí od momentálního zdravotního stavu seniora. Ani snížení soběstačnosti, ani omezení kognitivních a rozhodovacích schopností nečiní člověka méně člověkem. Zachování co největší míry autonomie nabývá konkrétní podoby

vyjednáváním v síti vztahů o její konkrétní podobě. Jídlo a činnosti s tím spojené mohou kromě výživy být také příležitostí k podpoře identity, důstojnosti a soběstačnosti. Oblast stravování poskytuje prostor pro budování a upevňování vztahů. Stravování se může stát jednou z nejmýsluplnějších činností běžného dne, pokud je chápáno jako integrální součást péče. Jídlo hraje podstatnou roli při utváření našich individuálních kulturních a sociálních rolí (Hradcová, 2014, s. 42–46).

Výživa je tedy nedílnou součástí potřeb seniorů a vyznačuje se zvláštnostmi, které souvisí se zdravotním stavem. V tomto věku jsou časté poruchy chrupu, znemožňující jíst některé potraviny, snížený pocit žízně a chuťových vjemů. Objevují se také poruchy funkce trávicí trubice, a s tím spojená menší schopnost vstřebávat určité látky. Klesá klidový metabolismus a celková tělesná aktivita, klesá i množství přijímané potravy. U seniorů mohou být důsledky nesprávné výživy daleko závažnější, než u osob středního věku. Zásadní význam pro prevenci výživových chyb je včasná, přiměřená a systematická edukace o zdravé výživě. Správná výživa zvyšuje obranyschopnost organismu, přispívá k rychlejšímu uzdravení a hojení ran, ke zlepšení hybnosti a tím i soběstačnosti. U seniorů je známo, že deprese je jednou z častých příčin rozvoje podvýživy. Negativní emoce mohou být příčinou nechutenství, nevolnosti či pocitu plnosti (Starnovská, 2007, online).

V oblasti každodenní péče je důležité všimnout si změn v biologických rytmech, na které mají vliv změny ve stáří. Tyto změny je potřeba vnímat a přizpůsobovat své stereotypy v zájmu lepší koordinace každodenních činností. Staří lidé mají hluboce zakořeněné postupy sebezpečí a nechtějí na nich nic měnit. Pokud je nutné tyto postupy přizpůsobit okolnostem, je nutné to dělat pomalu, s rozmyslem a s vysvětlením smyslu a užitečnosti změny. Ubývající smysly způsobují nižší kvalitu a rychlost úkonů prováděných seniory. Pro starého člověka je to ztráta, která vzbuzuje smutek, někdy i zlost, a je pro něho těžké se s tím smířit. Je potřeba hledat a zkoušet jiné způsoby sebezpečí, které budou lépe zvládnuty a přijímány (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 67–68).

Mezi základní psychické potřeby seniorů řadí Vágnerová potřebu stimulace a učení, která je důležitá zejména pro zachování funkční kapacity kognitivních funkcí, včetně paměti. Další je potřeba zázemí, bezpečí a jistoty, protože pro stárnoucího člověka je důležitý pocit „bezpečného přístavu“. Nesmí chybět ani naplňování potřeby seberealizace, protože i senioři potřebují svůj čas trávit smysluplnou činností (Vágnerová, 2007, s. 263).

Pro dobré uspokojování psychických a sociálních potřeb je důležitá psychosociální opora. Tento pojem znamená na jedné straně poskytování psychické opory v podobě vysvětlování

průběhu určitých životních změn, nutnosti přizpůsobení se nové situaci, snášení zdravotních problémů, jak změnit životosprávu, nebo jak přijímat a snášet bolest. Na straně druhé jde o poskytování sociální opory, která zahrnuje péči o potřebné s pomocí programů léčebného a ochranného režimu, které by měly pomoci se zvládnáním zátěže, pomáhat řešit problémy a učit dovednostem, jak si poradit v těžkých životních situacích. Poskytování psychosociální opory patří mezi základní dovednosti sociálních pracovníků a personálu domovů seniorů, domovů pokojného stáří, penzionů pro seniory, hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných, ale je také potřeba připravovat rodinné příslušníky na domácí péči o seniory. Problémem je, že v rámci zdravotnické osvěty u nás není propracovaná metodika, jak správnou komunikací a jednáním dát člověku najevo, že je brán jako jedinečná bytost, která má svou hodnotu (Smékal, 2004, s. 50–62).

Sociální potřeby se mění v závislosti na sociální roli člověka v průběhu života. Profesní prestiž ztrácí odchodem do důchodu. Odchod do důchodu ovlivňuje jeho postoj ke světu i k sobě samému (Vágnerová, 2000, s. 466).

Sociální stránka osobnosti seniorů je utvářena i jejich celkovým předchozím vývojem, tj. známostmi a přátelstvími, které navázal v průběhu předchozího života. Bezesporu důležitou roli hraje rodina, kontakty s vlastními dětmi a vnoučaty. Většina seniorů se aktivně ujímá role prarodiče. Vágnerová uvádí, že vnouče může mít pro člověka jinou, leckdy i větší hodnotu, než pro něho měly děti (Vágnerová, 2007, s. 285). „Absence“ vnoučat, či nemožnost styku s nimi z důvodů např. velké vzdálenosti jeho bydliště, může být jednou z determinant sociální izolace, která může mít negativní vliv na celkovou kvalitu života seniora.

Nejbližší oporou bývá zpravidla životní partner. Říčan uvádí, že manželství seniorů mohou být velmi šťastná i velmi nešťastná. Za desítky let se partneři dobře znají, rozumějí si, navzájem se dokonale přizpůsobili. Nemusí spolu mnoho mluvit, a přesto sdílejí své radosti i starosti. Na druhou stranu se v některých partnerstvích objevují projevy obviňování partnera za zklamání vlastním životem. Při nedostatku kontaktů s jinými lidmi se manželství hermeticky uzavírá a snadno vniká ponorková nemoc (Říčan, 2006, s. 351).

Vedle místa pobytu a rodinné situace je úroveň sociálních kontaktů podmíněna rovněž osobnostními zvláštnostmi seniora, mírou jeho potřeby společenského styku, a také schopností vypořádat se s omezeními vyplývajícími z procesu stárnutí. Někteří senioři relativně snadno navazují kontakty, jsou optimističtí, akceptují svá omezení a jsou schopni přizpůsobovat se změnám. Jiní nemají větší potřebu vyhledávat sociální kontakty, ale jsou snášenliví a tolerantní vůči druhým lidem. Další jsou převážně pasivní, spoléhají na pomoc

druhých. Rozhodování o důležitých věcech přenechávají raději druhým, např. dominantnímu partnerovi, nebo svým dospělým dětem. Jinou skupinu tvoří lidé, kteří i přes zjevná omezení se snaží sobě i svému okolí dokazovat svoji soběstačnost a odmítají dobře míněnou pomoc druhých, zejména z potřeby dokázat si vlastní nezávislost. Jsou však i senioři, kteří jsou nesnášenliví, neduhy svého stáří připisují jiným, jsou podezíraví, negativističtí až agresivní, stále si na něco stěžují a vyvolávají mezilidské konflikty (Dvořáčková, 2012, s. 16 – 18).

K sociálním potřebám patří i vztahy mezi muži a ženami, tedy sexualita. Říčan upozorňuje, že v oblasti péče o staré lidi se jedná o ožehavé téma s mnoha předsudky. Téma sexu ve stáří je do velké míry tabuizované. A to i ze strany vlastních dětí. Pokud si např. najde ovdovělá žena milence, může tím znesvětit památku otce (srov. Říčan 2006 s. 354).

Ze sociálních potřeb mohou vycházet různé druhy terapií, příkladem může být Pesso Boyden terapie. Je založená na tom, že sociální potřeby mají všichni lidé, ale u seniorů je jejich uspokojování zvláště důležité. Tato terapie vychází z vlastní identifikace nejdůležitějších potřeb. Jde o potřebu místa, bezpečí, péče a výživy. Potřeba místa znamená, že každý potřebuje svou část prostoru aspoň v podobě postele, stolu a křesla u televize. Bezpečí znamená nechávat seniora žít ve stabilním prostředí a nedělat změny, které nechce. Péči potřebuje senior podobnou, jako malé dítě a výživa se netýká jen toho, co jí, ale také informací, které se k němu dostávají. Dnešní přemíra informačních zdrojů a rozvoj komunikačních technologií je velkou zátěží pro staré lidi, mnohému nerozumí a bojí se toho. Základním problémem v péči o seniory je skutečnost, že se tito lidé cítí zbyteční, proto je důležité dát seniorům nějakou roli, místo v systému. Důležitý je také dotyk, senioři, stejně jako děti, potřebují fyzický kontakt s druhými lidmi. V dnešní době, kdy ustupuje péče v rodině a stále více starých lidí končí v ústavech, se plnění těchto potřeb stává problémem. Oddělení seniora od rodiny tak není jen zátěží pro sociální systém, ale je také nutné hledat způsob, jak dosáhnout toho, aby se necítil zbytečný. Jednou z cest je díky různým programům pomoci lidem k co největší soběstačnosti a hledání oblastí, kde mohou být prospěšní svou originalitou a znalostmi (Svoboda, 2004, s. 23–24).

Naplňování spirituálních potřeb může pomoci v hledání životního smyslu a pomáhá strukturovat jednotlivé životní fáze. Víra má vliv na hodnotový systém a dává životu jistotu určitého řádu. Ve stáří potřeba duchovna narůstá a tvoří základ sebehodnocení, ovlivňuje postoj starého člověka k vlastnímu stáří (Vágnerová, 2007, s. 20).

Spiritualita, nebo také duchovnost, je složka osobnosti, která přesahuje uspokojování běžných potřeb, zahrnuje hledání smyslu života, usiluje o vyšší hodnoty a ideály a patří k ní

také touha stát na straně dobra v boji proti zlu. Jde v ní o úctu a lásku k tomu nejvyššímu, co ctíme, co je pro nás posvátné. Lidé uskutečňují svou spiritualitu různými způsoby, třeba prostřednictvím některého z tradičních náboženství. V našem prostředí dochází spíše k odklonu od tradičních církví, protože hodně lidí k nim nemá důvěru. V minulém století byla pro mnohé tím nejvyšším věda a víra v pokrok, které lidstvo měly dovést k ideální společnosti. Tyto naděje se nesplnily, proto teď procházíme etapou nového duchovního hledání. Mnozí lidé si vybírají ze starých i nových spirituálních směrů to, co jim vyhovuje. Je otázkou, zda je univerzální spiritualita ještě součástí naší dnešní konzumní společnosti. Podle psychologů je duchovno v každém z nás, jen je někdy potlačeno, či vytěsněno. K probuzení spirituality může dojít v každém člověku, ať už pozvolna, nebo následkem dramatického zvratu v životě. Často k tomu dochází právě v období stáří, po určitém zklidnění a hledání nových hodnot (Říčan, 2009, s. 235–236).

Faktorem usnadňujícím proces stárnutí a schopnost vyrovnat se s vlastní konečností tedy může být náboženská víra. Dle Ellisona lidé, u nichž je možno setkat se s hlubším náboženským přesvědčením, vykazují vyšší míru spokojenosti se životem, vyšší kvalitu života, vyšší míru osobního štěstí a podstatně menší negativní důsledky traumatických událostí (Křivohlavý, 2001, s. 77).

Jung říká, že idea mravního zákona a idea Božství patří k nevykořenitelnému vlastnictví lidské duše. Pojem Boha je totiž „psychickou funkcí“ iracionální povahy, která nemá podle Junga s otázkou Boží existence vůbec co do činění (Jung, 1995, s. 249). V takovém pojetí je spiritualita v podstatě inherentní lidské psyché, nehledě na to, zda je člověk aktivně věřící, či ateista.

Vaníčková uvádí, že zahraniční výzkumy zaměřené na hledání vztahu mezi náboženským životem (religiozitou) a kvalitou života dokazují zvyšující se potřebu spirituality ve stáří. „Výsledky ukazují, že existuje jasná vazba mezi zdravotním stavem starých lidí a účastí na náboženském životě a že skupina nábožensky aktivních jedinců vykazuje nižší výskyt depresí, úzkostí, závislostí i sebevražd. V těchto studiích je dále ukázáno, že osoby, které pravidelně navštěvovaly náboženská shromáždění, žily průměrně o 7 let déle, než osoby, které docházely do náboženských shromáždění nepravidelně nebo vůbec. Nábožensky aktivní jedinci vykazovali také větší zájem na péči o své zdraví, zároveň se ve skupině religiózně založených jedinců objevilo méně kuřáků a konzumentů alkoholu.“ (Vaníčková, 2002, online)

Otázka poskytování duchovní opory je složitá a jejím cílem je pomoci najít nebo obnovit smysl života, vyrovnat se s údělem a poskytnout jistotu v neznámu. Obsahuje také reflexi

toho, co člověka postihlo a společné hledání možností zhojení duchovních ran změnou postoje k událostem, které vedly ke zhoršení životní situace. Problémem v našem sekulárním světě je, že máme pocit, že štěstí dosáhneme jen prostřednictvím úspěchu, majetku a vysokého postavení. Ceněné jsou výkonnost, zdatnost, mládí, krása a vlivné známosti. Toto však u starších lidí spíše způsobuje nejistotu, ohrožení a vzájemné odcizení. V případě věřících se náboženský život odehrává spíše na bohoslužbách, méně již přenášením víry do běžného života, stále častější je jen formální plnění náboženských povinností. Je tedy nutné zbožnost doplňovat spiritualitou, tedy prožíváním, promýšlením a uskutečňováním vztahu k Bohu a Posvátnu. Spiritualita je základem poskytování duchovní opory. Pod vlivem dnešní doby se senioři cítí být na okraji společnosti, prožívají pocit zbytečnosti, někdy až nevídanosti, což způsobuje mnohdy jejich rezignaci a zoufalství. Je to důsledek neschopnosti poskytovat potřebnou psychosociální a duchovní podporu. Důležitým úkolem pro instituce, které by měly poskytovat podporu důstojného života člověka, je nalezení takového psychosociálního a duchovního programu péče o seniory, aby stáří mělo šanci stát se obdobím integrity a moudrosti (Smékal, 2004, s. 50–62).

1.2.3 Uspokojování potřeb seniorů

Uspokojování potřeb je důležité pro udržování a obnovování psychické rovnováhy, vede k dosahování příjemného a vyhýbání se nepříjemnému. Pokud nedochází k naplňování potřeb, může dojít k náročným situacím frustrace, konfliktu a stresu. Byly pojmenovány dva specifické druhy frustrace – existenciální frustrace, popsána Franklem jako ztráta smyslu života, jejímž důsledkem může být těžká deprese nebo sebevražda, které se mohou objevit i u lidí, žijících v blahobytu, pokud nemají žádnou životní perspektivu. Druhý typ, reaktance vyvolaná omezením osobní svobody, může podle Brehma vést až k naučené bezmocnosti. Reakcí na frustraci je nastartování ego-obranných mechanismů, nejčastěji v podobě agrese, regrese, fixace, rezignace, kompenzace, racionalizace a fantazie. Bezprostřední důsledky frustrace mohou vést až k poruchám chování (Nakonečný, 1997, s. 121–123).

Podle Trachtové mohou být potřeby uspokojeny žádoucím nebo nežádoucím způsobem.

Žádoucí způsob uspokojení potřeby je takové uspokojení, které nemá škodlivý vliv na okolí či jiné osoby, je v souladu se zákonnými normami a se sociálně kulturními hodnotami jedince.

Nežádoucími způsoby uspokojení potřeby dochází k poškození jiných osob nebo jedince samotného, nejsou v souladu se sociálně kulturními hodnotami jedince, nebo jsou v rozporu se zákonem (Trachtová in Malíková, 2011, s. 167).

V oblasti uspokojování tělesných potřeb Ettinger se spolupracovníky doporučuje seniorům ke zvýšení tělesné zdatnosti jednoduchý program, obsahující chůzi, jízdu na kole nebo jiné pohybové aktivity (Ettinger et al., 2004, s. 57). Aktivity s vyššími nároky na svalovou sílu a vytrvalost, kloubní pohyblivost, rovnováhu a koordinaci jsou důležitými součástmi vyváženého programu zaměřeného na potřebu udržet si dobrý a zachovalý fyzický stav.

V seniorském věku však dochází k vývojovým změnám, které je nutné při výběru tělesných aktivit respektovat. Pohybové programy pro seniory by měly učit aktivnímu přístupu k životu, posilovat sebedůvěru a soběstačnost v životních postojích a vést k zodpovědnosti za své zdraví. Pokud má pohybová činnost přispívat ke zdravému způsobu života, musí jít o aktivitu pravidelnou, dlouhodobou, zaměřenou nejen na zachování rozsahu pohybových schopností, ale i na prožitek a psychické uspokojení.

Štilec ve své knize doporučuje různá cvičení, vhodná zejména pro seniorský věk, např. jógová cvičení, pilates nebo čínská zdravotní cvičení, např. Pět Tibet'anů (Štilec, 2004). Jedná se o cvičení zařazované do kategorie body & mind, které pomáhají rozvíjet tělesné i duševní schopnosti. Pro seniory je např. doporučovaná sestava cvičení pilates s použitím pěnových válců, které umožňují lepší pochopení a správnější provedení cviků. Účinnost cvičení je umocněna tím, že válec lze požit jako automasážní a protahovací pomůcku. Cvičení s válci nabízí systematický způsob, jak si může cvičenec pomoci od bolesti zad, zlepšit držení těla a cílevědomě pracovat na porozumění konceptu celotělového cvičení (Jackson, 2013, s. 9).

Uspokojování potřeb hygienické péče závisí na individuální situaci jedince. Vždy je nutné respektovat požadavky na péči a přizpůsobit postup podle přání toho, o koho pečujeme. Důležitá je schopnost dobré vzájemné komunikace a ochota si vyjít vzájemně vstříc. Samozřejmostí je zachování co nejvyššího stupně intimity.

Také potřeba výživy je individuální záležitostí každého jedince. Nejde však jen o doplňování látek důležitých pro život, stravování je také prostředkem k vytváření a utužování vztahů. Jídlo ve společnosti milého člověka může mít blahodárný vliv na osobní pohodu a zdraví. I staří a nemohoucí lidé v pobytových zařízeních sociální péče mají právo v co nejvyšší míře žít normálním životem. Je tedy důležité, aby pracovníci v přímé péči umožnili uživatelům spoluúčast na přípravě pokrmů, volný přístup k potravinám a v rámci stolování sdílení jídla s ostatními. Pro dobrou praxi je důležité, aby personál znal zvyklosti osob, o které pečuje, jakým způsobem prožívali všední a sváteční jídla, čím jedli, na jakém místě, a také co

mají rádi a co ne. Potřebné je sledování a zaznamenávání případných změn v chutích, zvyklostech a schopnostech uživatelů. Důležité je také podávání informací, které se týkají stravování a stolování (Hradcová, 2014, s. 42–46).

Častým nešvarem v pobytových zařízeních je nedostatek času na podávání jídla i konzumaci samotnou. Personál ve snaze stihnout všechny své povinnosti mnohdy nečeká, až uživatel dojí a jídlo odnese, mnohdy není ani možnost jídlo uschovat k pozdější konzumaci. Problém bývá také v oblasti podávání mleté, či mixované stravy a různých diet. Uživatel mnohdy nemá možnost se rozhodnout, jako stravu a v jaké podobě bude jíst. Důsledkem omezení možnosti rozhodovat o sobě a svém životě může být nespokojenost, někdy až agresivita, nebo naopak rezignace a ztráta zájmu, která může končit zbytečným zneschopňováním uživatele.

V oblasti psychické se uspokojování potřeb seniora zaměřuje především na kognitivní funkce a celkovou duševní svěžest, jejíž součástí je i „všeprístupující“ osobní pohoda.

Pro seniora je tedy v oblasti naplňování psychických potřeb důležité zaměřit se na činnosti a aktivity, které cílí na snížení progresu úbytku celkové inteligence i jejich dílčích složek. K udržení mentální svěžesti slouží různé prostředky. Suchá ve své práci představuje hry pro procvičení paměti v každém věku. Cílem her je procvičování krátkodobé i dlouhodobé paměti. Hry jsou zaměřeny např. na zapamatování slov, zapamatování obrázků, předmětů, nebo zapamatování písmen a čísel. Délka jednotlivých her je 10 až 15 minut. Jsou tedy přiměřené i z hlediska schopnosti udržení pozornosti u starších seniorů. Součástí jsou i zábavné hry, jako zapamatování televizních her, nebo trénink paměti na procházce. Skupinka seniorů si může na procházce vyhledávat různé úkoly ke cvičení paměti a účastníkům je předem oznámit, aby se na ně mohli soustředit. Například si ve městě zapamatovat obchody, které na procházce míjeli, nebo co bylo v jejich výloze. V přírodě se mohou zaměřit na zapamatování např. druhů stromů. Po návratu z vycházky pak senioři navzájem konzultují, co si zapamatovali (Suchá, 2012, s. 25).

Preiss s Benešovou prezentují ve své práci výsledky výzkumné studie zaměřené na zkoumání trénování paměti u seniorů starších 65 let. Autoři studie nazvané ACTIVE (TheAdvancedCognitiveTrainingforIndependenceElderly), zkoumali vliv tréninku paměti u pokusných osob z celých Spojených států amerických starších 65 let. Výzkum proběhl v letech 1998 až 2004. Pokusné osoby byly získány ke spolupráci mj. i v domovech seniorů. Tři tréninkové programy byly úzce zaměřeny na jednotlivé trénované oblasti kognitivních funkcí. *Paměťový trénink* obsahoval učení se paměťovým strategiím (např. vizualizace,

strukturalizace, asociace) pro zapamatování si podnětového materiálu (seznam slov, texty, obrázky). *Trénink usuzování* obsahoval učební strategie v nacházení určitého vzorce v řetězcích slov nebo písmen a v identifikování následujícího prvku v řadě. *Trénink rychlosti* byl zaměřen na rychlost zpracování informací. Autoři výsledky všech tří testů interpretovali v tom smyslu, že všechny tréninky měly okamžitý efekt na kognitivní funkce. Prokázali také význam upevňovacího tréninku. I po pěti letech měly všechny tři typy tréninku vliv na specifické kognitivní funkce (in Preiss, Benešová, 2010, s. 122–124).

Sociální síť vztahů a s tím spojené uspokojování potřeb v sociální sféře je do značné míry determinována místem pobytu seniora. Pokud žije v domově pro seniory, může v případě, že o to má zájem, navázat velké množství vztahů se svými vrstevníky. Senioři bydlící ve vlastní domácnosti mohou kromě styku se svým partnerem (pokud žije) a styku s rodinou dětí využívat i různá seniorská centra. Jedná se o komunitní zařízení pro seniory s určitým zájmovým zaměřením, kteří žijí ve stejné lokalitě. Díky těmto klubům dochází ke zlepšování kvality života seniorů a k navazování sociálních kontaktů, čímž dochází k prevenci sociální izolace. Senioři si zde mohou sami vybrat typ programu, který jim vyhovuje; mohou si zacvičit, posedět s přáteli, nebo mohou využít možností internetu. Program pro seniory bývá bohatý, ať už jde o návštěvu divadel, kin, výstav, přednášek, hudebních produkcí nebo výletů. Program je nasměrován tak, aby se život seniora stal aktivním, a tím přinášel do života tolik potřebný pocit sounáležitosti a užitečnosti (Jarošová, 2006, s. 50).

Pro uspokojování sociálních potřeb je důležitý způsob komunikace a hlavně čas, který je potřeba věnovat naslouchání životnímu příběhu starého člověka. Znalost a pochopení tohoto příběhu může pomoci najít příčiny případných změn v chování a předcházet tak obtížným situacím. Při vzájemné komunikaci se buduje oboustranný vztah, který může pomoci seniorovi při zvládání postupné ztráty různých sociálních rolí a kontaktů. Senioři také potřebují osobní nezávislost v rozhodování o svých možnostech a cílech. V pečovateli vidí zdroj určité nadvlády, moc, kterou oni postupně ztrácí, a každému trvá jinak dlouho, než se s tímto vyrovná. Trpělivostí, proječováním pozornosti, nasloucháním a osobním vztahem může pečovatel seniorovi v této oblasti hodně pomoci (Kleťková, Dlabalová, 2008 s. 94–95).

Uspokojování spirituálních potřeb bylo dlouho zanedbávaným, opomíjeným, respektive nežádoucím tématem. Zužovalo se jen do oblastí uspokojování náboženských potřeb, ale člověk má širší spirituální potřeby. Téma spirituality se otevírá ve chvíli rekapitulace, bilance, či při hledání smyslu života. Své dny v plné kvalitě mohou senioři prožívat jen tehdy, pokud jim pracovníci v sociálních službách budou rozumět a budou chápat jejich plnohodnotný

význam, bez ohledu na limity stáří. V dostatečné míře by měl být zajištěn rozsah uspokojení potřeb ve spirituální oblasti, a to neznamena jen víru, náboženství a modlitby, ale poskytování duchovní opory ve všech oblastech, které přesahují náš materiální svět (Narayanasamy, 2004, s. 7).

Všichni, kdo se nějakým způsobem podílejí na péči o druhé, by se měli zamyslet nad problémem poskytování duchovní opory. Prvním krokem je otevření se spiritualitě, ochota přemýšlet nad tím, co spiritualita znamená pro ty, o které pečují. Měli by se snažit trpělivým provázením probouzet a kultivovat spirituální dimenzi těch, kterým pomáhají. Je potřeba hledat poradenské, psychologické, pedagogické a náboženské prostředky, které doplní život lidí redukovaný do značné míry na materiální nebo psychickou sféru bytí právě o duchovní dimenzi. Pomáhající by se měl ztotožnit s tím, že pro seniory již nebývá zdrojem smyslu života výkon, ale dobré obsahy prožitků, třeba v podobě umění, vzájemnosti vztahů, či laskavého a příjemného prostředí. Je potřeba brát v potaz rozdíly mezi lidmi, jen tak je možné probouzení a kultivaci duchovní dimenze uskutečňovat individualizovaně. Toto je možné jen na základě spoluprožití naděje a víry v hloubku života a jeho zakotvení v lásce a ve směřování k Bohu. Uspokojování duchovních potřeb seniorů lze podpořit obnovou závazků vůči životu, zodpovědného a moudrého vedení života, pěstováním mravní kultury, četbou a diskusí o vážné literatuře, společnými návštěvami bohoslužby a společnými modlitbami (Smékal, 2004, s. 50–62).

V rámci křesťanského společenství je realizována pastorační práce se seniory prostřednictvím animátorů. Animátorem může být laická osoba i duchovní. Nejde o roli učitele, ale bratra či sestry ve víře, kteří jsou ochotní vytvářet pro ostatní prostor ke sdílení víry. Animátor by měl být otevřený a přijímající, schopný hlubokých vztahů. Měl by umět stmelovat společenství a vést ostatní ke stádiu sebereflexe a růstu dobra v každém z nich. Toto je důležité hlavně pro seniory, kteří nemají naplněné takové potřeby, jako například milovat a být milován, mít v životě pevný bod, o který se mohou opřít, mít smysl života, vnímat svou hodnotu v očích druhých a někam patřit. Animátor může pomoci tyto deficity postupně doplnit a přispívat tak k dobru celého společenství (Zimmermannová, 2011, s. 45–49).

Zabezpečování všech výše uvedených potřeb ovlivňuje kvalitu života seniora (viz kap. 1.1.2). Do určité míry je sycení potřeb podmíněno několika základními faktory:

1. osobnostními predispozicemi a temperamentovými charakteristikami seniora;

2. jeho aktuálním zdravotním stavem;
3. výše popsaným individuálním (zdravým) životním stylem a
4. typem péče, které se mu dostává (individuální vs. institucionální péče, viz kapitola 1.3).

1.2.3.4 Spokojenost seniorů

Požadavky na podmínky života se mění v závislosti na získaných zkušenostech a znalostech. Priority se mění a mění se také pohled na život. Radost z maličkostí, vnímání krásy kolem sebe, ale také postupné smíření se s nedostatky svými i svých blízkých. Někdy je člověk spokojen více a někdy méně s průběhem svého života.

Spokojenost má mnoho nejednoznačných definic. Často je spojována s pocitem štěstí a lidé sami mají říci, zda jsou spokojeni a zda mají pocit životní pohody. Proto je důležité zjistit na základě jakých okolností je subjektivní hodnocení spokojenosti ovlivněno, co činí lidi spokojenými.

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2004, s. 556) uvádí, že spokojenost je příjemný pocit. Znamená to tedy subjektivně vnímaný stav z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti. Dále se zde uvádí, že pokud tento stav trvá dlouho, vede k demotivaci.

Pokud jsme spokojeni, vnímáme i svůj život jako kvalitní. Otázkou je, jak by měla být spokojenost měřena. Spokojenost se životem je určitý stupeň kvality života. Pocity pohody mohou být občasné nebo mohou mít trvalejší charakter. Životní spokojenost seniora závisí také na tom, jaké je jeho životní krédo a hodnoty. Zlepšování ekonomické situace nevede ke zvýšení počtu šťastných a spokojených lidí.

Kvalita života je kategorie, která ve své komplexnosti zahrnuje sociální, biologické, psychické i duchovní podmínky. Subjektivní hodnocení spokojenosti nebo nespokojenosti s jednotlivými stránkami života je výsledkem mnoha faktorů. Indikátory spokojenosti jsou pocity štěstí, pohody a očekávání. Čím menší rozdíl je mezi očekáváním a skutečností, tím větší je míra spokojenosti. Kvalitní život je výsledkem mnoha faktorů – genetických, vlivů prostředí, způsobu života. K vytváření a udržení dobrých vztahů je potřeba schopnost jedince adekvátně reagovat na změny v prostředí, flexibilně myslet a umět domýšlet důsledky svého jednání. Tyto vlastnosti mohou být negativně ovlivněny involučními změnami ve stáří. Pokud se seniorů zeptáme co by si přáli, aby byli spokojeni, většina odpoví zdraví pro sebe a své děti.

Podle zjištění Kuchařové není etapa stáří vnímána jako období obtížněji zvládaných životních podmínek nebo komplikací. V postojích seniorů vidíme optimismus a pozitivní přístup. Převládají okolnosti nemateriální povahy, které ovlivňují životní spokojenost seniorů a mají větší váhu než materiální aspekty. Nemateriální stránku charakterizuje citová jistota a bezpečí, což vyžaduje jisté sociální zázemí (Kuchařová, 1997, s. 134-156).

Mezi významné problémy seniorů patří mezilidské vztahy. I mezi lidmi se totiž může cítit osamělý. Osamělost je také vnímána jako opuštěnost, pocit ztráty citových vazeb, které vedou k citovému strádání. Osamělost není volba.

Podle Vágnerové mají staří lidé zhoršenou schopnost navazovat kontakty. Raději navazují nezatěžující kontakty se známými nebo s rodinou. Preferují společnost rodiny a vrstevníků. Jednou z nejdůležitějších sociálních jistot seniora je rodinné zázemí. Dobře fungující rodina je v případě nemohoucnosti seniora zárukou pomoci fyzické, psychické i sociální, což ovlivňuje hodnocení spokojenosti se životem. Senioři oceňují fungující vztahy v rodině (Vágnerová, 2007, s. 342)

Pokud člověk plní své plány, které mu dávají pocit smysluplnosti, je spokojený. Trvalý nedostatek smyslu života má negativní účinky, které se projevují v duševním, fyzickém ale i společenském vztahu. U seniorů není pocit spokojenosti stabilní. Nejstarší senioři mluví o osamění a ztrátě kontroly nad svým životem.

Spokojenost seniora s poskytovanými službami v rezidenčním prostředí bezesporu patří k nezanedbatelným společenským hodnotám.

1.3 Institucionální péče o seniory

Přechod starého člověka do institucionální péče může být spojen se ztrátou autonomie, pocitu soběstačnosti a soukromí. Starý člověk může ztrácet jistotu orientace a pocit bezpečí. S přesunem do ústavního zařízení si může začít uvědomovat, že se jeho život blíží ke konci. Tato fáze může být vnímána jako závěrečná etapa., po které následuje smrt, proto je přesun do instituce pro mnoho seniorů stresující (Vágnerová, 2007, s. 419). Péče o seniory v institucionální péči by měla vycházet z celostního chápání potřeb, včetně spirituální péče. Holistická péče zahrnuje péči o tělo, mysl i ducha a je založena na předpokladu, že každá tato část je propojena s ostatními a vzájemně se ovlivňují.

1.3.1 Charakteristika institucionální péče

Počátky péče poskytované v institucích spatřujeme v tzv. chudinské péči, jejíž počátky spadají do středověku po přijetí křesťanství a zřízení církve. Křesťanství s sebou přináší prikázání pomoci chudým. První církevní služby poskytují kláštery, později farnosti. Až do počátku novověku převládají tendence k sociálnímu vylučování lidí, kteří se vymykali standardu. Pod patronací se začínají zřizovat služby převážně ústavního charakteru pečující o dlouhodobě znevýhodněné lidi. Na přelomu osmnáctého a devatenáctého století již vznikají diferencovaná velká zařízení. Na našem území je chudinská péče legislativně upravena až v polovině devatenáctého století v rámci domovského práva, které později nahrazuje institut československého občanství a farní chudinské ústavy. Starost o znevýhodněné přechází z obcí na stát (Matoušek, 2007, s. 108).

Umístování seniorů do státních domovů důchodců bylo obvyklým řešením snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Často tak byl řešen i problém bydlení a tak do domovů důchodců odcházeli i lidé soběstační. Poskytovanou péčí financoval stát, nebyla možnost výběru a volby. Pokud nebyl senior umístěn v domově, často se situace řešila opakovaným dlouhodobým pobytem na LDN. Seniori tak pobývali neindikovaně ve zdravotnických zařízeních, příbuzní je navštěvovali sporadicky a odnášeli si důchod svého člena rodiny, přičemž stát platil veškeré náklady na zdravotní péči. Rozhodování o zdravotní nebo sociální péči fungovalo o něm bez něj a senior se musel podříditi zavedenému režimu a chodu zařízení. Pokud, byl senior umístěn do ústavu, byl pouze pasivním příjemcem poskytované péče a měl minimální prostor k tomu, aby pokračoval ve svém navyklém způsobu života. V domovech důchodců tak panoval pocit křivdy, ponížení i zklamání. Seniorům s demencí a nekomunikujícím klientům nikdo nerozuměl a nikdo ani netušil jak se jim přiblížit. Poskytovaná ošetrovatelská péče nebyla realizována podle zásad ošetrovatelského procesu (Malíková, 2011, s. 29-30).

Na konci devatenáctého století a počátku dvacátého století dochází ke změně smyslu ústavní péče, která slouží spíše pro vyloučené lidi ze společnosti. Pozornost je zaměřena na zájmy a potřeby klientů. V roce 1989 se otevřela možnost zakládat ne státní sociální a zdravotní ústavy, první této možnosti využívají církve a občanská sdružení (Matoušek, 1999, s. 272). Před mnoha seniory se tak otevřela šance na změnu k lepšímu prožívání v zařízení.

Výraznou proměnu doznala situace v poskytování sociálních služeb až po vstupu v platnost zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci. Jedná se tedy o transformaci sociálních služeb, s čímž souvisí vydání řady dokumentů jako např. Kvalita života ve stáří – Národní program

přípravy na stárnutí. Odpovědnost za sociální služby přešla z téměř výhradní pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje občanské společnosti a stát.

Poslání sociálních služeb bylo specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo ve svém přirozeném společenství (Bílá, 2003, s. 6).

V současné době jsou sociální služby a tedy i institucionální zařízení poměrně diferencované a taktéž účelově zaměřené. Většina z nich je specializována na určitou část klientů, kterým mohou poskytnout odbornou péči. Umístění do těchto institucí je limitováno věkovou hranicí a nutnou potřebností ústavní péče. Je nutné zajistit celkovou propojenost či možnou návaznost služeb navzájem.

Z pohledu problematiky seniorů je důležitá deinstitucionalizace což znamená přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí.

Nejpřirozenější formou péče o seniory je rodinná péče. Nejlepším způsobem je setrvání v domácím prostředí. Pro některé členy rodiny je zvládnutí péče samozřejmostí, pro jiné je obrovskou zátěží a nepřekonatelnou překážkou. Existují také rodiny, které o své staré rodiče či prarodiče postrádají jakýkoliv zájem či ochotu o ně pečovat. Možností řešení péče o seniory je sociální péče, která zahrnuje sociální dávky a sociální služby. Může být realizována státními i nestátními subjekty.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje tři druhy služeb:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Péči o seniory lze rozdělit na ústavní a neústavní formu.

Ústavní neboli rezidenční péče je poskytována starým lidem v domovech se zvláštním režimem, v ústavech sociální péče a domovech pro seniory.

Neústavní forma péče zahrnuje dávky sociální péče, a terénní služby sociální péče.

Výše zmiňovaný zákon zavedl sociální dávku příspěvek na péči, který představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb. Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc a to buď v rámci rodiny nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, případně prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby (Králová, Rážová, 2007, s. 350).

Zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti podle individuální míry schopnosti zvládnout péči o vlastní osobu a úrovně soběstačnosti.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí výčet činností v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Jedná se o činnosti:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc se zvládáním běžných úkonů o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně
- Zprostředkování kontaktu se společenským okolím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí

Je ovšem otázkou jak se rodina postaví k možnosti poskytovat seniorovi pomoc v jeho nesoběstačnosti, a nebo, očekávají-li pomoc od státu, formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení.

Důvodem k nástupu do zařízení může být samotné rozhodnutí budoucího klienta pobytového zařízení, které je ovlivněno řadou faktorů. Je to vliv souběžně působících prvků v období seniorského věku a ve většině případů je pohled na pobytovou službu negativní. Lidé v ní vidí poslední stádium jejich života, ztrátu kontaktu s rodinou, sousedy a zejména s přirozeným prostředím, na které jsou fixováni. Jedním z důvodů může být samotný funkční stav klienta, který se odvíjí od psychických či fyzických schopností vést samostatný život. V případě, že se tedy jedná o nesoběstačného klienta, je volba využití pobytových služeb možným řešením. Roli v systému péče hraje rodina, pro kterou může být péče o seniora vyčerpávající a náročná. Dochází také k případům, kdy se na rozhodnutí seniora podílí ohleduplnost či obava o rodinné příslušníky, kteří se stejně jako senior mohou potýkat s různými problémy. Ovšem ani pro rodinného pečovatele není rozhodnutí jednoduché. Je doprovázeno pocity viny či pocity vlastního selhání jako důsledek nezvládnuté péče. Je důležité, aby rodina i nadále spolupracovala a podílela se na péči seniora i po nástupu do zařízení. Záleží také na zařízení, jakým způsobem rodině péči umožní. Nemalou roli hraje také finanční situace a neschopnost vlastními prostředky úhradu životních nákladů zvládat. Platba za poskytované služby není nezanedbatelná. Úhrada pobytových služeb je placena ze starobního důchodu klienta, přičemž má klient nárok na zůstatek ze svého důchodu ve výši 15%, jak uvádí zákon č. 108/2006 Sb.,

zbytková úhrada je hrazena státem. Vzhledem k tomu, že počty lidí s výší důchodu, která nedosahuje požadované hranice, roste, nastává pro pobytová zařízení ne jeden problém.

Více než 85% pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi, zřizovatelem již není stát. Pobytové služby také zajišťují občanská sdružení a církve. Financování je více zdrojové a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží zařízení, které klientovi poskytuje sociální službu. Cílem poskytovaných služeb není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám. Péče o seniory a přístup ke stárnutí musí směřovat k dodržení vytyčeného programu přípravy na stárnutí, zpracovaného MPSV. Jako např.:

- Celoživotní přístup
- Partnerství vlády a samosprávy
- Mezigenerační vztahy a soudržnost
- Genderový přístup
- Dialog s občanskou společností a sociálními partnery
- Odpovědnost jednotlivce a společnosti
- Důstojnost
- Informovanost (Malíková, 2011, s. 29-33).

1.3.2 Rizika institucionální péče

V ústavní péči existuje mnoho problémů, které jsou i vzájemně propojeny. Jedním z nejpálčivějších je zbytečná institucionalizace, kdy seniorům hrozí vytržení z prostředí na, které jsou zvyklí a z toho vyplývá postupně zhoršující se stav a strádání. Problémem je také chybějící provázanost nejrůznějších forem péče. Zdravotní stav se dříve nebo později horší. „*„ Naše instituce nejsou tak pružné, aby dokázaly svoje služby přizpůsobit měnícím se potřebám klienta, přestože změnu jeho potřeb není těžké předvídat. “* (Matoušek, 1999, s. 85) Pobytová zařízení ve své historii prošla řadou vývojových a pozitivních změn. Současná, a tedy nově zbudovaná zařízení jsou prostorově přizpůsobena požadavkům klienta a stanoveným normám. Mnohá zařízení jsou bezbariérová, což je velkou výhodou pro imobilní klienty. Péče v těchto zařízeních je poskytována odborným personálem. Předpoklady pro výkon daných profesí stanoví zákon o sociálních službách. Pokud však není vytváření těchto alternativ spojeno s progresivním uzavíráním starých institucí, může vyústit v situaci, kdy nové služby fungují souběžně se stávajícími. Jedná se o riziko paralelních služeb. Část uživatelů tak zůstává v ústavní péči, aniž by se změnila jejich podmínky, což je neuspokojivé

samo o sobě. Deinstitutionalizace lépe fungujících lidí jako prvních vede tedy k situaci, kdy zbývající personál je ponechán s velkým počtem lidí, pro které bude obtížné nalézt umístění v novém komunitním systému. Dalším rizikem je riziko zdvojených výdajů pro oba dva systémy, které pracují souběžně. Počáteční investice na zahájení provozu nových komunitních služeb zařízení a rovněž náklady plynoucí na oba druhy služeb, pracující souběžně, a to po dobu několika let, dokud instituce nebudou zcela uzavřeny. Rizikem může být také příliš institucionální alternativa – nevycházející z individuálních potřeb a preferencí každého jednotlivce, což je způsobeno nedostatečným zapojením uživatelů, případně jejich rodin do plánování, řízení a hodnocení služeb. Nedostatek porozumění tomu co komunitní služby jsou, vede k tomu, že nové alternativy se podobají institucionálnímu modelu. Může se stát, že nová služba je umístěna v sousedství původní instituce jen proto, aby byl využit prostor a personál. Pouhé vnitřní přebudování stávajícího objektu na apartmány rodinného typu svědčí o lepších materiálních podmínkách, ale uživatelé i nadále žijí v tomtéž izolovaném prostředí. Pokud je reforma redukována pouze na změnu ubytování bez změny v oblasti přeškolení personálu převažuje v takovýchto zařízeních institucionální kultura, která je jedním z dalších rizik.

Mezi rizika a problémy institucionální péče patří:

- Nemožnost navázat trvalý vztah a časté změny prostředí a osob – chybí pocit sounáležitosti.
- Hospitalismus kdy uživatel ztrácí zájem o lidi a svět, přivykne si na ústavní podmínky a hledá náhradní uspokojení v jídle a spánku.
- Absence zkušeností normálního života – nedostatek sociálních a citových podnětů, nedostatek jiného prostředí a zcela běžných věcí.
- Velké, uzavřené a osobnostně homogenní, nekoedukované kolektivy – lidé, kteří jsou uzavřeni v ústavu, nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi, sexualita si nachází průchod v homosexuálních vztazích nebo nepřiměřených projevech.
- Ponorková nemoc – uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou výživnou půdou pro šikanování a zneužívání.
- Konfúze rolí – i když dá uživatel impulz k překročení hranic profesionální role, odpovědnost nese zaměstnanec.
- Ztráta soukromí – je to pravidelná daň za pobyt v ústavu, často se jedná o nucené sdílení malého prostoru s obyvateli, které si člověk nemohl vybrat. (Bednář, 2012, s. 14).

Kdo je však odpovědný za řešení problémů, které stárnoucí populace přináší? V Národním programu stárnutí je uvedeno, že za kvalitu života ve stáří a aktivní zapojení se do společnosti nesou nedílnou odpovědnost jednotlivci i společnost. Důstojné a aktivní postavení seniorů vyplývá mimo jiné z aktivního přístupu a odpovědnosti za vlastní život i za mezigenerační vztahy, předávání důležitých zkušeností, tradic a hodnot. Staří lidé by měli usilovat o aktivní roli a přínos společnosti, komunitě a rodině. Stejně jako ostatní mají odpovědnost za využití příležitosti k uplatnění a za odpovědný přístup ke svému životu a ke svému zdraví. Společnost by měla poskytnout podmínky a rovné šance lidem každého věku.

1.3.3 Moderní trendy v péči o seniory

Situace v České republice se částečně změnila po roce 1989. Nejvýraznější proměny dosáhla po vstupu platnosti zákona č. 108/2008 Sb. O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Trendem v současné době je převzetí otevřeného funkčního modelu ze zahraničí, zejména dalších členských států Evropské unie. Nový sociální zákon se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci. Nastolil nová pravidla a vytyčil směr všeobecně od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u mnoha skupin osob.

Deinstitucionalizací je myšleno delegování pravomocí v oblasti sociálních služeb na nižší správní celky – tj. na kraje a obce, čímž se docílí větší efektivity při poskytování služby (Lišková, 2007, s. 35).

Důležitým aspektem je integrace osob do společnosti. Celkově lze situaci charakterizovat jako zásadní transformaci sociálních služeb. MPSV se na ni připravovalo před vstupem sociálního zákona vydáním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů, jako např.:

- Koncept podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.
- Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012
- Konzultační dokument Bílá kniha v sociálních službách (Malíková, et al, 2011).

Jak již bylo řečeno, péče o staré lidi prošla jistým vývojem zjednodušeně popsáno od rodinné péče po její kombinaci s péčí státní. I v posledních desetiletích prodělává péče o staré lidi

vývoj a to v souvislosti se stárnutím populace a s větším důrazem na lidskou důstojnost. Trendy, které jsou pro péči o seniory charakteristické, se objevují nejvíce v zemích západní Evropy. V mezinárodním akčním plánu pro problematiku stárnutí z roku 1982 se píše, že komplexní péče o seniory by měla být založena na principech (VŠZ, 2008, s. 124-125).

- Demedicalizace s důrazem na kvalitu života, přirozenost prostředí a autonomii jedince
- Deinstitutionalizace, kdy se stává prioritou péče v domácím prostředí a důraz je kladen na rozvoj terénních služeb
- Desektorizace, tj. multidimenzionální přístup k potřebám seniorů, propojení zdravotních a sociálních služeb, rodinné a profesionální péče
- Deprofesionalizace, tzn. Umožnění participovat na péči o staré lidi i neprofesionálům

V systému sociálních služeb pro seniory dochází v posledních dvaceti letech ke změnám, které vyjadřují další současné evropské trendy v péči o staré lidi. (Lišková, 2007, s. 35). Jedná se o:

- Decentralizaci pravomocí
- Vyvážení alternativních služeb ke klasické ústavní péči
- Zavádění standardů kvalit
- Změny v systému financování

O trendech a cílech v organizacích, které pečují o seniory v rámci samotné ČR se píše ve zprávě česko-britského projektu „Mentor v ošetrovatelské péči o seniory ve Velké Británii a České republice“ realizovaného v letech 2006-2008, která uvádí:

- Rozšiřování ambulantní péče
- Zkracování hospitalizace
- Princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky

Stáří je etapou, kdy dochází k poklesu soběstačnosti člověka. V souvislosti se stářím je důležité zmínit koncept autonomie, protože v této fázi života je autonomie nejvíce ohrožena. Proč nevzít koncept autonomie jako moderní trend v péči o seniora?

Stáří stejně jako předcházející přirozené fáze života je charakterizováno následujícími změnami: fyziologické, psychické a sociální, jež se konkrétně projevují jako ztrátou pracovní aktivity, poklesem sociálního statusu, zhoršujícím se zdravotním stavem, úmrtím partnera, řídnutím sociálních sítí (Sýkorová, 2007, s. 12).

Z gerontologického hlediska je autonomie seniorů chápána jako respekt vůči starším, být nesoběstačným jedincům a jejich právu na rozhodování o léčbě a péči. Obecně ji lze vnímat jako zachování rozhodovacích kompetencí, soukromí. Za ekvivalent autonomie je považována někdy nezávislost či individuální svoboda (Sýkorová, 2007, s. 73).

Dle Sýkorové je seniory autonomie vnímána jako:

- Soběstačnost fyzická – zajištění osobních potřeb svých nejbližších a péče o domácnost, kdy limitou je zdraví
- Soběstačnost finanční – schopnost se o sebe postarat, nezávislost na druhých, absence pocitu závazku, pocit svobody, svobodné rozhodování o finančních výdajích, kdy osobní kontrola je snazší než ve sféře fyzické
- Autonomie v užším smyslu samostatného rozhodování – znamená osvědčení vlastních kompetencí (Sýkorová, 2007, s. 90).

Senioři sami chápou autonomii ve smyslu samostatného rozhodování, kdežto pečovatelé ji redukují pouze na schopnost vykonávat aktivity osobní péče – respektive fyzické nezávislosti. Dle odborníků je však nutné chápat autonomii a závislost jako termíny relativní a ne vylučující se (Sýkorová, 2007, s. 84).

Za nové trendy v oblasti poskytování sociálních služeb je také možné považovat standardizaci kvalit poskytované péče a změny ve financování.

Standardizace kvalit poskytované péče je pozitivním krokem v oblasti sociálně zdravotní péče o lidi v seniorském věku. V roce 2002 MPSV přišlo se Standardy kvality sociálních služeb, jež slouží jako metodická příručka pro poskytovatele. K jejich uzákonění došlo až přijetím zákona o sociálních službách, který začal platit od 1. 1. 2007.

Habart uvádí, že jsou tyto národní standardy formulovány velmi obecně, a proto vzniká potřeba jejich konkretizace v rámci jednotlivých regionů, což se týká například oblasti potřeb seniorů, jenž by bylo, třeba lépe formulovat a klasifikovat (Habart, 2006, s. 128).

Změny ve financování sociálních služeb se v České republice objevují v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách v roce 2007. Za finanční zdroje sociálních služeb považujeme úhradu uživatelů z vlastních příjmů, příspěvky zřizovatelů sociálních služeb, dotace z veřejných rozpočtů a různé další zdroje jako například dary, vedlejší hospodářskou činnost (Lišková, 2007, s. 42).

Nejnovějším finančním zdrojem se stal od ledna 2007 příspěvek na péči, který nahradil příspěvek při péči o osobu blízkou. Je přiznán osobě, o kterou má být pečováno, a to na základě posouzení závislosti na péči jiné fyzické osoby. Jeho výše odpovídá stupňům závislosti (zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách).

1.3.4 Národní plán rozvoje sociálních služeb

Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011-2016, je strategický dokument, který vymezuje hlavní východiska a cíle v oblasti sociálních služeb na celostátní úrovni. Národní plán vzniká v souladu s § 96 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který ministerstvu ukládá povinnost zpracovávat střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb za účasti krajů, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou poskytovány sociální služby.

Do Národního plánu rozvoje sociálních služeb je zahrnuta podpora rozvoje služeb sociální péče. Služby sociální péče napomáhají jejich uživatelům k zajištění soběstačnosti, obnově nebo zachování životního stylu a zapojení do běžného života společnosti. Uživatelům v zařízeních sociálních služeb zabezpečují důstojné prostředí a přístup. Významnou část současných sociálních služeb sociální péče představují služby poskytované pobytovou formou. V zajištění péče by měl být preferován princip sdílené péče. Vzhledem k potřebám některých lidí užívajících služby sociální péče je nutné propojení se systémem zdravotnictví, aby byl zajištěn komplexní přístup formou dlouhodobé sociálně zdravotní péče.

Hlavní cíle:

- a) zachování života v přirozeném prostředí v maximální možné míře
- b) podpora rozšiřování sítě a kapacit forem služeb sociální péče
- c) zajištění odpovídajících služeb pobytového charakteru v závislosti na situaci člověka
- d) humanizace pobytových zařízení sociálních služeb
- e) návaznost mezi systémem sociálních služeb a zdravotnictvím především v oblasti dlouhodobé zdravotní péče

Nástroje:

- a) podporovat dostatečné poskytování služeb sociální péče terénní a ambulantní formou podle zjištěných potřeb uživatelů a jejich propojení s odpovídajícími formami zdravotní péče
- b) podporovat sdílenou péči vytvořením dostatečné nabídky odlehčovacích služeb a dalších služeb umožňujících poskytnutí podpory a péče uživateli a zároveň odpočinek běžně pečujícímu člověku
- c) na základě zjištěných potřeb podporovat zajištění dostatečné nabídky služby domovy se zvláštním režimem
- d) usilovat o dostatečnou komunikaci a spolupráci mezi resorty zdravotnictví a práce a sociálních věcí

- e) zpracovat legislativní zakotvení dlouhodobé sociálně zdravotní péče v ČR (MPSV, 2010, online)

1.3.5 Domov pokojného stáří sv. Františka v Javorníku

Domov pokojného stáří sv. Františka patří pod Charitu Javorník, která je oblastní charitou pracující na území okresu Jeseník. Charita Javorník byla založena olomouckým arcibiskupem dne 1. 2. 1994 a spadá pod Diecézní charitu ostravsko-opavskou, kterou tvoří 17 profesionálních charit s právní subjektivitou. Posláním charity je pomáhat těm, kdo se ocitnou v jakékoliv sociální nouzi, lidem bez rozdílu národnosti, náboženství nebo barvy pleti, věnovat se chudým, opuštěným, nemocným, starým, tělesně, mentálně a jinak postiženým. Charita Javorník uskutečňuje toto poslání pomocí svých služeb se zaměřením především na seniory a zdravotně postižené. Pomoc se prolíná s úctou k člověku a křesťanskou láskou.

DOMOV POKOJNÉHO STÁŘÍ sv. FRANTIŠKA JAVORNÍK (DPS)

DPS sv. Františka v Javorníku poskytuje své služby osobám, které z důvodu své snížené soběstačnosti nejsou schopny nadále žít ve svém domově. Prostřednictvím svých služeb umožňuje uživatelům žít takovým způsobem života, který se co nejvíce přibližuje způsobu života běžné, věkově srovnatelné populaci.

Kapacita zařízení je 24 uživatelů

Počet zaměstnanců je 14 z toho: 1 vedoucí zařízení, 1 sociální pracovníce, 6 pracovníc v přímé péči, 3 zdravotní sestry a 3x obslužný personál.

Cílovou skupinu tvoří:

- Senioři ve věku 65 let, kteří pro své stáří nebo nemoc ztrácejí schopnost sebeobsluhy a nemohou proto dál žít ve svém přirozeném prostředí ani si zajistit potřebnou podporu a péči jiným způsobem
- Osoby se zdravotním postižením ve věku od 50 let, které pro svou nemoc ztrácejí schopnost sebeobsluhy a nemohou proto dál žít ve svém přirozeném prostředí ani si zajistit potřebnou podporu a péči jiným způsobem

Cílem DPS je:

- Poskytovat pomoc jenom v takové míře, která je nezbytně nutná
- Poskytovat nabídku různorodých aktivit na trávení volného času

Mezi principy Domova pokojného stáří v Javorníku patří:

- Respektování individuality každého člověka – služby jsou přizpůsobeny potřebám uživatelů
- Podpora smysluplných vztahů s rodinami uživatelů
- Podpora samostatného rozhodování uživatele o sobě samém
- Zaměření na celek – na situace uživatele se pohlíží v souvislostech, nikoli jen na aspekty částečné, dílčí
- Týmová spolupráce – každý pracovník si je vědom toho, že je součástí pracovního týmu a informace potřebné k poskytnutí kvalitní služby si vzájemně sdělují a vyměňují se spolupracovníky (Charita, 2015, online).

Domov pokojného stáří sv. Františka je pobytová sociální služba „domov pro seniory“. Původně sídlil v Bílé Vodě, odkud byl částečně v roce 2003 z ekonomických důvodů přestěhován do budovy „OÁZA“ v Javorníku. Vzhledem k nepříliš vyhovujícím prostorám procházel DPS sv. Františka během následujících let postupnou rekonstrukcí a byl postupně dovybaven potřebným nábytkem, přístroji a zařízením. Pro jeho potřeby byl zakoupen nový automobil a byla vybudována výtahová plošina do 1. patra.

Domov nabízí pouze jeden jednolůžkový pokoj ve druhém patře budovy. V prvním patře se nachází dva čtyřlůžkové a tři třílůžkové pokoje. Zde je také ošetrovna a denní místnost pro pracovnice v přímé péči. Druhé patro je určeno pro klienty s nejméně potřebnou pomocí (2x třílůžkový a 1x jednolůžkový pokoj). Na pokojích není sociální zařízení. Koupelna a WC jsou pouze v prvním patře. V přízemí se nachází společná jídelna, společenská místnost a kanceláře vedení Domova sv. Františka. Přesto, že před 13 lety proběhla rekonstrukce budovy, je otázkou, zda stávající prostory jsou vyhovující pro cílovou skupinu a zda odpovídají provozním standardům kvality sociálních služeb. Osobní auto, které má sloužit pro převoz a potřeby klientů DPS je pouze čtyřmístné.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Metodologie a výzkumný soubor

Data týkající se úrovně uspokojování životních potřeb klientů Domova pokojného stáří sv. Františka v Javorníku jsem získala dotazníkovým šetřením. Dotazník, který jsem použila pro sběr dat, uveden je v příloze 1.

Dotazníková metoda je výzkumná metoda, která má své pozitivní i negativní stránky. Pozitivní stránkou je její anonymita a možnost získání potřebných informací v krátkém čase od daného počtu respondentů při nízkých nákladech na výzkum. Negativní stránkou je to, že otázky nelze měnit, v případě nepochopení či nepochopení je nelze vysvětlit, respondent není ničím nucen všechny otázky zodpovědět a odpovědi mohou být zkreslené.

Otázky jsou respondentům předloženy v tištěné podobě a jsou získávány písemné odpovědi. Dotazník dnes patří mezi nejvyužívanější efektivní techniky sběru dat, ale s nejistou návratností. Proto je považován za ekonomicky výhodný nástroj, umožňuje získávat výzkumná data za vynaložení minima času i finančních prostředků (Gavora, 2000, s. 207).

„Přesná formulace konkrétního cíle a úlohy dotazníku ve vztahu ke zvolenému problému je základní podmínkou účelného koncipování dotazníku. Přispívá k cílevědomému obsahovému zaměření dotazníku i k jasnému zaměření jednotlivých položek na uzlové momenty. Naproti tomu nepřesné anebo příliš povrchní vymezení problému vede obvykle k nejasnosti celkové obsahové koncepce dotazníku a k orientaci na náhodné, nepodstatné stránky při shromažďování dat.“ (Skalková, Tržil, 1983, s. 87)

Na jejich základě lze následně provést vyhodnocení určitých skutečností. Dotazník je v příloze 1. Při jeho sestavování jsem dbala především na srozumitelnost a přehlednost otázek. (Což vycházelo z výsledků dříve provedeného předvýzkumu). V úvodu dotazníku jsem vhodně formulovala pokyny k vyplnění.

2.1.1 Předvýzkum

Nejdříve byl proveden předvýzkum. Bylo nutné zjistit, zda jsou otázky v dotazníku srozumitelné a jednoznačné. Na základě výsledků tohoto předvýzkumu jsem upravila dvě otázky v dotazníku.

2.1.2 Vymezení vzorku respondentů

Respondenty jsou uživatelé Domova pokojného stáří v Javorníku. Dotazníky jsem rozdala všem 24 klientům. Jsou to senioři ve věku od 65 let a osoby se zdravotním postižením ve věku od 50 let. Obě skupiny ztrácejí schopnost sebeobsluhy pro své stáří nebo nemoc a proto nemohou žít ve svém přirozeném prostředí.

Dotazníky jsem osobně rozdala a vysvětlila, k čemu mají sloužit a co je jejich záměrem. Ihned jsem si také domluvila termín pro odevzdání. Se všemi respondenty jsem na dané téma diskutovala.

2.1.3 Dotazník

Dotazníkové šetření probíhalo od dubna 2016 do června 2016. Dotazník obsahuje úvodní část, která zjišťuje obecné demografické údaje respondentů. Základní část, která zahrnuje čtyři oblasti potřeb seniorů dle poznatků z teoretické části. Každá z uvedených oblastí zahrnuje podotázky, které se týkají spokojenosti vztahující se ke konkrétní potřebě uživatele. Závěrečné otázky sledují obecnější rovinu a návrhy pro zlepšení života respondentů v domově.

2.2 Výsledky výzkumu – dotazníkové šetření

Z problematiky úrovně uspokojování potřeb seniorů v pobytových zařízeních, jsem odvodila průzkumné otázky, na základě kterých byl sestaven dotazník. Hlavní otázkou je spokojenost klientů v oblasti potřeb, která úzce souvisí s kvalitou života (oblasti otázek B, C, D a E týkající se fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb) otázky 1-54, v grafickém znázornění ženy a muži. Základní charakteristiku a demografické údaje respondentů zjišťuje úvodní část A. Závěrečná část F se týká obecnější roviny uspokojování potřeb respondentů v DPS.

2.2.1 Zhodnocení úrovně uspokojování potřeb

Základní charakteristika respondentů a zjištění demografických údajů – oblast A

Celkem odpovídalo 24 respondentů

tabulka 1- pohlaví uživatelů

ženy	14 klientů
muži	10 klientů
Celkem	24 klientů

Šetření prokázalo, že v DPS sv. Františka v Javorníku žije více žen než mužů.

tabulka 2 – věkové kategorie uživatelů

Věková katego.	Ženy	Muži	Celkem	%
méně než 50 let	1	0	1	4
51-60 let	1	3	4	17
61-70 let	0	2	2	8
71-80 let	3	3	6	25
81-90 let	4	2	6	25
více než 90 let	5	0	5	21
Celkem	14	10	24	100

Nejvíce uživatelů patří do věkové kategorie 71 – 80 let – 6 uživatelů a 81 – 90 let – 6 uživatelů. Hned za nimi následuje věk nad 90 let, kdy do této kategorie patří 5 uživatelů a všechny jsou to ženy. V teoretické části v podkapitole 1.1.1 je věk od 75 do 90 let vymezen jako pokročilý a věk nad 90 let jako dlouhověkost.

tabulka 3 – rodinný stav uživatelů

Rodinný stav	Ženy	Muži	Celkem	%
svobodný/á	0	5	5	21
ženatý/vdaná	0	2	2	8
rozvedený/á	6	2	8	33
vdovec/vdova	8	1	9	38
Celkem	14	10	24	100

Nejpočetnější je rodinný stav vdovec/vdova – 9 uživatelů, přičemž žen je 8 a 1 muž. Následuje stav rozvedený/á - 8 uživatelů, přičemž je 6 žen a 2 muži. Říčan uvádí, že nejbližší oporou bývá zpravidla partner (Říčan, 2006. s. 351).

tabulka 4 – důvod nástupu do DPS

Důvod nástupu	Ženy	Muži	Celkem	%
nescho. sebepéče	8	4	12	37
neochota rodiny	5	5	10	30
nevyhovující byd.	5	2	7	21
jiný důvod	3	1	4	12
Celkem	21	12	33	100

Nejčastějším důvodem pro nástup do Domova pokojného stáří je neschopnost sebepéče, kdy se pro tuto odpověď rozhodlo 12 klientů – 37%, dalším důvodem je neochota či nemožnost rodiny postarat se, kdy odpovědělo 10 uživatelů – 30%. Někteří z uživatelů uvedli více důvodů nástupu do DPS, proto není celkový počet odpovědí shodný s počtem respondentů. Důvody pro nástup do pobytového zařízení jsou specifikovány v podkapitole 1.3.1.

tabulka 5 – oblasti pomoci

Pomoc v oblast.	Ženy	Muži	Celkem	%
Fyzická/tělesná	12	5	17	24
Psychická/duše.	13	6	19	28
Sociální	10	7	17	24
Spirituální	12	5	17	24
Celkem	47	23	70	100

Oblast psychická je nejčastěji uvedena jako oblast, ve které potřebují respondenti pomoc/dopomoc 28% odpovědí, další oblasti, jsou však uvedeny hned za ní – 24%.

V teoretické části v podkapitole 1.1.1 uvádím, že senioři jsou citově zranitelnější a mají potřebu náklonnosti, očekávají ohled a porozumění. Někteří respondenti uváděli více možných oblastí dopomoci, proto není počet odpovědí shodný s počtem respondentů.

Hodnocení celkové úrovně uspokojování potřeb uživatelů DPS ve všech oblastech uspokojování potřeb B, C, D, E

tabulka 6 – celková úroveň uspokojování potřeb ve všech oblastech vyjádřeno v procentech

potřeby	Ano - spíše ano	ne - spíše ne	celkem %
fyzické/tělesné	51	49	100
psychické	75	25	100
sociální	87	13	100
Spirituální/duchovní	100	0	100

Z výše uvedených údajů, které vzešli z dotazníkového šetření, je zřejmé, že celková úroveň uspokojování potřeb (fyzické, psychické, sociální i spirituální) uživatelů DPS Javorník je odpovědí ano nebo spíše ano je nejčastěji hodnocena oblast uspokojování

spirituálních/duchovních potřeb – 100%. Tento výsledek je však ovlivněn tím, že všichni z dotazovaných v této oblasti jsou věřící.

Hodnocení uspokojování fyzických/tělesných potřeb - B 1, B 2, B 3

tabulka 7 – úroveň uspokojování fyzických/tělesných potřeb – vyjádření v procentech

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	celkem %
stravování	13	34	38	15	100
hygiena	17	15	39	29	100
pohyb	35	41	23	1	100

Nejvyšší počet odpovědí ano a spíše ano byl v oblasti pohybu 35 % a 41%, což souvisí s tím, že v zařízení je dobrá informovanost o pohybových aktivitách a funguje zde pravidelné cvičení s fyzioterapeutem. Tělesná zdatnost je specifikována v podkapitole 1.1.2

Odpovědi spíše ne a ne mají největší procentuální vyjádření v oblasti hygieny a stravování, což vyplývá z odpovědí na podotázky (příloha 2) týkající se nemožnosti výběru pomoci (muž/žena) při hygieně a určení si doby a frekvencí koupání. V oblasti stravování je nespokojenost spojena s nemožností výběru pečiva, místa stravování a nedostatku zeleniny. Plnohodnotné a vyvážené stravě se věnuje podkapitola 1.1.3, kde je uvedeno to, co patří ke zdravému způsobu života. Potřeby hygienické péče a nešvary v podávání jídla jsou popsány v podkapitole 1.2.3.

Hodnocení uspokojování psychických/duševních potřeb - C 1, C 2, C 3

tabulka 8 – úroveň uspokojování psychických/duševních potřeb – vyjádření v procentech

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	%
respekto. zvyků	40	27	20	13	100
zacho. lids. důst.	24	51	21	4	100
pocit bezpečí	14	33	34	19	100

V oblasti C – úroveň uspokojování psychických/duševních potřeb (podotázky - respektování zvyků, zachování důstojnosti a pocit bezpečí) byla odpověď ano využita 40% respondentů v podotázce respektování zvyků. Klienti mají možnost sledovat v zařízení oblíbené TV programy a oblíbené rádio stanice. Je umožněno navázat na denní zvyky a rituály, které vykonávali před příchodem do DPS. Odpovědi spíše ne a ne se nejvíce vyskytují v oblasti pocitu bezpečí. (o důležitosti pocitu bezpečí se zmiňují v podkapitole 1.2.1 a 1.2.2). Dle výzkumného šetření bylo zjištěno, že negativní hodnocení vyplývá z nemožnosti zamykání pokoje a pocitu ohrožení.

Hodnocení uspokojování sociálních potřeb – D 1, D 2, D 3

tabulka 9 – úroveň uspokojování sociálních potřeb – vyjádření v %

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	celkem %
sociální kontakty	29	35	22	14	100
možnost aktivit	52	34	9	5	100
podpora personál.	28	51	17	4	100

Nejvíce kladných odpovědí v oblasti uspokojování sociálních potřeb (podotázky - sociální kontakty, možnost aktivizace a podpora personálu) získala možnost aktivizace – 52%. V příloze 2 je možné zjistit, že uživatelé jsou spokojeni s nabídkou i informovaností o kulturních událostech, o čemž svědčí i účast na akcích. Potřeba sociálních kontaktů – viz podkapitola 1.2.3.

Hodnocení spirituálních/duchovních potřeb – E 1, E 2, E 3

tabulka 10 – úroveň uspokojování spirituálních/duchovních potřeb – vyjádření v procentech

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	%
uspo.potřeb věříc.	52	44	4	0	100
smyslupl. života	21	46	25	8	100
podp. při vyrovn.	28	51	17	4	100

V oblasti spirituálních/duchovních potřeb (uspokojování potřeb věřících, smysluplnost života, podpora při vyrovnávání se s životními ztrátami) použilo odpověď ano 52% respondentů v uspokojování potřeb věřících, což vychází z odpovědí na spokojenost v oblasti bohoslužeb a služeb kněze. V příloze 2 je možné zjistit, že 75% uživatelů DPS patří do skupiny věřících. Odpovědi ne a spíše ne se vyskytují v malé míře, převládají odpovědi ano a spíše ano. Duchovní potřeby a smysluplnost života jsou popsány v podkapitole 1.1.2.

Řešení duchovních a spirituálních potřeb uživatelů je důležité, neboť navozují u uživatelů emociální stabilitu a lepší psychickou kondici. Duchovní podpora a pastorační péče hraje významnou roli ve vnímání kvality života (Busssing, Arnd et al., 2014, online).

Závěrečná část F byla věnována obecnější rovině a návrhům pro zlepšení života v DPS Javorník.

tabulka 11- co oceňují klienti na DPS

pořadí	ženy	muži
1.	bohoslužby	jídlo
2.	aktivity	přístup personálu
3.	přístup personálu	cvičení
4.	cvičení	volný pohyb

Vše co muži i ženy oceňují na pobytu v DPS, koresponduje s příkladnými vlastnostmi při dlouhověkosti. Je to pravidelný pohyb, strava, zábava a vyrovnaná osobnost, což jsou charakteristiky z knihy *Lidský živočich* (in Nejedlá et al. 2004, s. 176).

tabulka 12 – největší nespokojenost klientů DPS

pořadí	ženy	muži
1.	vícelůžkové pokoje	spolubydlíci
2.	nemožnost vybrat si lékaře	nemožnost výběru druhu peči.
3.	nemožnost výběru místa stravování	nemožnost výběru místa strav.
4.	není pokoj pro návštěvy	frekvence koupání

Odpovědi na nespokojenost v zařízení DPS předurčil už samotný dotazník. Nemožnost výběru lékaře, výběru místa ke stravování, druhu pečiva i frekvence koupání bylo již v dotazníku hodnoceno odpovědí ne. Přitom autonomie a soukromí patří mezi základní lidská práva.

tabulka 13 – co nejvíce uživatelům DPS chybí

pořadí	ženy	muži
1.	rodina	domov
2.	zdraví	peníze
3.	peníze	zdraví
4.	více soukromí	partnerka

Rodina, domov, zdraví i peníze jsou úzce svázány s osobní pohodou člověka a spojené s kvalitou života. Osobní pohoda v sobě zahrnuje oblast duševní, sociální, spirituální i tělesnou (Kebza, 2005, s. 69). Výše uvedené však uživatelům DPS chybí. Více informací a procentuální vyjádření je možné zjistit v příloze 2 oblasti B, C, D a E. Nedostatek finančních prostředků souvisí s platbou za poskytované služby – viz podkapitola 1. 3. 1.

tabulka 14 – návrhy klientů na zlepšení

	Ženy	Muži
1.	výběr lékaře	větší auto na výlety
2.	pokoj pro návštěvy	více jednolůžkových pokojů
3.	samostatný pokoj	zvíře v domově
4.	jíst na pokoji	sleva na přepravu

Návrhy pro zlepšení jsou výčtem toho, co respondenti DPS vnímají negativně. Některé odpovědi (lékař a strava) vycházejí již z dotazníkového šetření, ostatní odpovědi jsou spojeny s pocitem nedostatku v danou chvíli. Absence jednolůžkových pokojů patří, mezi rizika institucionální péče viz podkapitola 1.3.2.

Vyhodnocení důvodů spokojenosti, celkové zhodnocení

Z dotazníkového šetření a výše uvedených výsledků vyplývá, že:

V Domově pokojného stáří v Javorníku žije 24 uživatelů, z nichž je 14 žen a 10 mužů. Největší věkové zastoupení je od 71 – 80 a 81 – 90 let, kdy opět převládá větší počet žen. Ve věku nad 90 let je v zařízení jeden uživatel – žena.

Rodinný stav je zastoupen 38% - vdovec/vdova, kdy mají opět převahu ženy.

Důvodem nástupu do DPS byla u 37% neschopnost sebezpečí, kdy v odpovědích převažovaly ženy.

V oblasti ve kterých potřebují uživatelé pomoci, bylo možno uvést více důvodů. 27% respondentů se vyjádřilo, že potřebuje největší dopomoc v oblasti duševní/psychické. Přesto, že důvodem nástupu byla neschopnost sebezpečí. Je logické, že respondenti potřebují mít možnost žít život, který se nejvíce podobá životu ostatním lidem v přirozeném prostředí. (nosit oblíbené oblečení, sledovat oblíbené televizní pořady, dodržovat rituály). Senioři s vyšší mírou psychické odolnosti se lépe vyrovnávají s nemocí i zdravotním stavem, protože když je člověk nemocný, má na jeho život vliv i to, jak chorobu přijme.

V oblasti fyzických potřeb je největší spokojenost spojená s pohybem, kdy 35% uživatelů odpovědělo ano a 41% spíše ano. S pohybovými aktivitami jsou více spokojeni muži a to ve všech podotázkách týkajících se informovanosti i možnosti výběru pohybových aktivit. Oblast stravování a hygieny je častěji hodnocena spíše ne a ne, což je zřejmě způsobeno tím, že si

uživatelé DPS nemohou vybrat druh pečiva a také s kým a kde budou jíst. Z procentuálního vyjádření je zřejmé, že podávání ovoce a zeleniny je hodnoceno ne a spíše ne. Kladně je hodnoceno to, že si klienti DPS mohou přidat, což vyplývá z odpovědí v příloze 2, kdy všichni odpověděli shodně ano. Spokojenost v oblasti hygieny je ovlivněna tím, že zde není možnost výběru, kdo bude uživateli pomáhat. V přímé péči DPS jsou pouze ženy, tudíž výběr není možný. Doba a frekvence jsou dány rozpisem.

Spokojenost v oblasti psychických/duševních potřeb je nejvyšším počtem % hodnocena oblast respektování zvyků – 40%. V oblasti zachování lidské důstojnosti převládají odpovědi ano a spíše ano. Pocit bezpečí byl hodnocen negativně a to proto, že si uživatelé DPS nemohou zvolit ošetřujícího lékaře a ne každý z uživatelů má možnost si zamknout pokoj. To však vychází z vnitřních předpisů DPS, která jsou vytvořena vedením organizace.

Do sociálních potřeb jsou zahrnuty sociální kontakty, možnost aktivizace a podpora personálu. Respondenti DPS projevili největší spokojenost s aktivizací, kdy 86% uživatelů odpovědělo ano a spíše ano. S informovaností, nabídkou i možnostmi výběru jsou spokojeni více muži, než ženy viz příloha 2. Klienti jsou spokojeni s tím, že mají možnost udržovat kontakt se svou rodinou. V zařízení však chybí místnost pro návštěvy. S podporou personálu jsou uživatelé DPS víceméně spokojeni, více odpovědí ano a spíše ano udaly ženy ve srovnání s muži.

75% uživatelů DPS Javorník je věřících, 12 žen a 6 mužů. Z nich je 67% spokojeno s nabídkou bohoslužeb a 50% je spokojeno se službami kněze. Kladně je hodnocena možnost uplatnění své víry. Do spirituálních potřeb patří i smysluplnost života a podpora personálu při vyrovnávání se s životními ztrátami. Smysluplnost života je hodnocena 42% uživatelů spíše ano a podpora personálu 63% také spíše ano. Na otázky týkající se víry odpovídali jen věřící respondenti.

Závěrečná část vyjadřuje obecně nespokojenost i ocenění klientů DPS Javorník. Navazuje na dotazníkové šetření a klady i zápory jsou téměř shodné se spokojeností a nespokojeností, která byla zjištěna vyhodnocením dotazníku. Respondenti nejvíce oceňují pravidelné bohoslužby a aktivity v zařízení. Nedostatky vidí ve vícelůžkových pokojích, nemožnosti výběru lékaře a v oblasti stravování.

Doporučení

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou uspokojovány potřeby a jaká je spokojenost uživatelů DPS v Javorníku.

Spokojenost v oblasti fyzických potřeb - podotázky hygiena a stravování bylo hodnoceno nejvyšším počtem procent v odpovědích ne a spíše ne. Důvodem je nedostatek zeleniny a ovoce, nemožnost vlastní volby kde a s kým bude stravování probíhat. Výdej a místo stravy je dán vnitřním předpisem organizace. Vedení domova by mělo zvážit přepracování domácího řádu a vyjít vstříc svým uživatelům i v možnosti výběru pečiva což by vedlo k vyšší spokojenosti klientů DPS. V přímé péči pracují pouze ženy, proto je možnost výběru pomoci v osobní hygieně omezená. V dnešní době není už nic divného, když na pozici pracovníka v přímé péči pracuje mužské zastoupení. Personální obsazení výše uvedeného pracovního místa mužským pohlavím, by vedlo k tomu, že uživatelé by měli možnost volby a pocit soukromí při hygieně.

V oblasti psychických potřeb bylo zastoupení odpovědí ne a spíše ne nejvíce procenty zastoupeno v podotázce pocitu bezpečí, což vychází z nemožnosti některých uživatelů uzamknout svůj pokoj. Příčinou je také množství vícelůžkových pokojů, kterými zařízení disponuje. Do budoucna by mělo zařízení promyslet možnou rekonstrukci pokojů z vícelůžkových na jednolůžkové a zvážit opatření týkající se pocitu bezpečí. Vnitřní směrnice nedává možnost výběru lékaře, přesto, že se zařízení prezentuje tím, že chce klientům zajistit co nejvíce přirozené podmínky k životu. Důvodem je administrativní zátěž a náklady s tím spojené. DPS Javorník má pro své klienty jednoho určeného lékaře, který navštěvuje zařízení pouze 1x týdně, což se také některým uživatelům zdá poměrně málo. Když už nemohou docházet k lékaři, na kterého byli zvyklí před nástupem do domova, alespoň častější návštěvy stávajícího, by částečně zvýšilo spokojenost některých z nich.

V uspokojování sociálních potřeb by vedlo ke zvýšené spokojenosti zřízení místnosti pro návštěvy, případně pokoje pro návštěvy, který by sloužil i k přenocování rodinných příslušníků po dobu, kdy chtějí být se svým blízkým v zařízení. V DPS Javorník je pouze společenská místnost nebo jídelna, kde mohou uživatelé se svou rodinou pobývat. Případně mohou být na jeho pokoji, tím, ale narušují soukromí ostatních spolubydlících.

Přesto, že byla oblast v uspokojování duchovních potřeb hodnocena nejvyšším počtem %, je nutné se zamyslet nad smyslem života uživatelů, kde někteří odpověděli možnost ne a spíše ne. Jedním z možných řešení by byla motivace uživatelů v jiném než duchovním zastoupení. Vždyť spiritualita není jen o víře k Bohu, ale tím co dává člověku smysl a co je pro něho důležité.

Pro všechny výše uvedené oblasti doporučuji:

- zvážit přepracování vnitřních směrnic
- zajistit personální obsazení přímé obslužné péče – vhodná motivace potenciálních zájemců
- zavést dotazníky spokojenosti – zpětná vazba
- rekonstrukci zařízení – finanční prostředky z dotačních programů
- sledovat cíle a přání v individuálním plánování
- naplnit požadavky zákona o sociálních službách § 88

Zákon 108/2006 o sociálních službách přinesl změnu, o jak velkou změnu jde, si uvědomíme po přečtení citace ze zákona:

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (zákon 108/2006)

Neznalost zákona neomlouvá, tím spíše jedná-li se o zákon o sociálních službách.

Možným řešením je proces transformace a deinstitucionalizace, který by přinesl změnu. Tato změna by umožnila klientům Domova pokojného stáří v Javorníku takový život, který se nejvíce podobá životu lidem v běžné společnosti. Služba se má přizpůsobit uživateli, ne uživatel službě.

ZÁVĚR

Problematika stáří a stárnutí je velice aktuálním a diskutovaným tématem dnešní doby, stává se tak i problémem jednadvacátého století. Mnozí z nás se stáří obávají, a proto si na myšlenku vlastního stárnutí jen těžko zvykáme. Proto jsem se ve své diplomové práci zaměřila na oblast potřeb a spokojenosti seniorů. Mezi jednu z nejdůležitějších životních potřeb všech lidí je domov, místo zajišťující soukromí a bezpečí každého z nás a po odchodu do důchodu je to místo, kde tráví většinu svého času. Život v přirozeném prostředí je jedním z předpokladů zachování nezávislosti, důstojnosti a spokojenosti v seniorském věku. Méně soběstační a nesoběstační senioři však o možnost žít ve svých domovech přicházejí a jsou nuceni využít pobytové zařízení sociálních služeb. To bylo dalším důvodem pro výběr tématu práce: Uspokojování životních potřeb a spokojenost seniorů v Domově pokojného stáří v Javorníku.

V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku stáří a faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů. Další kapitoly této části se věnují vysvětlení pojmu potřeba a s tím spojené spokojenosti. Dále upozorňuji na rizika institucionální péče.

Praktická část se skládá z metodologie, kde vymezuji vzorek respondentů a techniku sběru dat. Přesto, že dotazník dnes patří mezi nejvyužívanější efektivní techniky sběru dat a je považován za ekonomický výhodný nástroj, musím uznat, že je velice obtížné vyhodnotit získané údaje, protože širší vymezení problému vede k orientaci na náhodné a nepodstatné stránky. Z vyhodnocení dotazníku, lze zjistit kolika procenty v rozlišení ano, spíše ano, ne a spíše ne jsou jednotlivé oblasti (fyzická, psychická, sociální a spirituální) zastoupeny respondenty - muži/ženy, ale spokojenost jako životní potřebu takovou, nelze vyjádřit čísly, jelikož jde o zcela subjektivní pocit každého z nás.

Tím chci říci, že výsledky dotazníkového šetření v DPS Javorník je možné brát jako informativní soubor, který přinejmenším povede k zamyšlení se nad danou problematikou.

V příloze 1 a 2 je k nahlédnutí samotný dotazník, který byl předložen respondentům a vyhodnocení s grafickým znázorněním.

SEZNAM LITERATURY A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

Améry, J., (1969). *Über das Altern Revolte und Resignation*. Stuttgart: Verlagsgemeinschaft Ernst Klett

Bednář, M. (2012) *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: UP

Čáp, J., Mareš J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál

Dragomirecká, E. (2006) *Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL – překlad položek a konstrukce škál*. Psychiatrie

Dufková, J. (2008) et al. *Sociologie životního stylu*. PLZEŇ: Vydavatelství a nakladatelství Jan Čeněk

Dvořáčková, D. (2012) *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing

Ettinger, W. H., Wright, B. S., Blair, S. N. (2007) *Fit po 50. Aktivním životem k dobré kondici a zdraví*. Praha: Grada

Havlík, R., Halászová, V., Prokop, J. (1996) *Kapitoly ze sociologie výchovy*. Praha: PedF UK,

Havlíková, M., Kopřiva, P., Mayer, I. (1998) et al. *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál

Haškovcová, H. (1998) *Fenomén stáří*. Praha: Panorama

Haškovcová, H. *Gerontopsychologie*. (2003) In: Šimíčková-Čížková, J., (2003) et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita

Jackson, D. *Pilates na pěnovém válci*. (2013) Praha: Ikar

Jarošová, D. *Péče o seniory*. (2006) Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta

Jung, C. G. (1995) *Člověk a duše*. Praha: Akademia

- Kebza, V. (2005) *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia
- Klvetová, D., Dlabalová, I. (2008) *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Králová, J., Rážová, E. (2007) *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: Anag
- Křivohlavý, J., (2001) *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
- Křivohlavý, J. (2002) *Psychologie nemoci*. Praha: Grada
- Křivohlavý, J. (2004). *Kvalita života. Kvalita života – sborník příspěvků z konference v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Křivohlavý, J. (2010) *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál
- Křivohlavý, J. (2011) *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada
- Kuchařová, V. (1997) *K problematice péče o starší generaci*. Brno: ŠSS FF MU
- Matoušek, O. (1997). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON.
- Matoušek, O. a kol. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- Malíková, E. (2011) *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada
- Muhlpacher P., Staníček, P. (2001) *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno
- Nakonečný, M. (1995) *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Academia
- Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.

Narayanasany A., (2004) et al Responses to spiritual Needs of older people. *In Journal of Advanced Nursing*

Nejedlá, M., Svobodová, H., Šafránková, A. (2004) *Ošetrovatelství III/1*. Praha: Informatorium

Novotný, I. Hruška, M. (1995) *Biologie člověka pro gymnázia*. Praha: Fortuna

Palíšek, P. (2008) *Faktory životního stylu a riziko demence*. Psychiatrie

Preiss, M. (2010) *Od tréninku paměti k tréninku plasticity*. Psychiatrie

Paulík, K. (2004) *Vývojová psychologie pro doplňující pedagogické studium*. Ostrava: Ostravská univerzita, Edice pro mimořádná studia, číslo 55.

Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Říčan, P. (2006) *Cesta životem. Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál

Říčan, P. (2009). *Psychologie*. Praha: Portál.

Smékal, V. (2004). Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče. *Sociální práce/Sociálna práca*, r. 4, č. 2, s. 50–62.

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

Svoboda, J. (2004). Potřeby seniora v rodině pohledem Pessa Boyden terapie. *Sociální práce/Sociálna práca*, r. 04, č. 2, s. 23–24.

Štílec, M. (2004) *Program aktivního životního stylu pro seniory*. Praha: Portál

Tomeš, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2007) *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum

Vašítková, D. (2003) *Vybraná témata pedagogické psychologie*. Hradec Králové, Gaudaeamus

Zimmermannová, M. (2011). *Křesťanské společenství. Být seniorům nablízku*. Studijně-formační texty pro animátory seniorů. Hradec Králové: Diecézní centrum pro seniory.

Zákon o sociálních službách – č. 108/2006 Sb.

Internetové zdroje

Busssing, Arnd et al. *Psychosocial and spiritual Leeds of patientswith chronic diseases: validation of the Chinese vision of the Spiritual Needs Questionnaire*. In *Journal of Integrative Medicine* [on-line]. [4. 3. 2014]. Dostupné z: <http://scholar.google.cz>

Eloranta, Sini et al. *Perceptions of the psychological well-bwing and care of older home care clients: clients and their carers*, [on-line]. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500328>

Hradcová, D. (2014). Jak se dobře najíst v dlouhodobé péči: autonomie v činnostech každodenního života. In Lukášová, M., Hradilová, A. a kol. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. [cit. 20. 02. 2015] http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/Publikace/Ochrana-prav-senioru.pdf

javornik.charita.cz/nase-strediska/domov-pojneho-stari-sv-frantiska/

MPSV (2010): Národní plán rozvoje sociálních služeb[on-line]. Dostupné 7. 9. 2010 z <http://www.mpsv.cz/cs/7058>)

Vaničková, K. (2002) *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR*. [on-line] hospice.cz [cit 2014-11-20] Dostupné z WWW: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/spirit.htm>

Starnovská T., (2007) *Specifika výživy seniorů*. Dostupné z <http://www.bio-life.cz/clanky/zdrava-vyziva/specifika-vyzivy-senioru.html>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Pohlaví uživatelů.....	48
Tabulka 2 – Věkové kategorie.....	48
Tabulka 3 – Rodinný stav uživatelů.....	49
Tabulka 4 – Důvod nástupu do DPS.....	49
Tabulka 5 – Oblasti pomoci.....	50
Tabulka 6 – Celková úroveň uspokojování potřeb	51
Tabulka 7 – Úroveň uspokojování fyzických potřeb.....	51
Tabulka 8 – Úroveň uspokojování psychických potřeb.....	52
Tabulka 9 – Úroveň uspokojování sociálních potřeb.....	52
Tabulka 10 – Úroveň uspokojování duchovních potřeb.....	53
Tabulka 11 – Co klienti oceňují v DPS.....	53
Tabulka 12 – Největší nespokojenost klientů DPS.....	54
Tabulka 13 – Co nejvíce chybí uživatelům DPS.....	54
Tabulka 14 – Návrhy na zlepšení.....	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Vyhodnocení dotazníku

Příloha 1 - Dotazník

Vážený respondente / respondentko,

jmenuji se Hana Netopilová a jsem studentkou Cyrilometodějské fakulty UP v Olomouci.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a bude použit pro účely výzkumu k mé magisterské práci.

U jednotlivých otázek zakroužkujte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Za Váš čas a ochotu děkuji!

A. ZJIŠTĚNÍ OBECNÝCH DEMOGRAFICKÝCH ÚDAJŮ

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) méně než 50 let
- b) 51 – 60 let
- c) 61 – 70 let
- d) 71 – 80 let
- e) 81 – 90 let
- f) více než 90 let

Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný/á
- b) ženatý / vdaná
- c) rozvedený/á
- d) vdovec / vdova

Jaký byl důvod Vašeho nástupu do Domova pokojného stáří?

- a) neschopnost sebezpečce (např. kvůli zdravotnímu stavu)
- b) nemožnost či neochota rodiny postarat se
- c) nevyhovující bydlení
- d) jiný důvod, uveďte: _____

V jakých oblastech potřebujete pomoc / podporu?

(můžete uvést více oblastí)

- a) v oblasti fyzické / tělesné – stravování, osobní hygiena, pohyb
- b) v oblasti psychické / duševní – zvyky, lidská důstojnost, pocit bezpečí
- c) v oblasti sociální – kontakty, aktivizace, podpora
- d) v oblasti spirituální / duchovní

B. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ FYZICKÝCH / TĚLESNÝCH POTŘEB

B 1. STRAVOVÁNÍ

1. Je Vám podávána strava v pravidelných intervalech (snídaně – svačina – oběd – svačina – večeře)?

- a) ano
- b) ne

2. Máte možnost ovlivnit dobu podávání jídel?

- a) ano
- b) ne

3. Máte možnost přidat si, pokud Vám množství jídla / porce nestačí?

- a) ano
- b) ne

4. Považujete množství podávané zeleniny za dostačující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

5. Považujete množství podávaného ovoce za dostačující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

6. Máte možnost vybrat si druh pečiva?

- a) ano
- b) ne

7. Máte možnost vybrat si místo, kde budete jíst?

- a) ano
- b) ne

8. Máte možnost vybrat si, s kým budete jíst u stolu?

- a) ano
- b) ne

B 2. OSOBNÍ HYGIENA

9. Jste spokojen/a s frekvencí koupání?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

10. Máte možnost určit si dobu koupání?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11. Máte možnost ovlivnit průběh koupání?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

12. Máte možnost vybrat si, zda Vám při osobní hygieně bude pomáhat žena nebo muž?

- a) ano
- b) ne

13. Je Vám při úkonech souvisejících s osobní hygienou zajištěno dostatečné soukromí?

- a) ano
- b) ne

B 3. POHYB

14. Jste dostatečně informován/a o nabídce pohybových aktivit v Domově pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Jste spokojen/a s nabídkou pohybových aktivit?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Odpovídají nabízené pohybové aktivity Vaším potřebám?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

17. Máte možnost vybrat si z nabídky pohybových aktivit jen ty, které Vám nejvíce vyhovují?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

C. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ PSYCHICKÝCH / DUŠEVNÍCH POTŘEB

C 1. RESPEKTOVÁNÍ ZVYKŮ

18. Máte možnost vstávat ráno, kdy chcete?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

19. Můžete nosit své oblíbené oblečení?

- a) ano
- b) ne

20. Máte možnost sledovat své oblíbené pořady v televizi?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

21. Máte možnost poslouchat svou oblíbenou stanici v rádiu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

22. Dostává se Vám možnosti věnovat se svým oblíbeným aktivitám, kterým jste se věnoval/a před nástupem do Domova pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

23. Je Vám umožněno dodržovat své ranní rituály (např. pití kávy, čtení novin, cigareta a jiné)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

24. Máte možnost dodržovat své denní zvyky (např. dobu odpočinku, procházky)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- e) ne

25. Máte možnost jít spát večer, kdy chcete?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

C 2. ZACHOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

26. Jste spokojen/a se způsobem, jakým Vás personál Domova pokojného stáří oslovuje?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

27. Zachází personál Domova pokojného stáří s Vámi jako s dospělým rovnocenným partnerem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

28. Jste spokojen/a s denním programem v Domově pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

29. Máte možnost zvolit si svého ošetřujícího lékaře?

- a) ano
- b) ne

C 3. POCIT BEZPEČÍ

30. Máte možnost zamknout si svůj pokoj?

- a) ano
- b) ne

31. Cítíte se být ohrožen/a ostatními klienty Domova pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

32. Cítíte se být ohrožen/a personálem Domova pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

33. Máte důvěru k personálu Domova pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

34. Cítíte se v Domově pokojného stáří bezpečně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

D. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH POTŘEB

D 1. SOCIÁLNÍ KONTAKTY

35. Jste spokojen/a s možnostmi navazování kontaktů v rámci Domova pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

36. Jste spokojen/a s možnostmi navazování kontaktů s okolím (mimo Domov pokojného stáří)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

37. Máte dostatečnou možnost udržovat kontakty se svou rodinou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

D 2. MOŽNOST AKTIVIZACE

- 38. Jste dostatečně informován/a o aktivizačních programech v Domově pokojného stáří?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 39. Jste spokojen/a s nabídkou aktivizačních činností v Domově pokojného stáří?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 40. Jste spokojen/a s nabídkou kulturních akcí v Domově pokojného stáří?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 41. Máte možnost účastnit se aktivit, které si vyberete?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 42. Máte možnost volit si aktivity s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

D 3. PODPORA PERSONÁLU

43. Máte možnost hovořit s personálem Domova pokojného stáří o svých potřebách?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

44. Je personál Domova pokojného stáří ochoten Vás vyslechnout?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

45. Pomáhá Vám personál Domova pokojného stáří při uspokojování Vašich potřeb?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

46. Pomáhá Vám personál Domova pokojného stáří v případě potřeby při řešení nějakých problémů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

E. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH / DUCHOVNÍCH POTŘEB

E 1. USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB VĚŘÍCÍCH KLIENTŮ

47. Jste věřící?

- a) ano (odpovězte na otázky č. 50, 51 a 52)
- b) ne (pokračujte otázkou č. 53)

48. Jste spokojen/a s nabídkou bohoslužeb v Domově pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

49. Jste spokojen/a se službami kněze v Domově pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

50. Jste spokojen/a s možnostmi uplatňovat svou víru?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

E 2. SMYSLUPLNOST ŽIVOTA

51. Nalézáte v Domově pokojného stáří smysl svého života?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

52. Máte možnost diskutovat v Domově pokojného stáří (s personálem či ostatními klienty) o smyslu života?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

E 3. PODPORA PŘI VYROVNÁVÁNÍ SE S ŽIVOTNÍMI ZTRÁTAMI

53. Máte možnost hovořit o svých životních ztrátách s personálem Domova pokojného stáří?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

54. Máte možnost hovořit o svých životních ztrátách s někým blízkým?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

F. ZÁVĚREČNÁ ČÁST

Co v Domově pokojného stáří nejvíce oceňujete?

Uveďte: _____

S čím jste v Domově pokojného stáří nejvíce nespokojen/a?

Uveďte: _____

Co Vám při pobytu v Domově pokojného stáří nejvíce chybí?

Uveďte: _____

Co byste navrhoval/a pro zlepšení Vašeho života v Domově pokojného stáří?

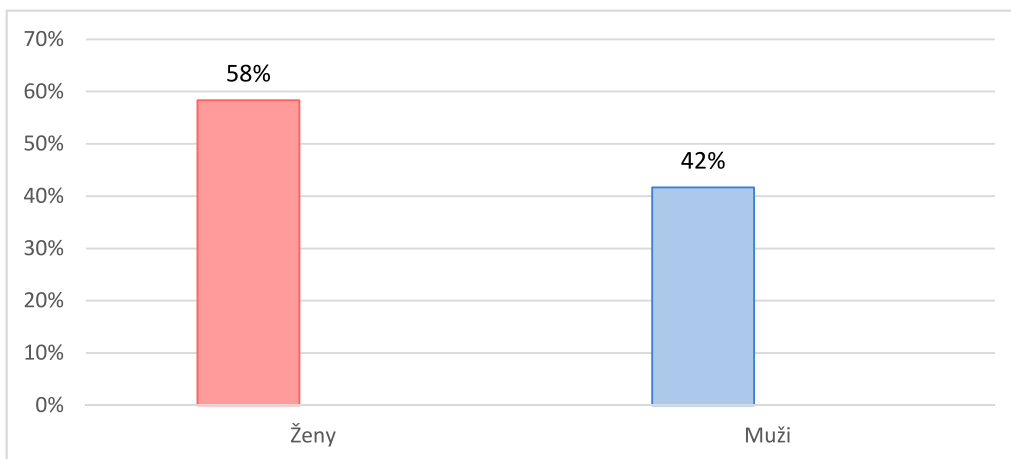
Uveďte: _____

Příloha 2 - Vyhodnocení dotazníku

A. ZJIŠTĚNÍ OBECNÝCH DEMOGRAFICKÝCH ÚDAJŮ

Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví klientů	Osob	Procent
Ženy	14	58%
Muži	10	42%
Celkem (klientů)	24	100%



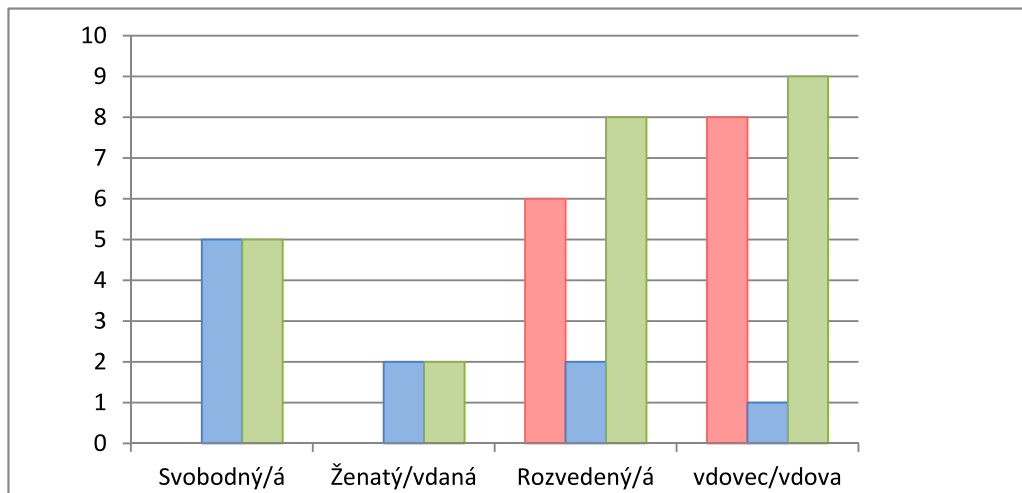
Do jaké věkové kategorie patříte?

Věková kategorie	Ženy	Muži	Celkem	Procent
méně než 50 let	1	0	1	4%
51 - 60 let	1	3	4	17%
61 - 70 let	0	2	2	8%
71 - 80 let	3	3	6	25%
81 - 90 let	4	2	6	25%
více než 90 let	5	0	5	21%
Celkem	14	10	24	100%



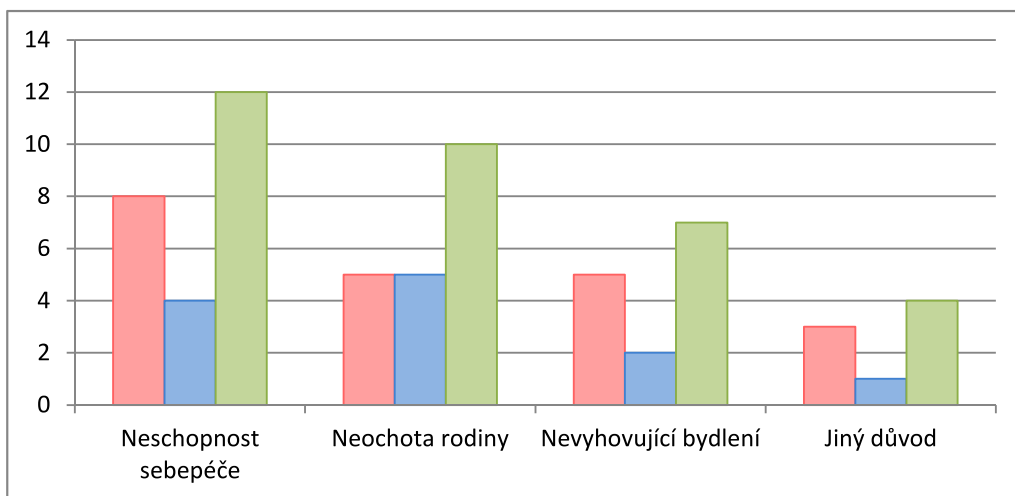
Jaký je Váš rodinný stav?

Rodinný stav	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Svobodný/á	0	5	5	21%
Ženatý/vdaná	0	2	2	8%
Rozvedený/á	6	2	8	33%
vdovec/vdova	8	1	9	38%
Celkem	14	10	24	100%



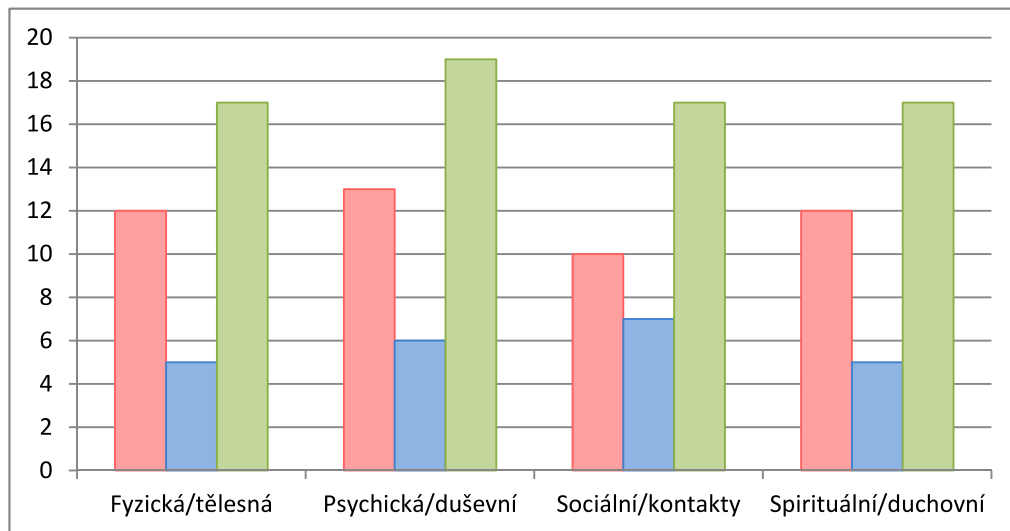
Jaký byl důvod Vašeho nástupu do Domova pokojného stáří?

Důvod nástupu do DPS	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Neschopnost sebezpečce	8	4	12	37%
Neochota rodiny	5	5	10	30%
Nevyhovující bydlení	5	2	7	21%
Jiný důvod	3	1	4	12%
Celkem (důvodů)	21	12	33	100%



V jakých oblastech potřebujete pomoc / podporu?

Pomoc v oblastech	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Fyzická/tělesná	12	5	17	24%
Psychická/duševní	13	6	19	28%
Sociální/kontakty	10	7	17	24%
Spirituální/duchovní	12	5	17	24%
Celkem (oblastí pomoci)	47	23	70	100%



B. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ FYZICKÝCH / TĚLESNÝCH POTŘEB

B 1. STRAVOVÁNÍ

1. Je Vám podávána strava v pravidelných intervalech

(snídaně - svačina - oběd - svačina - večeře)?

Všichni respondenti odpověděli shodně "ANO".

2. Máte možnost ovlivnit dobu podávání jídel?

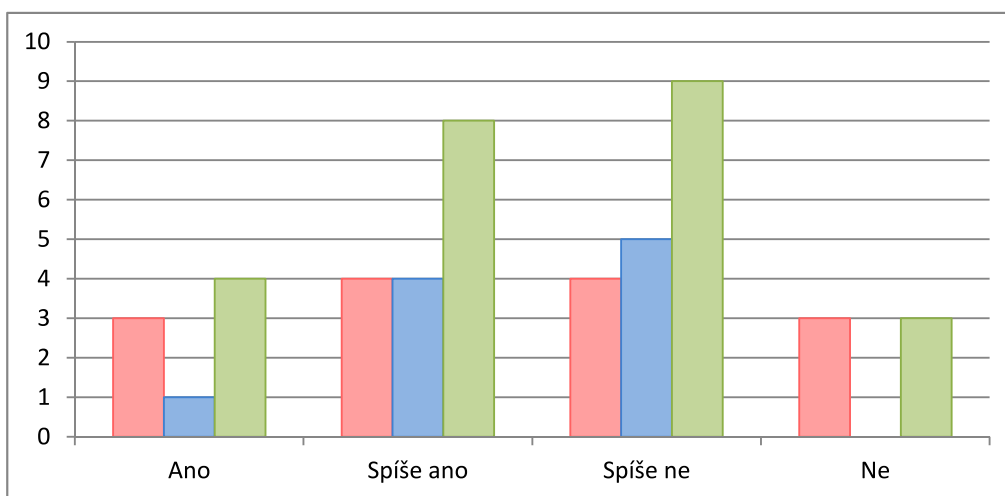
Všichni respondenti odpověděli shodně "NE". Doba podávání jídel je stanovena vnitřním předpisem zařízení.

3. Máte možnost přidat si, pokud Vám množství jídla / porce nestačí?

Všichni respondenti odpověděli shodně "ANO".

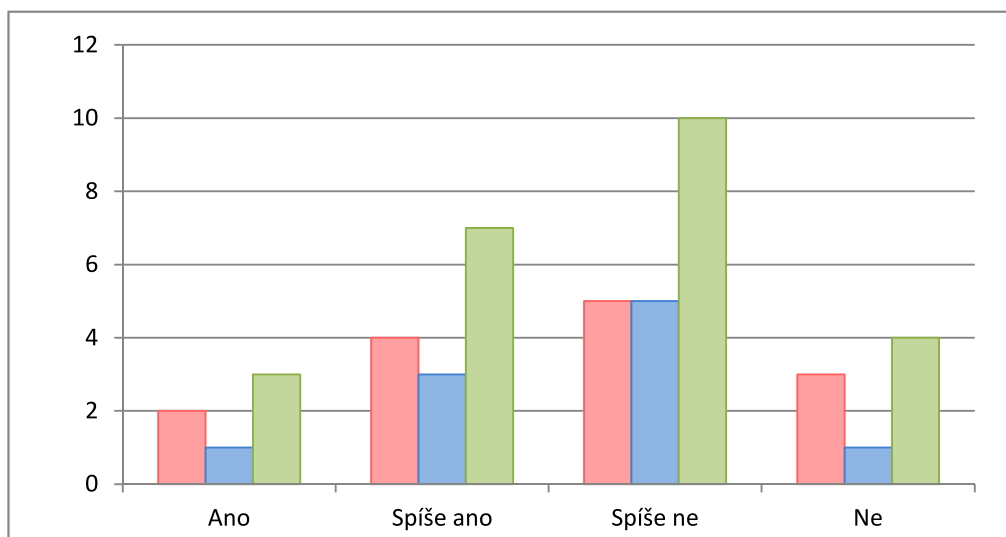
4. Považujete množství podávané zeleniny za dostačující?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	3	1	4	17%
Spíše ano	4	4	8	33%
Spíše ne	4	5	9	37%
Ne	3	0	3	13%
Celkem	14	10	24	100%



5. Považujete množství podávaného ovoce za dostačující?

Odovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	2	1	3	12%
Spíše ano	4	3	7	29%
Spíše ne	5	5	10	42%
Ne	3	1	4	17%
Celkem	14	10	24	100%



6. Máte možnost vybrat si druh pečiva?

7. Máte možnost vybrat si místo, kde budete jíst?

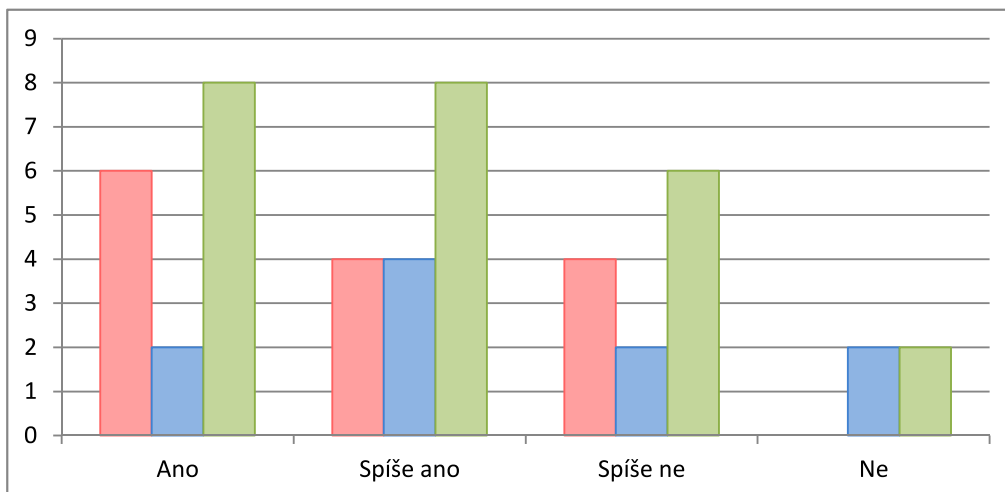
8. Máte možnost vybrat si, s kým budete jíst u stolu?

U otázek č. 6 až 8 odpověděli respondenti shodně "NE". Klientům zařízení je vydáváno pečivo podle předem stanoveného jídelníčku, zasedací pořádek je určen vnitřním předpisem Domova pokojného stáří.

B 2. OSOBNÍ HYGIENA

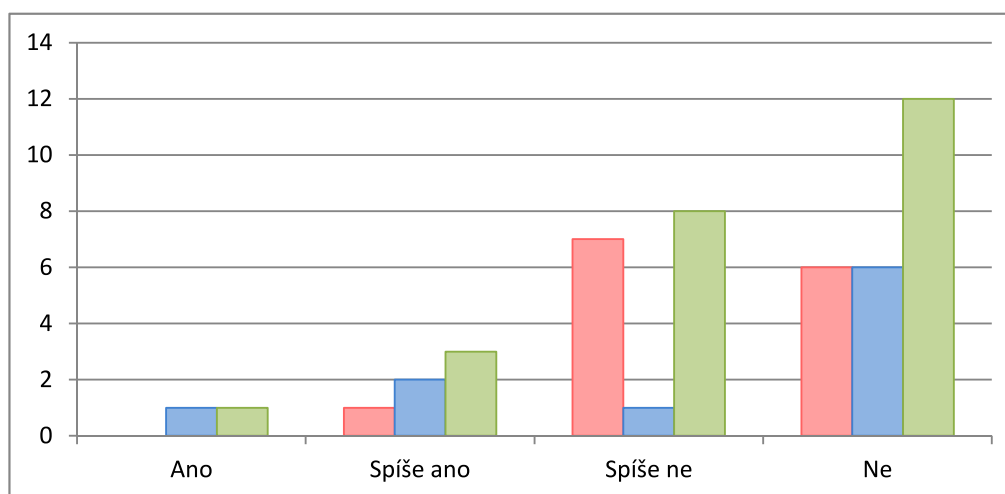
9. Jste spokojen/a s frekvencí koupání?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	6	2	8	33%
Spíše ano	4	4	8	33%
Spíše ne	4	2	6	25%
Ne	0	2	2	9%
Celkem	14	10	24	100%



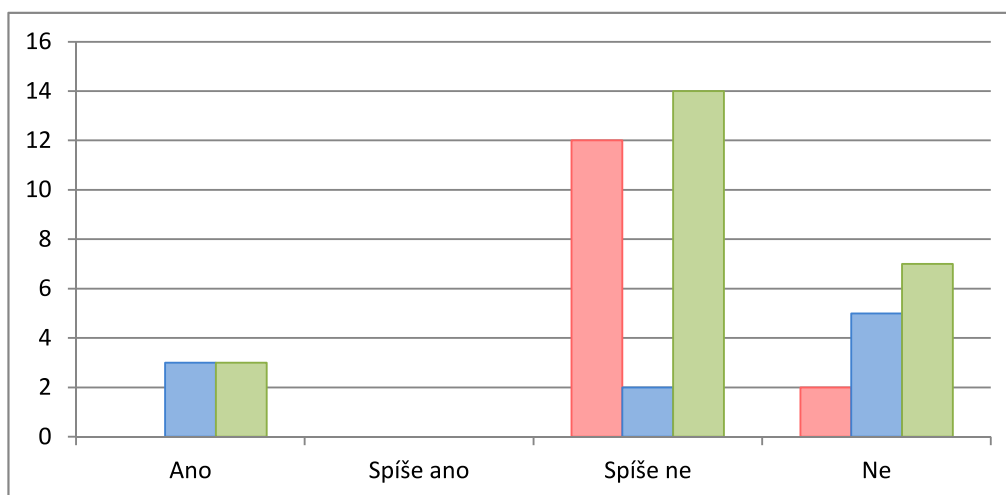
10. Máte možnost určit si dobu koupání?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	0	1	1	4%
Spíše ano	1	2	3	13%
Spíše ne	7	1	8	33%
Ne	6	6	12	50%
Celkem	14	10	24	100%



11. Máte možnost ovlivnit průběh koupání?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	0	3	3	13%
Spíše ano	0	0	0	0%
Spíše ne	12	2	14	58%
Ne	2	5	7	29%
Celkem	14	10	24	100%

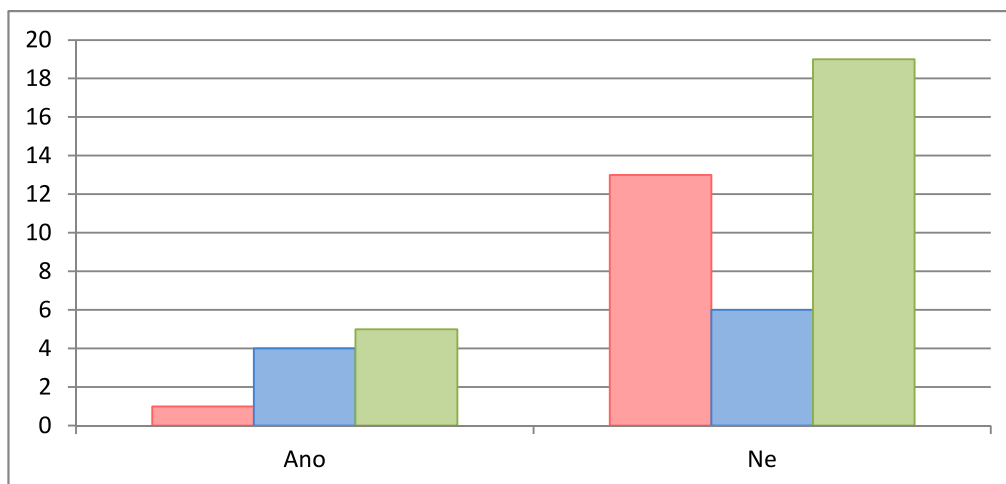


12. Máte možnost vybrat si, zda Vám při osobní hygieně bude pomáhat žena nebo muž ?

Všichni respondenti odpověděli shodně "NE", v přímé péči jsou zastoupeny pouze ženy.

13. Je Vám při úkonech souvisejících s osobní hygienou zajištěno dostatečné soukromí ?

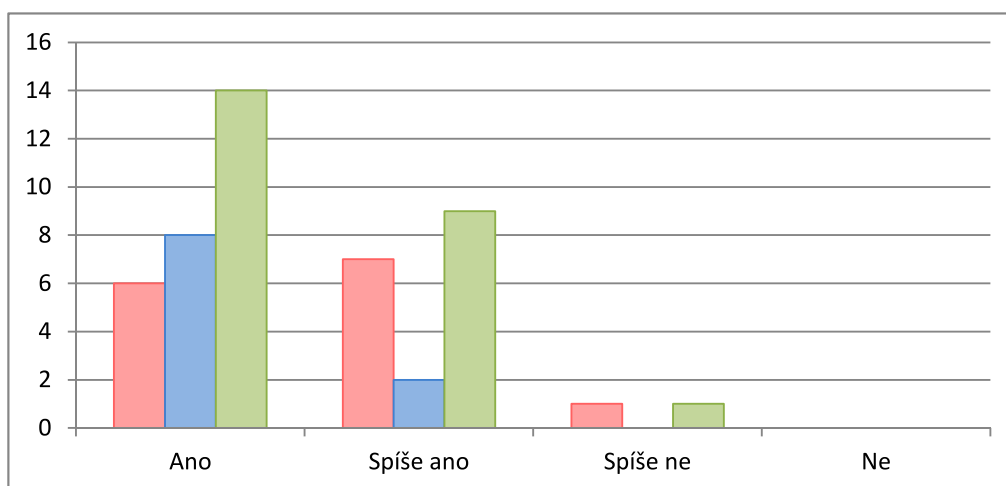
Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	1	4	5	21%
Ne	13	6	19	79%
Celkem	14	10	24	100%



B 3. POHYB

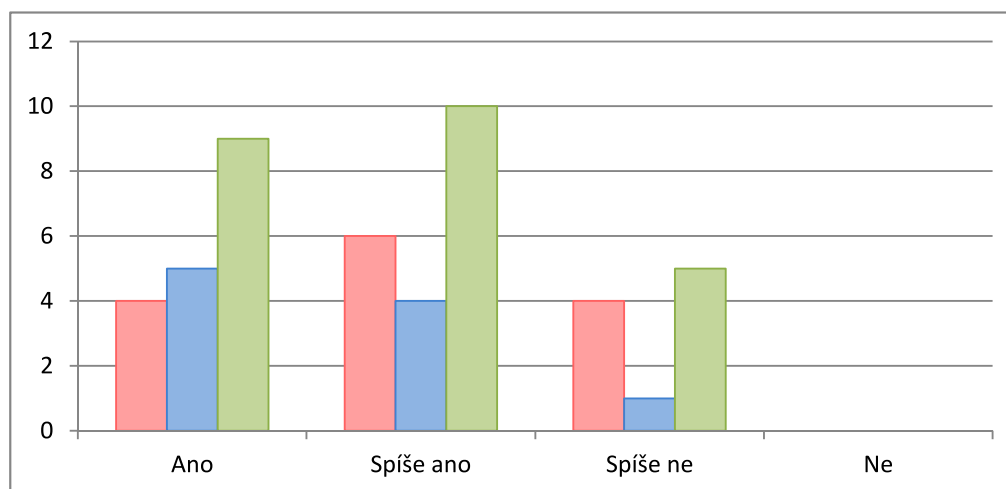
14. Jste dostatečně informován/a o nabídce pohybových aktivit v Domově pokojného stáří ?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	6	8	14	58%
Spíše ano	7	2	9	38%
Spíše ne	1	0	1	4%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



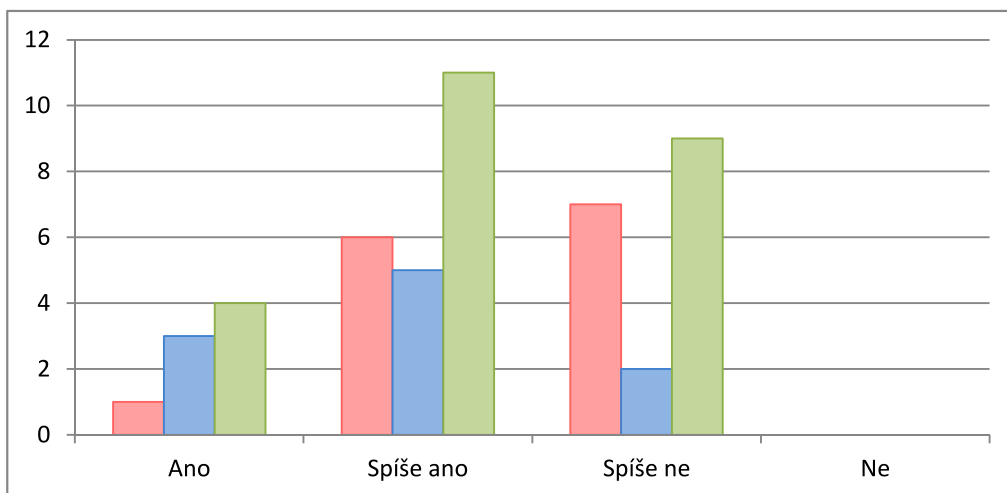
15. Jste spokojen/a s nabídkou pohybových aktivit?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	4	5	9	37%
Spíše ano	6	4	10	42%
Spíše ne	4	1	5	21%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



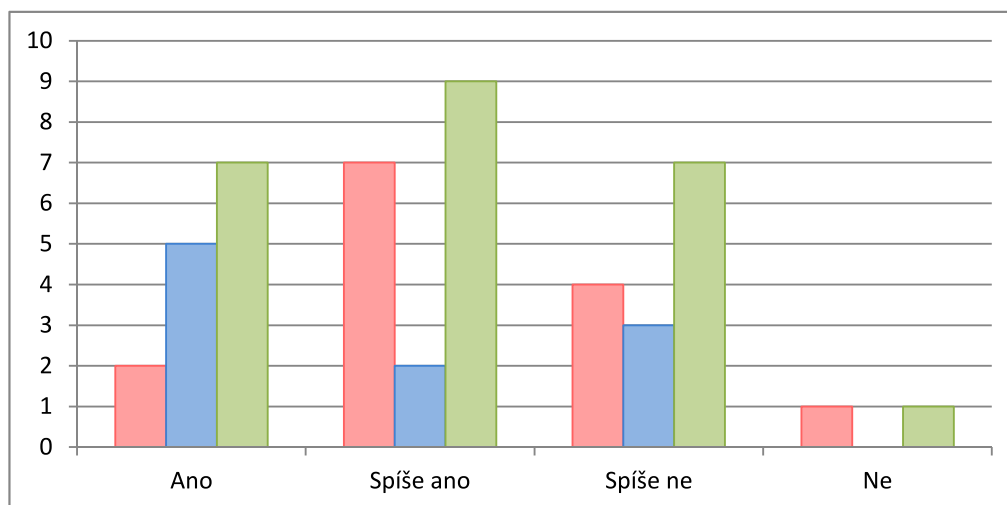
16. Odpovídají nabízené pohybové aktivity Vaším potřebám

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	1	3	4	17%
Spíše ano	6	5	11	46%
Spíše ne	7	2	9	37%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



17. Máte možnost vybrat si z nabídky pohybových aktivit ty, které Vám nejvíce vyhovují ?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	2	5	7	29%
Spíše ano	7	2	9	38%
Spíše ne	4	3	7	29%
Ne	1	0	1	4%
Celkem	14	10	24	100%

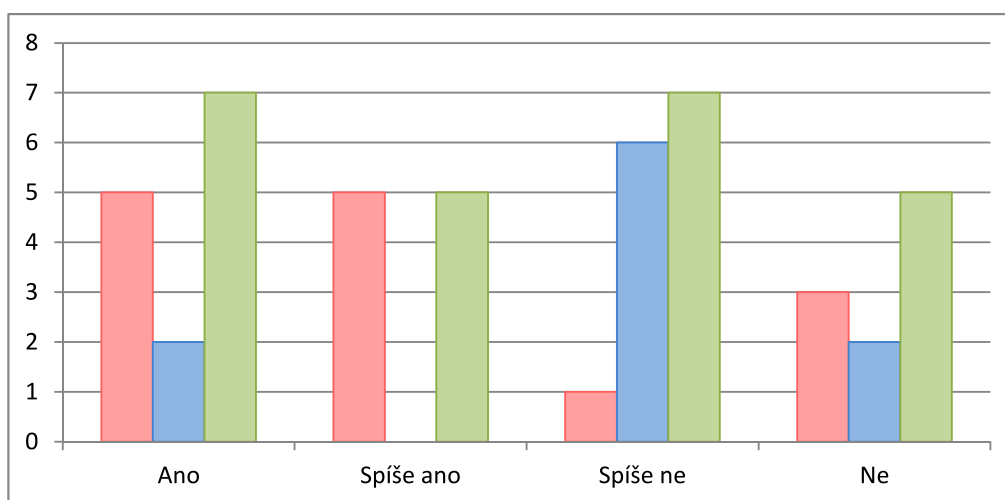


C. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ PSYCHICKÝCH/DUŠEVNÍCH POTŘEB

C 1. RESPEKTOVÁNÍ ZVYKŮ

18. Máte možnost vstávat ráno, kdy chcete?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	5	2	7	29%
Spíše ano	5	0	5	21%
Spíše ne	1	6	7	29%
Ne	3	2	5	21%
Celkem	14	10	24	100%

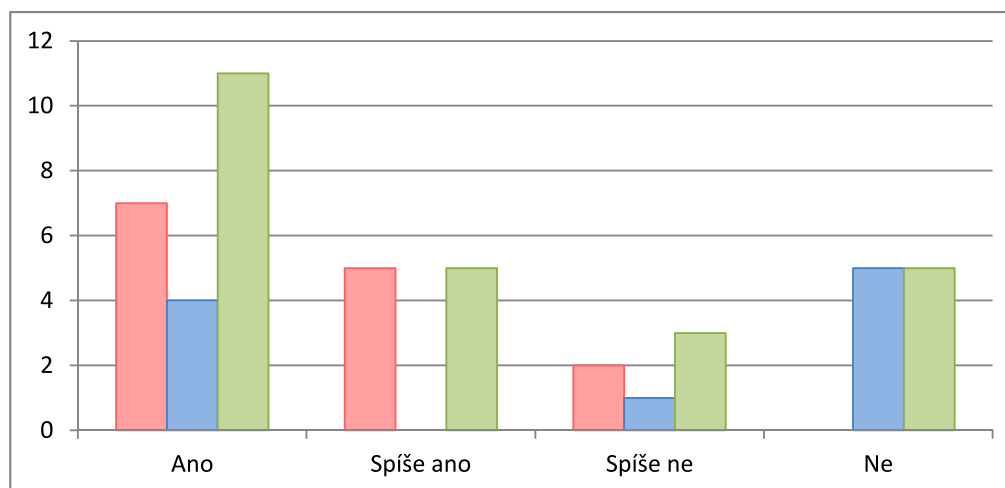


19. Můžete nosit své oblíbené oblečení?

Všichni respondenti odpověděli shodně "ANO".

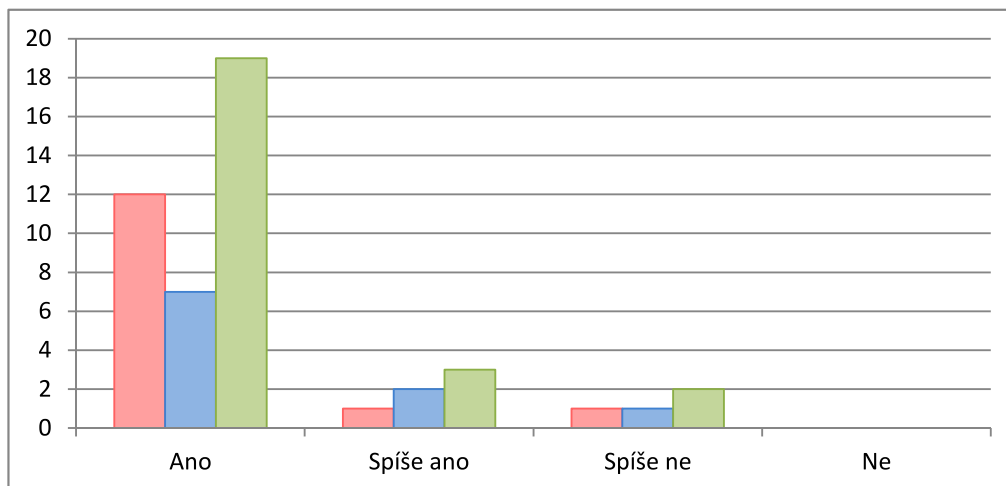
20. Máte možnost sledovat své oblíbené pořady v televizi?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	7	4	11	46%
Spíše ano	5	0	5	21%
Spíše ne	2	1	3	12%
Ne	0	5	5	21%
Celkem	14	10	24	100%



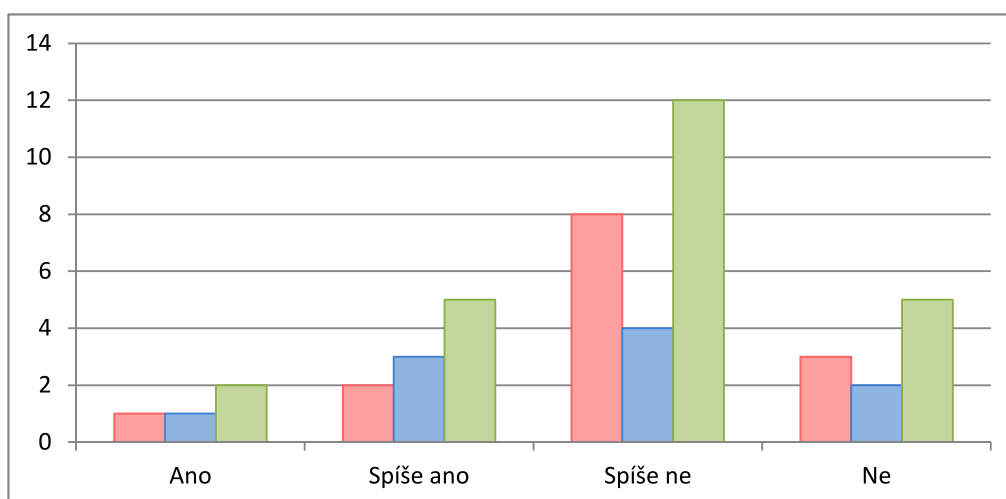
21. Máte možnost poslouchat svou oblíbenou stanici v rádiu?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	12	7	19	79%
Spíše ano	1	2	3	13%
Spíše ne	1	1	2	8%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



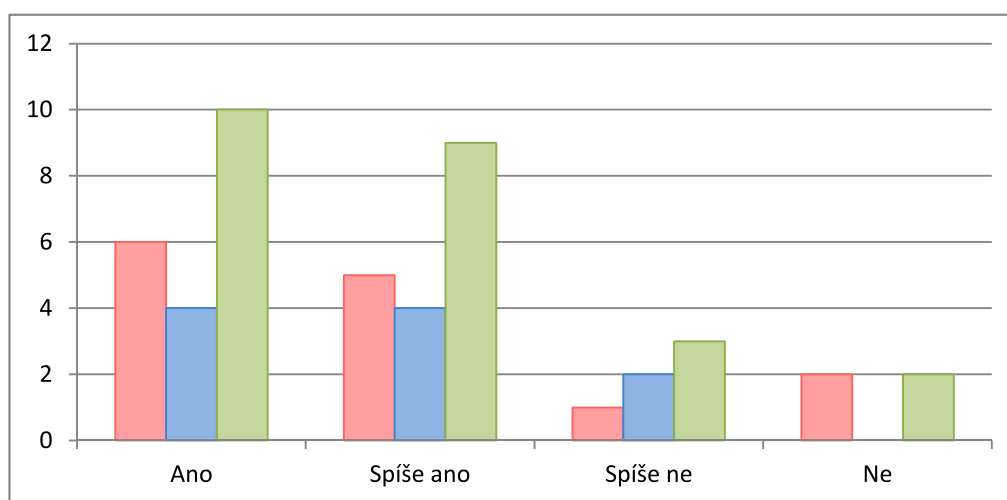
22. Dostává se Vám možnosti věnovat se svým oblíbeným aktivitám, kterým jste se věnoval/a před nástupem do Domova pokojného stáří ?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	1	1	2	8%
Spíše ano	2	3	5	21%
Spíše ne	8	4	12	50%
Ne	3	2	5	21%
Celkem	14	10	24	100%



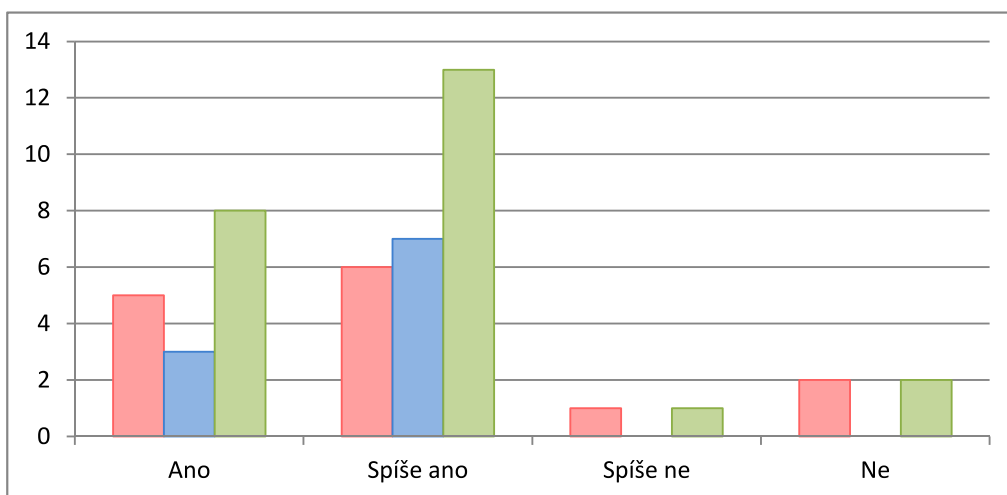
23. Je Vám umožněno dodržovat své ranní rituály (např. pití kávy, čtení novin, cigareta a jiné)?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	6	4	10	42%
Spíše ano	5	4	9	38%
Spíše ne	1	2	3	12%
Ne	2	0	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



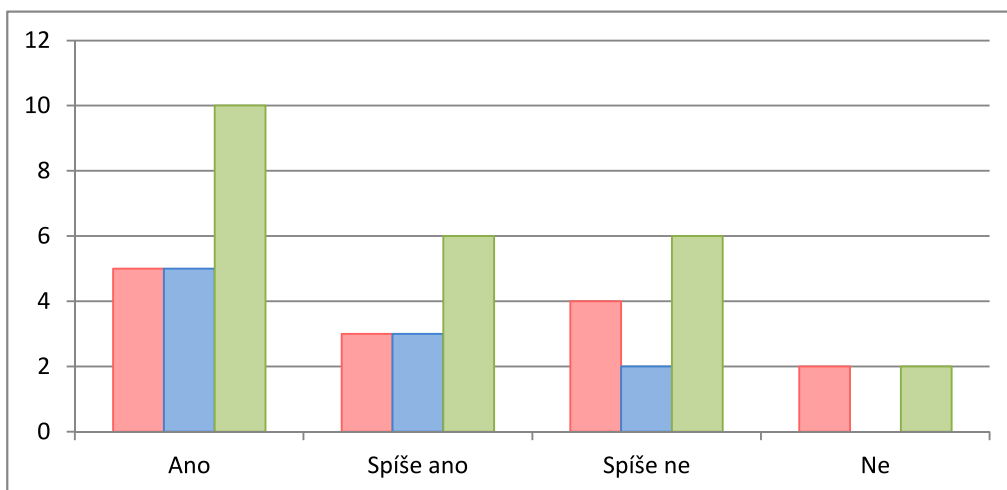
24. Máte možnost dodržovat své denní zvyky (např. dobu odpočinku, procházky)?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	5	3	8	33%
Spíše ano	6	7	13	55%
Spíše ne	1	0	1	4%
Ne	2	0	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



25. Máte možnost jít spát večer, kdy chcete?

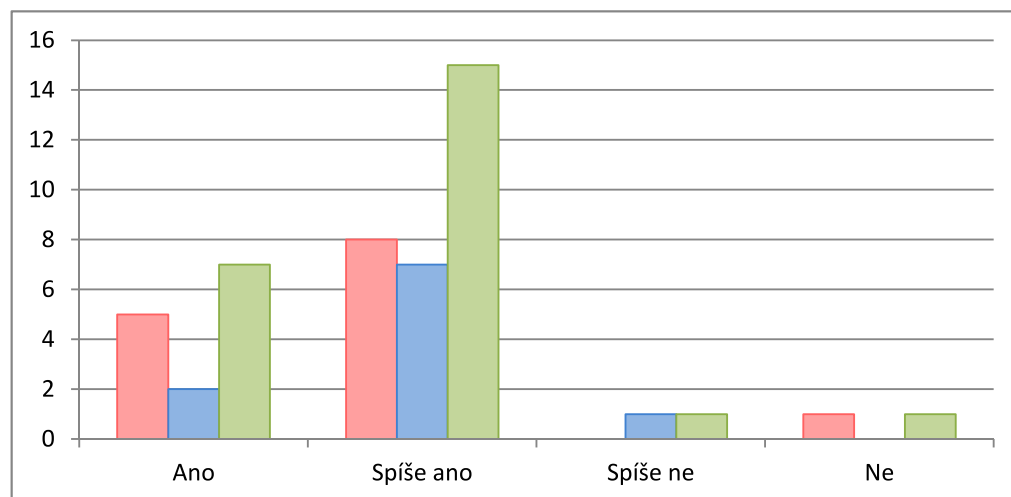
Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	5	5	10	42%
Spíše ano	3	3	6	25%
Spíše ne	4	2	6	25%
Ne	2	0	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



C 2. ZACHOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

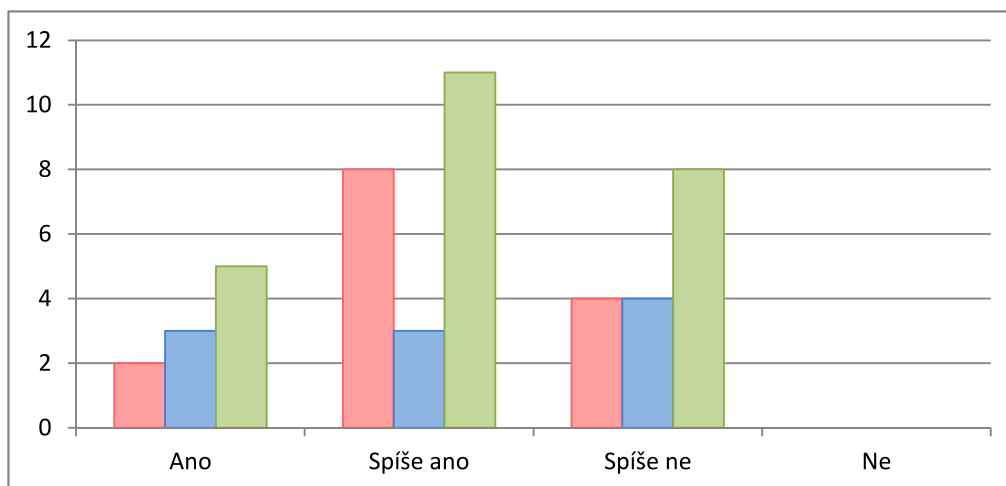
26. Jste spokojen/a se způsobem, jakým Vás personál Domova pokojného stáří oslovuje?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	5	2	7	29%
Spíše ano	8	7	15	63%
Spíše ne	0	1	1	4%
Ne	1	0	1	4%
Celkem	14	10	24	100%



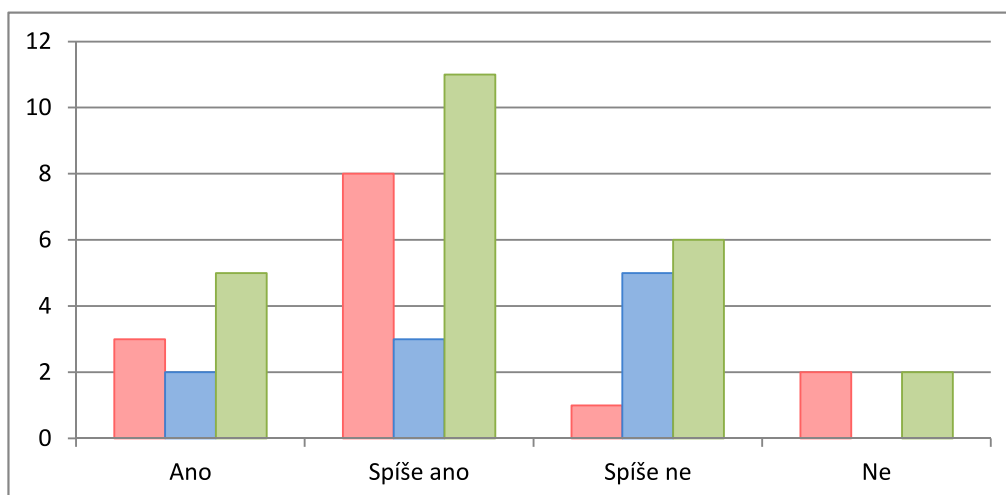
27. Zachází personál Domova pokojného stáří s Vámi jako s dospělým rovnocenným partnerem?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	2	3	5	21%
Spíše ano	8	3	11	46%
Spíše ne	4	4	8	33%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



28. Jste spokojen/a s denním programem v Domově pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	3	2	5	21%
Spíše ano	8	3	11	46%
Spíše ne	1	5	6	25%
Ne	2	0	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



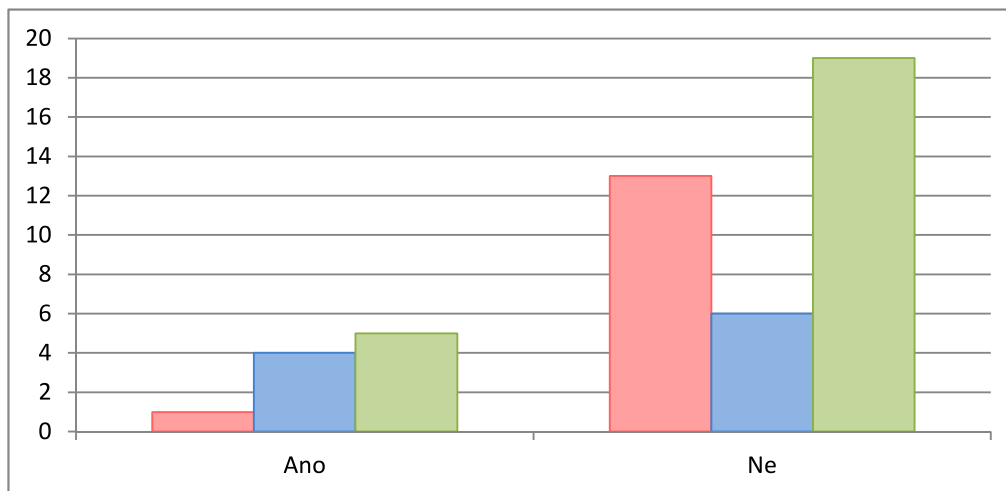
29. Máte možnost zvolit si svého ošetřujícího lékaře?

Klienti v Domově pokojného stáří nemají možnost zvolit si svého ošetřujícího lékaře. Všichni respondenti odpověděli shodně "NE".

C 3. POCIT BEZPEČÍ

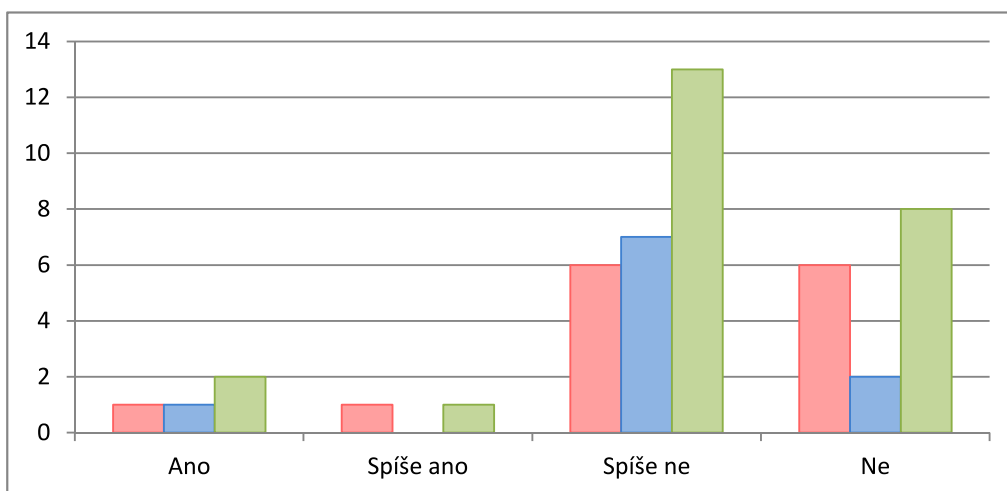
30. Máte možnost zamknout si svůj pokoj?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	1	4	5	21%
Ne	13	6	19	79%
Celkem	14	10	24	100%



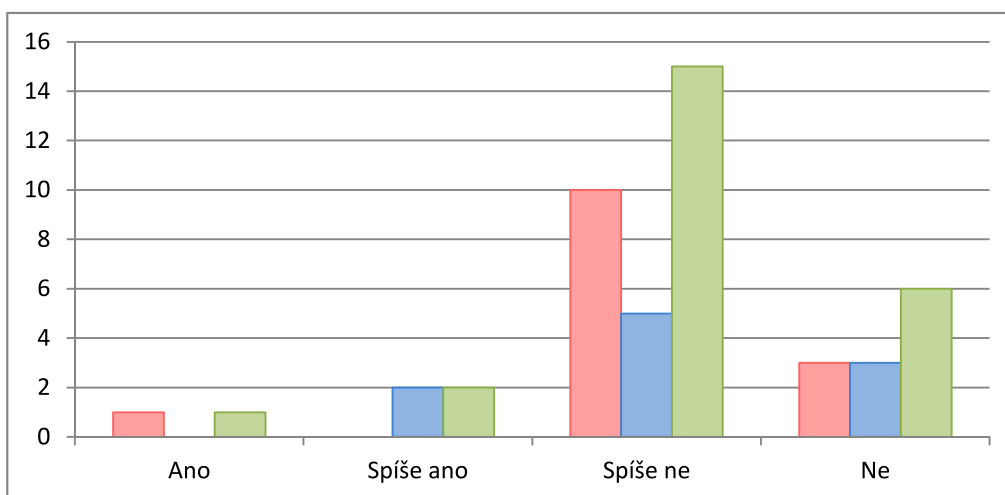
31. Cítíte se být ohrožen/a ostatními klienty Domova pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	1	1	2	8%
Spíše ano	1	0	1	4%
Spíše ne	6	7	13	55%
Ne	6	2	8	33%
Celkem	14	10	24	100%



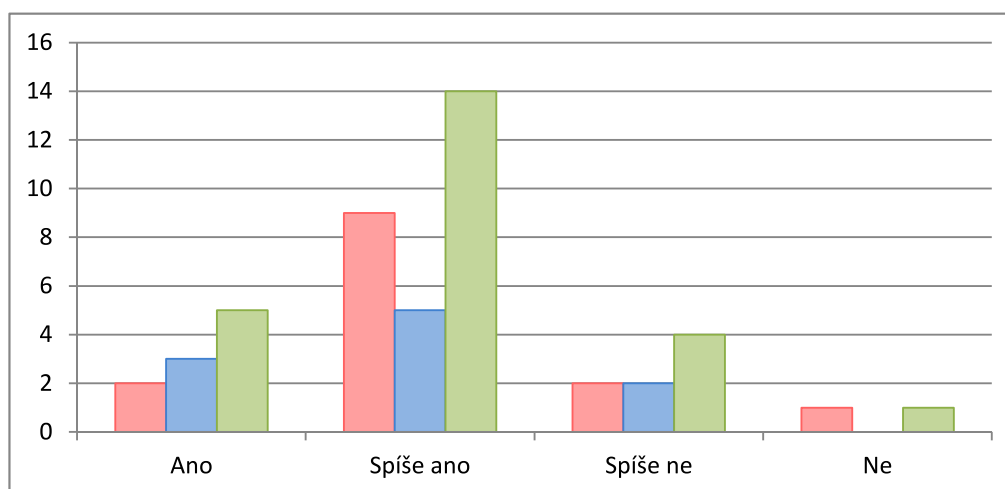
32. Cítíte se být ohrožen/a personálem Domova pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	1	0	1	4%
Spíše ano	0	2	2	8%
Spíše ne	10	5	15	63%
Ne	3	3	6	25%
Celkem	14	10	24	100%



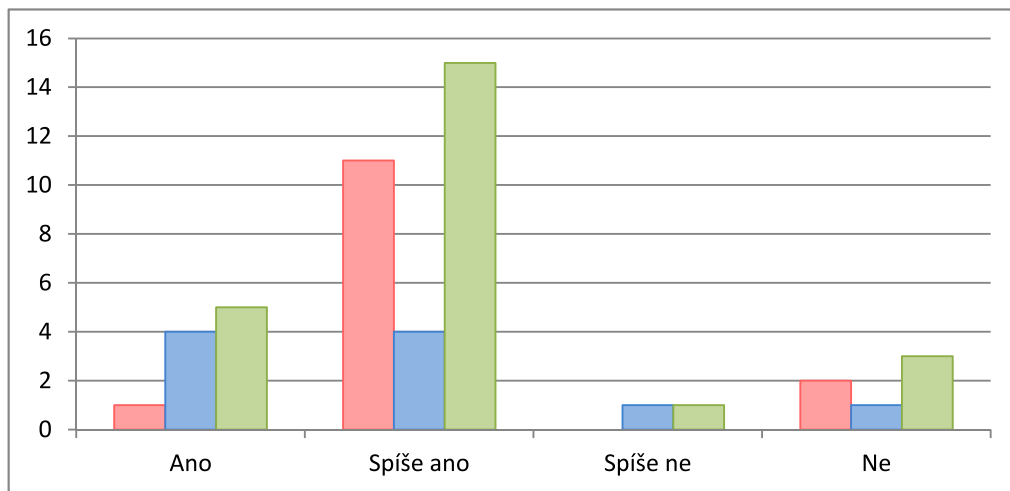
33. Máte důvěru k personálu Domova pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	2	3	5	21%
Spíše ano	9	5	14	58%
Spíše ne	2	2	4	17%
Ne	1	0	1	4%
Celkem	14	10	24	100%



34. Cítíte se v Domově pokojného stáří bezpečně?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	1	4	5	21%
Spíše ano	11	4	15	63%
Spíše ne	0	1	1	4%
Ne	2	1	3	12%
Celkem	14	10	24	100%

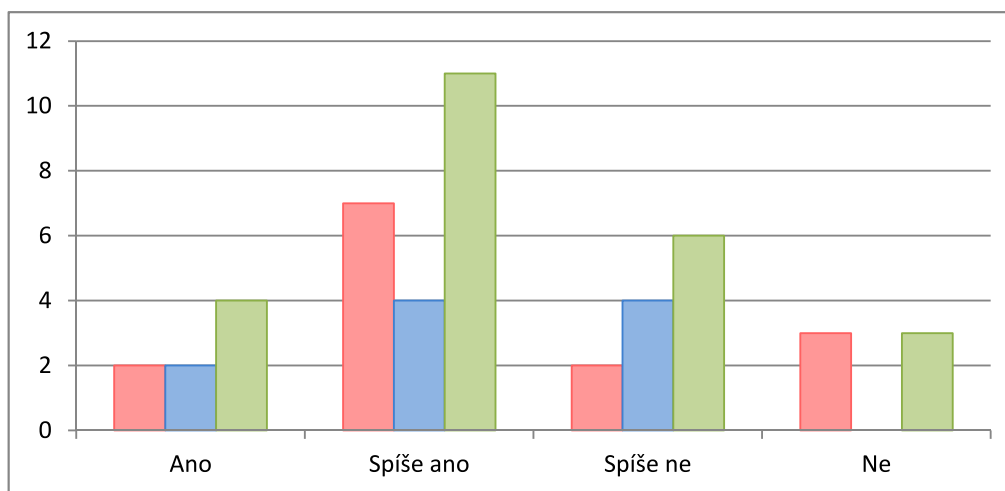


D. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH POTŘEB

D 1. SOCIÁLNÍ KONTAKTY

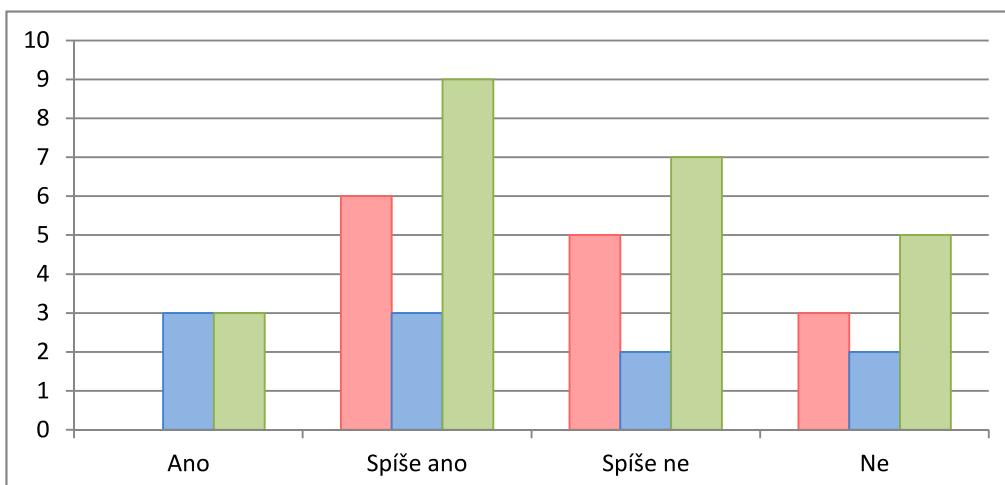
35. Jste spokojen/a s možnostmi navazování kontaktů v rámci Domova pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	2	2	4	17%
Spíše ano	7	4	11	46%
Spíše ne	2	4	6	25%
Ne	3	0	3	12%
Celkem	14	10	24	100%



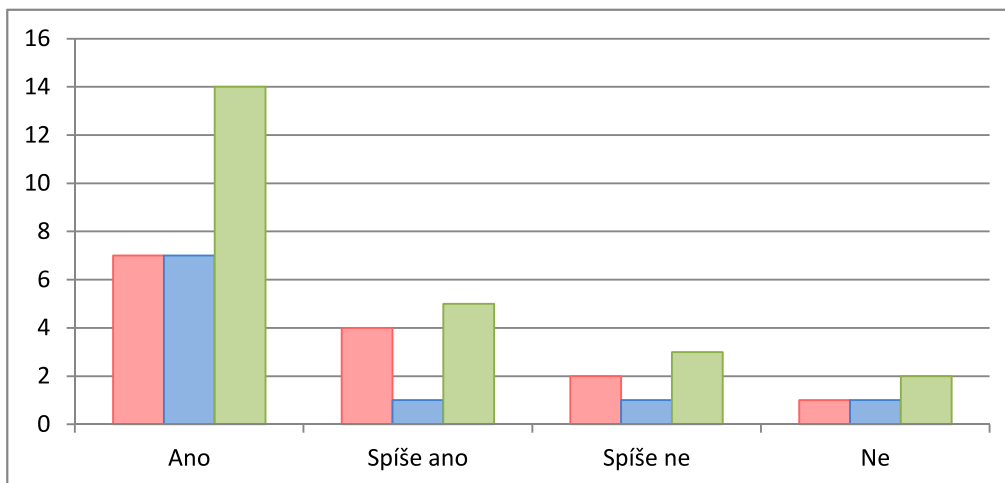
36. Jste spokojen/a s možnostmi navazování kontaktů s okolím (mimo Domov pokojného stáří)?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	0	3	3	12%
Spíše ano	6	3	9	38%
Spíše ne	5	2	7	29%
Ne	3	2	5	21%
Celkem	14	10	24	100%



37. Máte dostatečnou možnost udržovat kontakty se svou rodinou?

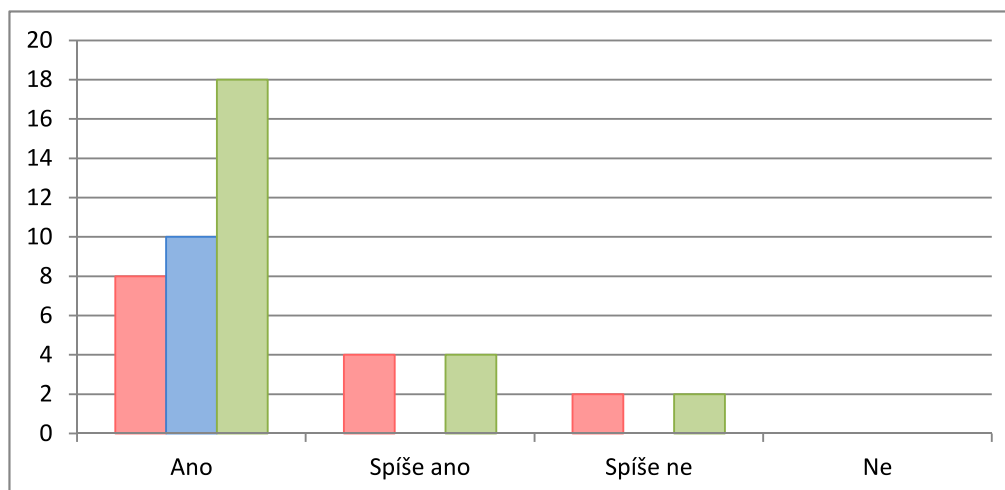
Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	7	7	14	58%
Spíše ano	4	1	5	21%
Spíše ne	2	1	3	13%
Ne	1	1	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



D 2. MOŽNOST AKTIVIZACE

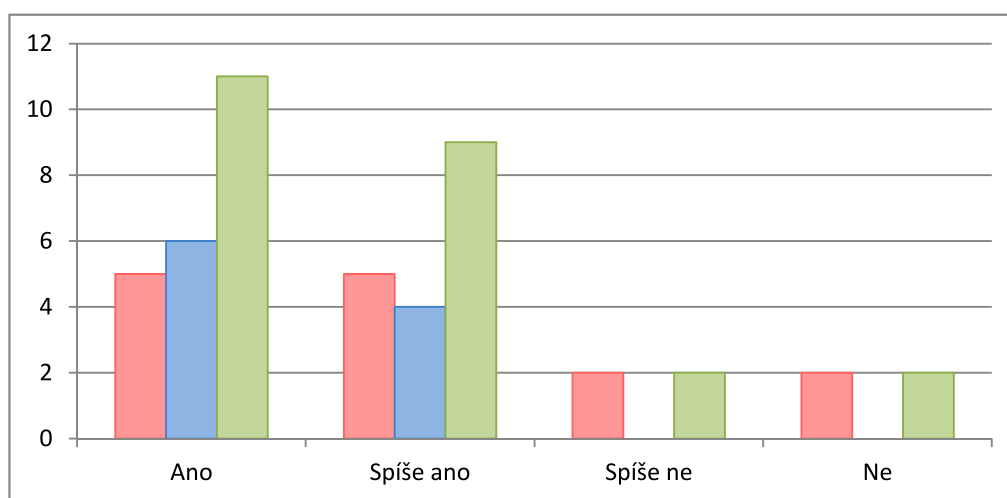
38. Jste dostatečně informován/a o aktivizačních programech v Domově pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	8	10	18	75%
Spíše ano	4	0	4	17%
Spíše ne	2	0	2	8%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



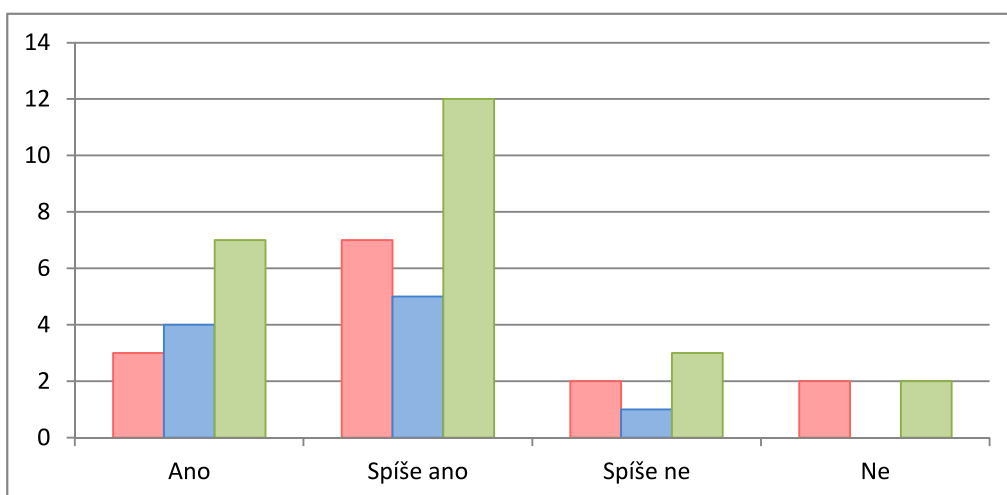
39. Jste spokojen/a s nabídkou aktivizačních činností v Domově pokojného stáří?

Odovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	5	6	11	46%
Spíše ano	5	4	9	38%
Spíše ne	2	0	2	8%
Ne	2	0	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



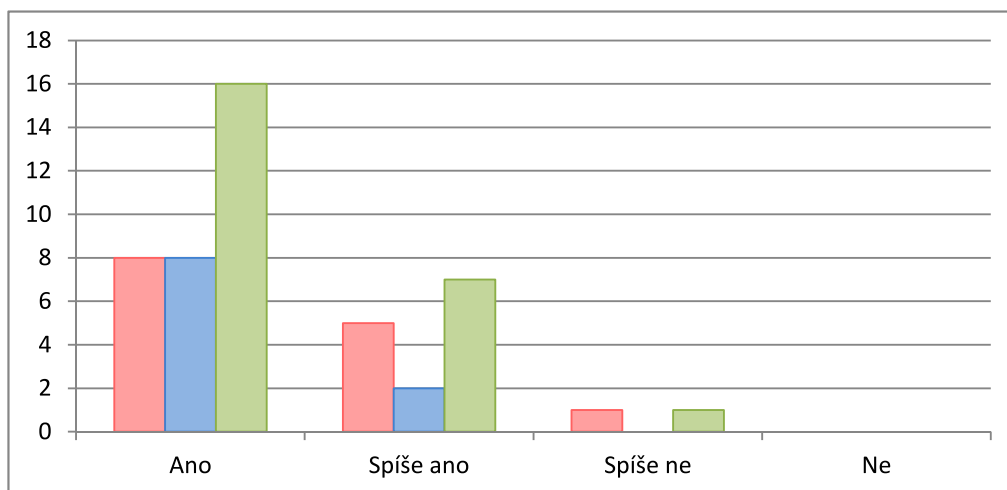
40. Jste spokojen/a s nabídkou kulturních akcí v Domově pokojného stáří?

Odovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	3	4	7	29%
Spíše ano	7	5	12	50%
Spíše ne	2	1	3	13%
Ne	2	0	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



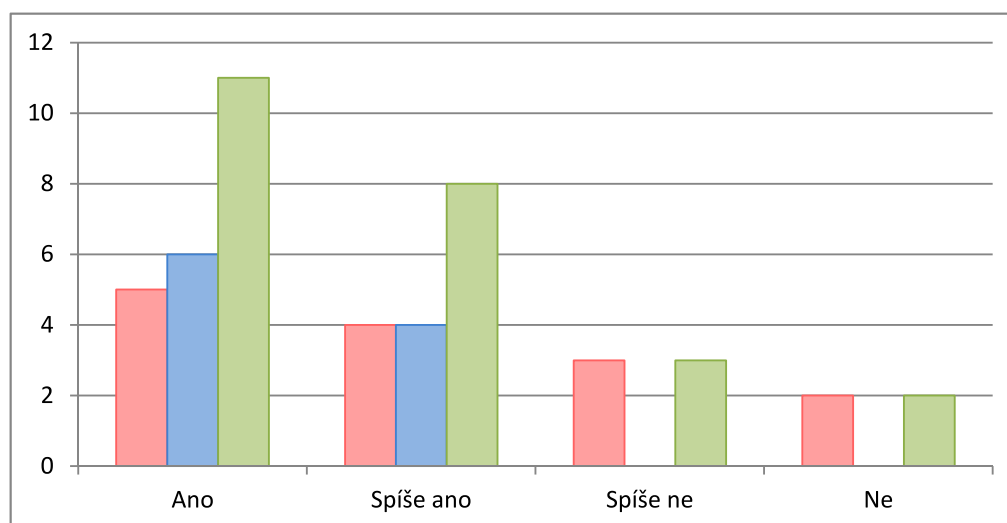
41. Máte možnost účastnit se aktivit, které si vyberete?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	8	8	16	67%
Spíše ano	5	2	7	29%
Spíše ne	1	0	1	4%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



42. Máte možnost volit si aktivity s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav?

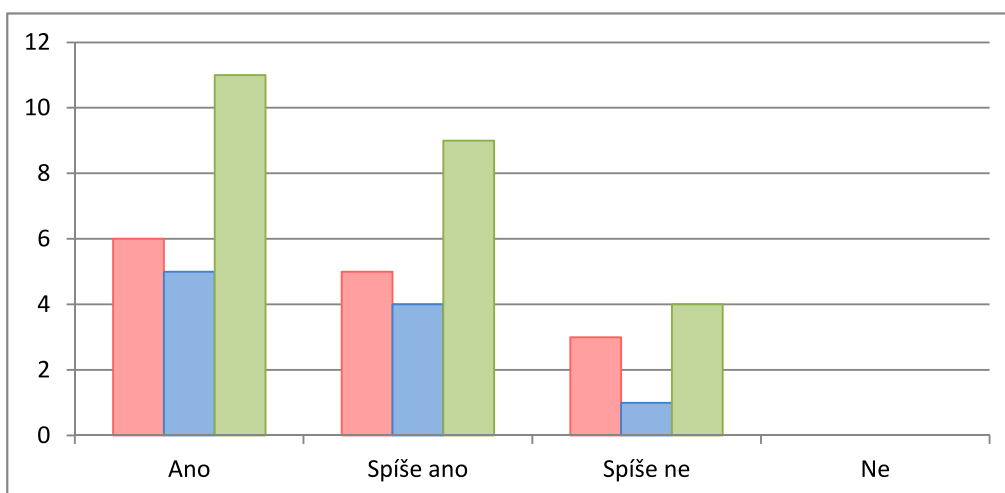
Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	5	6	11	46%
Spíše ano	4	4	8	33%
Spíše ne	3	0	3	13%
Ne	2	0	2	8%
Celkem	14	10	24	100%



D 3. PODPORA PERSONÁLU

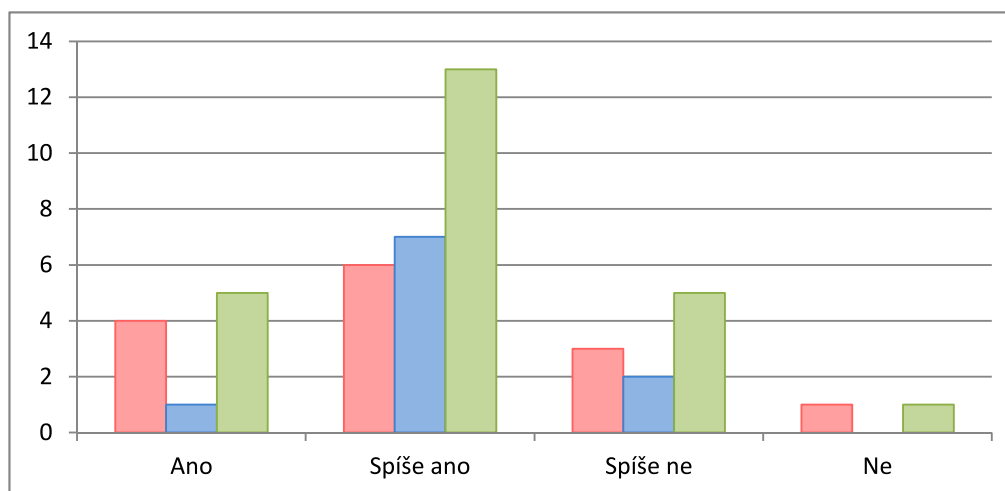
43. Máte možnost hovořit s personálem Domova pokojného stáří o svých potřebách?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	6	5	11	46%
Spíše ano	5	4	9	37%
Spíše ne	3	1	4	17%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	14	10	24	100%



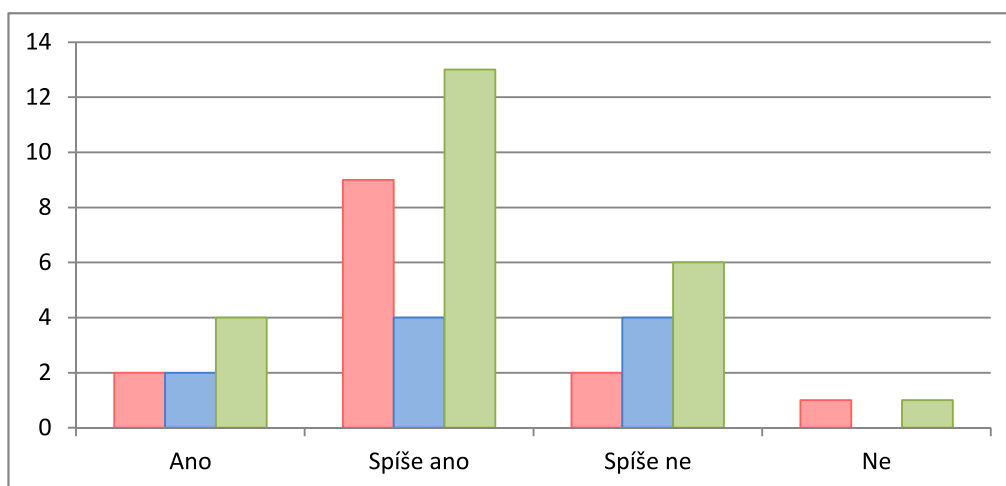
44. Je personál Domova pokojného stáří ochoten Vás vyslechnout?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	4	1	5	21%
Spíše ano	6	7	13	54%
Spíše ne	3	2	5	21%
Ne	1	0	1	4%
Celkem	14	10	24	100%



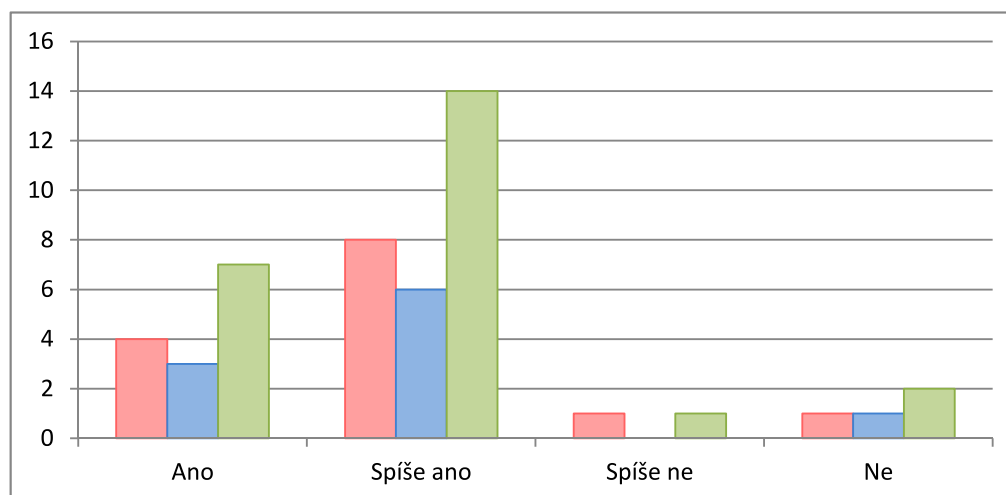
45. Pomáhá Vám personál Domova pokojného stáří při uspokojování Vašich potřeb?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	2	2	4	17%
Spíše ano	9	4	13	54%
Spíše ne	2	4	6	25%
Ne	1	0	1	4%
Celkem	14	10	24	100%



46. Pomáhá Vám personál Domova pokojného stáří v případě potřeby při řešení nějakých problémů?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	4	3	7	29%
Spíše ano	8	6	14	59%
Spíše ne	1	0	1	4%
Ne	1	1	2	8%
Celkem	14	10	24	100%

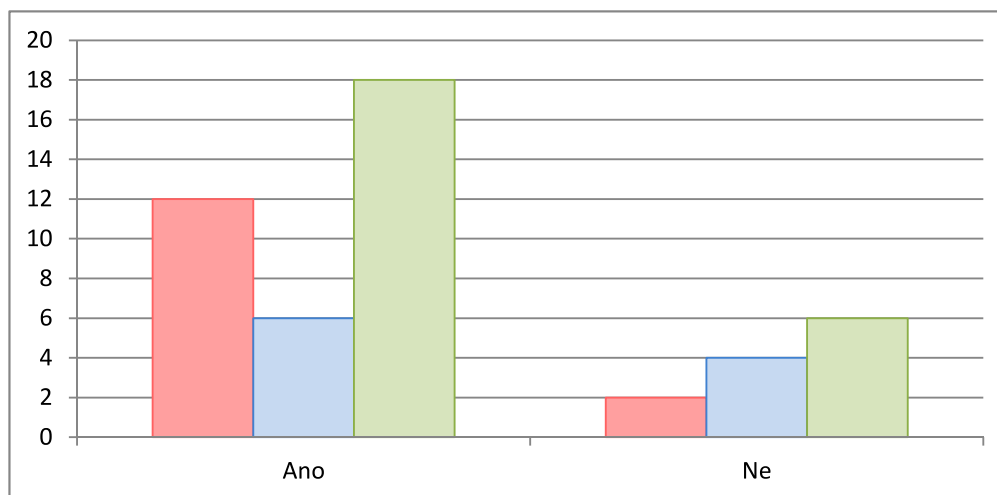


E. ZJIŠTĚNÍ ÚROVNĚ USPOKOJOVÁNÍ SPIRITUÁLNÍCH / DUCHOVNÍCH POTŘEB

E 1. USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB VĚŘÍCÍCH KLIENTŮ

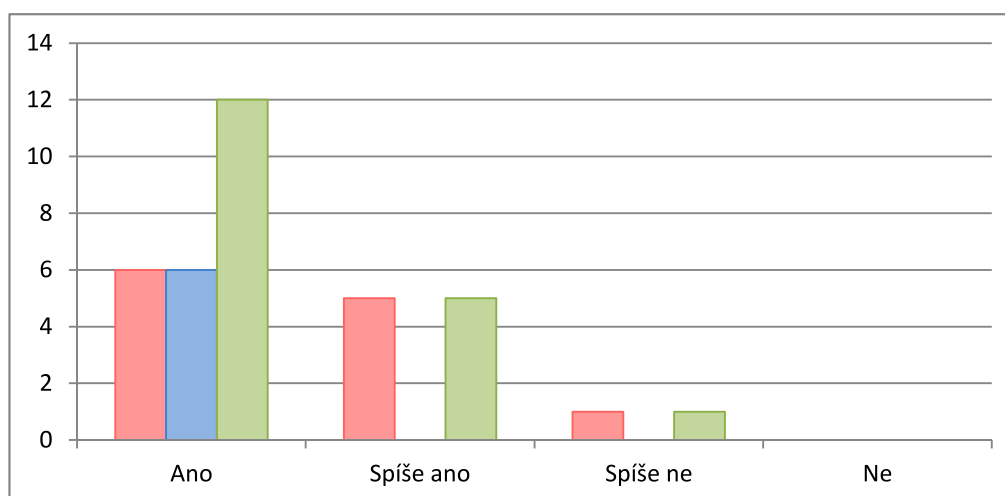
47. Jste věřící?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	12	6	18	75%
Ne	2	4	6	25%
Celkem	14	10	24	100%



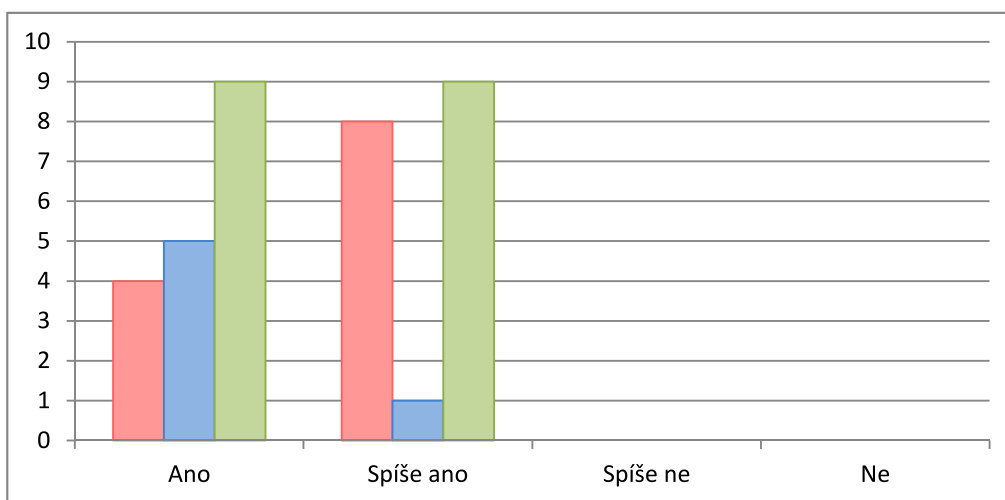
48. Jste spokojen/a s nabídkou bohoslužeb v Domově pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	6	6	12	67%
Spíše ano	5	0	5	28%
Spíše ne	1	0	1	5%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	12	6	18	100%



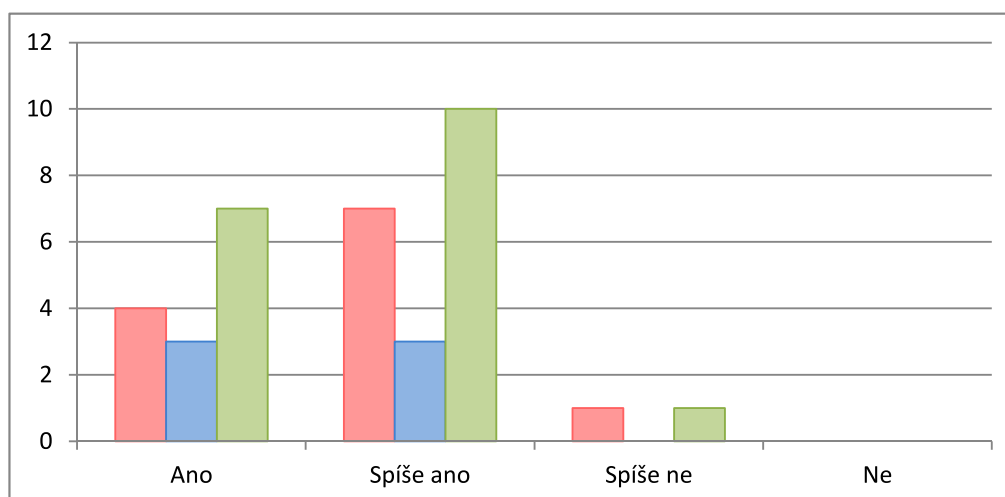
49. Jste spokojen/a se službami kněze v Domově pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	4	5	9	50%
Spíše ano	8	1	9	50%
Spíše ne	0	0	0	0%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	12	6	18	100%



50. Jste spokojen/a s možnostmi uplatňovat svou víru?

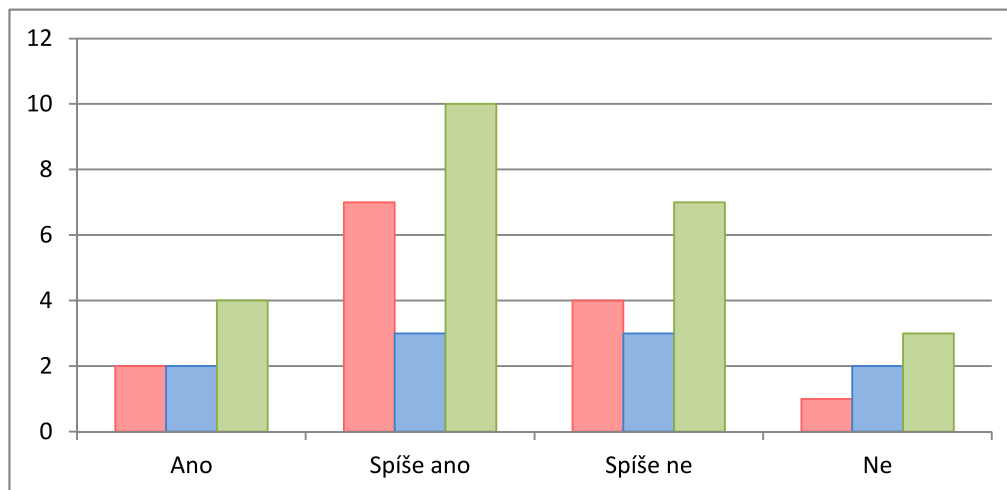
Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	4	3	7	39%
Spíše ano	7	3	10	56%
Spíše ne	1	0	1	5%
Ne	0	0	0	0%
Celkem	12	6	18	100%



E 2. SMYSLUPLNOST ŽIVOTA

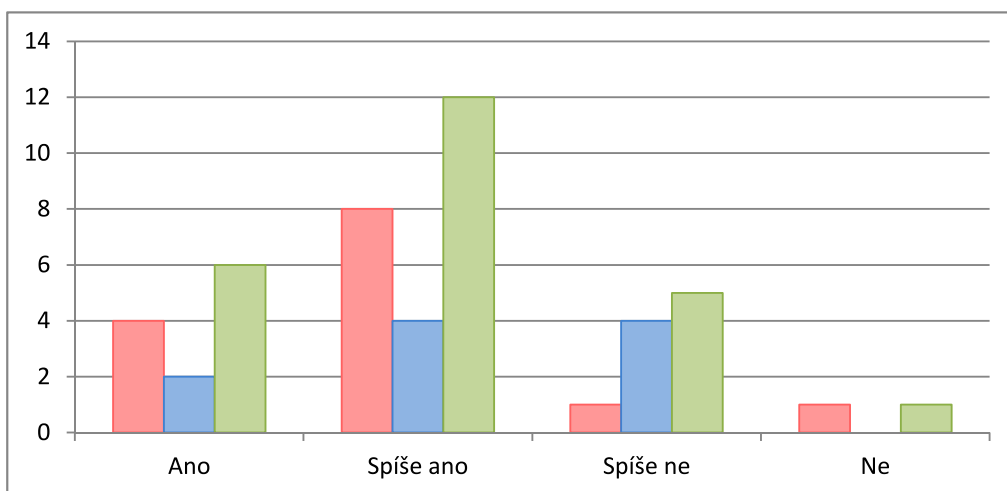
51. Nalézáte v Domově pokojného stáří smysl svého života?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	2	2	4	17%
Spíše ano	7	3	10	42%
Spíše ne	4	3	7	29%
Ne	1	2	3	12%
Celkem	14	10	24	100%



52. Máte možnost diskutovat v Domově pokojného stáří (s personálem či ostatními klienty) o smyslu života?

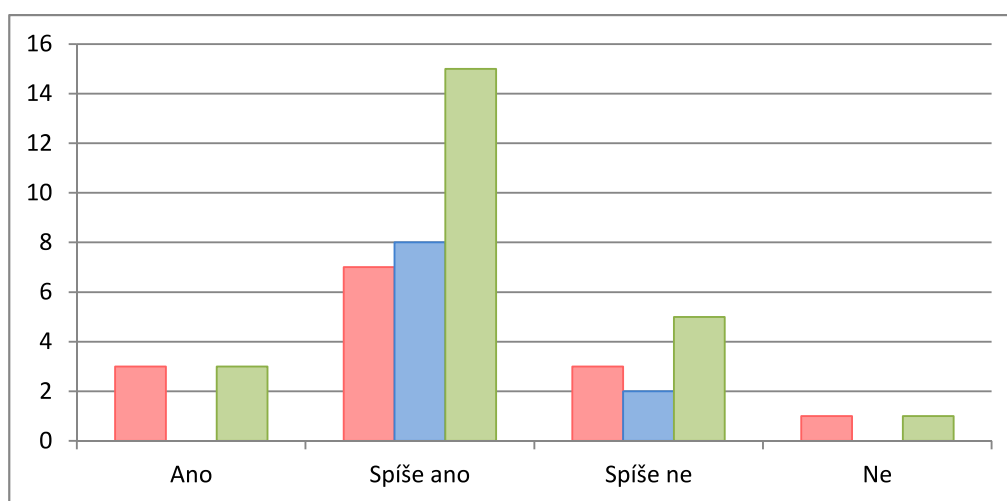
Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	4	2	6	25%
Spíše ano	8	4	12	50%
Spíše ne	1	4	5	21%
Ne	1	0	1	4%
Celkem	14	10	24	100%



E 3. PODPORA PŘI VYROVNÁVÁNÍ SE S ŽIVOTNÍMI ZTRÁTAMI

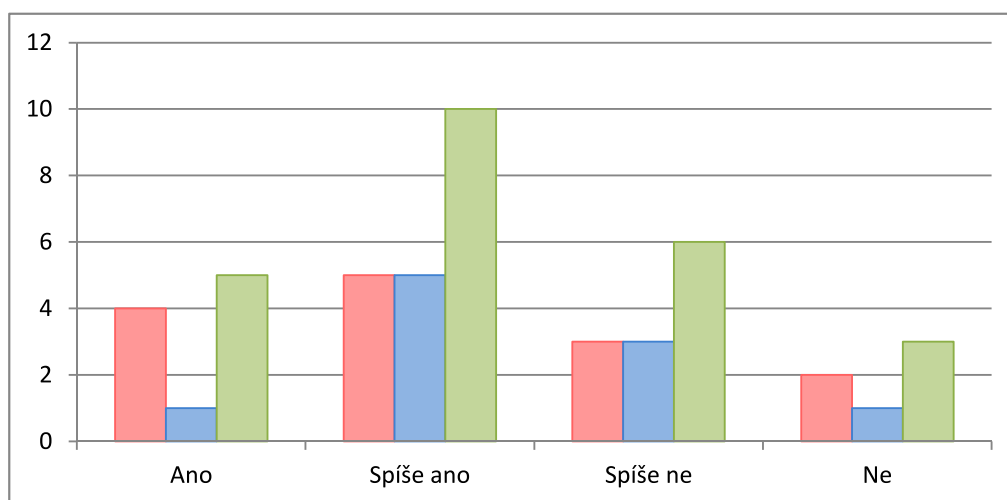
53. Máte možnost hovořit o svých životních ztrátách s personálem Domova pokojného stáří?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	3	0	3	12%
Spíše ano	7	8	15	63%
Spíše ne	3	2	5	21%
Ne	1	0	1	4%
Celkem	14	10	24	100%



54. Máte možnost hovořit o svých životních ztrátách s někým blízkým?

Odpovědi	Ženy	Muži	Celkem	Procent
Ano	4	1	5	21%
Spíše ano	5	5	10	42%
Spíše ne	3	3	6	25%
Ne	2	1	3	12%
Celkem	14	10	24	100%



F. ZÁVĚREČNÁ ČÁST

Co oceňují klienti na Domově pokojného stáří Javorník

Pořadí	Ženy	Muži
1.	bohoslužby	jídlo
2.	aktivity	přístup personálu
3.	přístup personálu	cvičení
4.	cvičení	volný pohyb

Největší nespokojenost klientů Domova pokojného stáří Javorník

Pořadí	Ženy	Muži
1.	vícelůžkové pokoje	spolubydlící
2.	nemožnost vybrat si lékaře	nemožnost výběru druhu pečiva
3.	nemožnost výběru místa stravy	nemožnost výběru místa stravy
4.	není pokoj pro návštěvy	frekvence koupání

Co nejvíce klientům Domova pokojného stáří Javorník chybí

Pořadí	Ženy	Muži
1.	rodina	domov
2.	zdraví	peníze
3.	peníze	zdraví
4.	více soukromí	partnerka

Návrhy klientů Domova pokojného stáří Javorník na zlepšení

Pořadí	Ženy	Muži
1.	výběr lékaře	větší auto na výlety
2.	pokoj pro návštěvy	více jednolůžkových pokojů
3.	samostatný pokoj	zvíře v domově
4.	jíst na pokoji a výběr pečiva	sleva na přepravu

