

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Petra Kodešová

II. ročník – prezenční studium

Obor: speciálněpedagogická andragogika - navazující

KVALITA ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH OSOB V DOMOVECH PRO SENIORY

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 6. 4. 2011

.....

Petra Kodešová

Poděkování

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytování rad, ale i všem speciálním pedagogům, u nichž jsem prováděla výzkumné šetření. Dále děkuji všem, kteří mi pomáhali při distribuci dotazníků. Samozřejmě děkuji všem pečujícím osobám za to, že byli ochotni věnovat svůj volný čas dotazníkovému šetření a přispěli tím k vytvoření této diplomové práce.

Obsah

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Péče o osoby seniorského věku v domovech pro seniory.....	7
1.1 Historie péče o osoby seniorského věku	7
1.2 Služby pro seniory	9
1.2.1 Zdravotní služby pro seniory	10
1.2.2 Sociální služby pro seniory.....	12
1.3 Domovy pro seniory.....	15
1.3.1 Přednosti pobytu v domovech pro seniory	15
1.3.2 Úskalí pobytu v domovech pro seniory.....	16
1.4 Příspěvek na péči	17
1.5 Osoba seniorského věku.....	19
1.5.1 Pojetí stáří.....	19
1.5.2 Tělesné změny	21
1.5.3 Psychické změny.....	22
1.5.4 Sociální změny.....	22
2 Osoby pečující.....	24
2.1 Pracovníci v sociálních službách.....	24
2.1.1 Kompetence sociálního pracovníka	27
2.1.2 Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese.....	28
2.1.3 Hodnoty ve vztahu sociálního pracovníka a klienta	28
2.1.4 Etický kodex	28
2.2 Syndrom vyhoření.....	29
2.2.1 Základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření	30
2.2.2 Projevy syndromu vyhoření.....	31
2.2.3 Fáze syndromu vyhoření	32
2.2.4 Prevence.....	34
2.3 Supervize	34
2.3.1 Formy supervize.....	35
3 Kvalita života	36
3.1 Historie fenoménu kvalita života.....	36

3.2	Definice pojmu kvalita života	37
3.3	Pojetí kvality života z různých hledisek.....	40
3.4	Dimenze kvality života.....	42
3.4.1	Subjektivní faktory kvality života.....	43
3.4.2	Objektivní faktory kvality života	43
3.5	Modely kvality života	46
3.6	Měření kvality života	49
3.6.1	Nástroje měření kvality života.....	50
3.6.2	Příklady užívaných způsobů měření kvality života	51
3.6.3	Koncepce metody SEIQoL.....	53
PRAKTICKÁ ČÁST		
4	Metodologická východiska průzkumu.....	55
4.1	Cíl průzkumu	55
4.2	Metody průzkumu	55
4.3	Charakteristika průzkumného souboru	57
5	Analýza výsledků a jejich interpretace	61
5.1	Základní údaje o respondentech	61
5.2	Pracovní podmínky	67
5.3	Prevence	73
5.4	Kvalita života.....	79
5.5	Dotazník SEIQoL	87
6	Závěry šetření.....	88
ZÁVĚR.....		91
LITERATURA.....		93
SEZNAM PŘÍLOH.....		97
PŘÍLOHY		
ANOTACE		

ÚVOD

Předmětem diplomové práce je přiblížit problematiku kvality života pečujících osob v domovech pro seniory.

Péče o osoby seniorského věku, kdy mnozí z nich jsou velmi závislí na pomoci druhých osob, je náročná díky mnoha požadavkům kladeným na výkon pečovatele, a přináší určitá rizika. Péče může způsobit osobám pečujícím stres, pocit napětí, úzkost a deprese. Pečující osoby jsou v souvislosti s touto emoční zátěží ohroženi syndromem vyhoření stejnou mírou, jako ostatní pomáhající profese.

Cílem práce bylo zmapovat některé činitele kvality života pečujících osob v domovech pro seniory ve vybraných krajích České republiky, mimo jiné zejména zjistit, jak vnímají svůj život pracovníci v domovech pro seniory.

K dosažení výše zmíněného cíle bylo nutné provést teoretické zpracování základní metodologie a terminologie (jako např. osoba pečující, kvalita života), což se stalo obsahem teoretické části složené z několika kapitol.

První kapitola popisuje péči o osoby seniorského věku, její historii a současný stav, jednotlivé druhy zdravotních a sociálních služeb, které mohou senioři využívat (zejména pak domovy pro seniory) a vymezení osob seniorského věku.

Ve druhé kapitole je uvedena problematika týkající se osob pečujících, dále legislativního zakotvení činnosti pracovníků v sociálních službách (včetně kompetencí a dovedností těchto pracovníků).

Třetí a poslední kapitola teoretické části je věnovaná kvalitě života osob pečujících v domovech pro seniory. Je to oblast, která je intenzívně zkoumána až v posledních letech a to z mnoha úhlů pohledu. Pozornost byla zaměřena na teoretické vymezení kvality života, význam pojmu kvality života, způsoby měření jeho kvality a metodu SEIQoL, která byla posléze využita i v praktické části práce.

Praktická část diplomové práce se zabývá anonymním dotazníkovým šetřením. Dotazník byl rozdělen do pěti částí. Jeho cílem bylo zjistit, zda vybrané faktory ovlivňují kvalitu života pečovatelů. (Mezi vybrané faktory patřily např. délka přímé práce s klienty, tolerance k ostatním lidem, únava z práce, vztahy na pracovišti atd...). Celá práce je pak doplněna přílohou složenou ze vzorového dotazníku a fotografií z domovů pro seniory, v nichž šetření probíhalo.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se zabývá problematikou stáří, změnami ve stáří, sociálními službami pro osoby seniorského věku (zejména domovy pro seniory), osob pečujících a v neposlední řadě kvalitou jejich života.

1 Péče o osoby seniorského věku v domovech pro seniory

Péče o osoby seniorského věku se v průběhu času hodně měnila. Úroveň poskytované péče pak vypovídala o dané kultuře společnosti.

1.1 Historie péče o osoby seniorského věku

V dobách míru a rozvoje se péče o seniory rozvíjela mnohem více než v dobách válečných nebo v době ekonomických a kulturních krizí. Na druhé straně se objevují první projevy organizované lidské ušlechtilosti a obětavosti. Byl to například vznik rytířských řádů ve středověku, jejichž cílem bylo ošetřování nemocných a raněných v dobách válek. Tato obětavost se pak projevila i ve vztahu k bezmocným a starým lidem.

V minulosti připadala starost o staré a nemohoucí zejména rodině, mnohdy pomohli bohatí a vlivní lidé, často na sebe tento úkol převzala také církev. Pro staré a nemohoucí se z iniciativy bohatých lidí začíná rozvíjet charitativní pomoc a péče (charita, tj. láska k bližnímu)

V dobách raného středověku vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí starým lidem. Postupně pak byly zakládány chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy, které se v průběhu dějin přeměnily na domovy pro seniory dnešního typu.

Již ve 14. a 15. Století vznikaly na území pozdější Jugoslávie „domovy pro staré lidi“ a v Nizozemí specifické objekty *hofjes* s malými pokojíčky pro staré lidi. V Anglii vychází v roce 1504 snad vůbec první zákon, který se pokoušel řešit problémy starých lidí.

Velký rozvoj nastal během první republiky, kdy byla ustavena správa pro otázky sociální péče, která spadala pod ministerstvo sociálních věcí. Začala vznikat nová zařízení pro staré lidi. (Jarošová, 2006)

„V roce 1929 byla v Praze založena R.Eiseltem první specializovaná instituce pro seniory na světě – Klinika nemocí stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory. Po roce 1954 jsou stávající „domy odpočinku“ pro seniory přetransformovány na domovy důchodců. Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení.“ (Haškovcová, 1990, s. 39-41)

System péče o seniory zaznamenal velké změny po roce 1989. Došlo k částečným změnám struktury péče a také se začal měnit postoj k člověku jako k individuální bytosti. Co se týká institucionální péče, snahou je zlepšit kvalitu života v těchto zařízeních především humanizací neboli zlidšťováním přístupu ke starým lidem. Důraz je kladen na tyto aspekty:

- individuální přístup ke každému člověku,
- poznání jeho potřeb a pomoc při jejich uspokojení, zajištění jistoty a bezpečí,
- poznání celého člověka, jeho osobní historie, zájmů, schopností, podporu všech,
- jeho lidských kvalit, z nichž čerpá svoji důstojnost, sebeurčení a sebejistotu,
- podporu nezávislosti a soběstačnosti, minimum péče, pomoc pouze v tom,
- co člověk už sám nezvládne a kde pomoc žádá,
- úctu k soukromí a intimitě,
- podporu individuálního rozhodování, zodpovědnosti a kontroly nad svým,
- životem,
- prohlubování důvěrných mezilidských vztahů a spolupráci s rodinou.

(Kalvach a kol., 2004)

1.2 Služby pro seniory

U osob seniorského věku roste pravděpodobnost, že budou vzhledem ke svým zdravotním problémům potřebovat pomoc svého okolí. Za optimální způsob péče o seniory je považována možnost setrvání co nejdéle v přirozeném domácím prostředí. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci.

Ne vždy je ale tahle varianta možná, a proto lze tuhle možnost částečně kompenzovat sociálními službami pro osoby seniorského věku.

Dle ministerstva práce a sociálních věcí se sociálními službami rozumí: „*pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.*“ (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>)

Při koncipování zdravotně sociální péče o seniory je nutné akceptovat velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nezbytný individuální přístup k potřebám seniorů.

Institucionální a neinstitucionální formy péče o seniora měly vycházet z modifikace následujících principů, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982:

- **demedicalizace** – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii
- **deinstitutionalizace** – priorita ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti
- **desektorizace** – akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče
- **deprofesionalizace** – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví

(Kalvach, J. a kol., 1995, s.10)

V oblasti péče o seniory dominují především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemoci, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb a podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném (domácím) prostředí.

Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku těchto dvou resortů. (Jarošová, 2006)

Zdravotně sociální služby podle ministerstva práce a sociálních věcí „*napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.*“ (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>)

1.2.1 Zdravotní služby pro seniory

Nejdůležitější součástí zdravotní péče je primární zdravotní péče založená na integraci služeb. V kontextu českého zdravotnictví používáme spíše termín komunitní péče. (Kalvach, 1995)

- **Geriatrické oddělení:** je akutním oddělením nemocničního typu specializovaným k péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Cílem je zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniora, snížení potřeby ústavní péče a zvýšení tak kvality života. (Jarošová, 2006)
- **Léčebny pro dlouhodobě nemocné:** jsou specializovaná lůžková zařízení, která slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných. Jde o osoby nesoběstačné. V těchto zařízeních je trvale nedostatek míst. (Kalvach, 2004).
„Léčebny pro dlouhodobě nemocné poskytují péči léčebnou, komplexně

ošetřovatelskou, rehabilitační a ergoterapeutickou. “(Dostupné na World Wide Web: <http://ldn-praha6.cz/>)

- **Geriatrická ambulance:** je ambulancí nemocničního geriatrického oddělení. Cílem je diagnostika, hodnocení funkčního stavu seniorů, komplexní přístup k léčbě patologických forem stárnutí a stáří. (Jarošová, 2006)
- **Geriatrické denní centrum:** pobyt v zařízení trvá 6-12 hodin a pobyt seniora může být pravidelný nebo jednorázový. Služba obsahuje léčebné, ošetřovatelské a rehabilitační výkony, ergoterapii, psychické aktivace a kognitivní trénink. (Jarošová, 2006)
- **Hospice:** *„jsou specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci. V principu to znamená, že před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospice, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Před tím, než se nemocný dostane do hospice, měl by být o svém stavu informován. Bohužel, to se tak někdy nestává, což pak ztěžuje situaci jak pacientu samotnému, jeho rodině, tak i odbornému týmu v hospici.“* (Dostupné na World Wide Web: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>)
- **Zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací oddělení):** oddělení je určeno pro nemocné ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou a po odeznění akutní fáze onemocnění pro pacienty potřebující časově delší léčebně rehabilitační program. Cílem je návrat či zlepšení soběstačnosti a schopnost nezávislého života. (Jarošová, 2006)
- **Ošetřovatelské oddělení:** ošetřovatelská péče může být krátkodobá, dlouhodobá i trvalá. Potřeba základní ošetřovatelské péče překračuje kapacitu nárokované domácí péče. Obsahem péče je hygienický režim, aktivizace pacientů, sledování psychického stavu atd. (Jarošová, 2006)

- **Domácí péče:** náhrada nebo oddálení hospitalizace na lůžkovém oddělení. Podmínkou je dostatečná spolupráce s rodinou. Ošetrovatelská péče je prováděna kvalifikovanou sestrou v domácím prostředí. (Jarošová, 2006). *„Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen když je to nezbytně nutné.“* (Dostupné na World Wide Web: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->)

Potřeby zdravotní péče budou v dalších letech narůstat v souvislosti s obecně vysokou nemocností osob vyššího věku a rychlejším tempem demografického stárnutí v nadcházejících 20-30 letech. (Kalvach, 2004)

1.2.2 Sociální služby pro seniory

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem - umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti. (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz>)

Mezi nejvyužívanější sociální služby pro seniory můžeme zařadit:

- **Pečovatelská služba:** je jednou z nejrozšířenějších služeb sociální péče. *„Poskytuje se dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při*

zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje¹) a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.“ (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz>)

- **Domovinky:** denní či týdenní stacionáře zřizované při domovech pro seniory nebo při charitních zařízeních. Jsou určeny pro pomoc rodinám, které pečují o starého člověka v domácím prostředí, ale péči nemohou zajistit v době vlastních pracovních povinností. Pobyt v domovince hradí rodina jedince. (Kalvach a kol., 2004)
- **Odlehčovací služby:** jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz>)
- **Domy s pečovatelskou službou:** nejsou ústavní zařízení sociální péče. Představují formu individuálního bydlení starých lidí a jsou velmi žádané (rozsah pečovatelské služby závisí na soběstačnosti obyvatel). Součástí tohoto zařízení bývají střediska osobní hygieny, prádelna, ordinace lékaře, jídelna. (Janečková, 2005)
- **Přechodné pobyty:** jsou určené seniorům, o které na přechodnou dobu nemohou pečovat jejich rodiny nebo příbuzní. (Jarošová, 2006)

- **Kluby důchodců:** mají charakter komunitních center. Cílem klubů je zlepšit kvalitu života prostřednictvím aktivace jedince a posilování jeho vlastní hodnoty. Kluby důchodců se zřizují i u jiného zařízení sociální péče, například v domovince nebo v domě s pečovatelskou službou. (Jarošová, 2006)
- **Sociální hospitalizace:** poskytují zdravotnická zařízení klientům, kterým je pobyt prodloužen ze sociálních (nikoli ze zdravotních) důvodů. (Jarošová 2006)
- **Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba:** „poskytuje se osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.“ (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz>)
- **Osobní asistence:** napomáhá seniorům žít co nejdéle ve vlastním domácím prostředí a umožňuje vést plnohodnotný život. Senior si sám určuje, jakou péči a v jakém rozsahu službu potřebuje. (Jarošová, 2006)
- **Domovy (penziony) pro seniory:** poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům občané jsou přijímáni na základě žádosti. Posláním domova pro seniory je zajišťovat služby obyvatelům v důchodovém věku, kteří pro trvalé změny svého zdravotního stavu potřebují odbornou péči a vytvářet bezpečné a důstojné podmínky pro život ve stáří. Pobytová služba je poskytována nepřetržitě po celý rok (včetně ošetrovatelské a rehabilitační). Zajišťuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz>)

Každému jedinci vyhovuje služba jiná, proto je důležité, aby si mohli vybrat, která služba je vhodná právě pro ně. Moje práce se zabývá kvalitou života osob pečujících o seniory v domovech pro seniory, proto se více zaměříme na tento typ pobytové služby.

1.3 Domovy pro seniory

Senior, který žije osaměle a nemůže očekávat pomoc a péči od své rodiny (rodina chybí nebo je nefunkční), zvažuje odchod do domova pro seniory. Pro seniora se toto období stává většinou velmi zatěžovým obdobím, kdy takhle změna má vliv na jeho psychickou stránku osobnosti.

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba je poskytována za úhradu. (Dostupné na World Wide Web: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

1.3.1 Přednosti pobytu v domovech pro seniory

Velkým přínosem a změnu filozofie poskytování sociálních služeb přinesl právě zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006.Sb. o sociálních službách), který přináší nový pohled na klienta jako na člověka. Péče je poskytována profesionálními pracovníky. Zákon stanovuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníků v sociálních službách. Stejně tak jsou stanoveny i předpoklady pro výkon činnosti pedagogických a zdravotnických pracovníků. Zákonem je také stanovená povinnost dodržovat standardy kvality a jejich dodržování je kontrolováno inspekcí sociálních služeb. Péče by tedy měla být poskytována kvalitně a individuálně. Jde o posun od masového poskytování k individuálnímu. Zařízení by mělo zabezpečit

uspokojení základních potřeb a kromě toho také zjistit a zajistit další potřeby a přání seniora. Mezi ně můžeme řadit jak potřeby společenské, tak rekreační. Zabezpečení využití volného času seniorů taktéž patří k pozitivům, které dnes musí každé rezidenční zařízení zabezpečit. Nezbytnou součástí je potřebné vybavení pomůckami, zejména pro imobilní uživatele. Staré zařízení, zámky atd. postupně zanikají a osmi a více lůžkové pokoje jsou už spíše výjimkou. Dnes již většina moderních zařízení, kterými jsou tyto staré zařízení nahrazovány má převážně jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje.

Jednou z důležitých předností rezidenčních zařízení je okamžitá dostupnost zdravotní péče. Dnes je již většina zdravotních úkonů prováděných v domovech pro seniory hrazena ze zdravotního pojištění. Dříve zdravotní personál v těchto zařízeních převažoval nad ostatními. I dnes se často setkáváme s názorem, že hlavní část péče v domově pro seniory poskytují zdravotní sestry. Určitě tomu tak ale není. Doma seniorovi také neposkytuje péči zdravotní sestra. Přesto je zdravotní personál určitě důležitou součástí pracovního týmu každého domova. Dochází tedy k posunu od medicinalizace k normálním sociálním vztahům. (dostupné na World Wide Web: <http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a632-Vyhody-a-nevyhody-bydleni-v-domove-pro-seniory.aspx>)

1.3.2 Úskalí pobytu v domovech pro seniory

Na začátek bych zmínila základní problém, se kterými se potýkají asi ve většině měst a krajů, a to je nedostatečná kapacita těchto zařízení a s tím související dlouhé čekací doby na umístění. Poptávka značně převyšuje nabídku. Často se setkáváme s tím, že počty žadatelů o umístění v zařízení sociálních služeb jsou zkreslené, protože část z nich si žádost podává do budoucna, jako pojistku a vlastně do zařízení ani nechce nastoupit. I když odečteme tyto žadatele, stále ti, kteří mají o umístění zájem, značně převyšují.

V případě že senior do zařízení jde nedobrovolně, velmi špatně snáší změnu pobytu. Tedy hůře se adaptuje a sociálně izoluje. U seniora dochází ke změně životního stylu, ztrácí dosavadní kontakty s přáteli, rodinou, sousedy. Změna prostředí a způsobu života přináší stres. Dochází ke změně denních povinností a vzniku jisté závislosti. Následkem toho může být zhoršení zdravotního stavu, deprese, úzkost, konfliktnost. Při

nástupu do zařízení je třeba věnovat klientu více pozornosti, seznámit jej s provozem, pomáhat mu v adaptaci.

Závažnou oblastí je ztráta soukromí a to buď se strany personálu, popř. a ve většině případů častým jevem je sdílení místnosti s další osobou. Uživatelům na jednolůžkových pokojích zase může chybět komunikace. Některým klientům domova zejména vadí pravidelný režim. Doma mají „své pohodlí“, tedy vstávají, kdy chtějí, jí, kdy chtějí. V domově má den pravidelný rytmus a řád.

Každý jedinec žijící v domově pro seniory má různé potřeby, někteří jsou plně soběstační, jiní zase potřebují více péče. Ve většině domovů pro seniory do cílové skupiny patří osoby, které jsou závislé na druhé osobě. Rozdělujeme je do 4 skupin, dle stupně závislosti, od kterých se pak odvíjí i výše příspěvku na péči. (dostupné na World Wide Web: <http://www.zijemenapln.cz/Clanky/a632-Vyhody-a-nevyhody-bydleni-v-domove-pro-seniory.aspx>)

1.4 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci a soběstačnosti. Formulář žádosti je k dispozici na sociálním odboru města, kam se též vyplněný odevzdává.

Stupně závislosti

Výše příspěvku na péči je stanovena ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti osoby a dále jsou rozdílně stanoveny výše příspěvku pro děti do 18- ti let a pro dospělé.

V roce 2011 byla výrazně snížena výše příspěvku v prvním stupni závislosti u dospělých osob (a to ze 2000Kč na pouhých 800Kč)

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),*
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),*
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),*
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).*

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a, 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

„Vyšší částka příspěvku na péči pro děti je dána zejména tím, že děti nemají obvykle svůj vlastní příjem (mzda, plat, důchod či jiné příjmy) a současně má motivovat rodiny k tomu, aby děti zůstávaly v domácí péči. Výše příspěvku na péči je v zákoně stanovena v pevných nominálních hodnotách, ale zákon také ukládá vládě, aby v případě, že dojde ke zvýšení indexu spotřebitelských cen v oblasti sociální péče alespoň o 5%, nominální hodnoty příspěvku zvýšila“.

(Dostupné na World Wide Web:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev3.pdf)

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy
- b) podávání, porcování stravy
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- d) mytí těla
- e) koupání nebo sprchování
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě
- j) stání, schopnost vydržet stát
- k) přemísťování předmětů denní potřeby
- l) chůze po rovině
- m) chůze po schodech nahoru a dolů
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání

- p) orientace v přirozeném prostředí
- q) provedení si jednoduchého ošetření
- r) dodržování léčebného režimu
- a) Při posuzování soběstačnosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:
- s) komunikace slovní, písemná, neverbální
- t) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- u) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- v) obstarávání osobních záležitostí
- w) uspořádání času, plánování života
- x) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- y) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- z) vaření, ohřívání jednoduchého jídla

Úkon v jednotlivém písmenu = 1 úkon. Úkony v obou odstavcích se sčítají. Pokud je osoba schopná zvládnout některý z úkonů jen částečně, považuje se takový úkon pro účely hodnocení za úkon, který není schopna zvládnout. (Dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz>)

1.5 Osoba seniorského věku

Stárnutí není záležitostí moderní doby, avšak až v posledních sto letech se stalo v západních zemích běžnou zkušeností. Existuje odhad, podle něž se v prehistorických dobách stáří nedožíval nikdo a až do sedmáctého století překročilo pětadesátý rok života pravděpodobně jen jedno procento populace. Očekává se, že tento průměr se bude dále zvyšovat asi na dvacet procent v roce 2030. (Stuart-Hamilton, 1999)

1.5.1 Pojetí stáří

Stáří je označení pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, které vedou k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými

a psychologickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Obvykle se proto rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické. (Kalvach a kol., 2004)

- **Sociální stáří** je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria (penziování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu). Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří v tomto smyslu chápeme jako sociální událost. (Kozáková, Müller, 2006)

V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci života, která zjednodušeně člení lidský život do 3, event. 4 velkých období, tzv. věků. (První věk – předproduktivní, druhý věk – produktivní, třetí věk – postproduktivní, čtvrtý věk – někdy slouží k označení fáze závislosti). Od tohoto členění se ale v posledních letech upouští. (Mühlpachr, 2004)

- *„Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. I arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod.“* (Kalvach a kol., 2004, s.47)

V poslední době se stále častěji uplatňuje následující členění:

65-74 let	mladí senioři
75-84 let	staří senioři
85 a více	velmi staří senioři

(Pavel Mühlpachr, 2004)

Dalším užívaným rozdělením je:

60-74 let	počínající stáří
75-89 let	vlastní stáří
90 let a více	dlohověkost

U nás je za počátek stáří z lékařského i demografického pohledu obvykle považován věk 65 let. (Holmerová a kol., 2002)

- **Biologické stáří** je označení pro konkrétní míru involučních změn (atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů a pokles funkční zdatnosti) daného jedince, obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). „*Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nvyužívá.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 19)

Pracoviště, která se biologickým věkem zabývají, obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce, kondice i patologie. (Kalvach a kol., 2004)

Stárnutí je proces, který zahrnuje tělesné, duševní i sociální změny. Každý člověk stárne jinak, proto bývá tento proces označován jako diskontinuitní. V některých obdobích života člověk stárne rychleji než v jiných. Proces stárnutí je tedy zákonitý a fyziologický a nelze se mu vyhnout. (Haškovcová, 2004).

„*Na to, kdy stáří nastává, se názory různí. Víme, že stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně.*“ (Kozáková, Müller, 2006)

1.5.2 Tělesné změny

Většinou jsou ze všech změn, které proces stárnutí doprovází nejmarkantnější. Tělesné změny a projevy, čímž se odlišují staří lidé od mladých, mají obecné rysy, ale jejich časovost je individuální. Starý člověk obvykle trpí současně větším počtem různých nemocí. K nejčastějším poruchám funkčního stavu seniorů patří zejména poruchy hybnosti. Úbytek svalové síly a energie, poruchy činností jednotlivých orgánů, potíže s dýcháním, zažívací potíže, v neposlední řadě i poruchy spánku a spousta dalších projevů. (Vágnerová, 2008)

1.5.3 Psychické změny

Pro kvalitu psychiky ve stáří má velký význam osobnost člověka a její úroveň. Ve stáří se projevuje řada změn psychických procesů. Jde především o poruchy paměti, zejména paměti krátkodobé, zpomaluje se psychomotorické tempo – těžkopádnost, ztráta duševní pružnosti, emoce jsou labilnější. Smyslové poruchy jsou součástí normálního stárnutí. Ne všechny psychické funkce se však s věkem mění. Udržuje se trpělivost, stálost názoru.

Věkem podmíněné změny v kognici jsou u zdravých seniorů minimální. Staří lidé bez ohledu na zub času a onemocnění nevykazují ztrátu inteligence, ale mohou vyžadovat více času pro sestavení verbální odpovědi, nebo pro vyhledávání informací z dlouhodobé paměti. Podle závažnosti nestálých změn lze kognitivní změny stárnutí rozdělit do tří skupin:

- **Úspěšné stárnutí** – zachování funkčních schopností, kognice je neporušena, výkonnost je srovnatelná se středním věkem. Poruchy paměti, chování a motoriky se neobjevují.
- **Normální stárnutí** – znamená fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Jedná se o drobné abnormality, které se vykytují u většiny zdravé populace. Jedines si stěžuje na drobné poruchy paměti.
- **Patologické stárnutí** – častější poruchy paměti, porucha veškerých kognitivních funkcí.

(Pokorná, 2010)

V souvislosti s psychikou se u seniorů často vyskytují i různá psychiatrická onemocnění a duševní poruchy. Mezi nejčastěji uváděné poruchy projevující se psychickými změnami patří demence, delirium a deprese.

1.5.4 Sociální změny

Osamělost obvykle patří k hlavním potencionálním problémům stárnoucího člověka. Nejčastější příčinou bývá ovdovělost, která je výraznější u žen. Míru osamělosti ovlivňuje i zdravotní stav a to je důležitý předpoklad sociálních kontaktů. Odchod

do důchodu však klade také vysoké nároky na schopnost adaptace seniora. Sociální vyloučení, věková segregace, zhoršení orientace ve společenském dění, generační intolerance, ageismus. Sociálních změn ve stáří nastává mnoho, proto uvádím opět jen některé z nich. (Jarošová, 2006)

2 Osoby pečující

„Zákon vymezuje okruh pracovníků, kteří v oblasti sociálních služeb vykonávají odbornou činnost. Sociální služby jsou koncipovány tak, aby byla v rámci jejich poskytování zajišťována podpora a pomoc, která zabraňuje sociálnímu vyloučení osob, respektive umožňuje jim v maximální možné míře zapojit se do života společnosti a využívat její zdroje. Konkrétně to znamená, že při poskytování sociálních služeb spolupůsobí mnoho profesí, a to i těch, které jsou upraveny jinými zákony. Spolupůsobení odborných postupů z různých oborů je jedním z charakteristických rysů sociálních služeb.“ (Dostupné na World Wide Web: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev3.pdf)

Osoba pečující je ta, která je uvedena v „oznámení o poskytovateli služby“ (součást žádosti) a podílí se nějakým způsobem na péči o člověka závislého na pomoci druhých. Jedna závislá osoba na péči může mít i více pečujících osob. (Dostupné na World Wide Web: <http://www.socialnipece.brno.cz/texty/62/podmenu/122/kdo-je-zadatelem-o-prispevek-na-peci-a-kdo-je-pecujici-osoba-/>)

2.1 Pracovníci v sociálních službách

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost:

- a) sociální pracovníci,
- b) pracovníci v sociálních službách,
- c) zdravotničtí pracovníci,
- d) pedagogičtí pracovníci,
- e) manželské a rodinné poradce a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci.

Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává:

- přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,
- pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depestáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence, pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depestážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.

Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách je:

- základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu 45) způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel,

u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

- střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou
- absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu 46) způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,
- základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu 45) způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,
- základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Účast na dalším vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace.

Formy dalšího vzdělávání jsou specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, účast v akreditovaných kurzech, odborné stáže v zařízeních sociálních služeb, účast na školicích akcích. (Dostupné na World Wide Web: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

2.1.1 Kompetence sociálního pracovníka

- Uplatňovat dovednost kritického myšlení v pracovním kontextu, včetně dovednosti uplatňovat teorie v praxi.
- Pracovat v souladu s etickými principy sociální práce s ohledem na pozitivní význam odlišnosti.
- Být schopen profesionálně využívat vlastní osobnost.
- Uplatňovat své znalosti při práci se specifickými problémy.
- Dokázat komunikovat s různými typy klientů, kolegů a s veřejností.
- Umět poskytovat supervizi a konzultace v oblasti vlastní specializace.
- Orientovat se a plábovat postup.
- Podporovat a pomáhat k soběstačnosti.

(Oldřich Matoušek a kol., 2003)

Charakteristika dobrých pracovníků:

- stojí pevně na zemi – jsou vyrovnaní
- nepoučují
- nikdy svou realitu nevnucují
- neuzívají slov: „měl byste“, „musíte“
- jsou si vědomi reality
- nevyvolávají strach, netrestají, nezastrašují
- jsou si vědomi, že i když jsou senioři dětinští, nejsou to děti, a podle toho se k nim chovají
- chovají se k seniorům s respektem

„Pracovníci mají za úkol vrátit lidem sebeúctu, kterou ztratili tím, že jsou vyřazeni z produktivního života, že nebydlí samostatně, jsou odloučeni od rodin atd. Nikdy jim nesmíme vyvracet jejich emoce, naopak bychom se do nich měli vcítit a poskytovat seniorům pocit jistoty a důvěry.“ (Rheinwaldová, 1999, s.81)

2.1.2 Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese

Mezi předpoklady a dovednosti pracovníků patří:

- Zdatnost a inteligence
- Přitažlivost
- Důvěryhodnost
- Komunikační schopnosti
- Empatie

(Matoušek, 2003)

2.1.3 Hodnoty ve vztahu sociálního pracovníka a klienta

Zpočátku se většina autorů soustředovala převážně na principy, jimiž se má řídit sociální pracovník při práci s individuálním klientem. Většinou se jednalo o modifikaci sedmi principů, které zformuloval na konci 20. století americký katolický kněz Felix Biestek.

- **Individualizace** – uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti klienta a z toho vyplývající individuální přístup bez stereotypů a předsudků.
- **Vyjadřování pocitů** – uznání klientovy potřeby vyjádřit svoje pocity, včetně těch negativních.
- **Empatie** – vcítění se do pocitů a situace klienta.
- **Akceptace** – vnímat klienta takového, jaký je.
- **Nehodnotící postoj** – nepřipisovat klientovi vinu. Nehodnotíme osobnost klienta, ale jeho jednání a postoje, pokud je to nutné.
- **Sebeurčení** – respektovat klientovo právo a potřebu svobodně se rozhodovat a vybírat si mezi možnostmi, které jsou mu nabízeny.
- **Diskrétnost** – zachování důvěrných informací o klientovi.

(Matoušek a kol., 2003)

2.1.4 Etický kodex

Etický kodex sociálních pracovníků vydávají profesní asociace. V České republice vznikla Společnost sociálních pracovníků v roce 1990 a etický kodex vydala v roce

1995. „Kodex vyjadřuje respekt ke klientům a jejich sebeurčení především tím, že staví na hodnotách lidských práv, jedinečnosti člověka, potřebě realizace klienta, vedení klienta k vlastní odpovědnosti, hledání možností, jak klienta zapojit do řešení problému, apod.“ (Matoušek a kol., 2003, s. 42)

2.2 Syndrom vyhoření

„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla. Svíčka však zároveň rychleji vyhoří.“ (Murén D. Rush)

Syndrom vyhoření, jinak také „**burnout**“ je v dnešní době poměrně známý jev. Můžeme se s ním setkat všude tam, kde dochází k dlouhodobě se opakujícímu kontaktu lidí, s řešením různých osobních, zdravotních, profesních i jiných problémů. **Ve většině případů se syndrom vyhoření váže na pracovní výkon.** Postižení bývají především lidé, jejichž práce je založena na kontaktu a komunikaci s druhými lidmi. Je to soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. (Dostupné na World Wide Web: <http://syndrom-vyhoreni.cz/>)

Mnozí pracovníci (pracovníkem zde máme na mysli jak profesionála, tak dobrovolníka.) v domovech pro seniory u sebe pozorují stresové reakce v podobě únavy, nedostatku energie, podrážděnosti, negativního přístupu k sobě, druhým a k práci. Tím ovšem trpí nejen oni sami, ale i jejich kolegyně a kolegové, a hlavně obyvatelé, kteří bývají navíc přecitlivělí a berou špatné chování osobně. Domnívají se, že je pracovníci nemají rádi a že se na ně zlobí a trestají je. Senioři mají někdy i pocit viny, protože si myslí, že toto chování zavinili. (Rheinwaldová, 1999)

„Syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím, prakticky každý pracovník po určité době má některé jeho projevy. Nespecifickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívající sociální služby. Dosáhnout pocitu spokojenosti je pro sociální pracovníky obtížnější než u jiných profesí.“ (Matoušek, 2003, s. 55)

Pracovníci mívají často chuť od všeho utéct, cítí se vyčerpaní, mají pocit prázdnoty a osamělosti. Zdá se jim, že veškerá práce je blokována nepřekonatelnými překážkami a že jediné řešení je vše vzdát. Je nutné, aby pracovníci stresu předcházeli a naučili se ho neutralizovat. (Rheinwaldová, 1999)

Lidé, kteří pracují se seniory zastávají práci, která je velmi náročná, a to proto, že v domovech pro seniory je nutné, aby personál pracoval jako tým s hlavním cílem: ulehčit a zpříjemnit obyvatelům poslední etapu života, pomoci jim využívat všech schopností, které mají, tak aby dosáhli pocitu vlastní hodnoty, smyslu života harmonie. (Rheinwaldová, 1999)

V podstatě jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých situacích. (Venglářová, 2007)

Pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření zvyšuje frustrace z neuspokojení vlastních potřeb a očekávání, z nesplnění cílu a také zhoršení mezilidských vztahu (s nemocným, mezi členy rodiny).

2.2.1 Základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření

- **Přítomnost stresorů** – v práci se seniory není o stres nouze. Obavy jsou jednak o osud klienta, jeho bezpečí, dobré zvládnutí péče, ze vzájemných konfliktů mezi obyvateli domova pro seniory.
- **Frustrace** – smutek přichází z nedostatku ocenění. Za základní považujeme potřebu smysluplné práce. Znamená to akceptovat, že při péči o seniory jde v základu o zkvalitnění života.
- **Negativní vztahy mezi pracovníky** – nekolegiální chování, nedostatek důvěry ze strany klientů, nadřízených a rodin klientů, snaha o zneužití moci.
- **Vliv prostředí, pracovních podmínek, organizace práce** – nesmyslnost požadavků, problémy s autoritou, neplnění úkolů, špatná komunikace a nadměrné požadavky na pracovníky.

(Venglářová, 2007)

2.2.2 Projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od doby nástupu pracovníků do zaměstnání. Tento syndrom postihuje všechny složky osobnosti člověka. Projevuje se psychickými, tělesnými i sociálními příznaky.

Projevy dle Matouška (2003):

- Neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi.
- Lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů, ztráta schopnosti přistupovat tvořivě k práci.
- Práci je věnováno nutné minimum energie.
- Preference administrativní činnosti před přímým kontaktem s klienty.
- Časté pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno
- Pocity depersonalizace a vyčerpání
- V ojedinělých případech i zneužívání klientů

Doba strávená na jedné pracovní pozici v jednom zaměstnání také pozitivně koreluje s intenzitou syndromu vyhoření (nikoli věk pracovníka). (Matoušek, 2003)

Projevy dle internetového serveru <http://syndrom-vyhoreni.cz/>

Psychické příznaky

Kognitivní rovina (poznávací a rozumová)

- ztráta nadšení, zodpovědnosti, pracovního nasazení
- nechut', lhostejnost k práci
- negativní postoj k sobě, k práci, k životu
- únik do fantazie
- potíže se soustředěním, zapomínáním

Emocionální rovina

- sklíčenost, pocit bezmoci
- nespokojenost

- pocit nedostatku uznání

Tělesné příznaky

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím
- vegetativní obtíže
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak

Sociální příznaky

- omezení kontaktu se seniorem a příbuznými
- přibývání konfliktu v oblasti soukromí
- nedostatečná příprava k výkonu práce

(Dostupné na World Wide Web: <http://syndrom-vyhoreni.cz/>)

2.2.3 Fáze syndromu vyhoření

Proces, jehož vrcholem je vyhoření, většinou trvá mnoho měsíců až let. Probíhá v několika fázích, které mohou být různě dlouhé.

Tošnerová, Tošner (2002) uvádějí následující fáze vývoje syndromu vyhoření, kterými pečující prochází:

1. nadšení

Pečující má vysoké ideály, jak bude o svého blízkého pečovat s plným nasazením a přesvědčením. Pečující chce realizovat co nejkvalitnější a nejlepší péči. V této fázi se ještě objevuje u pečujících osob angažovanost.

2. stagnace

Počáteční očekávané nadšení a motivace časem otupí, pečující začínají slevovat ze svých ideálů, protože se je nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky nemocného začínají příbuzného obtěžovat a unavovat.

3. frustrace

Pečující prožívá deziluzi, péče pro něj představuje velké zklamání. Vnímá svého blízkého negativně.

4. apatie

Mezi pečujícím a příjemcem péče může dojít v této fázi až k nepřátelství. Pečující se snaží dělat jen nejnutnější práci, vyhýbá se komunikaci se seniorem.

5. vyhoření

V tomto stavu úplného vyčerpání dosáhl pečující stavu plné neangažovanosti, ztratil smysl práce, trpí cynismem.

Některé fáze syndromu vyhoření jsou výrazné, jiné jsou jen naznačené a nevýrazné. Někdy má pečovatel pocit, že je přepracovaný, jindy se necítí dobře a neví proč. Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce a nepostřehnutelně, že dotyčný si to, co se dělo, uvědomí ve chvíli, kdy už je po všem.

Co dělat při syndromu vyhoření

Pečovatel ve stavu vyhoření je sotva schopen (a ochoten) plnit svůj úkol. V tento moment potřebuje hlavně pomoc, protože sám sobě většinou už není schopen pomoci. V počátečních fázích lze proces vyhoření zvrátit krátkými přestávkami v péči, aby pečující nabral nové síly. Osoby zasažené syndromem vyhoření potřebují pomoc druhé osoby, protože sami sobě nejsou schopni pomoci.

Pro optimální zvládnutí situace je třeba mít dostatek informací, zvláště rozhodující je přijetí faktu, že mohu selhat a že neztrácím své přednosti. To vše pomáhá posílit sebevědomí, které v důsledku působení syndromu vyhoření bývá velmi nízké.

Pokud je stav pečujícího hodně vážný - nezřídka se tento syndrom projevuje depresemi, myšlenkami na sebevraždu apod., pak je nutné vyhledat odbornou pomoc.

Nejlepším řešením pro pečujícího bývá vyhledání psychologa či psychoterapeuta. Pečovatelé výrazně také pomáhá sociální záchraná síť tvořená blízkými lidmi, kteří chtějí naslouchat, poskytnout oporu, uznání, povzbuzení, řešit s ním těžkou situaci. (dostupné na World Wide Web: <http://www.syndrom-vyhoreni.cz>)

2.2.4 Prevence

Mezi prevencí syndromu vyhoření můžeme zařadit následující:

- Kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech i dostatečně dlouhou praxi s klientelou.
- Jasná definice poslání organizace a metod práce, s nimiž se nastupující pracovník důkladně seznámí.
- Jasná definice profesionální role pracovníka a náplně práce.
- Existence systému zácviku nových pracovníků.
- Kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty.
- Omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby.

(Matoušek, 2003)

Důležitou součástí prevence syndromu vyhoření je i supervize.

2.3 Supervize

Supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. „Z *institucionálního hlediska je supervize profesionálním postupem pozorování, reflexe profesní praxe i postgraduálního vzdělávání.*“ (Matoušek, 2003, s. 349)

Ve vzájemné spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexe vedoucí k pochopení dosud neuvědomovaných souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti. Supervidovanými mohou být nejen klienti, ale i skupiny a týmy.

2.3.1 Formy supervize

Jednotlivé formy supervize jsou:

- „Zasahující“ supervize – supervizor vstupuje do vztahu mezi supervidovaným a klientem.
- „Přípravná“ supervize – supervizor se supervidovaným probírá / studuje alternativy jednání s klientem, supervidovaný je aplikuje na klienta.
- „Souběžná“ supervize – supervizor paralelně superviduje klienta i pracovníka.

(Matoušek, 2003)

Formy supervize dle M. Venglářové:

- Individuální supervize – jde o setkání jednoho pracovníka se supervizorem
- Skupinová supervize – supervizor se setkává s 8 – 10 pracovníky

Zvláštní formou skupinové supervize je týmová supervize - zahrnuje všechny členy týmu, tedy pracovního kolektivu. Zaměřuje se na vztahy v týmu, pozice jednotlivých pracovníků, efektivitu práce celého týmu.

(<http://www.venglarova.cz/supervize.htm>)

Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníka. Ošetřuje zejména tyto oblasti:

- Rozšiřování dovedností, získávání nových dovedností
- Pomoc při řešení obtížných případů
- Zvládání emočně náročných, stresujících situací
- Vzdělávací funkce, především u studentů a začínajících pracovníků

(Venglářová, 2007)

Základním principem supervize je bezpečný vztah, proto je obtížné a řekněme i nevhodné, když je v roli supervizora nadřizený pracovník.

3 Kvalita života

„Život je jako hra: nezáleží na tom, jak dlouho trvalo představení, ale jak dobře bylo sehráno“ (Seneca)

Každý člověk touží po tom, aby byl jeho život kvalitní a plnohodnotný. Při procházení literatury jsem zjistila, že není vůbec jednoduché jednoznačně vymezit pojem „kvalita života“ (quality of life, QOL). Proto vyjděme z jednotlivých slov tohoto slovního spojení a definujme si zvlášť pojem „život“ a zvlášť pojem „kvalita“.

Nejjednodušší definice života by mohla znít, že je to časový úsek mezi narozením a smrtí jedince.

Kvalita je hodnota, jakost, podstatná určitost věci. Kvalita života tedy vyjadřuje míru spokojenosti jedince s vlastním životem.

Definice kvality života dle WHO: *„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“.*

(Dostupné na World Wide Web: <http://www.who.int/en/>)

3.1 Historie fenoménu kvalita života

Zájem o kvalitu života sahá do dávné minulosti, kdy se lidé odedávna zabývali možnostmi, jak si svůj život upříjemnit a zkvalitnit. Různé koncepce kvality života se objevují již ve starověkém Řecku a Římě a jsou spojovány s takovými jmény jako Asclepius, Aristoteles, Platón aj. (Šefflová, 2001)

Kvalitou života jako vědní disciplínou se začali zabývat odborníci již na počátku minulého století. Zpočátku se odborníci věnovali pouze materiálnímu zabezpečení společnosti jako celku a ekonomové se tak stali průkopníky na poli kvality života.

Jako první použil termín kvalita života A. C. Pigou ve své práci z r. 1920, jejímž tématem byl vztah ekonomiky a sociálního zabezpečení.

Ve 30. letech 20. stol., se snažil prosadit používání tohoto pojmu v psychologii Thorndike, ovšem jeho snaha neměla velkého úspěchu. (Pipeková, 2006)

Po druhé světové válce pak dochází k významnému posunu v chápání kvality života, a to ze dvou hlavních důvodů – tím prvním byla nová definice zdraví WHO,

podle které zdraví zahrnuje nejen fyzickou, ale i duševní a sociální pohodu. Druhým důvodem bylo stále se zvětšující sociální napětí v západních společnostech. Toto napětí následně vedlo ke vzniku různých sociálních hnutí a politických iniciativ a otázka kvality života se tak postupně stávala nejen otázkou filozofickou, ekonomickou, psychologickou a medicínskou, ale také otázkou politickou.

V roce 1961 pak byly tyto faktory rozšířeny OSN a definovány jako „podmínky života“, mezi něž patří např: stav ochrany zdraví, vzdělávání, životní prostředky, uspokojování potřeb a zásoby, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda. (Pipeková, 2006)

V posledních deseti letech se zkoumání kvality života stává jakýmsi „boomem“ ve všech různých oborech. Ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejí z různých koncepčních rámců, a pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. V současné době znamená studium kvality života hledání a identifikaci faktorů, jenž přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. V České republice spojujeme pojem kvality života s Psychiatrickým centrem v Praze - s E. Dragomireckou, s I. Lékařskou fakultou UK v Praze (centrum lékařské etiky) - s J. Křivohlavým, který se touto problematikou zabývá zhruba od 80. let 20. století.

3.2 Definice pojmu kvalita života

Definovat kvalitu života (QOL) je nesnadné pro složitý a velmi široký pojem. V literatuře existuje celá řada definic QOL. Neexistuje však žádná, která by byla akceptována většinou odborníků. Kvalita života je: *„důsledek interakce různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností“*. (Payne, 2005, s. 207)

Kvalitou života daného jedince se rozumí *„rozdíl mezi nadějemi a očekáváními tohoto člověka a současným stavem jeho života“* (Křivohlavý 2001, s. 9). Rozdíl mezi tím, co člověk očekává, jaká jsou jeho přání a situace, v níž se aktuálně nachází, se může prohlubovat při onemocnění (Křivohlavý, 2001).

Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, týkajících se lidského a společenského rozvoje. Na jedné straně představuje objektivně podmínky na dobrý život a na straně druhé subjektivní prožívání dobrého života.

Pro medicínu a zdravotnictví jsou významné definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. (Payne, 2005)

Kvalitu života definuje WHO (Mühlpachr, Vaňurová, 2005, s. 98) jako „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.

Jako důležité životní domény jsou uváděny:

- *Bytí* (being) neboli souhrn podstatných charakteristik daného člověka, který má tři subdomény: fyzické bytí (fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologické bytí (psychologické zdraví, kognice, cítění, self-concept a sebeúcta a sebekontrola) a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra).
- *Přilnutí* (belonging - napojení na vlastní prostředí), jež má také tři subdomény: fyzické přilnutí (k domovu, pracovišti/škole, sousedství, komunitě), užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům, spolupracovníkům, sousedům), přilnutí k širšímu prostředí-komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních příjmů, zdravotní péče a sociální práce, vzdělávacích a rekreačních možností).
- *Realizace* (becoming - dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací), která sestává: z praktického uskutečňování (domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální začlenění), relaxační aktivity (redukce stresu a relaxace) a uskutečňování růstu (aktivity pomáhající zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu). viz. tabulka č. 1

Tabulka č. 1: Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘIT NĚKAM (BELONGING) – spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů, naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: Dostupné na World Wide Web:
http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc

„Obsah pojmu kvalita života se člověk nejlepší uvedomuje najmä vtedy, keď sa jeho životná situácia zásadným spôsobom zmení“. (Tokárová, 2002, s.8). Zásadní změnou u seniora je i vstup do důchodu. (Balogová, 2005,)

Jedná o *„souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.“* (Pipeková, 2006, s. 88)

S pojmem kvalita života se běžně setkáváme jak v odborné, tak i v běžné terminologii. Tento termín bývá často zaměňován s pojmy způsob života, životní styl a životní úroveň. (Balogová, 2005)

3.3 Pojetí kvality života z různých hledisek

Zdraví je bezpochyby jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. Oproti nemoci, která má často omezující charakter *„je zdraví celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života...“* (Křivohlavý, 2001, s. 40). Se zdravím úzce souvisí zdravý životní styl, který by měl být součástí odpovědné přípravy na stáří a podmínkou důstojného a aktivního stárnutí a kvality života. Jedná se především o zdravou životosprávu, tělesnou a duševní aktivitu, účast na společenském a kulturním životě, pěstování koníčků, cestování atd.

„Pojem kvalita života se v poslední době stal diskutovaným v mnoha vědních oborech. Samotný pojem kvalita je odvozený z latinského slova „qualis“, který znamená „jakost“. Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, čím se daný předmět odlišuje od jiného předmětu. Ve spojitosti se životem jde o to, jak se vyznačuje život toho-kterého jedince v porovnání se životem jiných, a to z pohledu historického nebo přítomného okamžiku.“ (Křivohlavý, 2001, s. 38)

Na kvalitu života lze pohlížet ze tří různých hledisek, a to z hlediska medicínského, psychologického a sociologického.

Kvalita života z hlediska medicínského

V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje s pojmem „*health related quality of life*“, tj. kvalita života ovlivněna zdravím. Tento pojem je možné specifikovat jako „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky*“ (Payne, 2005, s. 211).

Kvalita života z hlediska psychologického

Psychologické pojetí QOL a relevantní výzkumy se vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým.

V psychologii „kvalita života“ skrývá:

- **spokojenost se životem** – tj. o zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí;
- **prožívanou subjektivní pohodu** - *subjective well-being*; štěstí – *happiness*, *flow* - kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení QOL jako takového.

(Payne, 2005).

Kvalita života z hlediska sociologického

Sociologickém pojetí QOL zdůrazňuje atributy sociální úspěšnosti, jako je status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Zkoumá jejich vztah ke QOL, která je ovšem rovněž definována jako subjektivní životní pocit (Payne, 2005).

Mühlpachr, 2005, s. 162 kvalitu života z pohledu sociologie označuje jako „*kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti*“.

Kvalitu života můžeme dle Vaďurové, Mühlpachra (2005) definovat výčtem čtyř oblastí spokojenosti. Jsou jimi fyzická pohoda, materiální pohoda, kognitivní pohoda (pocit spokojenosti), sociální pohoda (sounáležitost ke společnosti).

Křivohlavý (2002) pojímá kvalitu života v různých rovinách:

- **makro-rovina** zaměřuje se na otázky kvality života velkých společenských celků, např. dané země, kontinentu. Problematika kvality života se stává součástí základních politických úvah.
- **mezo-rovina** se zaměřuje na život v malé sociální skupině (např. podniku, škole, nemocnici). Nejde tu jen o respekt k morální hodnotě člověka, ale středem zájmu jsou též otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.
- **personální rovina** se týká každého jednotlivce, každý sám hodnotí kvalitu vlastního života (subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje atp). Vzhledem k subjektivně získávaných informací hrají v hodnocení rolí také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání kvality života značně ovlivnit.
- **rovina fyzické existence** zájmem této roviny je fyzická (tělesná) existence člověka. Jedná se zde o pozorovatelné chování druhých lidí, které se může objektivně měřit a srovnávat.

3.4 Dimenze kvality života

Kvalita života je díky své multidimenziálnosti (lat. dimensio = rozměr, rozsah, zaměření) a komplexnosti velmi složitě uchopitelný problém. Zabývá se jednak samotnou podstatou lidské existence, bytím a sebezpřijetím, ale i materiálními, sociálními, psychologickými a duchovními podmínkami života. Jde tedy vlastně o bio – psycho – sociální a duchovní analýzu a syntézu života osobnosti.

Čím více se jednotlivé oblasti vzájemně prolínají či doplňují, tím vyšší je pak pro daného jedince spokojenost s jeho životem, s tím, jak jej prožívá – tedy s kvalitou života.

Kvalitu ovlivňující kvalitu života můžeme chápat z hlediska subjektivního a objektivního. Odborníci z různých vědních oborů se stále častěji přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života, které považují za zásadní a pro život člověka určující.

3.4.1 Subjektivní faktory kvality života

Týkají se jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vymětal, 2003).

Dle Jesenského (2000) kvality života představují velmi rozsáhlou oblast činitelů, které handicapovanému jedinci umožňují žít ve společnosti. Tento pohled se dá zobecnit pro celou populaci, nejen na osoby s handicapem. Jesenský tyto činitele rozděluje do dvou základních skupin:

- **Vnitřní činitele** - tělesná a psychická stránka osobnost a všechny skutečnosti, které mají vliv na rozvoj a integritu osobnosti.
- **Vnější činitele** - představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, pracovní, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života. (Pipeková, 2006, s. 88)

3.4.2 Objektivní faktory kvality života

Zahrnují objektivně měřitelné ukazatele, kterými jsou materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Můžeme ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

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

„Dle WHO jsou rozlišovány čtyři základní oblasti dimenze života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** - energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat;
- **psychické zdraví a duchovní stránka** - sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání;
- **sociální vztahy** - osobní vztahy, sociální podpora, partnerský vztah a sexuální aktivita.
- **prostředí** - finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitost pro získávání nových vědomostí a dovedností, v neposlední řadě také fyzikální prostředí (hluk, klima) a doprava.“ (Mühlpachr 2005, s. 18 - 19).

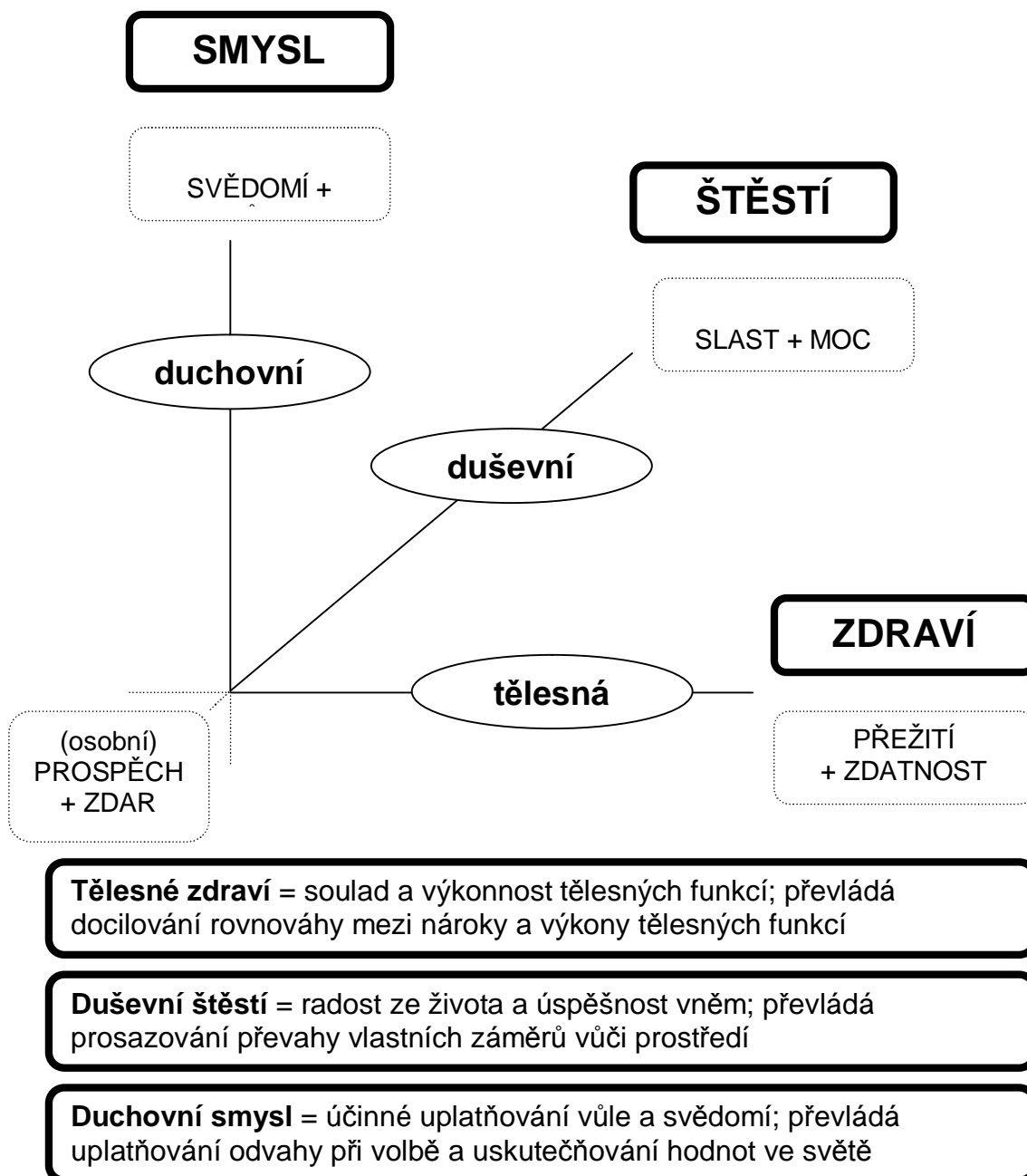
Ze stejného teoretického vymezení QOL vychází i QOL Research Unit v Torontu. Jejich koncepční model QOL byl vytvořen za účelem měření zohledňujícího jak zdravotní determinanty, tak i spokojenost. Tento koncept kvality života zdůrazňuje jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí. Tvoří ho tři základní oblasti života, z nichž každá obsahuje tři podoblasti: *existence* (fyzická, psychická a duchovní stránka), *sounáležitost* (místo na světě, mezi lidmi a ve společnosti), *adaptabilita* (každodenní život, volný čas a plány do budoucna).

American Thoracic Society (ATS) pojímá kvalitu života jako nejobecnější koncept, zahrnující veškeré oblasti života, jenž ovlivňují jeho bohatost, plnost a složitost. Jedincovu spokojenost se životem člení na dvě subjektivní složky – jakou důležitost jedinec dané oblasti přikládá a jak je s danou oblastí spokojen. Pokud je jedinec nespokojen s oblastí, která je pro něho méně významná, jeho celková spokojenost s kvalitou života bude dobrá a naopak nespokojenost v oblasti velmi důležité bude mít za následek celkové snížení kvality života. Rozčlenění oblastí QOL, je tzv. Flaganova taxonomie, jež rozeznává celkem patnáct dimenzí kvality života. Ty jsou rozděleny do pěti základních faktorů, a to fyzická a materiální pohoda, vztahy k ostatním lidem, společenské a občanské aktivity, osobnostní rozvoj a naplnění, volný čas (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

U nás se výzkumem kvality života zabývají Dragomirecká a Škoda (1997). Jejich pojetí kvality života se neztotožňuje s žádnou zdravotní, sociální nebo psychologickou

charakteristikou, pokouší se o komplexní a subjektivní charakteristiku. Koncept se skládá ze čtyř oblastí, které zahrnují zdravotní stav, každodenní aktivity, sociální oblast, vnitřní realitu, každá z nich je pak tvořena podoblastmi

Schéma č. 1: Vnitřní rozměry člověka - Kvality (stránky, dimenze) lidského života, jejich motivační vodítka a hodnotové zacílení ve vztahu člověka ke světu a k sobě samému.



(Dostupné na World Wide Web:

http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)

3.5 Modely kvality života

Model kvality života dle WHO

Definice kvality života dle WHO: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

(Dostupné na World Wide Web: <http://www.who.int/en/>)

Model WHO obsahuje čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – energie, únava, mobilita, schopnost pracovat, každodenní život
- **psychické zdraví a duchovní stránka** - sebepojetí, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání, negativní a pozitivní pocity atp.
- **sociální vztahy** – rodina, přátelé, sexualita
- **prostředí** – finance, svoboda, dostupnost zdrav. a soc. péče, prostředí samo sobě, vzdělávání

Schéma č. 2: Kvalita života dle WHO (Dostupné na World Wide Web: http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)



Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

Nejznámější a nejcitovanější model vychází z holistického pojetí kvality života. Věnuje se zkoumání spokojenosti jednotlivce, přičemž spokojenost (a tedy míra kvality života) je dána osobním významem a naplněním té které oblasti v reálném životě. Tvoří jej tři základní oblasti a devět podoblastí:

- **někým být** – fyzická, psychická a duševní stránka
- **někam patřit** – místo na světě, mezi lidmi a ve společnosti
- **nějak žít, realizovat se** – každodenní život, volný čas, plány do budoucna

Komplexní model kvality života (Kováčův model)

Model má tři úrovně - **bazální** (všelidskou), **individuálně specifickou** (civilizační) a **elitní** (kulturně duchovní), přičemž každá se skládá ze šesti komponentů různé váhy a významu. Model je zastřešen smyslem života jako průřezového systémového psychického regulátoru chování (lidského konání).

Tabulka č. 2: Komplexní model kvality života

Smysl života		
	Bezproblémové stárnutí	
	Úroveň kultivace osobnosti	
	Společenské uznání	
	Podpora závislým	
	Podpora života	
	Univerzální altruismus	
Axiologické styly (dionýsovský, apolonský), životní styly (celibát, workoholismus), ideové styly (dogmatismus, liberalismus), kognitivní styly	Pevné zdraví	Vášeň (sexuální, hráčská, cestování), koníčky (sport, tvořivost), zájmy (o věci, lidi, ideje)
	Prožívání životní spokojenosti	
	Uspokojivé sociální prostředí	
	Úroveň společenského vývoje	
	Přátelské prostředí	
	Úroveň znalostí a kompetencí	
	Dobrá fyzický stav	
	Normální psychický stav	
	Vyrůstání ve funkční rodině	
	Odpovídající mater. sociální zabezpeč.	
	Život chránící životní prostředí	
	Získání schopností a návyků pro přežití	

(Dostupné na World Wide Web:

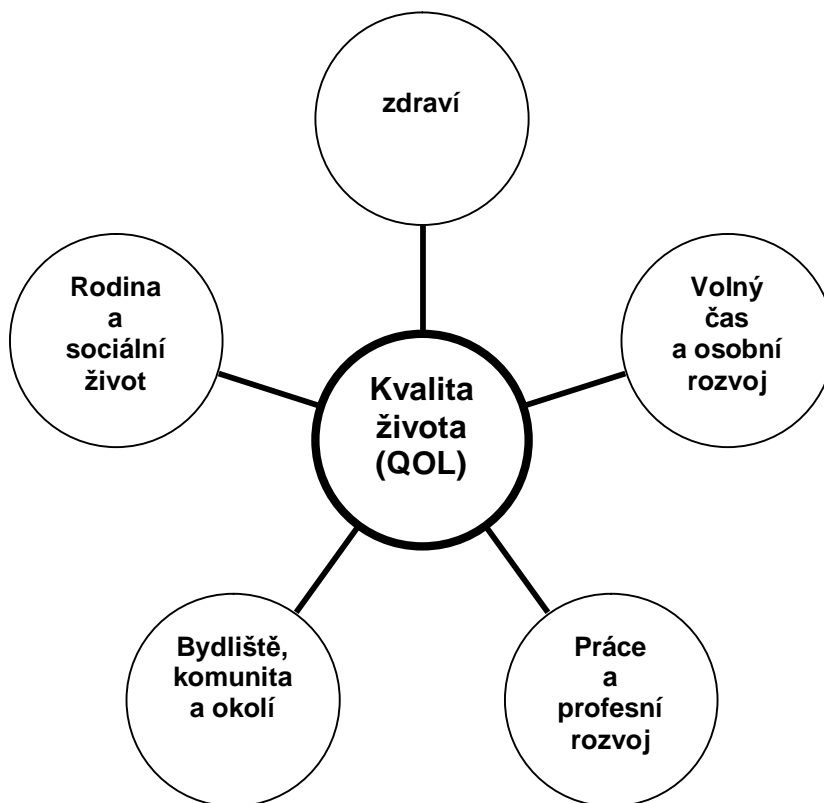
http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)

Model kvality života kanadské armády

(Strategic Plan for Quality of Life Improvements in the Canadian Forces)

Zjednodušený model, který je používán v kanadské armádě v práci s lidskými zdroji. Model obsahuje pět základních dimenzí – **zdraví, práce a profesní rozvoj, rodina a sociální život, volný čas a osobní rozvoj, bydliště, komunita a okolí.**

Schéma č. 3: Model kvality života armády Kanady



(Dostupné na World Wide Web:

http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)

3.6 Měření kvality života

Vzhledem k tomu, že kvalita života se skládá jak z objektivní, tak subjektivní složky, nelze tuto veličinu měřit komplexně, jako celek. Přestože zatím neexistuje jednotný způsob měření kvality života, existují alespoň teoretické koncepty pokoušející se obsáhnout kvalitu života v celé její šíři.

Objektivní faktory se měří pomocí zvolených indikátorů – ukazatelů, které slouží k identifikování současného stavu a trendů vývoje.

Subjektivní indikátory (pocity štěstí, uspokojení atd.) jsou zpravidla získané z kvantitativních výzkumů.

Při měření kvality života se vždy ptáme „*jaká kvalita a pro koho*“ (Pipeková, J., 2006, s. 87.).

Zásadní otázky měření kvality života

- lze měřit kvalitu života kvantitativními metodami?
- jaký typ veličin měřit? (objektivní data versus subjektivní výpověď)
- způsob zjišťování kvality života – pozitivní nebo negativní vymezení

Perspektivy měření kvality života

- 1/ objektivní měření sociálních ukazatelů – možnosti, bariéry, zdroje z okolí atp.
- 2/ subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem – celková spokojenost je výsledkem průniku osobních hodnot a životního stylu
- 3/ subjektivní odhad spokojenosti se životní úrovní

Existuje značné množství metod pro měření kvality života. Jejich obsah reflektuje měnící se chápání pojmu kvalita života, ekonomické a sociální proměny ve společnosti a v neposlední řadě také účel, pro který byl daný instrument vytvořen.

a) Hodnotitelem kvality života je druhá osoba

Předchůdcem této metody měření kvality života byly tzv. Health State – rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, zdokonalenou formou pak byly tzv. Health State Profiles – profily zdravotního stavu pacienta. Smyslem těchto rejstříků a profilů byla snaha nastínit zdravotní stav pacienta z lékařského,

obecně fyziologického hlediska. Mezi přístupy k hodnocení celkového stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii lze zahrnout:

- APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System – hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu)
- Karnofskyho index – PSI – Performance Status Index, symbolické vyjádření kvality života, slovní vyjádření kvality života.

b) Hodnotitelem kvality života je sama daná osoba

Mezi tyto metody lze zahrnout:

- DDRS (Distress and Disability Rating Scale – Posuzovací škála stresu a neschopnosti)
- SWLS (Satisfaction with Life Scale – Stupnice spokojenosti se životem)
- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života.

c) Metody smíšené (kombinace metod typu 1 a 2)

Mezi tyto metody lze zahrnout:

- MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life –krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru)
- LSS (Life Satisfaction Scale – škála spokojenosti).

(Dostupné na World Wide Web: <http://www.vojenskaskola.cz>)

3.6.1 Nástroje měření kvality života

Nástroje měření kvality života se dělí podle toho co měří (celková spokojenost, spokojenost s jednotlivými oblastmi života) nebo pro jakou skupinu respondentů jsou určeny (senioři, děti, osoby s mentálním postižením):

- 1/ dotazník
- 2/ rozhovor
- 3/ telefonní rozhovor

(Pipeková, 2006)

Dotazník

Je časově a finančně nenáročný, další nezanedbatelnou výhodou je snadná administrace. Nabízí promyšlené a přesné odpovědi v případě uzavřených otázek, při otevřených otázkách naopak nechává prostor pro vyjádření vlastního názoru, obsáhne velký počet respondentů, poskytuje velké množství údajů.

Rozhovor (Interview)

Výhodou je možnost použití u seniorů na případné dovysvětlení toho, co nebylo zcela správně pochopeno.

Nevýhodou je časová a finanční náročnost a možná změna smyslu plynoucí z tazatelovy vlastní interpretace získaných dat.

Telefonní rozhovor

Výhodou je menší časová náročnost než u osobního rozhovoru a větší spolehlivost než u dotazníku. Určitým problémem u seniorů může být nedoslýchavost, demence a jiné.

3.6.2 Příklady užívaných způsobů měření kvality života

Mezi základní způsoby měření řadíme:

- **Index lidského rozvoje (Human Development Index – HDI)**

HDI je od r. 1990 každoročně uveřejňován ve statistické publikaci „Zpráva o lidském rozvoji“ (Human Development Report), která vychází pod záštitou UNDP (United Nations Development Programme).

Sledují se tři kategorie:

- 1/ lidské zdraví – průměrná očekávaná délka života při narození
- 2/ úroveň vzdělanosti – podíl gramotného obyvatelstva a jako kombinovaný podíl populace z příslušné věkové skupiny navštěvující školy prvního, druhého

a třetího stupně

3/ hmotná životní úroveň – hrubý domácí produkt (dále HDP) na osobu v USD
přepočtený na paritu kupní síly

- **Mercerův výzkum kvality života**

Celosvětový výzkum kvality života z r. 2005 společnosti Mercer Human Resource Consulting. Hodnotí se v něm 39 kritérií seřazených do jednotlivých kategorií:

- 1/ politické a sociální prostředí
- 2/ ekonomické prostředí
- 3/ socio-kulturní prostředí
- 4/ oblast zdravotnictví
- 5/ školství a vzdělávání
- 6/ veřejné služby a doprava
- 7/ rekreace
- 8/ konzumní zboží
- 9/ bydlení
- 10/ přírodní prostředí

- **Průzkum kvality života v Evropě (European quality of Life Survey –EQLS)**

EQLS, jak vyplývá z názvu, se zabývá průzkumem kvality života v Evropě. Díky němu byla zmapována sociální situace v jednotlivých evropských zemích. Na základě získaných informací byly formulovány zásadní teze v oblasti sociální a ekonomické politiky, a to jak na úrovni EU jako celku, tak na úrovni jednotlivých zemí.

(Dostupné na World Wide Web:

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/cs/1/EF0852CS.pdf>)

3.6.3 Koncepce metody SEIQoL

Zkratkou SEIQoL se rozumí *Schedule for the Evaluation of individual Quality of Life* – Systém individuálního hodnocení kvality života. Jde o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která by stanovila, co je správné, dobré a žádoucí atp., ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on nebo ona považuje za důležité. (Křivohlavý, 2002)

Systém vytvořili výzkumníci z lékařské fakulty v Dublinu (O'Boyle, McGee, Joyce) na počátku devadesátých let dvacátého století. Nástrojem metody SEIQoL je dotazník, který se skládá z formuláře a instruktážního textu. Respondent zaznamenává do dotazníku své životní cíle, hodnotí jejich plnění a určuje jejich důležitost. Těchto cílů či klíčových životních témat je právě pět. Mezi ně respondent rozdělí 100 % svých životních snah, svého úsilí, čímž vyjádří důležitost těchto cílů. Plnění každého cíle pak zhodnotí rovněž procentuálně, od 0 do 100 %. Vyhodnocení spočívá v propočítání respondentem zadaných číselných údajů tak, že se součet součinů hodnot jednotlivých cílů vydělí stem - kvalita života je pak vyjádřena v procentech.

(Dostupné na World Wide Web: <http://www.vojenskaskola.cz>)

Základní metody SEIQoL spočívají v tom, že jde o zcela individuální pojetí kvality života hodnocené dotazovanou osobou. Je plně uznáván vlastní systém hodnot dané osoby. Dotazovaná osoba hodnotí a zvažuje všechny podstatné aspekty života mající vliv na současnou situaci (tyto aspekty se mohou v průběhu života měnit). Metoda se snaží rozpoznat v rozhovoru s dotazovanou osobou kritické aspekty života (Křivohlavý, 2002).

Každý vyplněný formulář je unikátní záležitostí, neboť neexistuje žádné vnější kritérium, k němuž by bylo možné získané výsledky vztáhnout jako ke „zlatému standardu“. (Mareš, 2006)

Klient je veden k tomu, aby se zamyslel nad svým dosavadním životem a uvedl pět životních dlouhodobých cílů (v originále cues). Specifikoval, na čem mu osobně v životě nejvíc záleží, oč mu v životě nejvíc jde, co považuje on sám pro sebe za nejdůležitější (Mareš, 2006).

Termín cues – podněty k životu (životní cíle) je klíčovým pojmem metodiky SEIQoL. Jde o životní úkoly a cíle v rámci celkového obrazu života. Mezi základní

životní hodnoty, oblasti zájmu patří – rodina a manželství (otázka širší rodiny, spokojenost a vzájemná pohoda), zdraví (udržování a zlepšování zdraví, zůstat soběstačný, nebýt nikomu na obtíž atp.), duševní pohoda (rozumné myšlení, dobrá mysl, neztratit chuť do života, atd.), duchovní život (mít smysl života a pro co žít, hledat, co je v životě podstatné, chápat sebe sama a zachovat dobré svědomí), vztahy mezi lidmi (dobré přátelské vztahy, tolerance, pomoc druhým – altruismus), práce na sobě (sebevzdělávání), kultura (společenský život - divadlo, výstavy atd.), sport (pohyb, aktivity, turistika atd.), ruční práce, koníčky. (Křivohlavý, 2001)

Některé uvedené oblasti se v průběhu života mění (rozdílné vnímání u mladších a starších lidí zejména v oblasti sociálních činností, volnočasových aktivit, životních podmínek apod.). (Křivohlavý, 2002)

Změna životní situace (např. nemoc, úraz, apod.) má vliv na změnu kvality života. Lze předpokládat a očekávat, že nemoc, zranění a léčení ovlivňuje kvalitu života spíše negativně a to ve všech jejích rovinách. Stejně jako věk, změna sociální situace (odchod do důchodu, změna sociální role atp.), změna pracovních a životních podmínek s sebou přináší změny v kvalitě života. A to jak u člověka samotného, ale také u celé jeho rodiny a jejích členů. Na základě výsledků studií měření kvality života pomocí metody SEIQoL lze říci, že touto metodou je kvalita života měřena nepřímo, protože se na ni usuzuje z celkové míry spokojenosti dané osoby. Při tomto měření jde o dimenzi kvality života, která je z pohledu zkoumané osoby významná a má pro ni mimořádnou cenu. (Křivohlavý, 2002)

PRAKTICKÁ ČÁST

Za účelem získat bližší informace k problematice kvality života pečujících osob v domovech pro seniory proběhlo anonymní dotazníkové šetření, které bylo realizováno ve čtyřech zařízeních (konkrétně ve čtyřech různých krajích České republiky, a to Zlínském, Pardubickém, Jihomoravském a Královéhradeckém).

Následný text stručně seznamuje s průběhem šetření a jeho výsledky.

4 Metodologická východiska průzkumu

Nejdříve bylo nutné shromáždit co nejvíce informací k problematice kvality života osob pečujících v domovech pro seniory. Veškeré informace byly vyhledávány v knihovnách, prostřednictvím internetu, v domovech pro seniory a v denním tisku.

Poté byl sestaven dotazník (příloha č. 1). Při vyhodnocování dotazníků bylo použito hodnot absolutní a relativní četnosti (kdy 50 respondentů = 100%)

4.1 Cíl průzkumu

Cílem průzkumu bylo zmapovat některé činitele kvality života pečujících osob v domovech pro seniory ve vybraných krajích České republiky, mimo jiné zejména zjistit, jak vnímají svůj život pracovníci v domovech pro seniory, jaké mají podmínky pro vykonávání jejich práce, zda jsou spokojeni s těmito podmínkami. Cílem bylo také přijít na to, jak se u osob pečujících snížila tolerance nebo empatie vůči klientům.

4.2 Metody průzkumu

Průzkum byl realizován prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření, které probíhalo v domovech pro seniory ve čtyřech různých krajích České republiky (a to přesně ve Zlínském, Jihomoravském, Pardubickém a Královéhradeckém). Celkem bylo osloveno 63 respondentů, ovšem pouze 50 z nich se do šetření zapojilo. Výhodou této dotazníkové metody je možnost získání údajů od osob, které nám jsou prostorově vzdálené.

Dotazník „je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně. Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni.“ (Chrásková, 2007)

V dotazníku byly použity tyto druhy položek:

- **škálové** - k měření názoru a subjektivních pocitů
- **otevřené** - umožňují volnou tvorbu odpovědi
- **uzavřené** - výběr z několika variant odpovědi
- **polouzavřené (nebo také polootevřené)** - jedná se o kombinace obou předchozích typů

Dotazník byl rozdělen do 5 částí.

- I. Část – základní údaje o respondentech** (obsahuje informační data o cílové skupině osob jako např. pohlaví, věk, dosažené vzdělání atd.).
- II. Část – pracovní podmínky** (zajímaly nás pracovní podmínky na pracovišti, vztahy mezi pracovníky a vztahy nadřízených k pracovníkům).
- III. Část – prevence** (zde jsme chtěli zmapovat problematiku prevence syndromu vyhoření, a to především v podobě supervize).
- IV. Část – kvalita života** (zabývá se problematikou kvality života pečujících osob v domovech pro seniory. Ve většině případů byly použity číselné škály (od 1 do 5), kdy jsme chtěli zjistit, jaké faktory ovlivňují kvalitu života pečujících osob).
- V. Část – dotazník SEIQoL**

Získaná data byla analyticky vyhodnocena. Následně byly vypracovány tabulky a grafy. K digitálnímu zpracování dat byl použit programy Microsoft Word a Microsoft Excel v operačním systému Windows.

4.3 Charakteristika průzkumného souboru

Dotazníkové šetření proběhlo ve čtyřech domovech pro seniory ve čtyřech různých krajích České republiky. Celkem se zapojilo 50 respondentů.

Jihomoravský kraj:

Domov pro seniory Černá Hora, příspěvková organizace (Jihomoravský kraj) – je zařízení sociálních služeb, jehož posláním je podpora aktivního a důstojného žití a dožití seniorů, kteří se neobejdou bez cizí pomoci při naplňování základních lidských potřeb a kteří nemohou samostatně žít ve svém přirozeném prostředí vlastní rodiny. Uživatelům zařízení je poskytováno ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a více lůžkových pokojích (nejvýše však pětilůžkových). Návštěvy jsou neomezeně každý den.

Dvakrát týdně (v pondělí a ve středu) mohou uživatelé trávit volný čas ve filmovém klubu - promítání filmů, posezení nad šálkem kávy nebo čaje.

Po předešlé domluvě se zájemci mohou setkat s paní Šebelovou a jejím psem Sunnym v rámci cannisterapie.

Uživatelům nabízí služby holičské, kadeřnické a pedikérské, které jsou zajišťovány přímo v zařízení. K dispozici je jim také kantýna s pravidelnou otevírací dobou, kde je možnost zakoupení běžného potravinářského a drogistického zboží.

Dle potřeb uživatelů jsou nabízeny individuální **duchovní rozhovory** s knězem. Součástí zařízení je zámecká kaple, ve které jsou pravidelně slouženy římskokatolické bohoslužby.

Kontaktní adresa:

Domov pro seniory Černá Hora, příspěvková organizace

Zámecká 1, 679 21 Černá Hora

Tel: 516 426 441

Email: ddch@ddch.cz

Internetový odkaz: <http://www.domovch.cz>

Fotogalerie domova pro seniory je součástí přílohy č. 2.

Zlínský kraj:

Domov pro seniory Burešov Zlín - byl otevřen 11. 12. 1984, od října roku 2000 je toto zařízení příspěvkovou organizací s právní subjektivitou. Zřizovatelem je Zlínský kraj. Nachází se v okrajové části města Zlína, v blízkosti lesa. K domovu patří velká zahrada s altánkem a spoustou míst k příjemnému posezení.

Od 1. ledna 2011 poskytují dvě pobytové služby:

- **Domov pro seniory.** Služba je určena pro seniory od 65 let, kteří nejsou schopni pro svoji nemoc, zdravotní postižení a ztrátu soběstačnosti žít ve svém domácím prostředí.
- **Domov se zvláštním režimem.** Služba je určena pro seniory starší 60 let nemocné Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence, kteří mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (více informací v sekci Aktuality).

Na každém oddělení domova pro seniory pracuje instruktor sociální péče, který pomáhá uživatelům při adaptaci v novém prostředí a při individuálním utváření denního režimu (pomáhá zajišťovat nákupy, vyřizování korespondence, povídání, čtení denního tisku).

Na každém z oddělení domova se zvláštním režimem pracují dva instruktoři sociální péče, kteří plánují a zajišťují denní aktivity. Pro uživatele připravují každý pracovní den nějakou aktivizační činnost (jednoduché, opakující se činnosti, zpívání, procházky, nácvik orientace v budově, lehká cvičení, atd.).

Kontaktní adresa:

Domov pro seniory Burešov, příspěvková organizace

Burešov 4884

760 01 Zlín

Tel: 577 433 853

Email: lorencova@dsburesov.cz

Internetový odkaz: <http://www.dsburesov.cz>

Fotogalerie domova pro seniory je součástí přílohy č. 3.

Královéhradecký kraj:

Domov důchodců Borohrádek je schopen poskytnout své služby seniorům, kteří potřebují pomoc druhé osoby a tato služba nemůže být zajištěna rodinným příslušníkem nebo terénní sociální službou. Cílovou skupinou jsou senioři nad 58 let věku, pokud jsou příjemci starobního nebo invalidního důchodu, kteří potřebují nepřetržitou základní ošetrovatelskou péči.

Město Borohrádek leží na Tiché Orlici na samé hranici Královéhradeckého a Pardubického kraje. Má asi 2100 obyvatel a výhodné vlakové a autobusové spojení s okolními městy. Domov důchodců je umístěn v zámečku z 18. století a v nové budově v jeho těsném sousedství (oba objekty propojeny spojovacím krčkem). Jeho poloha (cca 200 metrů od centra) spolu s velkou zahradou zaručuje dostatek klidu při odpočinku i ostatních aktivitách.

Domov pro seniory je zařízením se sociální a ošetrovatelskou péčí, která je uživatelům služby zajišťována kvalifikovaným personálem 24 hodin denně. Zdravotní péči zajišťuje lékař, který do domova pravidelně dochází. K dispozici je 121 lůžek - z toho 4 pokoje jednolůžkové, 20 dvoulůžkových, 23 třílůžkových a 2 čtyřlůžkové. V domově je poskytováno celodenní stravování (včetně stravy dietní) a nabízena aktivní účast na kulturním a společenském životě.

Kontaktní adresa:

Domov důchodců Borohrádek

Rudé Armády 1

517 24 Borohrádek

telefon: 494 381 234

e-mail: vasicek@ddbtorohradek.cz

Internetový odkaz: <http://www.ddborohradek.cz>

Fotogalerie domova pro seniory je součástí přílohy č. 4.

Pardubický kraj:

Domov pro seniory Moravská Třebová – poskytuje sociální služby občanům, kteří vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou dlouhodobě zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí, včetně občanům, kteří potřebují trvalou péči na ošetrovatelském oddělení.

Areál domova je rozdělen na dvě části – starší zástavbu s kapacitou 101 lůžek a nově rekonstruovanou část s kapacitou 99 lůžek (62 pokojů je jednolůžkových a 69 pokojů je dvojlůžkových).

Mezi nabízené aktivity patří ergoterapie (třikrát týdně), muzikoterapie (jedenkrát týdně), canisterapie (jedenkrát za měsíc), biblioterapie (na požádání možnost každý den) a arteterapie (dvakrát týdně). (Dostupné na World Wide Web: <http://www.ddmt.cz/zinfo.php>, cit. 14. 1. 2009)

Kontaktní adresa:

Domov pro seniory

nám. T. G. Masaryka 29

571 01 Moravská Třebová

Tel: 461 318 252

Internetový odkaz: <http://www.ddmt.cz>

Fotogalerie domova pro seniory je součástí přílohy č. 5.

5 Analýza výsledků a jejich interpretace

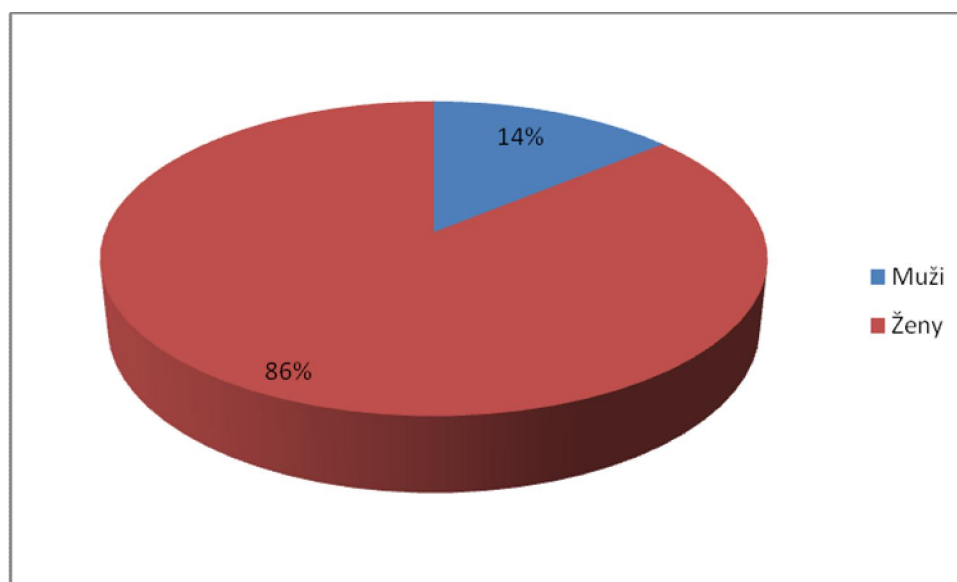
Následný text předkládá výsledky průzkumu tak, jak byly získány v dotazníkovém šetření. Posloupnost analýzy je řazena dle položek v dotazníku.

5.1 Základní údaje o respondentech

První část dotazníku měla za úkol zmapovat informační data o cílové skupině osob (zjišťovalo se pohlaví, věk, dosažené vzdělání, délka přímé práce s klienty, počet klientů na pracovníka atd.).

Zastoupení mužů a žen v průzkumu (Rozdělení respondentů dle pohlaví)

Do šetření se zapojilo celkem 50 respondentů. Z toho 43 žen (86%) a 7 mužů (14%). Z toho vyplývá, že osoby pečující jsou častěji ženy než muži. Graf č. 1 přehledně ukazuje zjištěné informace položky č. 1



Graf č. 1: Zastoupení mužů a žen.

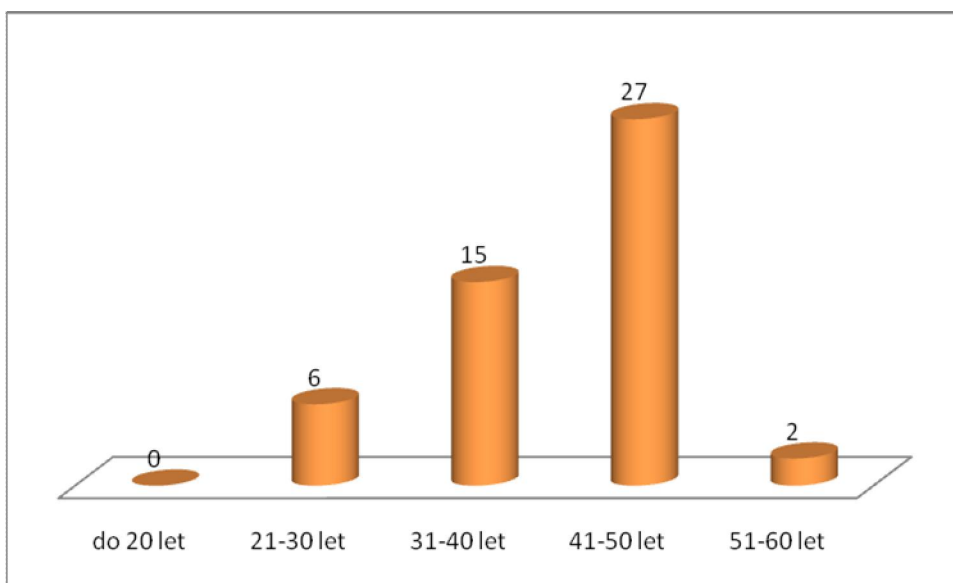
Dále se však nebudeme podrobněji zabývat rozdíly v pohlaví, protože to nebyl záměr tohoto šetření.

Věk respondentů

Tabulka č. 3 a graf č. 2 nám přehledně zobrazují odpovědi položky č. 2 (Pozn. 50 respondentů = 100%).

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
do 20 let	0	0
21-30 let	6	12
31-40 let	15	30
41-50 let	27	54
51-60 let	2	4
Celkem	50	100

Tabulka č. 3: Věk respondentů.

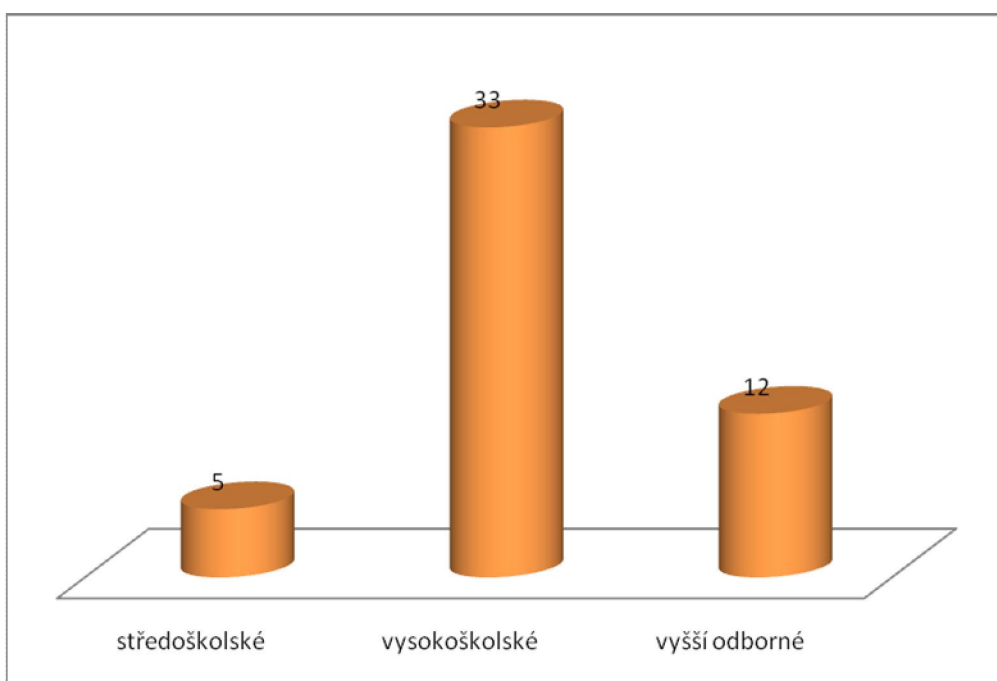


Graf č. 2: Věk respondentů.

Z hlediska věku spadá nejvíce respondentů (54%) do věkové kategorie 41-50 let věku, méně (30%) pak do skupiny 31-40 let věku. Nikdo z respondentů není mladší 20 let a pouze 6 osob (12%) spadá do skupiny od 21 do 30 let věku. Jenom 2 osoby (4%) jsou starší padesáti let.

Dosažené vzdělání

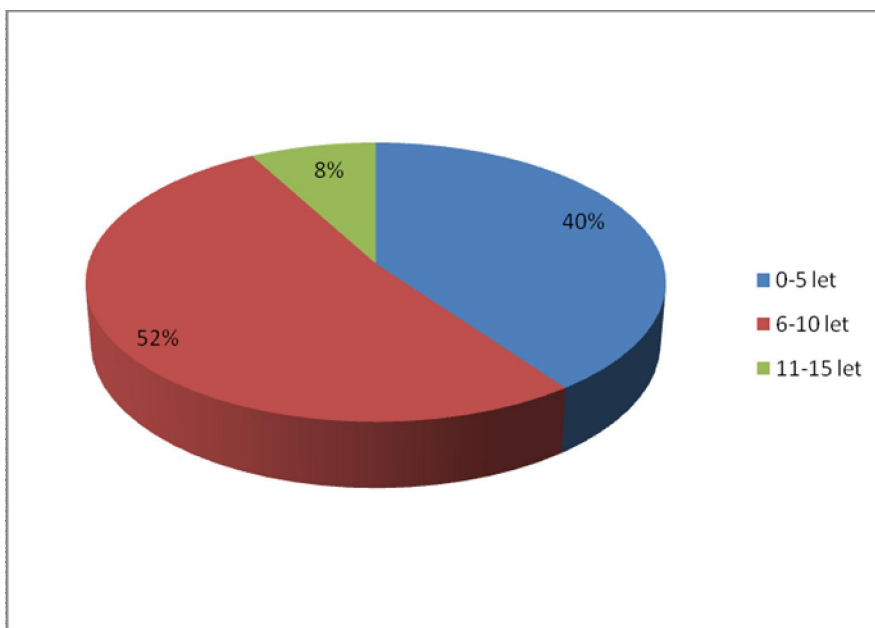
V položce č. 3 jsme zjišťovali, jakého vzdělání dosáhli pracovníci domovů pro seniory. Nikdo z dotazovaných nevedl základní vzdělání. Nejnižším vzděláním, které bylo uvedeno, bylo středoškolské, a to u 5 respondentů (10%), dále se často objevovalo vyšší odborné vzdělání, přesněji u 12 respondentů (24%). Nejvíce respondentů (33) dosáhlo vysokoškolského vzdělání (66%). Graf č. 3 názorně zobrazuje odpovědi k položce č. 3.



Graf č. 3: Vzdělání respondentů.

Doba, po kterou respondenti aktivně pracují v domově pro seniory

Pro přehlednější zobrazení byla doba, kterou respondenti pracují v domově pro seniory dána do tří kategorií, a to po pěti letech. Z grafu č. 4 a z tabulky č. 4 můžeme vyčíst četnosti odpovědí, kdy osoby pečující aktivně pracují v domově pro seniory 0-5 let, a to v případě 20 respondentů (40%), dále respondenti, kteří v zařízení pracují 6-10 let byli v zastoupení 52% (26 respondentů) a nejméně dotázaných (pouze 4) na pracovišti pracuje 11-15 let (8%).



Graf č. 4: Doba aktivní práce v domovech pro seniory.

Jak dlouho pracovníci pracují v domově pro seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 rok	6	12
2 roky	1	2
3 roky	8	16
4 roky	2	4
5 let	3	6
6 let	12	24
7 let	0	0
8 let	9	18
9 let	0	0
10 let	5	10
11 let	0	0
12 let	2	4
13 let	0	0
14 let	0	0
15 let	2	4
Celkem	50	100

Tabulka č. 4: Doba, po kterou aktivně osoby pečující pracují v domově pro seniory.

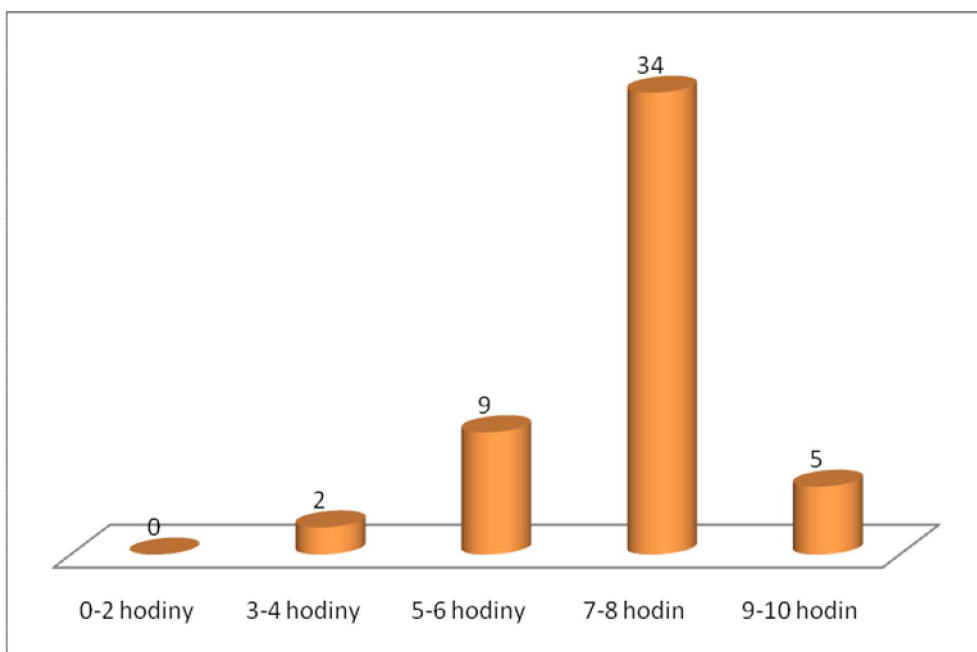
Tento fakt poukazuje na to, že osoby pečující málokdy vydrží v domovech pro seniory déle jak 10 let.

Kolik hodin denně trvá Vaše přímá práce s klienty?

Dále nás zajímalo, kolik hodin denně respondenti pracují s klienty. V tabulce č. 5 a v grafu č. 5 jsou názorně zobrazeny odpovědi k položce č. 5

Délka přímé práce s klienty	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0-2 hodiny	0	0
3-4 hodiny	2	4
5-6 hodin	9	18
7-8 hodin	34	68
9-10 hodin	5	10
Celkem	50	100

Tabulka č. 5: Délka přímé práce s klienty.

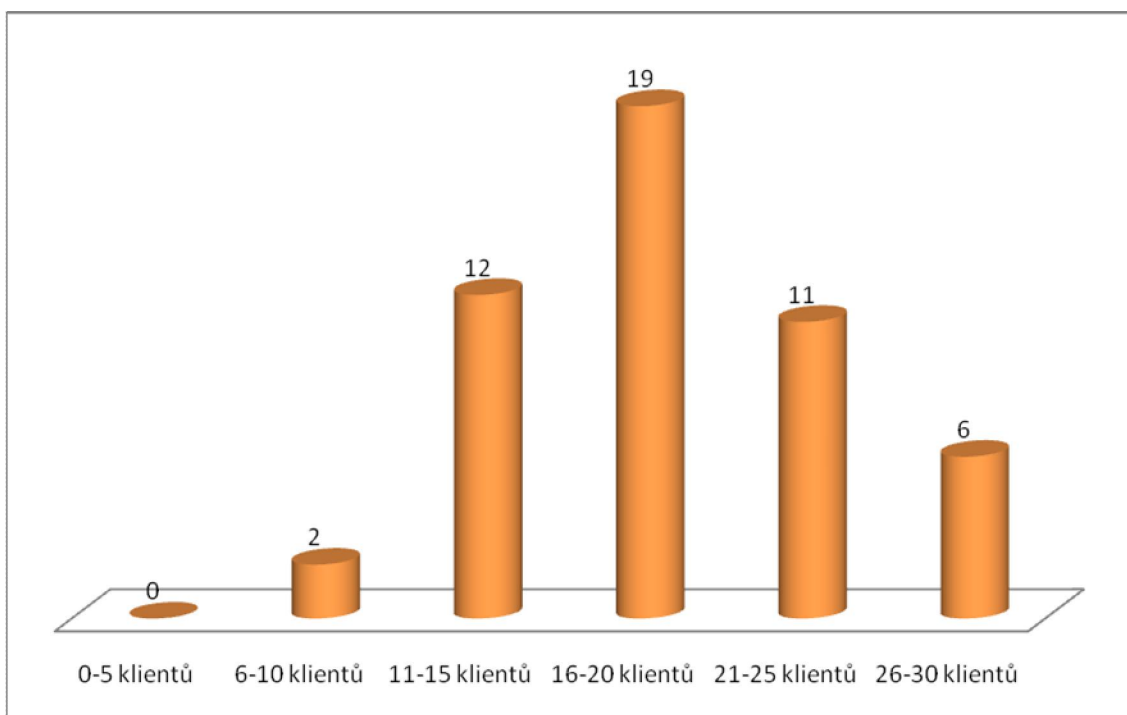


Graf č. 5: Přímá práce s klienty.

Nikdo z dotázaných nepracuje s klienty kratší dobu než tři hodiny denně, kdy 3-4 hodiny denně přichází do kontaktu s klienty pouze 2 pracovníci (4%). V rozmezí 5-6 hodin denně je přímá práce s klienty u 9 respondentů (18%). Největší zastoupení měla odpověď 7-8 hodin denně, a to ve 34 případech (68%), což je více jak polovina pracovníků. Překvapujícím zjištěním bylo, že až 5 pracovníků (10%) pracuje denně 9-10 hodin, což si myslíme, že může být hodně vyčerpávající a může to tak velmi ovlivňovat kvalitu života těchto pečujících osob.

Počet klientů, kteří připadají na jednoho sociálního pracovníka v zařízení

V položce číslo 6 nás zajímalo, kolik klientů připadá na jednoho sociálního pracovníka v zařízení, a to z důvodu, že předpokládáme, že počet klientů má vliv na kvalitu života osob pečujících. Z grafu (č.6) lze snadno vyčíst, že pracovníci mají v péči spíše větší počet klientů. Tohle také může negativně ovlivňovat kvalitu života osob pečujících.



Graf č. 6: Počet klientů v péči jednoho sociálního pracovníka.

Pouze 2 pracovníci (4%) mají v péči 6-10 klientů. Nikdo z dotázaných neuvedl nižší počet. 12 respondentů (24%) má na starosti 11-15 klientů. Největší zastoupení měla kategorie 16-20 klientů, kdy tento fakt uvedlo až 19 respondentů (38%). 11 dotázaných má v přímé péči 11 klientů a překvapujícím bylo, že 6 respondentů uvedlo, že do jejich péče spadá 26-30 klientů, což je podle nás velmi namáhavé, starat se o takové množství klientů.

Rozdělení klientů dle stupně závislosti

V domovech pro seniory se nacházejí klienti, kteří mohou spadat do skupiny osob bez příspěvku a ve stejném zařízení mohou být i klienti, u kterých se jedná o závislost IV. stupně. Proto byl ponechán prostor na slovní vyjádření k této problematice.

Ve všech případech (100%) bylo zodpovězeno, že v domově pro seniory jsou ubytováni jak senioři, kteří nemají nárok na příspěvek (mají vysokou míru soběstačnosti), tak i senioři, kteří spadají do všech skupin dle stupňů závislosti (od I. stupně závislosti až po IV. stupeň). Dle tohoto lze usoudit, že práce v zařízení je hodně náročná, a to z důvodu, že práce s klienty, kteří spadají do vyšších stupňů závislosti, je náročná jak fyzicky tak psychicky.

5.2 Pracovní podmínky

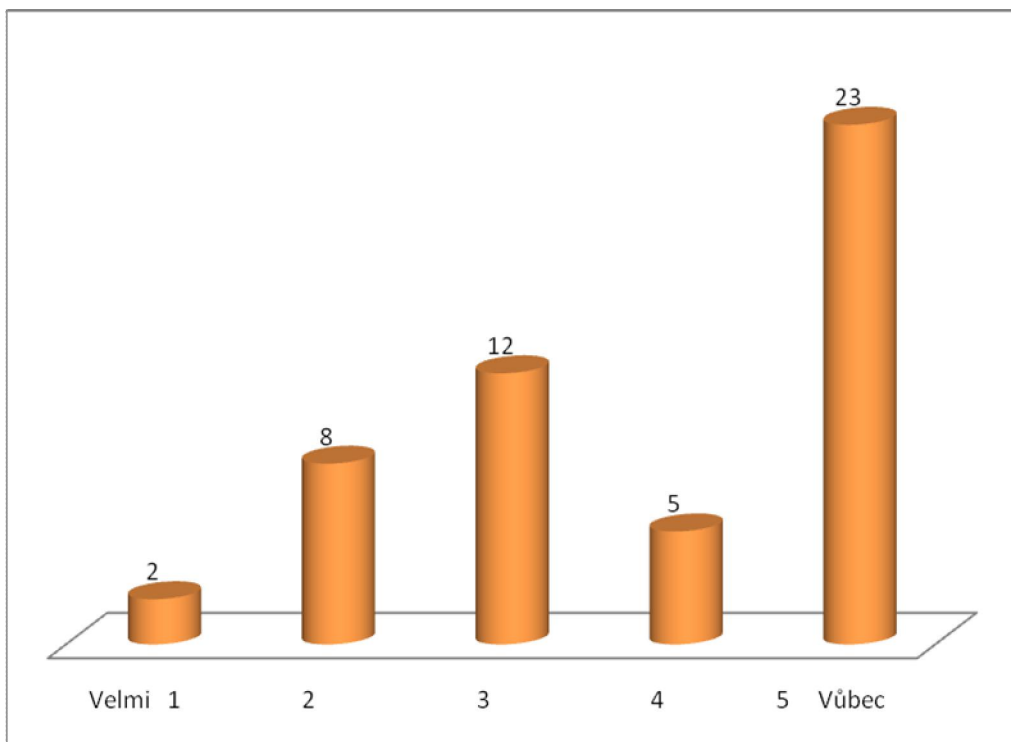
Ve II. části dotazníku byly všechny otázky (kromě jedné, která byla ponechána s možností volné odpovědi) položeny tak, aby se nad nimi mohl respondent subjektivně zamyslet. Odpovědi byly zaznamenávány na číselné ose (od 1 do 5), kdy číslo 1 znázorňovalo odpověď „Velmi“ a číslo 5 vyjadřovalo „Vůbec“. Cílem této části bylo zhodnotit pracovní podmínky očima respondentů. Výsledky dotazníkového šetření jsou názorně zobrazeny v tabulkách a grafech.

Naplňuje Vás Vaše práce?

V položce č. 8 nás zajímalo, zda pracovníky v domovech pro seniory jejich práce naplňuje. Z tabulky č. 6 a z grafu č. 7 můžeme vyčíst, že většina odpovědí směřovala spíše k pravé části číselné škály, z čehož vyplývá, že pracovníky jejich práce spíše nenaplňuje.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	2	8	12	5	23	50
Relativní četnost (%)	4	16	30	10	46	100

Tabulka č. 6: Naplňuje Vás Vaše práce?



Graf č. 7: Naplňuje Vás Vaše práce?

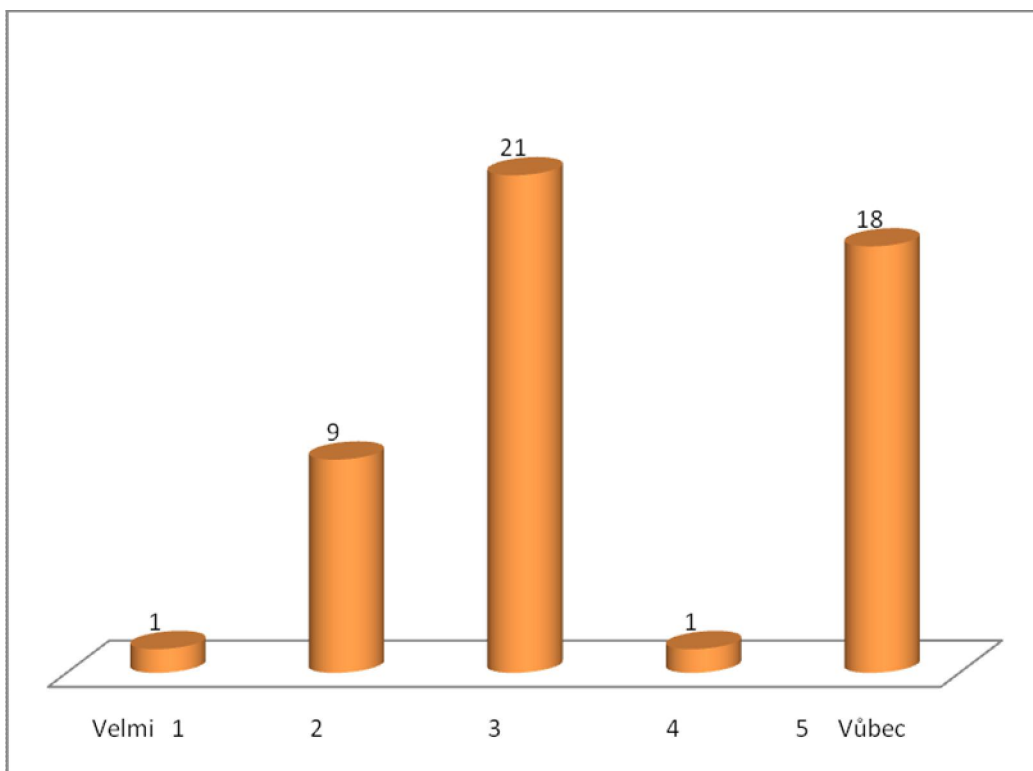
Překvapující byl fakt, že skoro polovina respondentů (46%) si na číselné ose vybrala odpověď 5 (čili vůbec). Nejméně jsme zaznamenali odpověď velmi (bod č.1 na číselné ose), a to pouze ve dvou případech (4%).

Jste spokojen/a s danými pracovními podmínkami na Vašem pracovišti?

I když byl dotazník anonymní a předávání proběhlo bez přítomnosti nadřízených, tak musíme připustit, že následující otázky mohou být zkreslené obavami z toho, že přece jenom se nadřízení k výsledkům nějak dostanou. Tabulka č. 7 a graf č. 8 nám přehledně zobrazují četnosti odpovědí u položky č. 9.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	1	9	21	1	18	50
Relativní četnost (%)	2	18	42	2	36	100

Tabulka č. 7: Jste spokojen/a s danými podmínkami na Vašem pracovišti?



Graf č. 8: Spokojenost s pracovními podmínkami

Až 21 respondentů (42%) k této otázce nemá vyhraněnou odpověď, a proto na číselné ose zvolili bod číslo 3 (ani velmi, ani vůbec). Až 18 dotázaných (36%) však uvedlo, že s pracovními podmínkami na pracovišti nejsou vůbec spokojeni. Pouze 1 respondent (2%) uvedl, že je velmi spokojen s danými podmínkami. Zato 9 pracovníků se na číselné ose přiklonilo k bodu č. 2, takže z toho vyplývá, že jsou spíše spokojeni s jejich podmínkami na pracovišti.

Je něco, co byste změnil/a v zařízení, kde pracujete?

U položky č. 10 byla ponechána možnost volné odpovědi. Z kapacitních důvodů nemohu vypsát všechny odpovědi, ale uvedla bych zde alespoň ty, které se nejčastěji v odpovědích pracovníků opakovaly. Z nejčastěji uváděných odpovědí respondentů bych zveřejnila následující:

- Snížit počet klientů v zařízení (tuto odpověď uvedlo až neuvěřitelných 56% respondentů).
- Zkrácení pracovní doby (47% dotázaných).

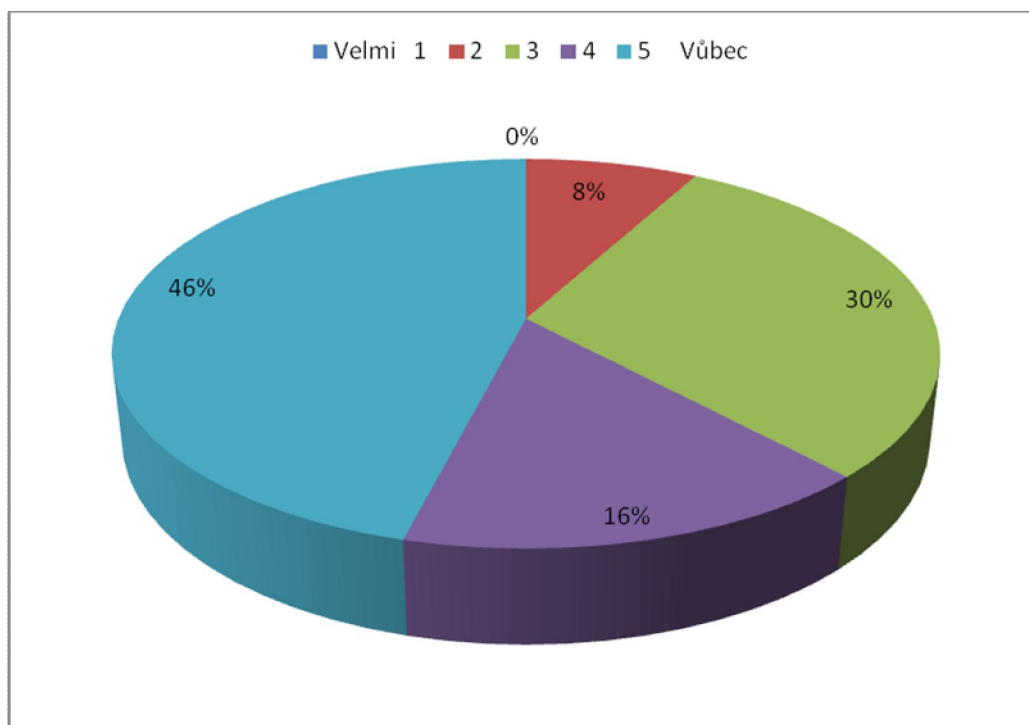
- Přijmout více pracovníků, protože na jednoho pracovníka připadá velký počet klientů (21% respondentů).
- Mít možnost častější supervize na pracovišti (5% respondentů).

Jste spokojeni s finančním ohodnocením za Vaši odvedenou práci?

Z následující tabulky (č.8) a grafu (č.9) lze vyčíst, že skoro polovina dotázaných (46%) není vůbec spokojena s finančním ohodnocením za jejich odvedenou práci v domově pro seniory a naopak nikdo z respondentů (0%) nevěděl, že by byl finančně velmi spokojen.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	0	4	15	8	23	50
Relativní četnost (%)	0	8	30	16	46	100

Tabulka č. 8: Jste spokojeni s finančním ohodnocením za Vaši odvedenou práci?



Graf č. 9: Spokojenost s finančním ohodnocením.

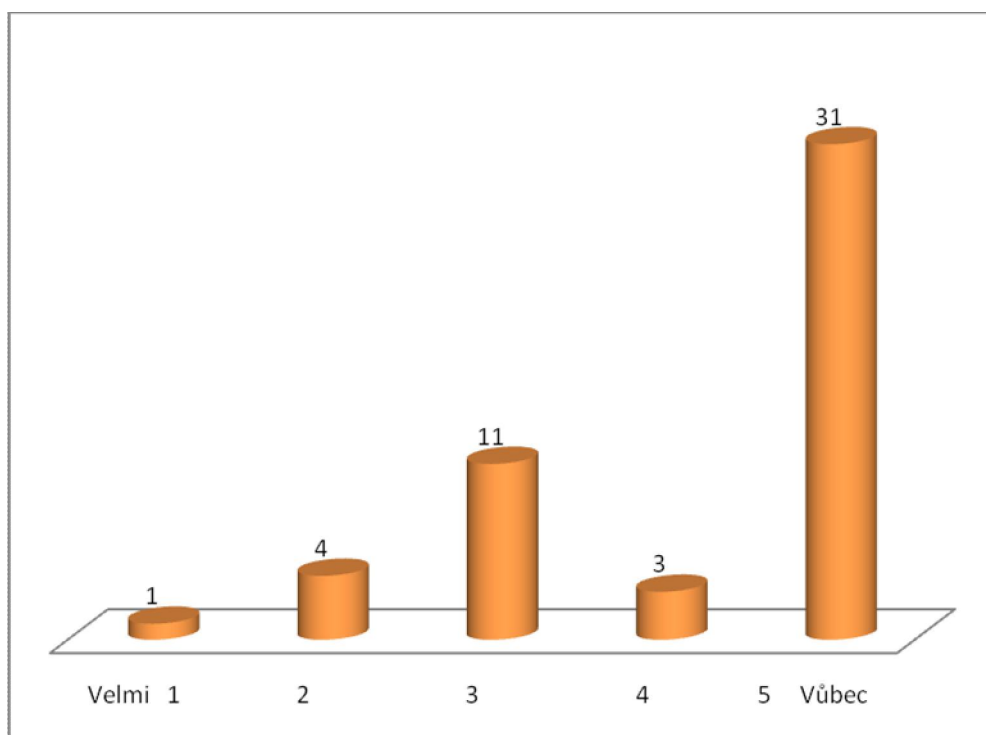
Tyto výsledky mohou poukazovat na to, že práce v sociálních službách bývá mnohdy finančně nedoceněna a málokdo z pracovníků je s finančním ohodnocením spokojen.

Cítíte neúměrně zvýšený dohled Vašich nadřízených?

Z následující tabulky (č.9) a grafu (č. 10) lze snadno vyčíst, že více než polovina respondentů (62%) necítí nadměrně zvýšený dohled jejich nadřízených. Pouze jeden respondent (2%) uvedl, že dohled na jeho práci je neúměrně zvýšený. 11 respondentů (22%) na číselné ose zvolilo střední bod č. 3.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	1	4	11	3	31	50
Relativní četnost (%)	2	8	22	6	62	100

Tabulka č. 9: Cítíte neúměrně zvýšený dohled Vašich nadřízených?



Graf č. 10: Dohled nadřízených.

U této otázky jsem se nejvíce obávala toho, že zde nebudou zaměstnanci zcela upřímní z důvodu strachu z nadřízených. U předávání dotazníků jsem byla domluvená s řediteli domovů pro seniory, že dotazníky předám pracovníkům osobně, aniž by u toho

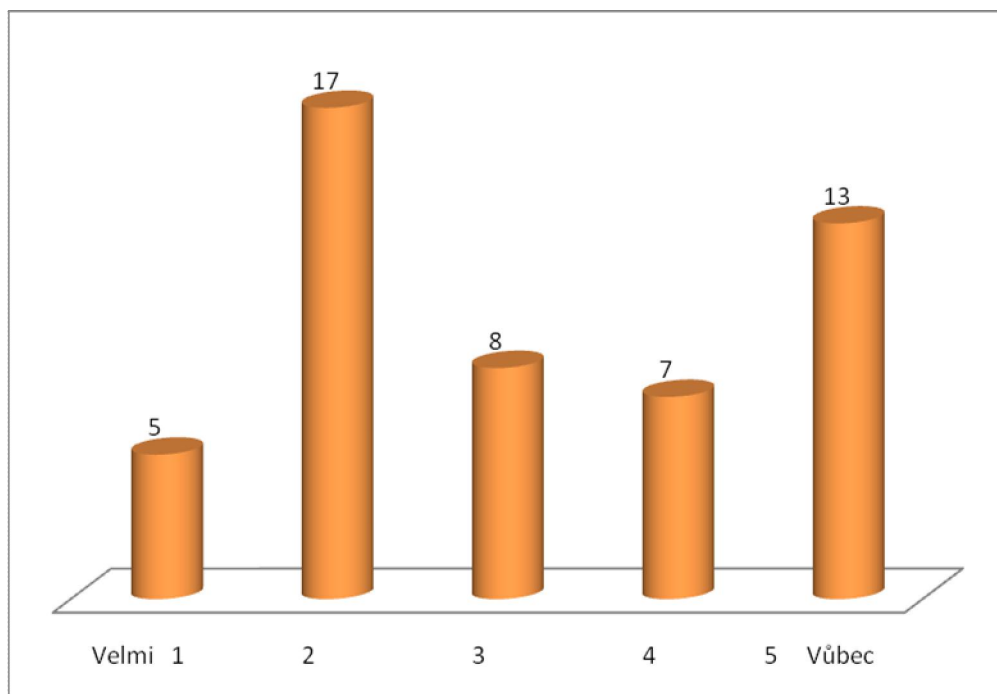
nadřízení byli. Vyplněné dotazníky mi pak byly zaslány poštou, takže mám jistotu, že se k nim ředitelé nedostali a výsledky tak nebyly zkresleny strachem podřízených, že z toho budou mít později problémy. Je nutné uvést, že i když bylo vše provedeno tak, aby byl strach z nadřízených minimální, mohou být výsledky přesto zkresleny.

Na našem pracovišti panují přátelské vztahy

Další položkou (č.13) jsme zjišťovali, jaké jsou vztahy na pracovišti, protože i tyto vztahy mohou mít částečně vliv na kvalitu života osob pečujících v domovech pro seniory. Tabulka č. 10 a graf č. 11 nám přehledně zobrazují četnost odpovědí u položky č. 13.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	5	17	8	7	13	50
Relativní četnost (%)	10	34	16	14	26	100

Tabulka č. 10: Vztahy na pracovišti.



Graf č. 11: Vztahy na pracovišti.

Pouze 5 respondentů (10%) se domnívá, že na jejich pracovišti jsou velmi přátelské vztahy mezi pracovníky. Spíše přátelské vztahy (bod č. 2) uvedlo až 17 respondentů (34%). Bod č. 3 na číselné ose uvedlo 8 dotázaných (16%). 7 pracovníků (14%) konstatovalo, že na pracovišti nepanují příliš přátelské vztahy (bod č. 4) a až 13 dotázaných (26%) uvedlo, že jejich kolegiální vztahy nejsou vůbec přátelské.

5.3 Prevence

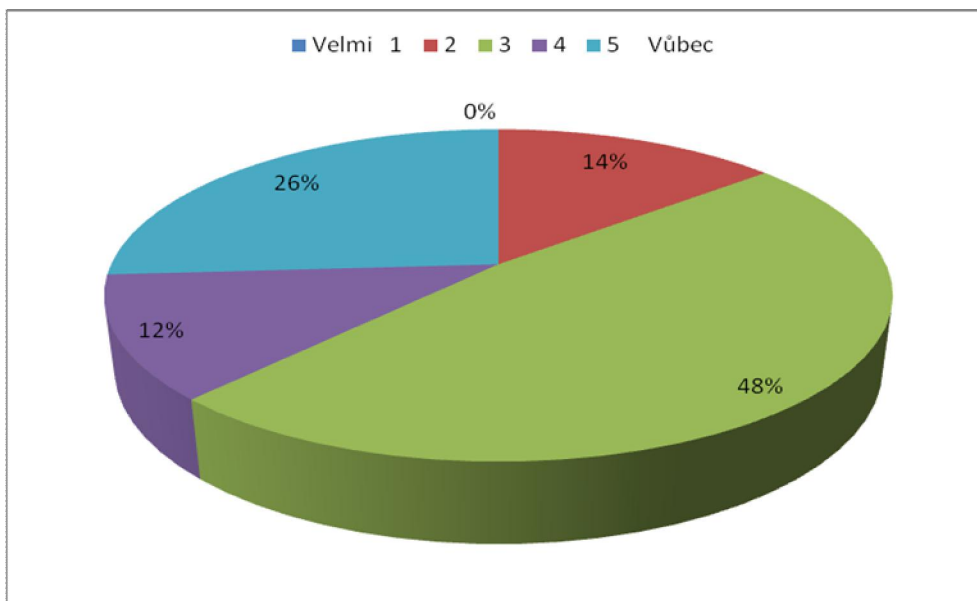
Ve třetí části dotazníku jsme věnovali pozornost především supervizi, která slouží jako jedna z možností prevence syndromu vyhoření. Zajímalo nás, zda pracovníci v domovech pro seniory mají možnost konzultovat jejich pracovní problémy s nějakým odborníkem z jiného pracoviště a zda je jim nabízena supervize.

Máte možnost konzultovat pracovní problémy na pracovišti s ostatními odborníky z jiného pracoviště?

Z níže uvedené tabulky č. 11 můžeme vyčíst četnost odpovědí z úpoložky č. 14. Graf č. 12 nám názorně znázorňuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	0	7	24	6	13	50
Relativní četnost (%)	0	14	48	12	26	100

Tabulka č. 11: Možnost konzultovat pracovní problémy na pracovišti s ostatními odborníky z jiného pracoviště?

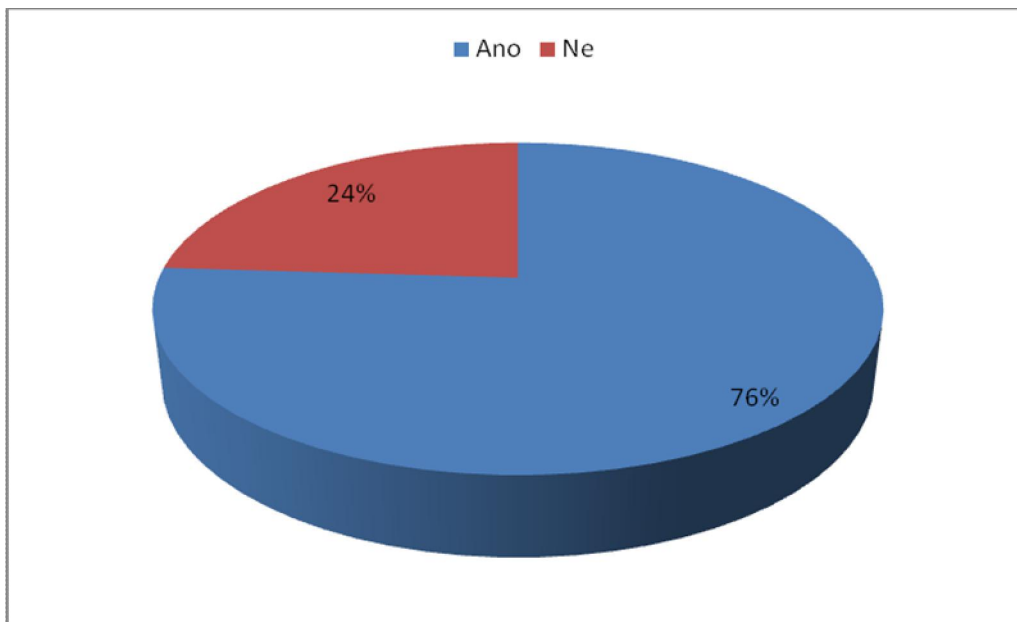


Graf č. 12: Možnost konzultace pracovních problémů s ostatními odborníky z jiného pracoviště.

Z odpovědí vyplynulo, že skoro polovina respondentů (48%) se k této problematice vyjádřila spíše neutrálně, kdy na číselné ose zakroužkovala bod 3. Překvapující bylo, že až 13 dotázaných (26%) na svém pracovišti nemá vůbec možnost pracovní problémy konzultovat s ostatními odborníky z jiných pracovišť. Nikdo z dotázaných na číselné ose nezakroužkoval bod č. 1. Pouze 7 dotázaných (14%) se na číselné ose přiklonilo k bodu č. 2. Následující tabulka (č. 11) a graf (č.12) názorně ukazují, že respondenti se přikláněli spíše k pravé části číselné osy. To může poukazovat na to, že ve většině případech je možnost konzultovat problémy nedostačující.

Máte možnost supervize?

Zjišťovali jsme, zda mají pečující osoby možnost supervize na jejich pracovišti, protože si myslíme, že je to důležitá součást prevence syndromu vyhoření. Z grafu č. 13 lze vyčíst procentuální četnost odpovědí u položky č. 15.



Graf č. 13: Máte možnost supervize?

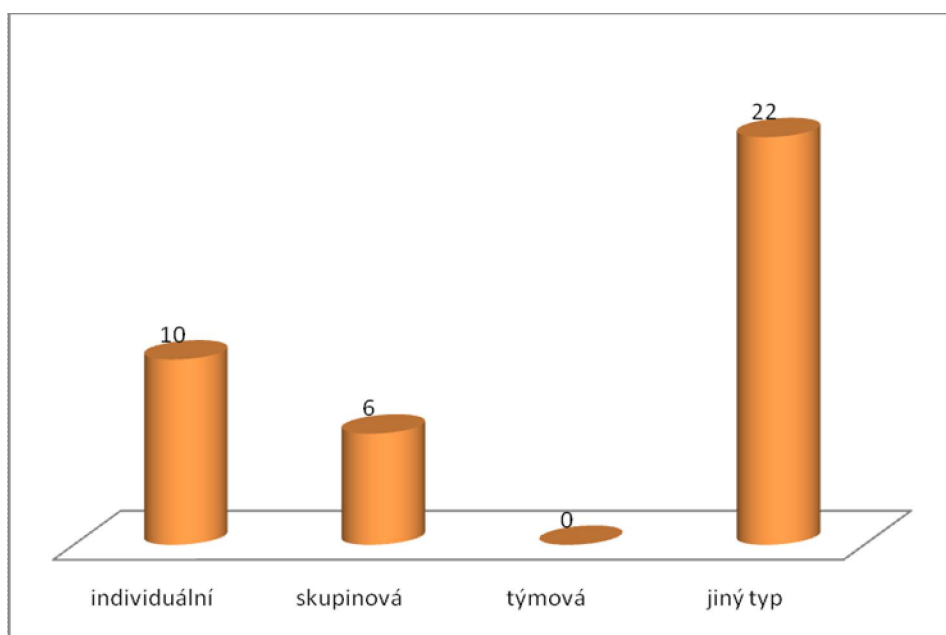
Respondenti měli na výběr ze dvou odpovědí, kdy ano odpovědělo 38 osob (76%). Překvapující bylo, že až 24% pracovníků (12 osob) nemá možnost supervize na svém pracovišti. Překvapující proto, že v dnešní době by měla být supervize v zařízení sociálních služeb samozřejmostí.

Pokud ano, jakou formou supervize probíhá?

Vzhledem k tomu, že 12 respondentů odpovědělo na předešlou otázku, že nemají možnost supervize, tak je nemůžeme započítat do následujících 3 otázek (položky č. 16, 17 a 18). Zde budeme tedy pracovat s absolutní četností 38 (kdy 38 respondentů nám dává dohromady 100%). Tabulka č. 12 přehledně ukazuje četnost odpovědí u položky č. 16.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
individuální	10	26,3
skupinová	6	15,8
týmová	0	0
střídání individuální a skupinové	22	57,9
Celkem	38	100

Tabulka č. 12: Jakou formou supervize probíhá?



Graf č. 14: Jakou formou supervize probíhá?

Graf č. 14 nám přehledně zobrazuje odpovědi u položky č. 16.

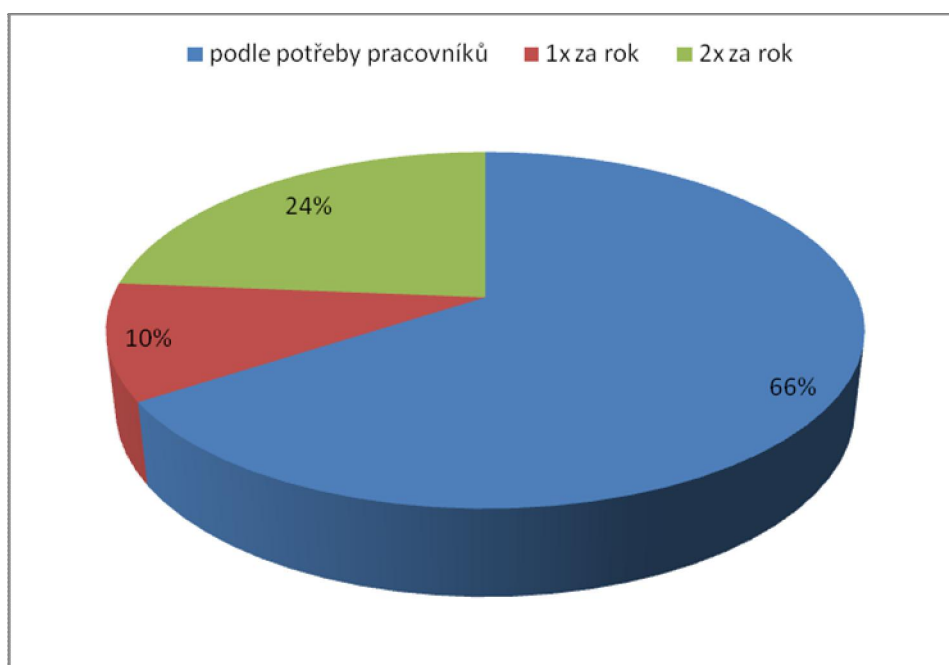
Respondentům byla nabídnuta možnost doplnit nabízené odpovědi i vlastním vyjádřením v podobě jiné varianty. Této možnosti využila více než polovina dotázaných (57,9%). Uvedla, že se jedná o střídání dvou typů supervize, a to individuální a skupinové, dle potřeby pracovníků. Dále největší zastoupení měla individuální forma supervize, kdy tuto možnost konstatovalo 10 dotázaných (26,3%). Nikdo z respondentů neuvěděl týmovou supervizi a pouze 6 osob (15,8%) odpovědělo, že na jejich pracovišti supervize probíhá formou skupinové.

Jak často supervize probíhá?

Položka č. 17 měla za úkol zmapovat, v jakých časových intervalech supervize probíhá. Tabulka č. 13 přehledně zobrazuje četnost odpovědí.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Podle potřeby pracovníků	25	65,8
1x za rok	4	10,5
2x za rok	9	23,7
Celkem	38	100

Tabulka č. 13: Jak často supervize probíhá?



Graf č. 15: Frekvence supervize.

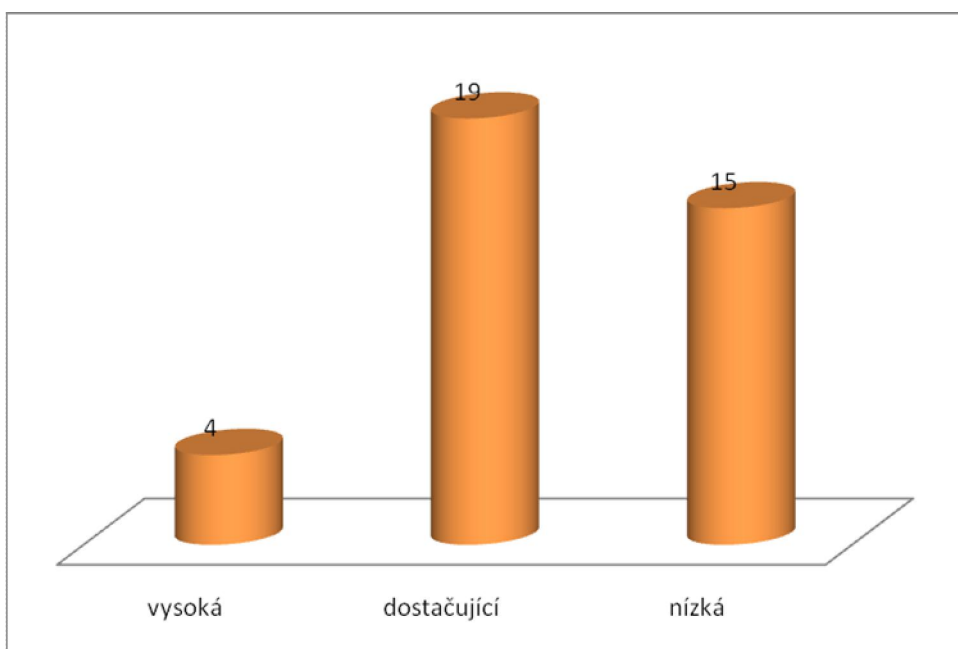
Zde byla možnost volné odpovědi, kdy více než polovina respondentů (65,8%) uvedla, že supervize probíhá tak často, jak pracovníci potřebují. Pouze 4 respondenti (10,5%) uvedli, že mají možnost supervize jedenkrát za rok a 23,7% pracovníků mají možnost docházet na supervizi dvakrát do roka.

Jaká je úroveň supervize na Vašem pracovišti?

Dále jsme se zajímali o úroveň supervize na pracovišti. Respondenti měli na výběr ze tří předem připravených odpovědí. Tabulka č.14 a graf č. 16 názorně zobrazují četnost odpovědí u položky č. 18.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vysoká	4	10,5
dostačující	19	50
nízká	15	39,5
Celkem	38	100

Tabulka č. 14: Jaká je úroveň supervize na Vašem pracovišti?



Graf č. 16: Úroveň supervize.

Pouze 4 respondenti (10,5%) konstatovali, že úroveň supervize je vysoká. Největší zastoupení (50%) měla odpověď, že úroveň supervize je dostačující (tuto variantu uvedlo 19 respondentů). Až 15 dotázaných (39,5%) se domnívá, že úroveň supervize na jejich pracovišti je nízká. Určitě by bylo přínosné, kdyby na každém pracovišti v sociálních službách byla možnost kvalitní supervize

5.4 Kvalita života

Ve IV. části dotazníku byly zahrnuty pouze položky s číselnou škálou od 1 do 5. Cílem bylo zjistit subjektivní pohled na některé z činitelů kvality života osob pečujících v domovech pro seniory, které by mohly ovlivňovat kvalitu života osob pečujících.

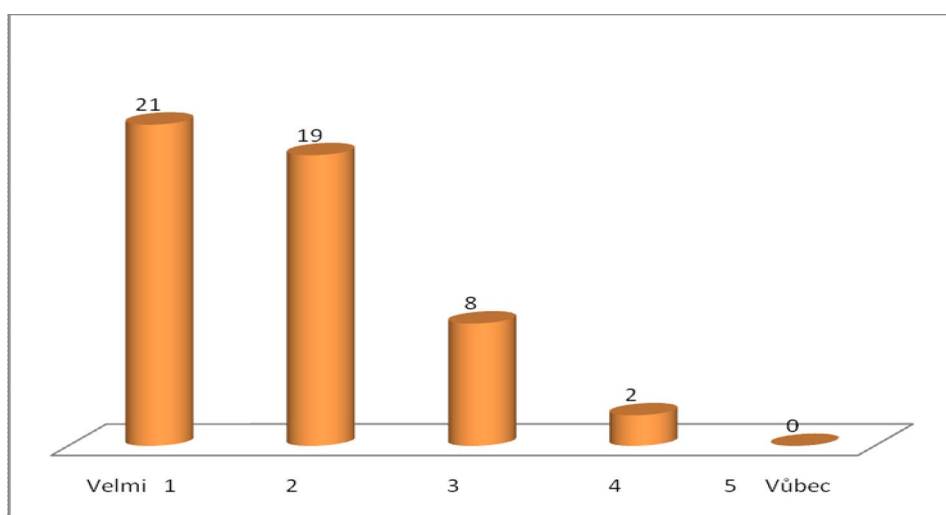
Číselná škála byla složena z pěti bodů, kdy bod č. 1 byl vyjadřován slovem „velmi“ a bod č. 5 byl zástupcem pro označení „vůbec“. Bod č. 3 byl neutrálním bodem, kdy tento bod při odpovědi neznamenal ani velmi, ani vůbec.

Když přicházíte po práci domů, cítíte se vyčerpaní?

Následující položka hodnotí, zda se pracovníci cítí vyčerpaní, když přicházejí po práci domů. Tabulka č. 15 a graf č.17 nám zřetelně zobrazují četnosti odpovědí u položky č. 19.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	21	19	8	2	0	50
Relativní četnost (%)	42	38	16	4	0	100

Tabulka č. 15: Když přicházíte po práci domů, cítíte se vyčerpaní?



Graf č. 17: Když přicházíte po práci domů, cítíte se vyčerpaní?

Celkem 21 respondentů (42%) uvedlo, že se cítí velmi vyčerpaní. Skoro stejný počet dotázaných (38%) na číselné ose vybralo bod č. 2. Z toho vyplývá, že většina

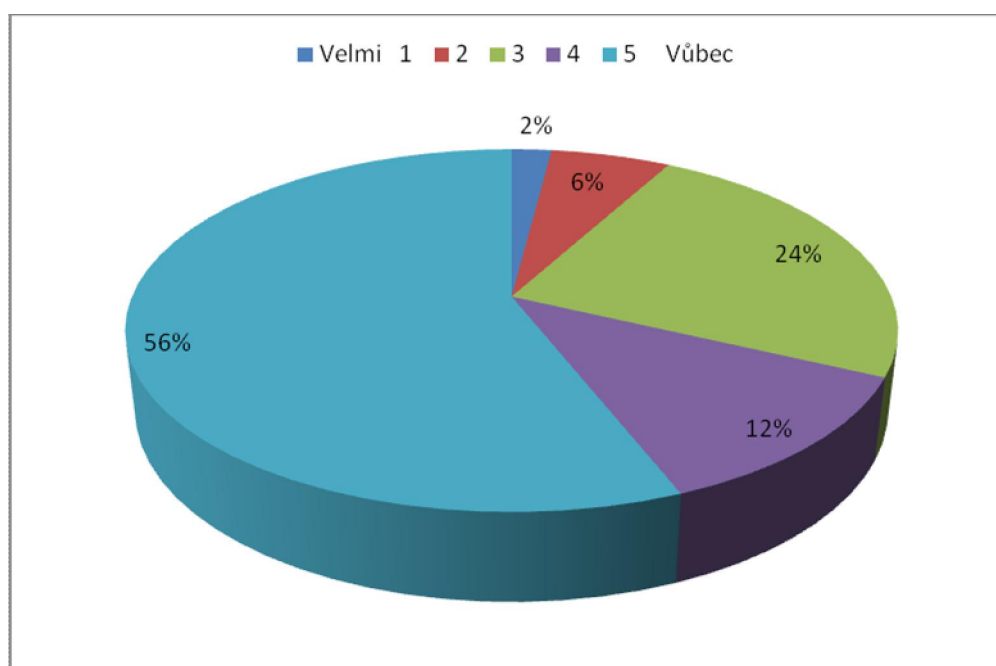
z pracovníků se cítí spíše vyčerpáni. Nikdo z dotázaných (0%) nevedl možnost, že se po práci necítí vůbec unavený. 8 respondentům (16%) nemělo vyhraněnou odpověď, a proto na číselné škále vybrali bod č. 3. Pouze 2 dotázaní (4%) se přiklonili k bodu č. 4.

Máte čas se věnovat nějakým volnočasovým aktivitám?

V položce č. 20 jsme se zaměřili na volnočasové aktivity pečujících osob. Četnosti odpovědí můžete vyčíst z tabulky č. 16 a z grafu č. 18.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	1	3	12	6	28	50
Relativní četnost (%)	2	6	24	12	56	100

Tabulka č. 16: Máte čas se věnovat nějakým volnočasovým aktivitám?



Graf č. 18: Volnočasové aktivity.

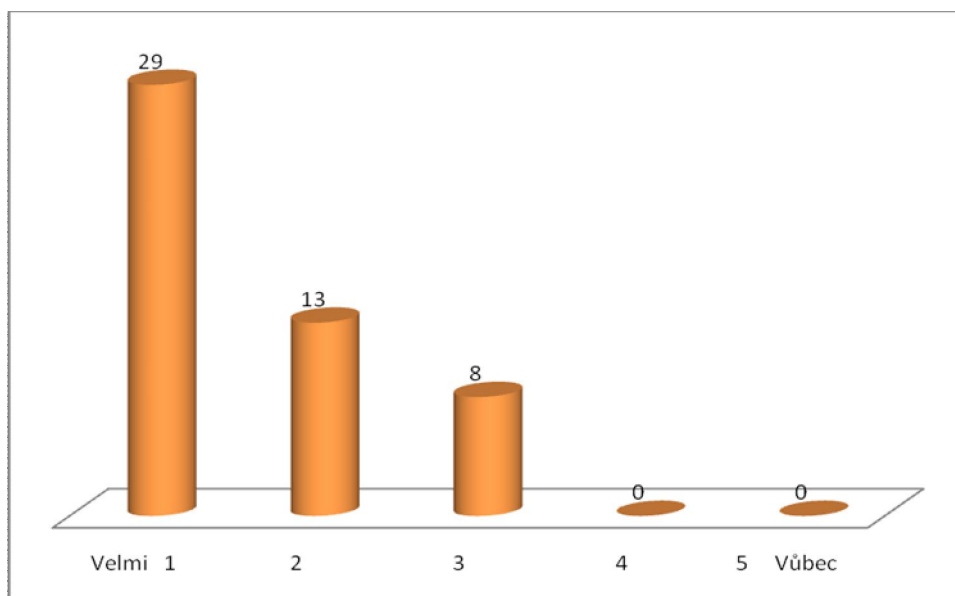
Z uvedených odpovědí lze konstatovat, že více jak polovina respondentů (56%) vůbec nemá čas se věnovat volnočasovým aktivitám. Opět si všimněme, že se respondenti přiklání spíše k bodům v pravé části škály. Pouze 1 dotázaný (2%) má pocit, že na volnočasové aktivity má hodně času.

Myslíte si, že se míra Vaší empatie snížila od doby, kdy jste do zaměstnání nastoupil/a?

U této položky bylo cílem zjistit, zda se empatie pracovníků snížila od doby, kdy nastoupili do zaměstnání. Tabulka č. 17 a graf č. 19 zobrazují získaná data k položce č. 21.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	29	13	8	0	0	50
Relativní četnost (%)	58	26	16	0	0	100

Tabulka č. 17: Míra empatie.



Graf č. 19: Míra empatie.

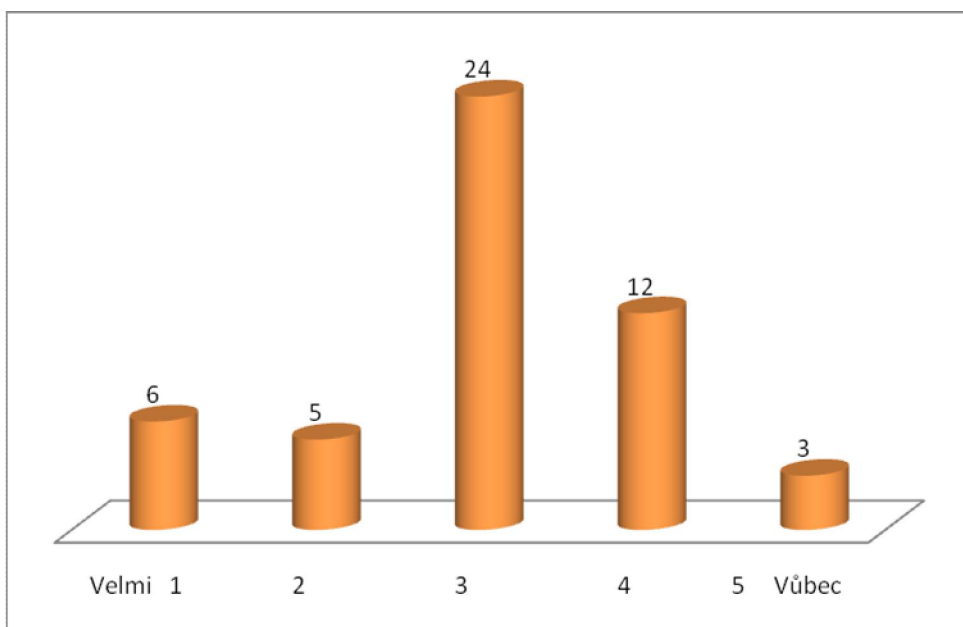
Následující výsledky jasně ukazují na fakt, že více jak polovina dotázaných (58%) má pocit, že se jejich empatie velmi snížila. Dále 13 osob (26%) zvolilo na číselné škále bod č. 2 a 8 respondentů (16%) se přiklonila k bodu č. 3. Nikdo z respondentů neoznačil body č. 4 a č. 5. Tyto výsledky mohou poukazovat na to, že míra empatie se v zařízeních sociálních služeb časem snižuje. A přitom empatie je jedním z důležitých předpokladů pro vykonávání této profese.

Od té doby, co vykonáváte svou profesi, jste se stal/a méně citlivý/á k lidem

Cílem bylo zjistit, zda pracovníci v domovech pro seniory mají od doby, kdy nastoupili do tohoto zaměstnání, sníženou citlivost vůči ostatním lidem. Tabulka č. 18 společně s grafem č. 20 zobrazuje četnost odpovědí k položce č. 22.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	6	5	24	12	3	50
Relativní četnost (%)	12	10	48	24	6	100

Tabulka č. 18: Od té doby, co vykonáváte svou profesi, jste se stal/a méně citlivý/á k lidem



Graf č. 20: od té doby, co vykonáváte svou profesi, jste se stal/a méně citlivý/á k lidem.

6 respondentů (12%) odpovědělo, že se jejich citlivost k druhým lidem velmi snížila. Pouze 5 dotázaných (10%) označila na číselné ose bod č. 2 a ještě méně pracovníků (6%) má dojem, že jejich citlivost k druhým lidem se vůbec nesnížila. Největší zastoupení v odpovědích měl bod č. 3, kdy takto odpovědělo 24 respondentů (48%), takže mají pocit, že se jejich citlivost nijak nezměnila. Dále pak 12 dotázaných (24%) zakroužkovalo bod č. 4.

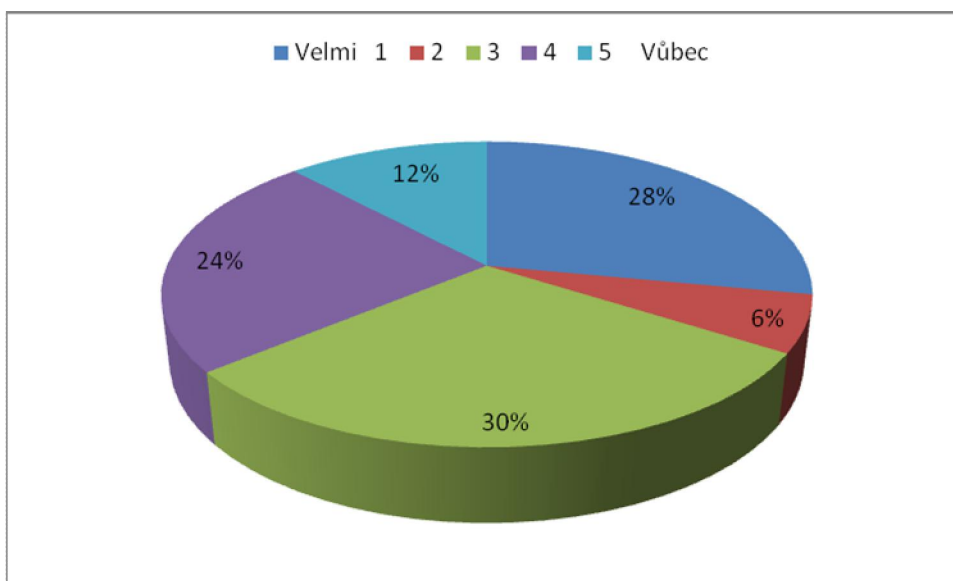
Tolerance k ostatním lidem se mi za dobu vykonávání této profese výrazně snížila

Tolerance je důležitým faktorem pro vykonávání této profese, a proto jsme chtěli zmapovat, zda se za dobu vykonávané profese snižuje, nebo zda zůstává stejná. Tabulka č. 19 přehledně ukazuje četnosti odpovědí k položce č. 23. Graf č. 21 pak názorně zobrazuje tyto četnosti.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	14	3	15	12	6	50
Relativní četnost (%)	28	6	30	24	12	100

Tabulka č. 19: Tolerance k ostatním lidem.

Graf č. 21 názorně ukazuje získaná data k položce č. 23.



Graf č. 21: Tolerance k ostatním lidem.

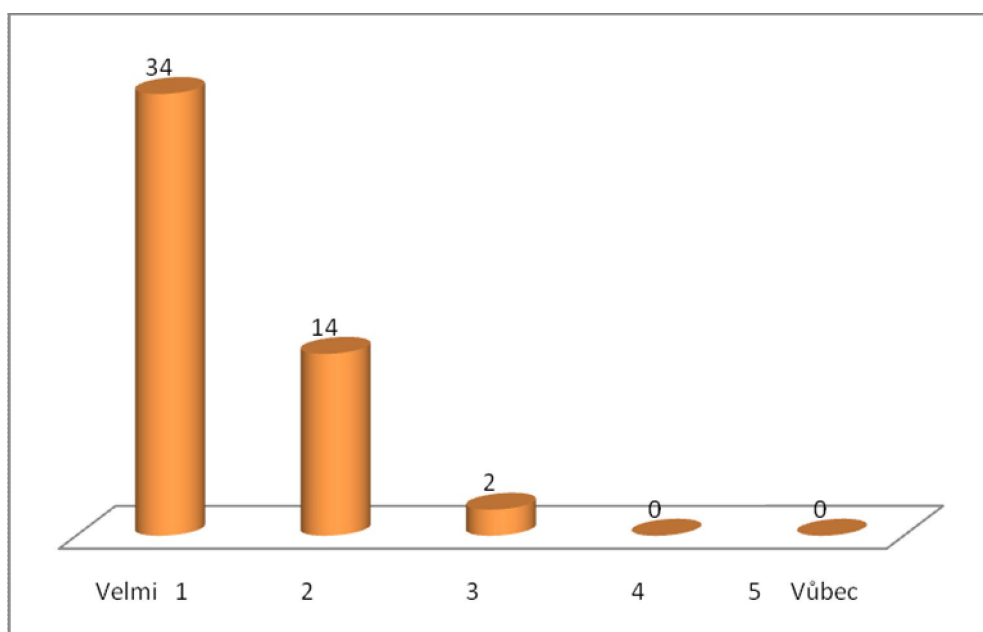
Až 14 dotázaných (28%) odpovědělo, že tolerance k ostatním lidem se velmi výrazně snížila od té doby, co vykonávají tuto profesi. Naopak pouze 6 pracovníků (12%) má pocit, že se jejich tolerance vůbec nesnížila. Velké procentuální zastoupení (30%) měl u této otázky bod č. 3 na číselné ose. 12 dotázaných (24%) označilo bod č.4 a bod č. 2 byl uveden u 3 respondentů (6%).

Občas na sobě pocítujete příznaky syndromu vyhoření

Zajímalo nás, zda na sobě osoby pečující v domovech pro seniory někdy pocítují jakékoliv příznaky syndromu vyhoření. Tabulka č. 20 a graf č. 22 přehledně zobrazují četnost odpovědí k položce č. 24.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	34	14	2	0	0	50
Relativní četnost (%)	68	28	4	0	0	100

Tabulka č. 20: Příznaky syndromu vyhoření



Graf č. 22: Příznaky syndromu vyhoření.

Překvapující bylo, že ve většině případů (68%) respondenti odpověděli, že tyto příznaky na sobě velmi pocítují. To může souviset např. s odpověďmi na položky č. 15 (kdy někteří z respondentů uvedli, že na jejich pracovišti nemají možnost supervize), nebo potom s kteroukoliv jinou položkou, kde jsme zjišťovali subjektivní pocity na kvalitu života osob pečujících (položky č. 19 -26). Když se podíváme na odpovědi zaznamenané v tabulce č.20, zjistíme, že většina respondentů se přiklonila k bodům na číselné ose spíše vlevo, tedy blíže ke slovnímu vyjádření „velmi“. A to přesněji ve

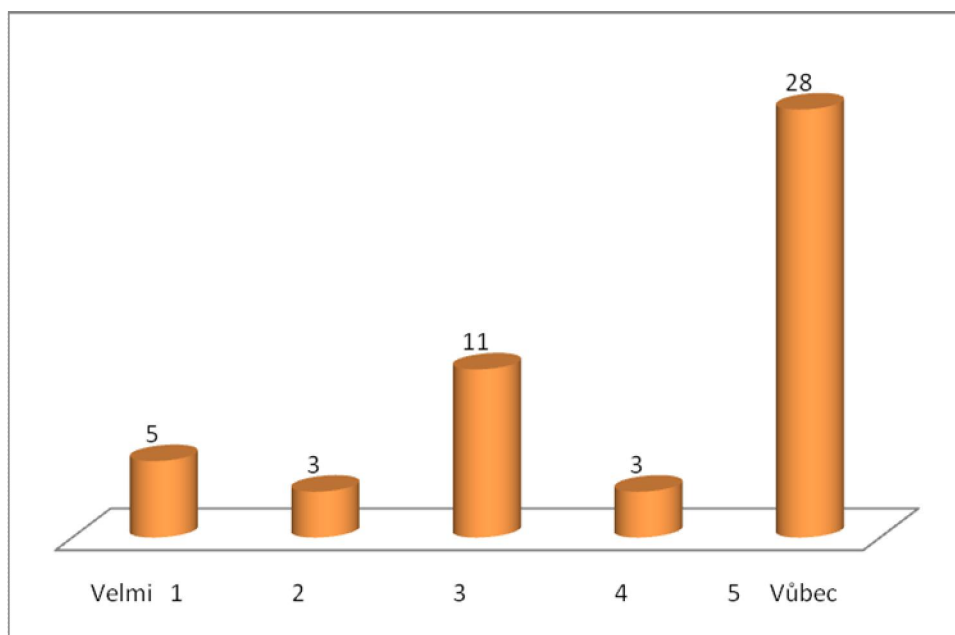
14 případech (28%) bod č. 2 a pouze dva dotázaní vybrali bod č. 3. Nikdo z pracovníků na číselné škále neoznačil body č. 4 a č. 5.

Máte pocit, že je Vaše práce něčím přínosná?

Pro pečující osoby je důležité, aby pro ně byla jejich práce pro klienty přínosná. Četnosti odpovědí jsou zaznamenány v tabulce č. 21 a v grafu č. 23.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	5	3	11	3	28	50
Relativní četnost (%)	10	6	22	6	56	100

Tabulka č. 21: Máte pocit, že je Vaše práce něčím přínosná?



Graf č. 23: Máte pocit, že je Vaše práce něčím přínosná?

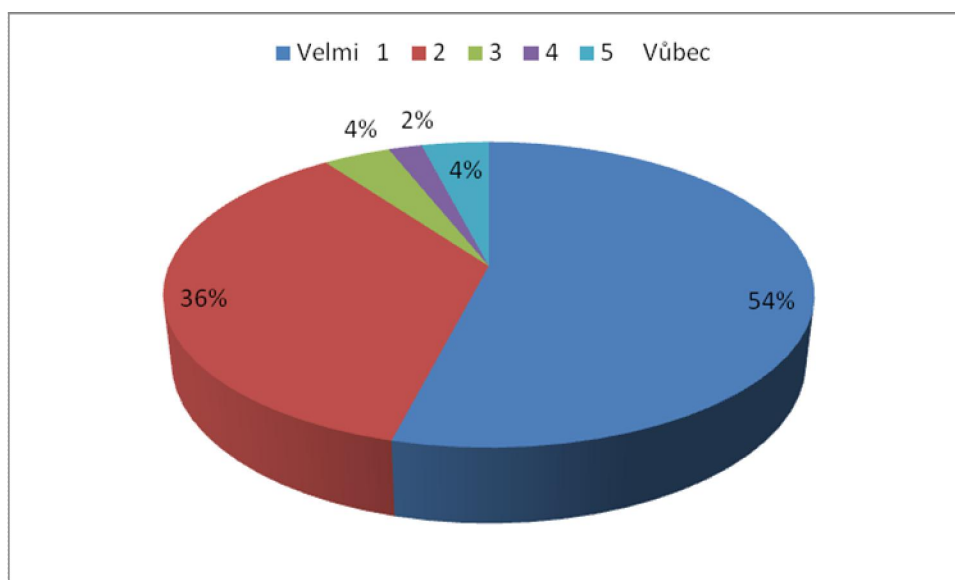
Zajímavé, ikdyž trochu očekávané, bylo zjištění, že více jak polovina respondentů (56%) odpověděla, že mají pocit, že jejich práce není vůbec přínosná. Pouze 5 pracovníků (10%) uvedlo, že si myslí, že jejich práce je velmi přínosná. Celkem 11 respondentů (22%) svůj pocit ohodnotilo na číselné škále bodem č. 3. Body č. 2 a č. 4 se pak objevily ve stejném procentuálním zastoupení, a to v 6%.

Celodenní práce s lidmi je pro Vás skutečně namáhavá

V poslední položce IV. části dotazníku nás zajímalo, zda je celodenní práce s lidmi pro osoby pečující v domovech pro seniory skutečně namáhavá. Tabulka č. 22 spolu s grafem č. 24 názorně zobrazuje četnost odpovědí u položky č. 26.

	Velmi 1	2	3	4	Vůbec 5	Celkem
Absolutní četnost	27	18	2	1	2	50
Relativní četnost (%)	54	36	4	2	4	100

Tabulka č. 22: Celodenní práce s lidmi je pro Vás skutečně namáhavá



Graf č. 24: Celodenní práce s lidmi je pro Vás skutečně namáhavá.

Více než polovina respondentů (54%) odpovědělo, že celodenní práce s lidmi je pro ně velmi namáhavá. Až 18 dotázaných (36%) na číselné ose zakroužkovalo bod č. 2. Body č.3 a č. 5 měly stejné procentuální zastoupení, a to 4%. Pouze jeden respondent (2%) označil bod č. 4.

Na samý závěr jsme respondenty vybídli, aby napsali své připomínky nebo myšlenky k problematice kvalita života pečujících osob v domovech pro seniory. Pouze 2 respondenti (4%) této možnosti využili a danou kolonku vyplnili.

Jeden pracovník uvedl, že ocenil tento dotazník, protože tak alespoň vidí, že se lidé o tuto problematiku stále častěji zajímají a věří, že by to mohlo pečujícím osobám v domovech pro seniory pomoci.

Druhý respondent pouze na závěr připsal, že doufá, že se kvalita sociálních služeb v budoucnostilepší alepší se tak přístup k osobám pečujícím v domovech pro seniory, protože se mu zdá, že tohle povolání je silně nedoceno z řad samotných seniorů.

5.5 Dotazník SEIQoL

Tímto dotazníkem stanovujeme „Systém individuálního hodnocení kvality života“. Jde o způsob zjišťování kvality života, vycházející z osobních představ dotazovaného o tom, co on nebo ona považuje za důležité. Hodnoty každého respondenta jsou tedy naprosto individuální a jedinečné, proto je jejich vyhodnocení z hlediska úsporného řešeno následovně. Pokusila jsem se stanovit obecnější kategorie, do kterých bych mohla jednotlivá kritéria zařadit.

Nejčastěji zmiňovanou, a tedy zřejmě nejdůležitější kategorií pro respondenty, se stala kategorie, kterou jsem označila jako „**Spokojený a šťastný život**“, a to pro 15 respondentů (30%).

Na druhém místě se nejčastěji zmiňovanou stala kategorie „**Zdraví**“, a to 13 respondenty (26 %).

Třetí nejčastěji zmiňovanou kategorií se stala, a to celkem u 10 dotázaných (20%), „**Práce a finanční zabezpečení**“

Další kategorií byla „**Možnost dalšího vzdělávání**“, kdy tuto variantu uvedlo 8 respondentů (16%).

Poslední nejčastěji zmiňovanou kategorií se stala „**Pomoc jiným lidem**“ a to u 4 respondentů (8 %).

Pro úplnost zmíním i další hodnoty, které respondenti uváděli: víra, sociální jistoty, přátelé, rodina, partnerské vztahy, koníčky, osobní volno.

6 Závěry šetření

Průzkum byl realizován prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření, které probíhalo v domovech pro seniory ve čtyřech různých krajích České republiky (a to přesně ve Zlínském, Jihomoravském, Pardubickém a Královéhradeckém). Celkem bylo osloveno 63 respondentů, ovšem pouze 50 z nich se do šetření zapojilo.

Cílem průzkumu bylo zmapovat některé činitele kvality života pečujících osob v domovech pro seniory ve vybraných krajích České republiky, mimo jiné zejména zjistit, jak vnímají svůj život pracovníci v domovech pro seniory, jaké mají podmínky pro vykonávání jejich práce, zda jsou spokojeni s těmito podmínkami. Cílem bylo také přijít na to, jak se u osob pečujících snížila tolerance k druhým lidem, nebo jejich empatie vůči klientům.

První část dotazníku měla za úkol zmapovat informační data o cílové skupině osob. Zajímavým výsledkem bylo, že v domovech pro seniory pracují častěji ženy než muži. To může být dáno tím, že tato práce je velmi náročná a málo finančně ohodnocená, a proto většina mužů po vystudování nezůstává v tomto oboru, ale často si hledá práci na jiných, zajímavějších (a hlavně finančně výhodnějších) místech. Tuto profesi nejčastěji vykonávají ženy ve věkové kategorii 41-50 let. Nikdo z respondentů nebyl mladší 20 let, to může vypovídat o tom, že mladí lidé po vystudování školy si raději hledají jinou profesi. Většina dotázaných byla z řad vysokoškoláků. Délka přímé práce s klienty za den byla nejčastěji uváděna 7-8 hodin, což může také negativně ovlivňovat kvalitu života pečujících osob. Z průzkumu vyšlo najevo, že dokonce až 5 respondentů pracuje s klienty denně 9-10 hodin. Myslíme si, že při tak náročné profesi by pracovní doba neměla přesáhnout 8 hodin. Více jak polovina respondentů pracuje v domovech pro seniory 6-10 let, což může být doba, za kterou se u každého zákonitě projeví nějaké příznaky syndromu vyhoření, a proto je důležitá prevence např. ve formě supervize. (Tuto problematiku jsme více zmapovali ve III. části dotazníku).

Druhá část dotazníku měla za úkol zjistit, jaké jsou pracovní podmínky na pracovišti. Zajímavým zjištěním bylo, že až 23 respondentů uvedlo, že je jejich práce vůbec nenaplňuje. U otázky, co by dotázaní změnili na pracovišti, kde působí, byla ponechána možnost volné odpovědi. Zde bych uvedla nejčastěji zmíněné odpovědi: snížit počet

klientů v zařízení (tuto odpověď uvedlo až neuvěřitelných 56% respondentů), zkrácení pracovní doby (47% dotázaných), přijmout více pracovníků, protože na jednoho pracovníka připadá velký počet klientů (21% respondentů) a mít možnost častější supervize na pracovišti (5% respondentů). Dalším zajímavým zjištěním bylo, že skoro polovina respondentů je velmi nespokojena s finančním ohodnocením za odvedenou práci. To lze řešit např. změnou financování a toku finančních prostředků.

Třetí část dotazníku se zabývala prevencí syndromu vyhoření. Zde se jako stěžejní jevil fakt, že až 24% respondentů nemá možnost supervize na pracovišti. Řešením je nastavit systém supervizí tak, aby byl funkční i na nejnižších článcích péče, tedy u konkrétních pečovateli. Tento systém by se neměl týkat jenom práce supervizorů, ale rovněž systémových změn v pracovních podmínkách rezidenčních zařízení. Ostatní respondenti využívají supervize většinou tehdy, když sami potřebují a to nejčastěji formou střídání individuální a skupinové supervize. Ovšem 15 respondentů uvedlo, že si myslí, že supervize na jejich pracovišti má nízkou úroveň. Tento problém lze řešit např. změnou supervizora.

Čtvrtá část dotazníku se zabývala kvalitou života, kdy cílem bylo zjistit subjektivní pocity o vlastním životě pečujících osob. Zarážejícím zjištěním bylo, že až 42% dotázaných se cítí vyčerpaní, když dojdou po práci domů a celých 56% nemá čas na volnočasové aktivity, u kterých by třeba mohli přijít na jiné (než pracovní) myšlenky. Tento problém by šel částečně řešit společnými mimopracovními aktivitami v rámci zařízení, ovšem obáváme se, že většina z pracovníků by této možností ani nevyužila. Alarmující byl fakt, že tolerance a empatie se výrazně snížila za dobu, kdy respondenti vykonávají danou profesi. Zato citlivost k druhým lidem se většinou neměnila (pouze v 6 případech se velmi snížila, což je celkem zanedbatelné číslo v našem průzkumu). Důležitým poznatkem bylo, že až 68% respondentů na sobě občas pociťuje příznaky syndromu vyhoření. Z toho lze usoudit, že prevence je nedostačující a měla by být na vyšší úrovni, a tím tak tomuto problému předcházet.

Pátou částí byl dotazník SEIQoL, kdy jde o způsob zjišťování kvality života, vycházející z osobních představ dotazovaného o tom, co on nebo ona považuje za důležité. Hodnoty každého respondenta jsou tedy naprosto individuální a jedinečné, proto je jejich vyhodnocení z hlediska úsporného

řešeno následovně. Pokusila jsem se stanovit obecnější kategorie, do kterých bych mohla jednotlivá kritéria zařadit. Nejčastěji zmiňovanou kategorií se stala „Spokojený a šťastný život“. Do této kategorie spadaly odpovědi jako – šťastný život, bezstarostný život, mít v životě pohodu a klid apod. Druhou nejčastěji zmiňovanou kategorií bylo „Zdraví“ (zde spadalo jak zdraví samotných respondentů, tak i členů jejich rodiny a přátel). Dalším důležitým kritériem byla „Práce a finanční zabezpečení“, kde respondenti uváděly odpovědi jako např. finance, zabezpečená budoucnost, vydělat si na cestování atd. „Možnost dalšího vzdělávání“ byl dalším důležitým faktorem pro respondenty. Zde patřily následující odpovědi: možnost profesního růstu, podpora pana ředitele k dalšímu studiu, možnost různých kurzů, vzdělávacích programů atd. Pátou nejčastěji uváděnou kategorií byla „Pomoc jiným lidem“, kdy tato možnost zahrnovala odpovědi: pomoc druhým a dobrovolnická činnost.

K vyřešení všech uvedených problémů však zbývá ještě provést některá další šetření, týkající se dalších, v naší práci nezařazených faktorů – například schopnosti pečovatelů individuálně se vyrovnat s existujícími zátěžovými činiteli vlastní práce.

ZÁVĚR

Fenomén kvalita života se stal v posledních letech často diskutovaným tématem. Jako velmi závažný problém se v tomto ohledu jeví kvalita života osob pečujících o osoby seniorského věku v rezidenčních zařízeních. Bylo prokázáno, že existují jistá rizika, související právě s touto pomáhající profesí, mimo jiné, riziko vzniku syndromu vyhoření, zejména při dlouhodobé péči.

V naší práci jsme se pokusili tento fenomén popsat a řešit v podobě strukturování a analýzy některých vybraných faktorů, které mohou mít bezprostřední vliv na jeho vznik. V teoretické části se jednalo hlavně o vymezení propedeutických témat s tímto souvisejících. Šlo především o problematiku specifik osob seniorského věku (například evolučních, případně vzniklých vlivem chorobných procesů ve stáří atp.), přehled nabízených zdravotních a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu, vymezení termínů pečující osoba, syndrom vyhoření, supervize a kvalita života.

Praktická část měla za úkol prakticky naplnit hlavní cíl diplomové práce, kterým bylo zmapovat některé činitele kvality života pečujících osob v domovech pro seniory ve vybraných krajích České republiky, mimo jiné zejména zjistit, jak daní pracovníci vnímají svůj profesní život.

K tomuto sloužilo dotazníkové šetření (jež shromáždilo maximálně možné množství potřebných podkladových informací ke skutečné kvalitě života osob pečujících v domovech pro seniory), z něhož vyplynula některá varující zjištění – zejména: že osoby pečující o seniory v rezidenčních zařízeních mnohdy mají nadměrně dlouhou pracovní dobu, starají se o velký počet uživatelů služeb, jsou vyčerpaní z práce se seniory s vyššími stupni závislosti na péči, nemají vždy odpovídající podmínky pro práci atp. To jsou jedny z důležitých faktorů rizika vzniku syndromu vyhoření. Když se k těmto rizikům ještě přidá nedostatečná míra prevence (např. ve formě supervize, kdy značná část respondentů nemá vůbec možnost supervize na jejich pracovišti), tak je situace ještě horší. Jako varující se jeví skutečnost, že výrazná část pracovníků v domovech pro seniory také uvedla, že se jejich tolerance a empatie výrazně snížila od doby, co nastoupili do toho zaměstnání.

Řešením je nastavit systém supervizí tak, aby byl funkční i na nejnižších člancích péče, tedy u konkrétních pečovateli. Tento systém by se neměl týkat jenom práce supervizorů, ale rovněž systémových změn v pracovních podmínkách rezidenčních zařízení. Důležitými se v tomto směru jeví zejména: efektivní a smysluplné další

vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí (včetně vymezení v něm získaných důležitých klíčových kompetencí), změna (či úprava) některých standardů sociální péče, změna financování a toku finančních prostředků apod. K tomu však zbývá ještě provést některá další šetření, týkající se dalších, v naší práci nezařazených faktorů – například schopnosti pečovatelů individuálně se vyrovnat s existujícími zátěžovými činiteli vlastní práce.

LITERATURA

- BALOGOVÁ, B. *Seniori*. Prešov: AKCENT PRINT, 2005. ISBN 80-969274-9-3.
- DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. *Měření kvality života v sociální psychiatrii*. ČS psychiatrie, 93, 1997, č. 8.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství 10*. První vydání. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-363-5.
- HOLMEROVÁ, J., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002. ISBN 80-86541-12-6.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2
- JANEČKOVÁ, H. *Bydlení seniorů – kvalita domova jako podmínka kvality života*. Gerontologické aktuality, č. 8, 2005.
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- KALVACH, Z a kol. *Geriatric a gerontologie*, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 382-178-94.
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života dětí a dospívajících I*. Brno: MSD spol. s r.o., 2006. ISBN 80-86633-65-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody řízení sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80 210-3345-2.

- MÜHLPACHR, P., VAĎUROVÁ, H. *Problematika kvality života – vymezení, dimenze, měření*. In BARTOŇOVÁ, M., PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Sborník k projektu „Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce“, spolufinancovaný z EU a českého státního rozpočtu. Brno: MSD, s. r. o., 2005. ISBN 80-86633-31-4.
- PAYNE, J a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 807254-657-0.
- PIPEKOVÁ, J a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠEFFLOVÁ, M. *Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů s transverzální míšňí lézí v kontextu speciální andragogiky*. Rigorózní práce, Brno: Masarykova univerzita, 2001.
- TOKÁROVÁ, A. *Sociální práce. Kapitoly z dějin, teorie a metodiky sociální práce*. Prešov: FF PU, 2002. ISBN 80-8068-086-8.
- TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. *Syndrom vyhoření – Manuál pro kurzy*. Praha: Hestia, 2002
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.
- Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

INTERNETOVÉ ZDROJE

SOCIÁLNÍ SLUŽBY. [cit. 18. 1. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>>

HOSPICE. [cit. 4. 3. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>>

DOMÁCÍ PÉČE. [cit. 17. 12. 2010]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->>

LDN. [cit. 5. 9. 2010]. Dostupné na WorldWideWeb: <<http://ldn-praha6.cz/>>

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA. [cit. 17. 11. 2010]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.mpsv.cz>>

DOMOVY PRO SENIORY. [cit. 2. 2. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>

OSOBY PEČUJÍCÍ. [cit. 15. 3. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev3.pdf>

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI. [cit. 1. 4. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.socialnipecce.brno.cz/texty/62/podmenu/122/kdo-je-zadatelem-o-prispevek-na-peci-a-kdo-je-pecujici-osoba-/>>

PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. [cit. 5. 2. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>

SYNDROM VYHOŘENÍ. [cit. 18. 10. 2010]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://syndrom-vyhoreni.cz/>>

SUPERVIZE. [cit. 10. 2. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.venglarova.cz/supervize.htm>>

WHO. [cit. 12. 12. 2010]. Dostupné na WorldWideWeb: <<http://www.who.int/en/>>

KVALITA ŽIVOTA. [cit. 7. 1. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc>

METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA. [cit. 12. 12. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb: < <http://www.vojenskaskola.cz>>

PRŮZKUM KVALITY ŽIVOTA V EVROPĚ. [cit. 14. 2. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/cs/1/EF0852CS.pdf>>

DOMOV PRO SENIORY ČERNÁ HORA. [cit. 12. 1. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb: <<http://www.domovch.cz>>

DOMOV PRO SENIORY BUREŠOV. [cit. 14. 1. 2009]. Dostupné na WorldWideWeb:
<<http://www.dsburesov.cz>>

DOMOV PRO SENIORY BOROHRADEK. [cit. 30. 3. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb: <<http://www.ddborohradek.cz>>

DOMOV PRO SENIORY MORAVSKÁ TŘEBOVÁ. [cit. 14.1.2009]. Dostupné na WorldWideWeb: <<http://www.ddmt.cz>>

CENTRUM PRO PODPORU ZDRAVÍ UNIVERZITY TORONTO. [cit. 15. 1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>>

ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. [cit. 14. 11. 2010]. Dostupné na World Wide Web: <<http://zakony-online.cz>>

POBYTOVÉ SLUŽBY. [cit. 20. 10. 2007]. Dostupné na World Wide Web:
<<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web>>

PŘEDNOSTI A ÚSKALÍ POBYTU V DOMOVECH PRO SENIORY. [cit. 3. 4. 2011]. Dostupné na WorldWideWeb: <<http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a632-Vyhody-a-nevyhody-bydleni-v-domove-pro-seniory.aspx>>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Fotogalerie domova pro seniory Černá Hora.

Příloha č. 3: Fotogalerie domova pro seniory Burešov Zlín.

Příloha č. 4: Fotogalerie domova pro seniory Borohrádek.

Příloha č. 5: Fotogalerie domova pro seniory Moravská Třebová.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: **Dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Petra Kodešová a studuji speciálně pedagogickou andragogiku na UP v Olomouci.

Prosím o pomoc v podobě vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit jako výzkumná metoda sběru dat ve výzkumné části mé diplomové práce na téma Kvalita života osob pečujících o seniory v domovech pro seniory. Cílem výzkumu je zjistit, jaká je kvalita života osob pečujících o výše zmíněné uživatele sociálních služeb. Věřím, že výsledky tohoto šetření mohou přispět ke zmapování potřeb a snad i postupnému zlepšování situace u osob pečujících.

Předem děkuji za ochotu a čas, který tomuto dotazníku věnujete.

I. část – údaje o respondentovi

Zakroužkujte, prosím, odpovídající údaje o Vaší osobě:

1, Jsem: **a,** muž **b,** žena

2, Věk:

3, Dosažené vzdělání:

.....

4, Aktivně jsem v tomto zařízení zaměstnán/a po dobu:

.....

5, Kolik hodin denně trvá Vaše přímá práce s klienty?

.....

6, Kolik klientů připadá na jednoho sociálního pracovníka v zařízení, ve kterém pracujete?

.....

7, Do které skupiny , dle stupně závislosti, spadají klienti, se kterými se na Vašem pracovišti nejčastěji setkáváte?

.....

II. část – pracovní podmínky

8, Naplňuje Vás Vaše práce?

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

9, Jste spokojen/a s danými pracovními podmínkami na Vašem pracovišti?

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

10, Je něco, co byste změnil/a v zařízení, kde pracujete?

.....

.....

.....

11, Jste spokojeni s finančním ohodnocením za Vaši odvedenou práci?

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

12, Cítíte neúměrně zvýšený dohled Vašich nadřízených?

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

13, Na našem pracovišti panují přátelské vztahy

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

III. část – prevence

14, Máte možnost konzultovat pracovní problémy na pracovišti s ostatními odborníky z jiného pracoviště?

Velmi 1 2 3 4 5 **Vůbec**

15, Máte možnost supervize?

a, ano

b, ne

16, Pokud ano, jakou formou supervize probíhá?

a, individuální

b, skupinová

c, týmová

d, jiný typ:

.....

17, Jak často supervize probíhá?

.....

18, Jaká je úroveň supervize na Vašem pracovišti?

a, vysoká

b, dostačující

c, nízká

IV. část – kvalita života

19, Když přicházíte po práci domů, cítíte se vyčerpaní?

Velmi 1 2 3 4 5 **Vůbec**

20, Máte čas se věnovat nějakým volnočasovým aktivitám?

Velmi 1 2 3 4 5 **Vůbec**

21, Myslíte si, že míra Vaší empatie se snížila od doby, kdy jste do zaměstnání nastoupil/a?

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

22, Od té doby, co vykonáváte svou profesi, jste se stal/a méně citlivý/á k lidem

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

23, Tolerance k ostatním lidem se mi za dobu vykonávání této profese výrazně snížila

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

24, Občas na sobě pocítujete příznaky syndromu vyhoření

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

25, Máte pocit, že je Vaše práce něčím přínosná?

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

26, Celodenní práce s lidmi je pro Vás skutečně namáhavá

Velmi 1 2 3 4 5 Vůbec

V.část – dotazník SEIQoL

Prosíme o vyplnění tabulky, která se skládá ze tří částí – levé, střední a pravé části. Do levé a pravé části budete vypisovat čísla procent, do střední části text. **Nejprve prosím vyplňte následující – střední část:**

STŘEDNÍ ČÁST: prosím vypište pod sebou vašich **pět nejdůležitějších životních cílů**. Tyto životní cíle můžeme také pojmenovat jako to, o co se ve vašem životě nejvíce snažíte, co je vaším „hnacím motorem“, co je vaším smyslem života, o čem vám v životě jde především a nejvíce, pro co žijete nebo čeho chcete dosáhnout.

LEVÁ ČÁST: zde prosím vyznačte číselně v procentech (např. 10% 30% 20% ...) do každého řádku k napsanému životnímu cíli **důležitost tohoto životního cíle** pro vás. Dohromady můžete použít nejvíce 100%.

PRAVÁ ČÁST: napište prosím ke každému vašemu životnímu cíli (opět v procentech) **míru spokojenosti s tím, jak se vám daří tento životní cíl naplnit.** Použijte škálu od 0% do 100%, kde 0% znamená nejnižší míru spokojenosti a 100% maximální spokojenost s tím, jak se vám daří tento konkrétní životní cíl naplňovat. V této části nemusí součet ve všech řádcích činit 100%. Takže – do střední části vypíšete pět svých životních cílů, v levé části vyznačíte v procentech jejich důležitost pro Vás a v pravé části uvedete jak se Vám tyto cíle daří naplňovat – opět v procentech.

LEVÁ ČÁST

STŘEDNÍ ČÁST

PRAVÁ ČÁST

Důležitost životního cíle (v každém řádku v % - součet pěti řádků musí být 100%)	Životní cíl - oč vám v životě jde především, co je smyslem vašeho života...	Míra spokojenosti s naplněním životního cíle (v každém řádku od 0% do 100% - součet nemusí být 100%)

Pokud máte nějaké připomínky, nebo vlastní myšlenky, které by se vztahovali k problematice kvality života pečujících osob v domovech pro seniory, prosím, podělte se o ně s námi.

.....

.....

Příloha č. 2: Fotogalerie domova pro seniory Černá Hora.

Obr. č. 1: Budova domova pro seniory Černá Hora



Obr. č. 2: Jednolůžkový pokoj



(dostupné na World Wide Web:

<http://www.antee.cz/ddch/index.php?nid=4585&lid=CZ&oid=603127>), cit. 12. 1. 2011)

Příloha č. 3: Fotogalerie domova pro seniory Burešov Zlín.

Obr. č. 3: Budova domova pro seniory Burešov Zlín



Obr. č. 4: Ukázka canisterapie v domově pro seniory



(dostupné na World Wide Web: <http://www.dsburesov.cz/index.php?rubrika=2-o-nas>, cit. 14. 1. 2009)

Příloha č. 4: Fotogalerie domova pro seniory Borohrádek.

Obr. č. 5: Budova domova pro seniory Borohrádek



Obr. č. 6: Lékařská ambulance v domově pro seniory



(dostupné na World Wide Web: <http://www.ddborohradek.cz/foto.htm>, cit. 30. 3. 2011)

Příloha č. 5: Fotogalerie domova pro seniory Moravská Třebová.

Obr. č. 7: Aktivity seniorů – pečení perníkových srdíček



Obr. č. 8: Jednolůžkový pokoj



(dostupné na World Wide Web: <http://www.ddmt.cz/fotogalerie.php>, cit. 14. 1. 2009)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Petra Kodešová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Kvalita života pečujících osob v domovech pro seniory.
Název v angličtině:	The quality of life of people who take care of elderly.
Anotace práce:	Předmětem diplomové práce je přiblížit problematiku kvality života pečujících osob v domovech pro seniory. Cílem práce bylo zmapovat některé činitele kvality života pečujících osob v domovech pro seniory ve vybraných krajích České republiky, mimo jiné zejména zjistit, jak vnímají svůj život pracovníci v domovech pro seniory.
Klíčová slova:	osoby seniorského věku, péče, osoby pečující, syndrom vyhoření, supervize, kvalita života.
Anotace v angličtině:	The main focus of this work is to describe the quality of life of people who take care of elderly. The main aim was to analyze some factors of quality of life of people who take care of elderly in residential care in chosen parts of the Czech republic and find out as well, how those people perceive their life.
Klíčová slova v angličtině:	elderly people, care, people who take care, burn-out, supervising, quality of life.
Přílohy vázané v práci:	č. 1: Dotazník č. 2: Fotogalerie domova pro seniory Černá Hora. č. 3: Fotogalerie domova pro seniory Burešov Zlín. č. 4: Fotogalerie domova pro seniory Borohrádek. č. 5: Fotogalerie domova pro seniory Moravská Třebová.
Rozsah práce:	97 stran
Jazyk práce:	čeština