

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

PETRA VAŠÁTKOVÁ

II. ročník – prezenční studium

Obor: speciálně pedagogická andragogika - navazující

ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA OSOB SENIORSKÉHO VĚKU

THE QUALITY OF LIFE'S ASPECTS OF OLDER PEOPLE

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

OLOMOUC 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Aspekty kvality života osob seniorského věku vypracovala samostatně. Všechny prameny, z nichž jsem čerpala informace, jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

V Olomouci dne 14. 4. 2010

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za cenné rady a pomoc při zpracovávání diplomové práce.

Zároveň bych chtěla poděkovat všem, kteří mi jakýmkoli způsobem pomohli a v práci mě podporovali. Díky patří také Domovu pro seniory Lanškroun a jeho pracovníkům za umožnění výzkumu a těm klientům, kteří se do něj zapojili.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU	8
1.1 Stáří a stárnutí.....	9
1.1.1 Biologické stáří.....	11
1.1.2 Psychické stáří.....	13
1.1.3 Sociální stáří.....	15
1.2 Adaptace na stáří	16
1.3 Příprava na stáří.....	17
1.4 Systém péče o osoby seniorského věku	19
1.4.1 Sociální služby	19
1.4.1.1 Pobytové služby	20
1.4.1.2 Ambulantní služby	20
1.4.1.3 Terénní služby.....	21
1.4.2 Zdravotnické služby	21
1.4.3 Vzdělávací a volnočasové služby.....	22
1.4.4 Senioři a domov pro seniory	24
2 KVALITA ŽIVOTA.....	26
2.1 Vymezení kvality života.....	27
2.2 Dimenze kvality života.....	28
2.3 Historie kvality života	28
2.4 Nástroje a metody měření kvality života.....	29
2.5 Kvalita života seniorů.....	31
2.6 Aspekty kvality života seniorů	32
2.6.1 Zdraví a úroveň soběstačnosti	33
2.6.2 Vztahy s okolím.....	34
2.6.3 Bydlení	34
2.6.4 Materiální zabezpečení.....	35
2.6.5 Možnosti seberealizace.....	35
2.6.6 Úroveň poskytovaných služeb.....	36
3 PRAKTICKÁ ČÁST	37
3.1 Charakteristika zařízení	38
3.2 Charakteristika cílové skupiny	39
3.3 Život v zařízení.....	39
3.4 Metodika.....	41
3.5 Výsledky šetření	43
3.6 Shrnutí	53
ZÁVĚR	56

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ Z PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Nacházíme se v době, kdy v populaci přibývá seniorů rychleji než jedinců v jiném věkovém období. Příčiny jsou podle Říčana (2004) dvě. První trvalá, která spočívá v prodlužování lidského věku. Druhá příčina je dočasná a tvoří ji snižování porodnosti. I různé statistiky uvádí, že populace stárne. Tento jev není typický pouze pro Českou republiku, objevuje se samozřejmě i v jiných státech Evropy a po celém světě.

Nejen problematika stárnutí je v současné době velmi diskutovaným tématem. Je také patrný zvyšující se zájem o kvalitu života jako takovou. V souvislosti s postupným stárnutím společnosti tudíž vzrůstá zájem o zkoumání kvality života seniorů. Plně si uvědomujeme, že kvalita života je obtížně definovatelná a tedy i náročná na zjišťování a porovnávání.

Cílem práce je vymezit vybrané aspekty kvality života seniorů v konkrétním zařízení, které hrají zásadní význam při jejím zajištění. Zajímá nás, jaké z aspektů mají na zajištění kvality života největší vliv. Dále co osoby seniorského věku považují za nejdůležitější k tomu, aby prožívali kvalitní bezstarostný život. V souvislosti s tímto si pokládáme také otázku, jakou roli hraje poskytovaná služba – v našem případě domov pro seniory (dále jen domov) – při zajišťování kvality života svým klientům? Závisí kvalita života na jejích vybraných aspektech?

Pro výzkum jsme zvolili metodu dotazníku. Jako výzkumný vzorek pak osoby seniorského věku z Domova pro seniory Lanškroun, které jsem měla možnost poznat díky svým souvislým praxím a dobrovolnictví. Během svého „působení“ v tomto zařízení, jsem často přemýšlela nad otázkou, zda senioři umístění do domovů z jakýchkoli důvodů, mohou prožívat svůj život stejně kvalitně jako ti, kteří mají možnost bydlet samostatně. Další otázka, byla, zda je možné, aby se kvalita života seniora jeho pobytem v domově zvýšila? Tzn., zda domov pro seniory může pro určitou skupinu seniorů vytvořit lepší podmínky pro život, než kdyby tyto osoby žily samostatně ve své vlastní domácnosti.

Výsledky našeho šetření budou po domluvě s poskytovatelem sociální služby použity ke stanovení doporučení vedoucích ke zvýšení kvality života osob seniorského věku v tomto zařízení.

Práce je rozdělena do několika kapitol. Na začátku charakterizujeme osoby seniorského věku, zabýváme se biologickým, psychologickým i sociálním stářím, adaptací a přípravou na toto období a také potřebným systémem péče v České republice. Druhá kapitola pojednává o kvalitě života, její historii, dimenzích a metodách jejího měření. Snažíme se specifikovat

kvalitu života osob seniorského věku a její aspekty. V poslední kapitole přistupujeme k praktické části této práce. Kromě samotných výsledků výzkumu přibližujeme vybrané zařízení – již uvedený Domov pro seniory Lanškroun, život v něm a cílovou skupinu, kterou tvoří klienti tohoto zařízení.

V textu jsme se rozhodli používat termín senior, případně osoba seniorského věku s ohledem na věkové hledisko. V praktické části z hlediska péče užíváme často termín klient, nebo uživatel služby.

1 OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU

V odborné literatuře se setkáváme s různými termíny označujícími osoby seniorského věku. V gerontologii je to termín *geront* (z řeckého *gerón* = starý muž). Z latinského *senex* je odvozen lékařský pojem *senilita* a *senilní*, v běžné řeči mají ale tato slova hanlivý význam. V psychologii je užíváno pojmu *senescent*, v běžné mluvě *důchodce* (Kozáková, Müller, 2006, Petřková, Čornaničová, 2004). Nyní je ustáleným termínem *senior*, který je Kozákovou a Müllerem (2006) považován za významově neutrální. Osoby seniorského věku můžeme označit i termínem *osoby ve stáří*.

Období stáří se stejně jako celý lidský život dá periodizovat, například podle kalendářního (chronologického) věku, biologického, sociálního a psychického věku.

Podle kalendářního stáří¹ rozdělil toto období do tří kategorií Příhoda (1974) a označil ho jako *senium*:

- *Senescence*: 60 – 75 let.
- *Kmetství*: 75 – 90 let.
- *Patriarchium*: 90 let a více.

Další periodizaci z hlediska kalendářního věku provedla Světová zdravotnická organizace (WHO) (In Jesenský, 2000) v 60. letech 20. století, jako hranici stáří stanovila věk 60 let a pracuje s patnáctiletými cykly:

- *Rané stáří*: 60 – 74 let (starší, stárnoucí člověk, vyšší věk).
- *Vlastní stáří*: 75 – 89 let (pokročilé pravé stáří, *senium*).
- *Dlouhověkost*: 90 let a více.

Častěji se ale uplatňuje členění, které můžeme najít například u Jesenského (2000), nebo Mühlpachra a Staníčka (2001):

- *Mladší stáří* (young old): 65 - 74 let (problematika adaptace na penzionování, na přebytek volného času – důležitý rozvoj aktivit).
- *Stáří seniori* (old-old): 75 – 84 let (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob).
- *Velmi staří seniori* (very old): 85 a více let (významné sledování soběstačnosti a zabezpečení).

¹ Jesenským (2000) označován také jako věk matriční, chronologický.

Věk nad 90 let bývá označován jako *dlouhověkost*. Počet lidí v tomto věku stoupá díky zvyšování úrovně lékařské péče, zvýšení životní úrovně, snížení nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost (Kozáková, Müller, 2006).

Pacovský (1988) rozlišuje *věk funkční*, tj. věk odpovídající skutečnému funkčnímu potenciálu člověka, neboli věk skutečný. Funkční věk se nemusí shodovat s věkem kalendářním.

Kalvach (2004) z funkčního věku vychází a dělí seniory do skupin dle jejich funkční zdatnosti, rizikovitosti a potřeby zdravotnických služeb:

- *zdatní senioři* – výkonní senioři, nepotřebují péči, měli by být edukováni, pravidelně preventivně prohlíženi;
- *nezávislí senioři* – za běžných okolností nevyžadují žádnou službu, přechodné zhoršení jejich stavu je způsobeno vlivem nějaké zátěže (operace, závažné onemocnění);
- *křehcí senioři* – hrozí u nich riziko pádů, zhoršení kognitivních schopností, psychická labilita, většinou využívají zdravotnické i sociální služby, případně domácí péči.

Autor upozorňuje i na tzv. *zcela závislé seniory*, kteří jsou zcela nesoběstační, vyžadují nepřetržitou pomoc a péči, často jsou hospitalizováni v různých zařízeních.

1.1 Stáří a stárnutí

Existuje mnoho definic stárnutí a stáří. Většinou zahrnují individuální involuční proces, který je nevratný (pravděpodobně geneticky zakódován) a je ovlivněn i životním prostředím (Jarošová, 2006). Pojďme se podívat, jak oba termíny definují různí autoři.

Mühlpachr (2004, s. 18) definuje stáří následovně: „*Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).*“

Pojem stáří podle Vágnerové (2007) přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale i úbytek energie a proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Stáří je obdobím relativní svobody, zároveň se v něm hromadí nevyhnutelné ztráty ve všech oblastech.

Stáří je také spojeno s významnými sociálními změnami, jako je například osamostatnění dětí, odchod do důchodu a další (Kozáková, Müller, 2006).

Zavázalová a kol. (2001, s. 11) rozlišuje pojmy stárnutí a stáří: „*Stárnutí a stáří nejsou pojmy totožné. Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Stárnutí je proces*

všeobecný – stárne celá populace – zároveň individuální – stárne konkrétní jedinec. ...
Rozeznáváme stáří kalendářní, biologické, psychické, sociální, demografické apod.“

Mühlpachr (2004, s. 18) uvádí, že: „*Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decenia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.*“

Špatenková (2003, s. 103) stárnutí popisuje jako: „...*přírozený, nezvratný zákonitý proces univerzální pro celou přírodu; souhrn změn jak ve struktuře, tak funkcích organismu, který podmiňuje jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a kulminuje v terminálním stádiu a ve smrti.*“

Stárnutí Holásková (In Šimíčková Čížková, 2005) chápe jako komplexní proces, který se odehrává během celého lidského života od narození dítěte, přes jeho dospívání až ke smrti. Rozlišuje stárnutí normální a předčasné (tzn. vlivem poruch v biologickém vývoji nebo vlivem neúměrného a dlouhodobého přetěžování organismu). V tomto si neodporuje s Příhodou (1974, s. 239), který stárnutí popisuje jako: „...*pokračující dění těchž vývojových činitelů, jde o fyziogenický pochod nerozlučně vpjatý do celoživotní kontinuity, nevidíme v něm degeneraci nebo dokonce nemoc...*“.

Stáří může být posuzováno z různých hledisek. Z hlediska biologického, podle stavu našich orgánů a buněk. Z psychologického hlediska, podle toho, jak se cítíme. Z hlediska sociologického, tzn., jak nás vidí okolí a společnost. Nejdůležitější je ale náš subjektivní pohled, tedy jak se vidíme my sami. Kalendářní věk vypovídá jen o matematickém vyjádření nebo zaznamenání jdoucího času. Z tohoto vyplývá, že tedy není možné objektivně stanovit, kdy stáří začíná, ani kdy je člověk starý (Kubů, Radechovská, 2006).

Proces stárnutí je tzv. *diskontinuitní*, což znamená nesouvislý. V některých obdobích života lidé stárnou rychleji než v jiných. Toto může probíhat i v podobě tzv. předčasného stárnutí (Haškovcová, 2002).

Proces stárnutí je ovlivňován různými faktory. Jak například uvádí Špatenková (2003) je to způsob životosprávy, prodělané nemoci, životní náplň (vzdělání, zkušenosti, zájmy), vyrovnávání se s překážkami, adaptace na životní změny, adaptace na život ve starobním důchodu (důchod mimo jiné představuje ztrátu životního stylu, sociálních kontaktů, náplně života, stimulace, aktivizace atd).

Haškovcová (1989, s. 21) dodává: „*Vyzrálé, jasné stáří má své typické vnější poznávací znaky. Nelze je zakrýt a nelze je ani přehlédnout ... zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo čitelné ve tváři, v gestech, v chůzi. Ani psychika nebyla ušetřena involučního procesu.*“

Zkoumáním biologických, fyzických a psychických vlastností stárnoucího organismu i sociálními aspekty stáří, se zabývá nauka o stárnutí a stáří - *gerontologie*. *Gerontopsychologie* sleduje psychické změny v průběhu stárnutí a stáří. Období stárnutí a stáří je navíc mnohem méně probádáno než období dětství a dospívání (Holásková, In Šimíčková Čížková, 2005). Lékařský obor, který se zaměřuje na stáří, se nazývá *geriatrie* (Říčan, 2004).

Vágnerová upozorňuje, že postoj společnosti ke stáří je spíše negativní. Stáří je považováno za období chátrání, takový člověk není společnosti ničím přínosný. Z tohoto vyplývá ageismus, tj. podle autorky: „... postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života“ (Vágnerová, 2007, s. 309). Šiklová (2007, s. 114) se přidává: „Nenaučíte-li se vy mladí komunikovat se starými lidmi a pochopit generační myšlení těch druhých, bude společnost ještě roztržitější a ještě méně homogenní, než je dnes. ... Snažte se teď vy mladí pochopit nás staré, mluďte s námi, poslouchajte naše názory a vědte k tomu naslouchání i své děti.“ Šiklová uvádí pro příklad i krásný příběh týkající se postojů a vztahů společnosti ke stáří (viz příloha č. 1).

Podobně reaguje akademik Josef Charvát (In Haškovcová, 1989, s. 45): „Stáří je ztráta programu. Stáří jako etapa lidského života nemá dnes jasný obsah. Být v důchodu znamená být neproduktivní, neužitečný a starý. Být starý znamená zdržovat, překážet, být na obtíž. Otvírá se tu prostor pro všechny mýty o stáří. To proto, že jsme smysl lidského času vztáhli pouze k jedné zcela určité roli, kterou člověk odcházející do penze ze dne na den skutečně přestává hrát: profesní role, degradovaná na zaměstnanecký poměr, je uznávanou sociální rolí. Člověk bez práce se stává Nikým. Penzionování je proto děsivou událostí, aktem, který člověka „hází do starého železa“. Odchod do důchodu vyrazuje člověka ze světa pracujících, tj. hodnoty vytvářejících a proto hodnoty hodných lidí.“

V následujícím textu se budeme zabývat vymezením stáří z hlediska biologického, psychického a sociálního.

1.1.1 Biologické stáří

Biologické stáří, jak uvádí Mühlpachr (2004), označuje konkrétní míru involučních změn (např. atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů atd.).

Špatenková (2003) k biologickým projevům stárnutí řadí především fyzické změny, zhoršení smyslového vnímání. Autorka uvádí, že až 90 % seniorů má problémy se zrakem, které se dají kompenzovat nošením brýlí, 80 % z nich má také problémy se sluchem.

Holásková (In Šimíčková Čížková, 2005) uvádí přehled projevů stárnoucích lidí:

- pokles tělesné hmotnosti (změny tělesných proporcí) a výšky (degenerativní změny chrupavky, atrofie kostí, sesedání meziobratlových plotének);
- úbytek svalové výkonnosti a souhry neuromuskulárního aparátu (klesá rychlost, pružnost a hbitost pohybů, zvýšené riziko úrazu);
- úbytek funkcí vnitřních orgánů (snížené výkonnostní maximum srdce; zhoršená činnost plic - hlavně u kuřáků; onemocnění cévního systému; změny nervového systému – úbytek neuronů, také psychické potíže – obtížnost rozpomínání a učení, zhoršení slovní reprodukce apod.; motorické zvláštnosti – chvění končetin, vratkost, těžkopádnost apod.; snížení odolnosti k nepříznivým vlivům a adaptabilnosti na změny prostředí; degenerace žláz s vnitřní sekrecí mají vliv na změny chování člověka – ospalost, ztráta vitality apod.);
- změny kůže (mizení podkožního tuku, pokles obsahu vody v kůži, přibývají vrásky kolem očí, rýhy okolo úst, váčky pod očima, vznikají pigmentace);
- šedivění a vypadávání vlasů (podmíněno spíše geneticky než věkem);
- zpomalení růstu nehtů;
- vady chrupu (zmenšení čelisti, poklesnutí brady);
- změny v obličeji (vrásčitost, suchost, pigmentace, zvětšování špičky nosu, ztenčení horního rtu, prodloužení ušního boltce, mění se výraz očí atd.);
- postupné zhoršující se vnímání (změny ve smyslových orgánech – snížená ostrost vnímání, klesá citlivost na podněty, nedostatečná rozlišovací schopnost; snížení rychlosti přenosu informací);
- degenerativní změny zraku (snížení zrakové ostrosti, horší rozpoznávání barev atd.);
- degenerativní změny sluchu (sluchová informace rychle odezní – to u seniorů způsobuje nervozitu, podezíravost, podrážděnost atd.; ve společnosti raději hovoří sami; při kontaktu odstranit šumy, hluk, zřetelně artikulovat bez zbytečného zvyšování intenzity hlasu);
- involuční změny čichu a chuti (atrofie čichových buněk, ale kvalita čichových vjemů se výrazně nemění; zhoršení vnímání základních druhů chuti);

- sníženou termoregulaci (tělo produkuje méně tepla, senioři ztrácejí schopnost přizpůsobit se klimatickým změnám – jsou ohroženi přehřátím i podchlazením).²

1.1.2 Psychické stáří

Psychické stáří je podmíněno různými faktory – osobnostními rysy, charakteristickými psychickými změnami v průběhu stárnutí a stáří, reakcemi konkrétního člověka na jeho vlastní stáří. S psychickým stářím souvisí také *subjektivní věk*, tzn., jak se člověk sám cítí a jaké je jeho individuální sebevědomí. Projevuje se v názorech, postojích a činech (Kozáková, Müller, 2006).

Psychické změny nejsou podle Příhody (1974) tak patrné jako tělesné znaky a jsou zpravidla pozvolnější a postupnější.

Přehled psychických změn jak uvádí Špatenková (2003):

- zpomalení psychické činnosti – poruchy paměti, hlavně zpracování nových informací, dlouhodobá paměť zůstává zachována; inteligence klesá, krystalická inteligence³ zůstává; staří lidé jsou více zaměřeni na sebe a na své problémy; jsou vztahovační, citliví až přecitlivělí;
- osobnost seniora je výsledkem celého jeho předchozího vývoje a adaptace na potíže vyššího věku – čím je člověk starší, tím více se začíná podobat sobě samému, toto souvisí se změnami sociálních rolí a odkládáním masek; zvýraznění či naopak zmírnění určité tendence (např. výbušnost, paranoia, hypochondrie);
- senioři provádí rekapitulaci, bilancování života - není-li senior spokojen se svým dosavadním životem, jen těžko bude spokojen se svým stářím, v těchto případech se může rozvinout depresivní symptomatologie a suicidální (sebevražedné) úvahy⁴;

² Více informací o biologickém stáří se dozvíme například u Vágnerové (2007), Mühlpachra (2004) a Jarošové (2006). O chorobách, typických pro toto věkové období, se dočteme u Holáskové (In Šimíčková Čížková, 2005), Špatenkové (2003). Psychickými poruchami ve stáří se zabývá Pacovský (1981). Kalvach, Hrabětová (2005) doporučují prevenci nejčastějších chorob stáří.

³ Krystalická inteligence je tvořena vrozenými vlohami a získanými zkušenostmi.

⁴ Příhoda (1974, s. 279): „Sebevražednost jako sociální jev vyplývá z životního slohu senia, z psychických zvláštností stárnutí, snížené adaptace a menší odolnosti k stressu. Především odchod do výslužby znamená porušení dosavadního způsobu života, ztrátu smyslu života, jakým je pravidelná práce, ztrátu dřívějšího prestiže, značný pokles příjmů a vyřazení z kolektivu do úzkého prostředí rodiny a několika známých.“

- mnoho seniorů silně prožívá pocit osamocení – emoční deprivace ve stáří, sociální izolaci (nedostatek sociálních kontaktů způsobený nemocí, imobilitou), ale často se jedná o tzv. dezolaci (subjektivní pocit opuštěnosti, osamocení a ztráty významných citových vztahů).

Podle Holáskové (In Šimíčková Čížková, 2005) je pro stáří typický pokles duševních funkcí vyvolaný biologickými i sociálními faktory. Některé změny se dají kompenzovat a člověk má možnost se na své stáří dopředu připravit. Podle autorky si člověk může své prostředí upravit tak, aby mohl žít jak se svou případnou chorobou, tak se naučit žít bez blízké osoby a vyrovnat se s její ztrátou. Lidé, kteří byli během života aktivní, ani ve stáří nebudou trpět ztrátou sociálních kontaktů. Pasivní nebo agresivní lidé zůstávají ve stáří často opuštěni a nenáviděni.

Autorka dále uvádí, že individuální zvláštnosti procesu stárnutí jsou ovlivněny i činnostmi, kterým se člověk věnoval v průběhu života. Čím vyšší úroveň schopností, tím menší je její snížení. Přehled psychických změn podle Holáskové (In Šimíčková Čížková, 2005):

- změny ve vnímání způsobují změny ve smyslových orgánech, v nervovém přenosu a v centrálním mozkovém zpracování; zhoršené vnímání negativně ovlivňuje život starého člověka - způsobuje zpomalení reakcí, větší úrazovost, omezení různých činností (čtení, záliby ap.);
- změny rozumových schopností – zpomalení se projevuje i v psychických činnostech; stáří je charakteristické zhoršením paměti (více krátkodobé, dlouhodobá bývá zachována); závažnější jsou duševní pomlky - senior nedokončí větu, nedovypráví příběh; senior se opírá více o dřívější zkušenost, přítomnost přijímá s nedůvěrou; deteriorizace paměti ohrožuje schopnost učení, senior většinou kompenzuje úbytek schopnosti učit se dosavadními zkušenostmi (dle Příhody (1974) senior neztrácí schopnost učit se ani ve vysokém věku, tato schopnost se ale postupně snižuje); myšlenky se více zaměřují do minulosti, méně do budoucnosti, senioři ulpívají na úsudcích, které si vytvořili již dříve, v myšlení seniorů ubývá nápaditosti;
- změny citového prožívání – snížení odolnosti vůči zátěžovým situacím; citová labilita a ztráta orientace na budoucnost (není zákonitým projevem stárnutí); snížení sebehodnocení vyvolané penzionováním (ztráta společenského postavení, ztráta sociálních vztahů, změna režimu dne a prostředí, rozdíl mezi finančním příjmem); především u mužů dochází ke změně v sociálních rolích (muži častěji trpí pocity ukřivděnosti a zneuznání své osoby);

- změny v osobnosti – způsobeny změnami společenského prostředí, rostoucí izolací, tělesnou a duševní involucí; projevení sklonů a vlastností, které dokázal jedinec ve středním věku tlumit či projevovat přijatelným způsobem (šetrnost se mění v lakotu, pořádkumilovnost v perfekcionalismus, pomalost v pasivitu, energičnost ve výbušnost apod.); zesílení koncentrace na vlastní osobu, tj. egocentrismus.⁵

1.1.3 Sociální stáří

Sociální stáří je Mühlpachrem (2004) vnímáno jako období, které je vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – jedná se o penzionování, či dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Z tohoto vyplývá změna rolí, životního způsobu a ekonomického zajištění.

Existuje sociální periodizace života, která život dělí do čtyř tzv. věků. První věk (předproduktivní) značí období dětství a mládí; druhý věk (produktivní) období dospělosti; *třetí věk* (postproduktivní) období stáří. *Čtvrtý věk* je používán k označení fáze závislosti. Může tak vzniknout mylný dojem, že nesoběstačnost bývá přítomna u všech seniorů (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Pacovský (1997) připomíná, že člověk je tvor společenský, závislý na společnosti. Senior není rád sám, samota ho tíží. Sklony k izolovanosti jsou ve stáří nebezpečné. Autor dále uvádí, že jedním z charakteristických rysů sociálního stárnutí je postupné ubývání samostatnosti a narůstání závislosti. Má-li senior zájem zůstat samostatný, měl by udržovat svou výkonnost (funkční potenciál).

Stáří nemůžeme vnímat jen jako nějaké období pasivního „dožívání“. I po odchodu do důchodu se senioři často zapojují do společenského života, začne jejich nová rodinná role, mají své koníčky (Vohralíková, Rabušic, 2004). Jak dále uvádí, jen asi 5 % lidí nad 60 let využívá služeb ústavu a pomoci druhých. Z tohoto vyplývá celková představa o stáří jako o období nemoci, nemohoucnosti, závislosti a pasivity. Na ulici si zbylých 95 % seniorů ani nevšimneme, nepřipadají nám staří.

V následujícím textu se snažíme nastínit proces adaptace a přípravy na stáří.

⁵ Problematikou psychického stárnutí se zabývá také například Říčan (2004), Vágnerová (2007), Mühlpachr (2004) a Jarošová (2006).

1.2 Adaptace na stáří

Senior ve společnosti může vnímat negativní tendence a změny. Normy chování, hranice slušnosti a morálky se změnily. Stáří už se tolik netěší respektu společnosti a je spíše přítěží. Každodenní samozřejmostí se stalo používání pro seniora složitých nových technologií, jako je například mobil, počítač, internet (Kubů, Radechovská, 2006).

Biologické změny organismu pomáhají seniorům v dnešní době zvládnout lékařské prostředky. Samotná adaptace člověka na stáří záleží na mnoha faktorech. Holásková (In Šimíčková Čížková, 2005) uvádí pět strategií adjustace na stáří podle Bromleyho:

1. *Konstruktivnost* – nejlepší strategie. Senior je spokojený, se smyslem pro humor, navazuje osobní vztahy, má optimistický postoj, je soběstačný, tolerantní a přizpůsobivý. Má své zájmy, smířil se s faktem stárnutí, minulosti nelituje, je smířený se smrtí, do budoucna hledí s perspektivou.

2. *Závislost* – senior je pasivní a nesoběstačný. Očekává, že jeho citové a materiální potřeby uspokojí druzí. Je snadno unavitelný, rád odpočívá. Ve vztazích je opatrný a podezřívavý, obává se o narušení své bezpečnosti a pohodlí. Činnosti ho neuspokojují. Centrem jeho zájmu je vlastní osoba. Problémy zveličuje, čímž snadno manipuluje s blízkými lidmi.

3. *Obranný postoj* – minulost seniora byla plná aktivity a senior se nyní obává jakékoliv závislosti a hrozící ztráty aktivního života. Není schopen smířit se se svým stárnutím a hledá neustále různé činnosti. Je soběstačný a odmítá jakoukoliv pomoc. Na udržování sociálních kontaktů nemá čas.

4. *Nepřátelství* – v minulosti dotyční mívali neustálé meziosobní konflikty, mají tendenci svalovat vinu na druhé, jsou agresivní, podezřívaví a kverulantští, dogmatictí, neústupní ve svých postojích a zvycích. Neschopni konstruktivně reagovat na problémy stáří. Vůči lidem (hlavně mladým) se chovají nepřátelsky, protože jim závidí. Jejich zájmem je psaní anonymů, stížností a udání. Žijí většinou osaměle, neschopni tolerance, lásky a altruismu.

5. *Sebenávist* – senioři obrací svou nenávist vůči sobě. Mají nekonstruktivní postoje ke stáří, i když jsou smířeni s faktem smrti. Smrt berou jako vysvobození, nemívají koníčky, jsou pesimističtí, považují se za oběti svého osudu, cítí se osamělí, ale sociální kontakty nevyhledávají, jsou lítostiví a depresivní.

Senior se musí vyrovnat s postupně přibývajícími příznaky stáří, čelit možným pocitům méněcennosti, případně ošklivosti a nenávisti vůči vlastnímu tělu. Naučit se na svém těle i na těle druhého objevovat krásu a především krásu oduševnělé osobnosti (Říčan, 2004).

1.3 Příprava na stáří

Přípravu na stáří bychom měli vidět jako nutnou součást rozvoje osobnosti v průběhu života (Zavázalová a kol., 2001).

Lidé by se na stáří měli připravovat již v dospělosti nejen po stránce materiální, ale i vytvořením druhého životního programu, který umožní seberealizaci a kvalitní život v důchodovém věku. Kvalita sociálního života je ovlivněna nejen sociálním stavem, ale také ekonomikou (Kozáková, Müller, 2006).

Příprava na stáří a stárnutí je velmi významná. Proto vznikla nová oblast gerontogogika, lépe *gerontopedagogika*, čili teorie výchovy a vzdělávání ke stáří. Je nutné seniorům poskytovat informace o sociální a zdravotnické problematice tohoto období, připravit je na typické projevy stáří a naučit je stáří spokojeně prožívat. Pacovský (1981) uvádí charakteristiku funkcí výchovy a vzdělávání ke stáří:

1. *funkce preventivní* – je nezbytné začít přípravu s předstihem alespoň 10 let před odchodem do důchodu;
2. *funkce anticipační* – najít ty znalosti, dovednosti a způsoby chování, které osobu na stáří dobře připraví a proces stárnutí tak usnadní;
3. *funkce posilovací* – podle Tvaroha (1971) je funkcí nejvýznamnější, protože vede člověka k aktivnímu způsobu života ve stáří; Pacovský poukazuje na zájmy, potřeby, schopnosti jedince, které může i ve stáří rozvíjet a procvičovat; tato funkce, propaguje individuální koníčky seniorů a jejich možnosti využití v pozdějších věkových obdobích;
4. *funkce rehabilitační* – je chápána jako znovuoobnovení vyváženého stavu; tato funkce je uplatňována v etapě pracovní aktivity a v následující etapě.

Dále Pacovský (1981) doporučuje, aby příprava na stáří začínala kolem 40. roku věku s ohledem na zdravotní stav, partnerské a pracovní vztahy. V 50 letech by měla následovat příprava na ekonomické změny. Asi dva roky před odchodem do důchodu je vhodné zahájit přípravu na stáří, např. vhodnými předpenzijními kurzy. Významnou částí přípravy na stáří je pěstování a rozvíjení koníčků. Nejstabilnější jsou koníčky vázané na povolání jedince a neméně důležité jsou ty koníčky, které zajišťují společenské kontakty

Říčan (2004) také doporučuje především včas započít pěstovat osobní záliby a nezanedbávat vztahy k blízkým lidem v rodině i mimo ni, aby nehrozilo, že se navzájem vzdálíme. Podle autora nejdůležitější složkou života jsou právě blízké rodinné a přátelské vztahy.

Lidé si ve stáří pěstují stejné koníčky, jaké provozovali v předchozích letech s ohledem na svůj zdravotní stav, psychiku a možnosti (Zavázalová a kol., 2001).

Josef Švancara, profesor psychologie, (In Kalvach, Hrabětová, 2005) doporučuje usilovat o 5P, kterými jsou: *perspektiva* (zachovat, upřesňovat a pěstovat svůj životní program a pozitivní pohled do budoucna), *pružnost* (zůstat otevřený novým podnětům, usilovat o pochopení nových dějů i postupů, ve stáří se vzdělávat), *prozíravost* (vidět souvislosti mezi věcmi, vybírat přiměřené cíle a činnosti, připravit se na různé ztráty a obtíže, přemýšlet o jejich kompenzaci, včas zajistit vhodné bydlení i finanční prostředky pro klidný a aktivní život po penzionování), *porozumění* (usilovat o pochopení druhých, o dobré vztahy, nepropadat vyčítání, poučování a hádavosti), *potěšení* (pěstovat aktivně dobrou náladu, mít se načas těšit, radovat se každodenně z maličkostí).

Přípravu na stáří Zavázalová a kol. (2001) rozděluje na *dlouhodobou* (celoživotní), *střednědobou* (zhruba od 45 let věku) a *krátkodobou* (2 – 3 roky před penzionováním).

Haškovcová (2002) pro přípravu na stáří doporučuje z dlouhodobého hlediska začít u mladé generace a seznamovat ji s problematikou stárnutí a pěstovat tak základní úctu k dříve narozeným. Střednědobá příprava na stáří se zabývá otázkou, co budu dělat v důchodu (koníčky, zájmy). Krátkodobá příprava 2 – 3 roky před nástupem do penze by měla být praktická, tzn. zaměřit se na vhodné úpravy bytu, obměnit staré domácí spotřebiče, dbát na zdravý životní styl, upravit stravovací návyky, přiměřeně sportovat, posílit přátelské a společenské vztahy.

Je příhodné naučit se zdravě stárnout, na stáří se můžeme připravovat již po 40. roce věku. Některé choroby začínají již ve středním věku, příprava na zdravé stáří by tedy měla mířit k dodržování zdravého životního stylu a podpoře zdraví. Dostatečná aktivita je prostředkem prevence nesoběstačnosti ve stáří, tzn. rozvíjet dosavadní aktivity (především pohybové), hledat dostupné aktivity přiměřené zdravotnímu stavu, vzdělání, zvyklostem (tzv. náhradní aktivity) (Zavázalová a kol., 2001). Kalvach a Hrabětová (2005) doporučují nějakou přiměřenou psychickou a sociální aktivitu, například komunikaci, četbu, křížovky, stolní hry, vzdělávání atd.

Podle Mühlpachra a Staníčka (2001) je příprava na stáří stále podceňovaným programem.

1.4 Systém péče o osoby seniorského věku

V nedávné době jsme se dočkali inovace systému služeb pro seniory a způsobu jejich poskytování. Kubalčíková (In Sýkorová, Chytil, 2004) tvrdí, že obecným trendem v sociálních službách určených pro seniory je posilování těch služeb, které jim umožní zůstat ve vlastní domácnosti co nejdéle.

Kállay (In Sýkorová, Chytil, 2004, s. 281) navíc uvádí, jak je důležité zachovat si ve stáří aktivitu: *„Úspešný sociálno-ekonomický rozvoj starnúcej spoločnosti a subjektívna spokojnosť zo života v starobe bude možná len vtedy, ak si ľudia v seniorskom veku zachovajú aktivitu a zodpovednosť voči sebe a spoločnosti v ktorej žijú. Spoločnosť však musí pre seniorov vytvárať materiálne a nemateriálne podmienky pre samostatný aktívny život v starobe.“*

V dnešní době se začíná upřednostňovat ambulantní a domácí péče před péčí ústavní. Pro klienty je nepochybně nejvhodnější péče v jejich přirozeném prostředí.

Při poskytování služeb seniorům je velmi důležitá komunikace. Komunikace se seniory má své specifické zvláštnosti z důvodů jejich zhoršeného smyslového vnímání. Pro kontakt pracovníka se seniory doporučujeme dodržovat zásady komunikace uvedené v přílohách č. 2 a 3.

1.4.1 Sociální služby

Sociální služby jsou poskytovány státními i nestátními subjekty. Mezi sociální péči pro seniory můžeme zařadit sociální dávky a služby. Poskytovat sociální dávky mohou výhradně státní subjekty.

V lednu 2007 vstoupil v platnost nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v § 3 sociální službu definuje jako: *„...činnost nebo soubor činností ... zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“*

Sociální služby z uvedeného zákona zahrnují: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Tyto služby mohou být poskytovány formou pobytovou, ambulantní nebo terénní. Přehled a přesný popis činností jednotlivých sociálních služeb je uveden ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se zákon o sociálních službách provádí.

Nesmíme opomenout důležitou službu a tou je sociální poradenství, taktéž zmiňované v tomto zákoně.

Následující výčet sociálních služeb vychází z uvedeného zákona o sociálních službách.

1.4.1.1 Pobytové služby

Pobytové služby vesměs poskytují činnosti spojené s ubytováním, hygienou, stravováním. Z těchto důvodů jsou poskytovány za úplatu.

Odlehčovací služby jsou poskytovány těm seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby a o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nutný odpočinek. Matoušek (2007) tuto službu také nazývá jako úlevovou neboli respitní péči.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Oproti jiným pobytovým službám nabízí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Pod tuto kategorii spadají podle Matouška (2007) dřívější typy rezidenčních služeb: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy – penziony pro důchodce.

1.4.1.2 Ambulantní služby

Ambulantní služby jsou až na výjimky poskytovány za úplatu.

Pečovatelská služba se poskytuje seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba seniorovi napomáhá při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při stravování, při zajištění chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomáhá prosazovat práva a zájmy.

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje těm 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.

Odlehčovací služby blíže viz pobytové služby.

Centra denních služeb poskytují služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba pomáhá při osobní hygieně, při stravování, zajišťuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Stacionáře denní poskytují služby ve specializovaném zařízení seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje stejné činnosti jako pečovatelská služba a centrum denních služeb.

Sociálně aktivizační služby pro seniory jsou poskytovány osobám v důchodovém věku, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Služba především zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tato služba je poskytována bez úhrady nákladů.

1.4.1.3 Terénní služby

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba pomáhá při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomáhá při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Pečovatelská služba a průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba blíže viz ambulantní služby.

Telefonická krizová pomoc je soubor metod a technik krizové práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující, založený na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu tohoto klienta s pracovištěm telefonické krizové intervence. Jednou z nejznámějších bezplatných krizových linek pro seniory je Senior telefon, který od roku 2004 provozuje občanské sdružení Život 90.

1.4.2 Zdravotnické služby

Senioři mohou využít služeb *praktických lékařů* a různých *specialistů* v případech akutních problémů a nemocí. Praktický lékař je nejvýznamnějším článkem poskytování zdravotní péče seniorům.

Pokud je třeba dlouhodobější léčby může se využít pobytu například v *nemocnicích* na geriatrických a gerontologických odděleních, v *léčebnách dlouhodobě nemocných*, v *léčebnách a psychiatrických ústavech*.

Pro rekonvalescenci, zotavení a odpočinek mohou senioři zvolit služby *lázeňských a rehabilitačních zařízení*.

V období stáří mohou nastat nemoci, se kterými se podle Kalvacha a Hrabětové (2005) v mládí téměř nesetkáme. Choroby ve stáří mohou mít odlišné příznaky a je třeba použít odlišnou léčbu než v mladším věku.

Jednou z možností péče o seniory je *home care*, což je domácí odborná zdravotní péče. Tu provádí zkušené zdravotní sestry. U nás existuje například Asociace domácí péče sdružující jednotlivé Agentury domácí péče. Domácí péče je vhodná pro pacienty, u kterých není nutný pobyt v nemocnici a zároveň nestačí pouze laická domácí péče (Haškovcová, 2002).

Služby *hospiců*, fungujících na principu paliativní medicíny, mohou využít umírající osoby a jejich rodinní příslušníci (Matoušek, 2007).

Haškovcová (2002) uvádí základní strategii 4 x D z Vídeňského sympozia o stárnutí a stáří v roce 1982:

- *Demedicalizace* – všechno medicína nevyřeší, péče o seniory musí být zabezpečena i ambulantními zdravotnickými i sociálními službami.
- *Deinstitucionalizace* – péči o seniory nelze realizovat na lůžku v institucích, důležitá je podpora rodiny.
- *Deprofesionalizace* – o seniory se určitým způsobem může starat „každý“, nikomu nemá být bráněno, jestliže se chce účastnit tohoto procesu.
- *Deresortizace* – celospolečenská prostoupenost seniorské problematiky, každý resort může pro seniory něco udělat.

1.4.3 Vzdělávací a volnočasové služby

Na začátku zmíníme výrok Matýskové (In Sýkorová, Chytil, 2004, s. 254): „*Každá generace seniorů se v něčem odlišuje od generací předchozích, ta současná například větším důrazem na tzv. aktivní stáří. Mnozí senioři už se neupínají (tak jako dříve) ke spíše usedlému životu a k péči o vnoučata, ale (pokud jim to zdraví a okolnosti dovolí) rádi poznávají, cestují, věnují se různým zálibám a aktivitám. Řada seniorů také tíhne k aktivnímu vzdělávání, ať už v rámci různých přednášek, kurzů, univerzit třetího věku, poznávacích zájezdů.*“

Senioři, jako sociální skupina, se vyznačuje homogenizací i diferencovaností. Homogenní skupinou jsou proto, že většinou nejsou v pracovním procesu. Jejich odlišnost spočívá v různé úrovni vzdělání, původní profesi, sociálním postavení, finančních možnostech a osobních zkušenostech. Existují proto různorodé specifické vzdělávací formy: *lidové univerzity, kluby aktivního stáří, akademie třetího věku, univerzity třetího věku* (Mühlpachr, Staníček, 2001). Kalvach a Hrabětová (2005) přidávají *akademie volného času*.

Vzdělávání seniorů podle Kalvacha a Hrabětové (2005) řadíme k velmi významným volnočasovým aktivitám, které napomáhají udržet si ve stáří znalosti a orientaci v dění.

Lidové univerzity jsou specifickou formou vzdělávání používanou především ve skandinávských a německy mluvících zemích. Senior v případě zájmu může absolvovat vzdělávací program s mladými studenty. Přínosem je vzájemné ovlivňování a sbližování obou generací (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Akademie třetího věku jsou pod ochranou různých organizací a institucí a snaží se přizpůsobit místním potřebám a individuálním zájmům seniorů. Kluby aktivního stáří plní podobné poslání, jen se vyznačují trvalejšími neformálními vztahy, rozvojem osobních zájmů a poskytnutím vzájemného kontaktu (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Univerzity třetího věku jsou nejnáročnější formou vzdělávání seniorů, umožňují studium na vysokoškolské úrovni v různých oborech (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Při vzdělávání seniorů je důraz kladen na dovednosti a znalosti nových technologií, například užívání osobního počítače a internetu. Pro příklad se jedná o projekt Internet pro seniory Života 90 či o univerzitu 3. věku na elektrotechnické fakultě ČVUT (Kalvach, Hrabětová, 2005).

Mezi další volnočasové aktivity zařadíme činnosti vedené *kluby důchodců*, *seniorskými centry*, *kavárničkami* či internetovými kavárničkami pro seniory (Kalvach, Hrabětová, 2005).

Program seniorských center může obsahovat například diskusní setkání nad dobovým tiskem, kurzy memoárové literatury či kronikářství, kurzy genealogie, kurzy kreativního psaní, konverzace v cizích jazycích, stolní či karetní hry, kurzy ručních prací a řemesel či burzy kuchařských receptů (Kalvach, Hrabětová, 2005).

Kalvach s Hrabětovou (2005) nezapomínají zdůraznit také pohybovou aktivitu seniorů. Existují různé tělovýchovné možnosti pro seniory, například Kardioklub při Fakultní nemocnici v Praze Motole, různá fitness a rekondiční centra, kurzy jógy a tai-chi. Individuálně a neformálně lze provozovat chůzi, turistiku, poklusávání (jogging), severskou chůzi (nordic walking), pravidelný tanec, kondiční plavání, nebo šlapání na rotopedu.⁶

Senioři v České republice tvoří významný zdroj *dobrovolníků* v oblasti zdravotnictví a v sociálních službách. Například v Ostravě Seniorservis realizuje projekt Dobrovolníci

⁶ Více informací o vhodných cvičeních a pohybových aktivitách pro seniory nalezneme v knize M. Štilce: Program aktivního stylu života pro seniory (Praha, Portál, 2004), kde nabízí pohybové relaxační programy.

– společníci osamělých seniorů. Další uplatnění nachází senioři také ve školství (např. různé formy tzv. mentoringu) a v jiných resortech (Kalvach, Hrabětová, 2005).⁷

1.4.4 Senioři a domov pro seniory

Různé okolnosti v životě lidí neumožňují starat se o seniora v domácím prostředí. Pomoc rodinám poskytuje systém sociálních služeb a zařízení, které mohou tuto péči přímo nahradit (Bayerová In Sýkorová, Chytil a kol., 2004). Dnešní domov důchodců (nyní domov pro seniory) navíc není už místem, kde vám poskytnou jen jídlo, pití, případně léky a injekce (Mertová In Valenta, Polínek, 2007).

Významným mezníkem v životě starého člověka je právě umístění do domova pro seniory (dále jen domova) či do jiné instituce. Je to pro seniora zásadní změna životního stylu, a proto je pro něj adaptace obtížná a trvá dlouho. Ubytování v instituci znamená ztrátu osobního zázemí (senior potřebuje někam patřit), symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti seniora, může být chápáno také jako signál blížícího se konce života („poslední štace“) (Vágnerová, 2007). Bayerová dodává (In Sýkorová, Chytil a kol., 2004), že život je zde organizovaný, musí se proto dodržovat určitá pravidla.

Senior potřebuje nové prostředí poznat, aby se mu mohl přizpůsobit, a proto je důležité jej o všem informovat. Pamatujme ale, že staří lidé bývají konzervativní, hůře se přizpůsobují a každá změna je pro ně nepříjemná. Cizí prostředí může vyvolat úzkost a pocit nejistoty (Vágnerová, 2007). V některých zařízeních je možný „pobyť na zkoušku“. Případně doporučujeme nejprve několikrát přijít se seniorem na návštěvu, ještě před nastěhováním, aby měl možnost zvyknout si a seznámit se.

Senioři se v instituci nemusí starat o každodenní činnosti, které pro ně dříve byly nezbytné a samozřejmé. Tady je o vše postaráno. To ale pro některé seniory může znamenat, že jim tyto činnosti chybí, proto se mnozí z nich snaží pomáhat ostatním (Vágnerová, 2007).

Záliby seniorů jsou v zařízení často jiné než dřív, musí se totiž přizpůsobit aktuálním podmínkám. Nejoblíbenější činností obyvatel domova je četba, poslouchání rozhlasu, sledování televize a procházky (Vágnerová, 2007).

V ústavním zařízení mohou senioři lehce ztrácet své kompetence, přestávají je využívat. Personál může mít tendence se seniory manipulovat i tehdy, když to není nutné, jen aby

⁷ Dobrovolnictví provozují další různé proseniorské organizace, např. Život 90. Informace o dobrovolnictví naleznete na www.seniori.org Českého helsinského výboru, na adrese www.dobrovolnik.cz a na www.hest.cz - Národní dobrovolnické centrum Hestia (Kalvach, Hrabětová, 2005).

to bylo rychlejší. Toto může postupně vést k vypěstování zbytečné nesoběstačnosti, pasivity a k syndromu naučené pasivity (Vágnerová, 2007).

Při zajišťování ústavní péče nesmíme v první řadě opomíjet uspokojování specifických potřeb seniorů. Preferujeme zařízení menšího typu, která by vytvářela hustější síť, tudíž by byla dostupnější. Nejlepší je otevření zařízení vnějšímu světu, propojenost s dalšími službami (Jarošová, 2006). Dále si myslíme, že jestliže by bylo více menších zařízení umístěných v menších obcích, tak by se senioři nemuseli stěhovat do vzdálenějších větších měst, kde třeba nikoho neznají. Tato skutečnost by jim umožnila zůstat ve svém kraji, v blízkosti rodiny, přátel, které by mohli častěji navštěvovat.

Kalvach s Hrabětovou (2005) radí, aby dotyční při výběru domova pro seniory zohlednili nabídku služeb a volnočasových aktivit.

Konkrétně u domovů je velký problém nedostatečných kapacit a dlouhých čekacích dob od podání žádosti ke skutečnému nástupu do domova. Tady se nabízí otázka, kolik takových žádostí je doopravdy urgentních (Vohralíková, Rabušic, 2004).

Nejčastějším důvodem pro odchod do domova pro seniory jsou důvody zdravotní, následně dominují obavy z budoucnosti a osamělosti (Vohralíková, Rabušic, 2004). Kasalová (In Vohralíková, Rabušic, 2004) upozorňuje, že senioři chtějí zařadit do domova proto, aby měli pocit jistoty, že v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu, nezůstanou bez pomoci.

Haškovcová (1989, s. 187): *„Byli bychom ale nespravedliví, kdybychom nepřiznali péči v domovech důchodců také všechny ty klady, které nepochybně měla a má. I dnes existují lidé, kteří jsou v domovech rádi. Je třeba vzít v úvahu, kdo do domova odchází, proč, a co od života v něm očekává.“*

Jaké problémy senioři v domovech pro seniory řeší? Podle jakých kritérií by se měli lidé řídit při hledání vhodného zařízení? Odpověď na tyto otázky najdete v příloze č. 4.

2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je multidimenzionální pojem, který je používán v mnoha vědních oborech. Z tohoto důvodu existují různé definice i přístupy (Vaďurová, 2006).

Podle Čornaničové (In Sýkorová, Chytil a kol., 2004) se kvalita života v širším pojetí stává symbolem moderních podpůrných sociálních konceptů přístupu k jednotlivci a sociálním skupinám.

Dragomirecká (In Tošnerová a kol., 2006) zmiňuje Evropský výzkum kvality života ve stáří, který potvrdil, že kvalita života je dána subjektivním pohledem a adaptací na životní podmínky. Výsledky prokázaly úzký vztah kvality života s dostatkem smysluplných činností a nepřítomností depresivních pocitů. Potvrdilo se tak, že kvalita života více závisí na charakteristikách psychologických (pozitivní nebo negativní pocity) než na biologických (věk, zdravotní stav), sociálních (rodinný stav, vzdělání) nebo ekonomických.

Podle Možného (2002) kvalita života dává smysl, zároveň ale víme, že ji lze jen velmi obtížně vymezit a uchopit. Sociální psychologie i sociologie s ní pracují a vyvinuly rozsáhlou sadu metod na její měření, označené také jako *well-being* či *welfare*.

Podle Jesenského (2000) kvality života zahrnují širokou oblast činitelů, které nejen osobám s handicapem umožňují žít ve společnosti. Rozděluje je na *vnitřní* a *vnější činitele*. Mezi vnitřní činitele řadí somatické a psychické vybavení ovlivněné nemocí, poruchou, defektem či efektivitami. Jsou to ty aspekty, které ovlivňují rozvoj a integritu osobnosti. Vnější činitele jsou podmínky jejich existence v různých oblastech, například ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické.

Křivohlavý (2001) vnímá kvalitu života ve více rovinách:

- *makro-rovina* – kvalita života velkých společenských skupin;
- *mezo-rovina* – kvalita života malých sociálních skupin (např. škol, nemocnic, domovů pro seniory);
- *osobní rovina* – život jednotlivce, subjektivní hodnocení spokojenosti;
- *rovina fyzické existence* – chování lidí, které lze měřit a porovnávat.

2.1 Vymezení kvality života

Pojem kvalita života je velmi frekventovaný, ale přesto existují rozpory v metodologických otázkách z důvodů, že o kvalitě života se hovoří v různých vědních oborech – psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. Z toho vyplývá, že existuje spousta definic kvality života, ale zatím žádná, která by byla všeobecně uznávaná (Hnilicová In Payne a kol., 2005).

Kvalita života je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) definována jako: „*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*“. Kvalita života tedy vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci. Kategorie kvality života je multifaktoriálně ovlivněná fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovému oblastem životního prostředí jedince (In Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Hnilicová (In Payne a kol., 2005, s. 207) vystihuje kvalitu života: „*na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha 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.*“

Vymezit kvalitu života můžeme podle různých hledisek (podle medicíny, psychologie či psychiatrie a sociologie). Jedním ze způsobů, kterými sociologie nahlíží na kvalitu života, je posuzování indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společnosti, osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Názory na kvalitu života a její měřítka jsou sice různé, ale žádný z nich nemůže opominout zdraví jako její velmi podstatnou součást (Drbal, Bencko In Payne a kol., 2005).

S tímto souhlasí Prokešová (2008), podle ní pojem kvalita života většinou vychází z definice zdraví, tj. cítit se dobře z fyziologického, psychického (duševního) i sociálního hlediska. Dále jsou důležité mezilidské vztahy, sociální postavení, materiálně-ekonomické podmínky k životu, přehled denních aktivit včetně volného času, atd. Souhrnně toto můžeme nazvat jako životní spokojenost. Do životní spokojenosti můžeme shrnout postoje, hodnoty a hodnotové orientace.

Kvalita života je pojem, kterým vyjadřujeme subjektivní pocit zdraví a životní spokojenosti, odvíjející se od uznávaných hodnot (hodnotových orientací), probíhajících v průběhu času (Prokešová, 2008).

2.2 Dimenze kvality života

Kvalitu života můžeme posuzovat dvěma hledisky – *subjektivním* a *objektivním*. Jako zásadní považují odborníci subjektivní hodnocení kvality života (Vaďurová, 2006).

Objektivní kvalita života se zabývá materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami života, sociálním postavením a fyzickým zdravím. Jedná se tedy o souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek ovlivňujících život člověka (Vaďurová, 2006).

Subjektivní kvalita života zahrnuje jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti vzhledem k její kultuře a hodnotovému systému. Konečná spokojenost vyplývá ze zhodnocení jednotlivých aspektů života, jejich důležitosti a míry, do které jsou zasaženy (Vaďurová, 2006).

Podle Müllera (2006) kvalita života znamená, že člověk má subjektivní pohled na jednotlivé stránky svého života. Jeho pohled závisí např. na zdravotním stavu, věku, vlastních přáních, životních cílech a očekáváních, duchovní úrovni, rodinném zázemí, ekonomickém zajištění, možnosti seberealizace, úrovni poskytovaných služeb, postojích ostatních lidí, kultuře dané společnosti atd. Subjektivní pojetí vlastního života se často liší od objektivních pojetí z okolí dané osoby (např. osoby se zdravotním postižením nepovažují kvalitu svého života za horší, než jakou mají jejich intaktní vrstevníci).

Čornaničová (In Sýkorová, Chytil a kol., 2004, s. 145) definuje individuální kvalitu života následovně: „*Koncepcie individuálnej kvality života vychádzajú z teórie pociťovania kvality života ako subjektívnej spokojnosti, resp. nespokojnosti s vlastným životom a jeho jednotlivými oblasťami na základe vlastných predstáv, nádejí, očakávaní a presvedčení.*“

Subjektivní kvalita života se podle Hnilicové (In Payne a kol., 2005) týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalitu života dále chápe jako splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

2.3 Historie kvality života

Termín kvalita života poprvé použil Pigou v roce 1920, jeho práce se věnovala ekonomii a sociálnímu zabezpečení. Jak to většinou bývá, jeho snaha se nesetkala s ohlasem a pojem byl znovu použit až po druhé světové válce (Vaďurová, 2006). Tehdy se stala jedním z měřítek pokroku společnosti. Důležitost se začala klást na kvalitu vnějších podmínek

pro život (životní prostředí, sociální a zdravotní péči) a na vnitřní kvalitu života (spokojenost, smysluplnost, seberealizace) (Dragomirecká, In Tošnerová a kol., 2006). V 50. letech 20. století v USA byl termín kvalita života užíván jako politický slogan (Prokešová, 2008).

Brzy se přenesl do medicíny a souvisí s vymezením pojmu zdraví (Prokešová, 2008). Tímto pojmem se začala zabývat i sociologie, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života (příjem, politické zřízení atd.) od vlastního životního pocitu lidí. V této době byl také tento termín poprvé použit pro výzkumné účely (Hnilicová In Payne a kol., 2005).

Kvalitou života se v Evropě začala zabývat nevládní organizace s názvem Římský klub⁸. Ten se snažil se o zvyšování úrovně lidí a jejich kvality života se zaměřením na zkoumání a řešení globálních problémů (Vaďurová, 2006).

Mnoho publikací vyšlo v 70. letech 20. století. Všechny se snažily o stanovení indikátorů skutečné kvality života. Tato činnost vyvrcholila roku 1974 vznikem časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research) pro USA a Nizozemí (Vaďurová, 2006).

Studium kvality života zažívá rozvoj především v posledních deseti letech. Tomuto tématu se věnují výzkumné týmy po celém světě, které hledají faktory přispívající k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Také je zajímavé interakce a vztahy mezi těmito faktory (Hnilicová In Payne kol., 2005).

2.4 Nástroje a metody měření kvality života

Štilec (2004, s. 13) vyslovuje zkušenostmi podložený názor: „*posuzovat kvalitu života léty je totéž jako měřit hodnotu knihy počtem stran, obraz čtverečnými decimetry a sochu na kilogramy.*“ Čili délkou života nelze měřit jeho kvalitu a spokojenost člověka.

Z dalších zkušeností vyplývá, že vymezení pojmu kvalita života a volba měřicího nástroje závisí na účelu měření kvality života. Z toho důvodu existuje celá řada definic a nástrojů, nejvíce dotazníků a strukturovaných rozhovorů (Vaďurová a kol., 2005). To potvrzuje i Dragomirecká a Bartoňová (2006). Všeobecné dotazníky se mohou použít pro jakoukoli skupinu osob. Speciální dotazníky jsou vytvářeny pro osoby s určitými obtížemi.

⁸ Římský klub kritizoval kapitalistickou společnost, hledal způsoby humanizace světa a člověka (Vaďurová, 2006).

Dotazníky měřící kvalitu života zjišťují, jak člověk hodnotí různé oblasti svého života, jak je s nimi spokojen (oblast fyzického zdraví, prožívání, mezilidské vztahy, životní podmínky, prostředí, spirituální stránka života) (Dragomirecká, In Tošnerová a kol., 2006).

Měřením kvality života zjišťujeme rozdíly mezi přáním a očekáváním jedince na jedné straně a reálnou situací na straně druhé (Potměšil, Čichoň, Heller, 2002).

Kvalita života může být měřena ze tří pohledů dle Kirbyho:

- jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí;
- jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem;
- jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Kvalita života se dá sledovat na individuální úrovni (za účelem sestavení terapeutického plánu), na úrovni skupin pacientů (efekt léčby) i na úrovni populačních šetření (popis rizikových skupin obyvatel) (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Podle Čornaničové (In Sýkorová, Chytil a kol., 2004) je zjišťování a hodnocení kvality života složitý metodologický problém. Mezi hlavní složky většiny definic kvality života řadí pohodu (well-being), spokojenost (satisfaction), očekávání (expectation) a životní štěstí.

Metody měření kvality života můžeme dle Křivohlavého (2001) rozdělit do tří skupin:

- metody měření kvality života, kde kvalitu hodnotí druhá osoba (objektivní),
- metody měření kvality života, kde je hodnotitelem sama osoba (subjektivní),
- metody smíšené, které vznikají kombinací předchozích metod.⁹

Prostředky měření jsou jednotlivé indikátory kvality života. Metodu vybíráme dle našeho cíle zkoumání a účelu, pro který získané údaje využijeme (Čornaničová In Sýkorová, Chytil a kol., 2004).

Kvantitativní metody měření kvality života užívané pro běžnou populaci musí být v každém případě přizpůsobeny specifickým potřebám seniorů (Vaďurová a Mühlpachr, 2005).

Informace o jednotlivých nástrojích jsou v databázi ProQolid¹⁰, která je provozována mezinárodním výzkumným ústavem pro měření kvality života MAPI Research Institute.

⁹ Příklady těchto metod a více informací o nich k nalezení u Vaďurové a Mühlpachra (2005).

¹⁰ <http://www.proqolid.org>

V této databázi je na tisíc instrumentů. Nejznámějšími všeobecnými dotazníky jsou SF-36, SEIQOL a WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Měření změn v kvalitě života závislosti na zdravotní péči se věnují nástroje WHOQOL – BREF a WHOQOL – 100 (Vaňurová, Mühlbacher, 2005). Dotazník WHOQOL – 100 má celkem 100 položek, proto byla vytvořena zkrácená verze WHOQOL – BREF se 4 doménami: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (Ondrušová, 2009).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vytvořila nástroj pro měření kvality života seniorů s názvem WHOQOL-OLD, ten vychází z nástroje určeného pro běžnou populaci WHOQOL-100 a je ve fázi ověřování (Vaňurová a Mühlbacher, 2005). Tento dotazník hodnotí šest oblastí důležitých pro seniory: fungování smyslů, nezávislost, naplnění (dosažení cílů v minulosti, přínos přítomnosti a v budoucnosti), sociální zapojení (kontakty s lidmi, dostatek smysluplných činností), postoj ke smrti a umírání a intimita (Ondrušová, 2009).

V současném výzkumu kvality života dominují vědecké přístupy, zejména sociologicky, psychologicky a medicínsky orientované (Čornaničová In Sýkorová, Chytil a kol., 2004).

2.5 Kvalita života seniorů

Na úvod musíme zmínit výrok Matýskové (In Sýkorová, Chytil, 2004, s. 50): *„Kvalita života seniora (bez ohledu na míru autonomie, kterou disponuje) významně závisí na nejbližším sociálním okolí, na lidech, kterými je obklopen. V jiné situaci je starý člověk, který žije s partnerem, v kruhu rodiny, v blízkosti (a kontaktu) s dětmi, vnoučaty, dalšími rodinnými příslušníky, s bohatstvím kontaktů i mimo rodinu. Ve zcela jiné situaci je pak člověk osamělý, bez partnera, rodiny, přátel. Platí, že „samota tíží“ – a ve vyšším věku dvojnásob. Avšak pouhá přítomnost druhých lidí pro pocit spokojenosti a bezpečí nestačí. Svou roli hrají také postoje tohoto okolí ke stáří a starému člověku. Pokud u bezprostředního okolí převládá názor, že starý člověk je neužitečný, bez hodnoty, jen nepříjemnou zátěží a přítěží, a je mu to i dáváno najevo, senior pak snadno zatrpkne nebo podlehne depresi.“*

Kalvach s Hrabětovou (2005) slibují, že i bez elixíru mládí lze kvalitu života ve stáří do značné míry příznivě ovlivnit.

Pro kvalitu života seniorů je důležité vytvoření programu pro volný čas – zajištění aktivity (program úspěšného stárnutí a aktivního stáří). Kterákoli *aktivita* (sociální, psychická, fyzická) dává smysl a naplnění nejen životu ve stáří. Svou roli hraje i dostupná nabídka aktivit v rámci určité komunity (např. různé rekreace, vzdělávání, kulturní vyžití atd.) (Zavázalová

a kol., 2001). Význam tělesných aktivit je velký, kladně ovlivňují zdraví, nezávislost jedince ve společnosti, pocit společenské efektivnosti a pozitivní emoce (Štilec, 2004).

Dragomirecká (In Tošnerová a kol., 2006) uvádí některé zajímavé výsledky výzkumu kvality života, kterého se zúčastnila i Česká republika. Jednalo se o mezinárodní projekt „*Měření kvality života seniorů a její vztah k zdravému stárnutí WHOQOL – OLD*“, který potvrdil, že kvalita života je dána subjektivním pohledem, adaptací na životní podmínky. Kvalita života podle respondentů souvisela se schopností „bojovat a nevzdat to“. Další výsledky ukázaly na vztah kvality života a dostatku smysluplných činností včetně nepřítomnosti depresivních pocitů. Kvalita života je tedy více závislá na psychologických charakteristikách (pocity a prožitky) než na charakteristikách biologických (věk, zdravotní stav), sociálních (rodinný stav, vzdělání) nebo ekonomických.

Organizace spojených národů (OSN) se stárnutím věnuje v projektu „*Agenda on Ageing for the 21st Century*“, kde zformulovala prioritní oblasti zájmu: vliv stárnutí na kvalitu života a „zdravé stárnutí“; produktivita a integrace; materiální bezpečí, podpůrné sítě, péče a podpora. Hlavním cílem Agendy je vytvoření „společnosti pro všechny generace“ (Vaďurová a Mühlpachr, 2005).

2.6 Aspekty kvality života seniorů

Jak jsme již nastínili v historii kvality života, stanovení jejích indikátorů se dostalo do popředí zájmu mnoha výzkumných týmů.

Jedním z prvních, kdo vymezili faktory ovlivňující kvalitu života, byl W. Forrester. Ten mezi faktory zařadil: zabezpečení potravinami; finance zabezpečující životní standard; stav znečištění životního prostředí; stav růstu počtu obyvatel (Vaďurová, 2006).

Organizace spojených národů (OSN) v roce 1961 toto vymezení rozšířila na 12 faktorů s označením „podmínky života“. V roce 1974 Evropská komise OSN sociální indikátory rozdělila do 8 skupin: zdraví; kvalita pracovního prostředí; nákup zboží a služeb; možnosti trávení volného času; pocit sociální jistoty; možnosti rozvoje osobnosti; fyzikální kvalita životního prostředí; možnost účasti na společenském životě (Halečka In Vaďurová, 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) (In Vaďurová, 2006) rozlišuje čtyři základní oblasti pro zjištění úrovně kvality života:

- *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.

- *Psychické zdraví a duchovní stránka* – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atd.
- *Sociální vztahy* – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.
- *Prostředí* – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, provoz, hluk, klima) atd.

Tyto uvedené oblasti odpovídají jednotlivým okruhům, které uvádějí různé měřicí nástroje kvality života.

Na kvalitě života seniorů se podílí celé řada aspektů. Kromě materiálního zabezpečení a zdravotního stavu sem můžeme zařadit rodinný stav a situace (např. přítomnost partnera, ochota dětí a vnuků pečovat apod.), kvalitu bydlení, dostupnost zdravotně sociálních a dalších služeb, možnosti realizace zálib a koníčků či rozvoj sociálních kontaktů (Vohralíková, Rabušic, 2004). Podle Ondrušové (2009) to jsou zdraví, sociální prostředí, mezilidské vztahy, životní styl, hmotné zabezpečení, aktivita, zdravotní péče a sociální služby.

Mezi aspekty kvality života tudíž můžeme zařadit oblasti, jako jsou zdraví a úroveň soběstačnosti, rodinné zázemí a vztahy, bydlení, ekonomické zajištění, možnosti seberealizace (volný čas, zaměstnání, vzdělání) a úroveň poskytovaných služeb.

2.6.1 Zdraví a úroveň soběstačnosti

Zdraví a soběstačnost zajišťují lidem zapojení do běžného života bez nějakých omezení. O to důležitější je tato oblast pro seniory.

Nejužívanější definicí zdraví je definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která vymezuje zdraví jako: „... *stav úplné tělesné, duševní, sociální a spirituální pohody*“ (Špatenková, 2003, s. 9). Toto pojetí na jedné straně postihuje bio-psychosociální-spirituální jednotu, ale na druhé straně nepostihuje dynamiku procesu zdraví a je kritizováno jako nereálné (tamtéž).

Nemoc definujeme jako objektivně zjiřitelnou poruchu zdraví; souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím, resp. poruchu adaptace člověka, jako selhání nebo nedostatečnost adaptivních mechanismů při reakci na podněty z jeho prostředí (Špatenková, 2003).

S přibývajícím věkem narůstá počet osob nemocných. Senioři většinou svůj zdravotní stav hodnotí jako dobrý, z důvodů bagatelizování svých potíží. Často je považují za projevy stáří s tím, že se nedají ovlivnit. Problémové situace nastávají, když nevyhledají ani pomoc lékaře, potíže tak nadále unikají pozornosti (Zavázalová a kol., 2001).

Nesmíme zapomenout zmínit, že ne všichni senioři jsou nemocní a nesoběstační. Zavázalová a kol. (2001), uvádí, že 75 % starých osob je schopno žít zcela aktivně, jsou nezávislí a v případě zdravotních obtíží jsou schopni žít kvalitně i s nemocí.

2.6.2 Vztahy s okolím

Dobré vztahy s rodinou, přáteli a okolím jsou důležité pro všechny lidi. Vohralíková a Rabušic (2004) připomínají rodinu jako záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci ve stáří. Senioři navíc oceňují fungující vztahy v rodině a zázemí.

Rodina znamená pro člověka zázemí a jistotu. Zavázalová (2001, s. 47): „*Ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti starého člověka.*“ Ztráta kontaktů je pro člověka velkým stresem (Zavázalová a kol., 2001).

Kontakt s rodinou, s přáteli a známými je pro každého člověka nezbytný. Senior se bez častých a pozitivně laděných společenských vztahů může cítit osamělý a nešťastný (Bayerová In Sýkorová, Chytil a kol., 2004).

Problémovou situací při kontaktu s okolím se pro seniory může stát to, že obtížně rozumí technickým novinkám, mají obtíže v chápání politického a společenského dění či se neorientují ve stále složitějším jednání na úřadech. Tak mohou vznikat nepříjemná nedorozumění (Kuchařová In Vohralíková, Rabušic, 2004).

2.6.3 Bydlení

Je jisté bez rozporu, že bydlení v přiměřených podmínkách a příjemném prostředí je důležité pro pohodu všech lidí. Tím spíše je to nezbytné pro seniory, kteří tráví většinu času doma. Byt pro seniory by měl být vhodně upraven tak, aby byl především bezbariérový a bezpečný (Vohralíková, Rabušic, 2004).

Staří lidé si chtějí udržet soukromí a nezávislost, proto je pro ně důležitější samostatné bydlení ve svém bytě, domě, v případě zhoršení soběstačnosti v domě s pečovatelskou službou než společné bydlení s dětmi (Vohralíková, Rabušic, 2004).

V ústavním bydlení převažují ženy, lidé rozvedení a ovdovělí (Vohralíková, Rabušic, 2004). Dále autoři předpovídají budoucí vývoj v oblasti bydlení: „*I do budoucna lze počítat s tím, že většina seniorů bude, stejně jako nyní, schopna žít ve své vlastní domácnosti s využitím určité sociální pomoci, naopak institucionální péči bude potřebovat jen velmi malé procento seniorů. Nové generace seniorů budou přitom zvyklé na bydlení v bytech s úplným příslušenstvím. Převažujícím způsobem života seniorů zůstane bydlení ve vlastních bytech*

nebo soužití v bytě s další domácností (rodinou dětí), zvláště v rodinných domcích, ale s vlastním hospodařením“ (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 68-69).

2.6.4 Materiální zabezpečení

Vohralíková a Rabušic (2004) uvádí, že pokud senioři celkově hodnotí svůj život kladně, naopak je tomu u materiální dimenze. Dlouhodobě u této skupiny převažuje totiž pocit nespokojenosti s vlastní životní úrovní. A senioři považují stát za nejvíce zodpovědný za zajištění důstojného stáří.

Listina základních práv a svobod zaručuje občanům právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci, při ztrátě živitele. Senioři jsou zabezpečeni důchodovým pojištěním, státní sociální podporou, sociální pomocí a péčí (Zavázalová a kol., 2001).

Senior má právo na starobní důchod, jehož výše se skládá ze dvou částí: (1) základní výměru tvoří pevná částka stejná pro všechny důchody, (2) procentní výměra závisí na počtu let pojištění a výši příjmu. Dávky státní sociální podpory jsou závislé na hodnotě tzv. životního minima stanoveného zákonem (Zavázalová a kol., 2001).

Jednorázové příspěvky jsou například na úpravu bytu; na zakoupení, opravu, úpravu a provoz motorového vozidla; na individuální dopravu. Poskytovány jsou za určitých podmínek, které nalezneme na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky www.mpsv.cz.

2.6.5 Možnosti seberealizace

Možnosti seberealizace představují širokou nabídku od dalšího vzdělávání přes různé volnočasové aktivity. Ty zahrnují například kulturní, sportovní a jiné společenské činnosti.

Současný trend podpory aktivního stáří vychází z myšlenky, že život je bohatší, jestliže se jedinec zapojí do různých aktivit společnosti. Výzkumy zároveň vyvrací představu pasivního života důchodců. Především starší lidé z měst i ve vysokém věku žijí aktivně a společensky, někteří třeba i pracují a pravidelně sportují (Zavázalová a kol., 2001).

Aktivněji prožívají stáří lidé s vyšším vzděláním. K nejčastějším aktivitám patří sledování televize, četba novin a časopisů. Účast a členství v zájmových organizacích a sdruženích je zatím spíše výjimečná (Zavázalová a kol., 2001).

Senior by se měl z hlediska prevence osamělosti, izolace, z pocitu vlastního uspokojení zapojit do zájmové činnosti, veřejných aktivit, měl by rozvíjet své záliby. Ženy se ve stáří

většinou starají o domácnost, pečují o vnoučata, věnují se ručním pracím. Muži se věnují svým zálibám, jsou aktivní v různých organizacích apod. (Zavázalová a kol., 2001).

Aktivnímu stáří se více věnujeme v příloze č. 5.

2.6.6 Úroveň poskytovaných služeb

Úroveň poskytovaných sociálních služeb je již v této době sledována a měřena na základě Standardů kvality sociálních služeb uvedených ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách.

Standardy kvality jsou souborem kritérií, podle kterých je zjišťována a měřena kvalita poskytovaných sociálních služeb.

Senior, využívající některou ze sociálních služeb, má právo na poskytování kvalitních služeb a v případě nespokojenosti může podat stížnost.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

V této práci jsme se snažili vymezit vybrané aspekty kvality života seniorů. Zajímalo nás, jaké aspekty hrají zásadní význam při zajištění kvality jejich života. Zaměřili jsme se na skupinu seniorů z konkrétního zařízení – Domova pro seniory Lanškroun.

Z množství výzkumných metod jsme se rozhodli pro šetření provedené pomocí dotazníku, kterým můžeme oslovit větší počet respondentů a který také zajišťuje anonymitu. Uvědomujeme si i nevýhodu dotazníkového šetření, která spočívá v možnosti, že respondenti nemusí odpovídat upřímně, mohou situaci hodnotit kladněji nebo negativněji oproti realitě.

Dotazník můžeme označit jako interview předložené v písemné podobě, které šetří čas a dá se většinou dobře kvantifikovat. Má ale i svá negativa, je méně pružný, formulace jeho otázek nemusí být klientovi dostatečně srozumitelná, má nižší věrohodnost a jeho příprava vyžaduje větší pečlivost (Ferjenčík, 2000).

Šimíčková Čížková (2005, s. 161) definuje dotazník takto: „*dotazníkové metody patří k široce používaným metodám diagnostiky osobnosti především pro značnou jednoduchost vyhodnocování a interpretace. Po formální stránce jsou jakousi formou standardizovaného rozhovoru, ať už jde o ústně kladené nebo písemně prezentované otázky. Dotazníky jsou často metodami nepřímého sebeposouzení.*“ Chráska (2000) považuje dotazník za soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně.

Podle Chrásky (2000) je dotazníkům vytýkáno, že nezjišťují to, jací jsou klienti ve skutečnosti, ale to, jaké o sobě mají mínění.

Dotazník zaměřený na kvalitu života by měl zjišťovat: fyzickou kvalitu života (prožívání bolesti, subjektivní hodnocení energie a vytrvalosti, schopnost uvolnit se, pohyblivost, pracovní způsobilost, závislost na lécích), psychickou kvalitu života (prožívání pozitivních a negativních emocí, sebeocenění, vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace a schopnost učit se, spirituální prožívání), nezávislost (různé aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na pomůcky nebo léky), sociální vztahy (subjektivní hodnocení osobních vztahů a sexuálního života, adekvátnost sociální opory), prostředí (sociální a fyzikální aspekty prostředí - bydliště, okolí, finanční situace a dostupnost zdravotnictví), náboženství – spiritualitu (náboženské nebo světonázorové přesvědčení) (Kirchner, In Hošek, Jansa, 2002).

3.1 Charakteristika zařízení

Domov pro seniory Lanškroun (dále jen Domov) se nachází v Pardubickém kraji. Město Lanškroun má zhruba 10 235 obyvatel. Je známé výrobou elektroniky, strojírenstvím, papírenským průmyslem. Má několik středních škol, je plné kultury a moderních sportovišť. Město se nachází v krásném prostředí podhůří Orlických hor. V regionu Lanškrounsko se nachází 22 dalších menších obcí.¹¹

Domov je mladým a moderním zařízením, otevřen byl poměrně nedávno v říjnu roku 2006. Budova Domova je třípatrová a je v ní samozřejmě výtah. Každé patro je odlišeno jinou barvou – růžový suterén, oranžové přízemí, ve žlutém, zeleném a modrém patře jsou ubytováni klienti. V suterénu se nachází rehabilitace a tělocvična. V přízemí najdeme kantýnu, kapli, kuchyň, velkou jídelnu, knihovničku, počítačovou místnost a keramickou dílnu. V jednotlivých patrech jsou malé kuchyňky, v zeleném patře se nachází velká kulturní místnost. Domov má také slunečnou terasu a i svou „zahradu“ s altánem, obojí je určené pro příjemný odpočinek.

K lepší orientaci po budově slouží barevně odlišená patra, která jsou tímto lépe zapamatovatelná, a spousta přehledných směrovek a informačních tabulí.

Posláním Domova je poskytovat seniorů formou komplexní péče podporu a pomoc, která jim umožní zachovat si co nejvíce svůj dosavadní způsob života se svými zájmy, koníčky a všemi příležitostmi, jež mají jejich vrstevníci.

Domov poskytuje sociální služby, umožňující lidem v nepříznivé sociální situaci žít běžným životem, při zachování jejich důstojnosti a možnosti o své osobě sami rozhodovat.

Cílem je nadále zvyšovat kvalitu sociálních služeb, zlepšovat metodiky, pracovní postupy; dále upravit vnitřní a venkovní prostory Domova, aby co nejvíce vyhovovaly klientům; udržet motivované a vzdělané pracovníky, kteří budou tvořit stabilní tým s malou výměnou zaměstnanců a nezvyšující se pracovní neschopností.

Domov uplatňuje tyto zásady: úcta k člověku, respekt soukromí klienta, podpora samostatnosti a nezávislosti, přizpůsobení služeb klientům.

Cílovou skupinu tvoří občané starší 65 let pobírající starobní nebo invalidní důchod, kteří potřebují každodenní nepřetržitou komplexní péči v rozsahu nabízených služeb.

Základními činnostmi jsou: poskytnutí ubytování; úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení; poskytnutí stravy; pomoc při zvládání běžných úkonů péče

¹¹ Dostupné z WWW: <http://www.lanskroun.eu/cz/mesto/o-meste-lanskroun/>, cit. dne 15. 1. 2010.

o vlastní osobu (pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoci při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, pomoci při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním a vnějším prostoru); pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů; nabídka zdravotních výkonů.¹²

3.2 Charakteristika cílové skupiny

Jako výzkumný vzorek jsme zvolili seniory - klienty Domova pro seniory Lanškroun. Jak už jsme zmínili, cílovou skupinu tohoto zařízení tvoří občané starší 65 let, kteří pobírají starobní nebo invalidní důchod a potřebují každodenní komplexní péči.

V Domově žije kolem 85 klientů, kteří mají různou úroveň soběstačnosti. Převažují zde ženy nad muži. Počet žen se v zařízení pohybuje kolem 75, mužů je 10.

Na pokojích jsou klienti ubytováni samostatně, nebo maximálně po dvojicích. Pokoje si v případě zájmu mohou zařídit vlastním nábytkem, na který jsou zvyklí, případně k němu mají citovou vazbu. To platí i pro další zařízení jako jsou obrazy, fotografie atd. Tato možnost klientům umožňuje cítit se v zařízení více jako „doma“.

Při výzkumu jsme zohlednili jejich zdravotní stav. Provedli jsme ho tedy u té části z nich, kteří byli schopni odpovědět na zadané otázky a vyplnit dotazník samostatně.

3.3 Život v zařízení

Život v zařízení jsem měla možnost poznat díky dvěma souvislým praxím trvajícím dohromady šest týdnů. Také déle než rok do Domova docházím jako dobrovolnice.

Na začátku musíme uvést, že všechny činnosti a služby jsou prováděny s ohledem na individuální schopnosti, možnosti a potřeby jednotlivých klientů.

¹² Dostupné z WWW: <http://www.soslla.cz/domov-pro-seniory/prohlaseni-domova>, cit. dne 15. 1. 2010.

Život v zařízení začíná ráno snídaní, která je klientům podle jejich potřeb buď přinášena na pokoj, vydávána v menších kuchyňkách v jednotlivých patrech, nebo se chodí klienti nasnídat do velké jídelny v přízemí.

Dopoledne jsou klientům k dispozici různé aktivity, které jsou samozřejmě dobrovolné, nebo tento čas klienti stráví podle svých vlastních plánů.

Oběd je klientům opět vydáván přímo na pokoji, v malých kuchyňkách nebo v jídelně. Je podávána strava racionální a dietní (diabetická a žlučnicková).

Po obědě je zachováván klidnější režim, tzn., že se nekonají většinou žádné aktivity, aby si klienti mohli odpočinout. Odpoledne dostanou svačinu a poté večeři, která bývá několikrát týdně „studená“.

Nyní vymežíme a popíšeme aktivity, které se v Domově konají.

Pečeníčko, vařeníčko je aktivita pro ty klienty, kteří rádi vaří a mlsají. Podle jejich návrhů se peče, vaří a následně i společně sní.

Cílem *kondičního cvičení* v tělocvičně je zachovat si co nejdéle pohyblivost celého těla. Cvičí se s různými pomůckami, například gymnastickým míčem, menšími míčky, elastickými gumami apod.

Ve *výtvarných dílnách* klienti vyrábí různé ozdoby, dekorace, malují na hrníčky a na sklo atd. Techniky jsou uzpůsobeny zdravotnímu stavu klientů. V *keramické dílně* klienti pracují s jílem podle vlastních návrhů a nápadů. Vzniká krásná dekorativní i dárková keramika.

Muzikoterapii v Domově provádí vystudovaný muzikolog, který využívá různá relaxační cvičení, terapii zpěvem atd. Muzikoterapii provádí v menších skupinách klientů.

Canisterapie je prováděna přímo na pokojích klientů. Klienti pejska vždy rádi vidí, uspokojuje jejich potřebu tělesného kontaktu a přispívá ke zlepšení psychické pohody.

V Domově se také nově zavedla *aromaterapie* a *dotyková terapie*, které léčí vůní a dotekem. Klient při těchto terapiích odpočívá na lůžku za poslechu relaxační hudby.

Trénink paměti je prováděn s cílem posílit funkce paměti a naučit se různé techniky vybavování informací. Paměť je rozvíjena při praktických cvičeních.

Knihovnička, čili přečítání knih, novin a časopisů, je určena především klientům, kterým již zrak tolik neslouží a rádi si ve společnosti poslechnou beletrii. Předčítání může probíhat i individuálně na pokoji na přání klienta.

Kavárnička s křeslem pro hosta je příjemné posezení u kávy, zavzpomínání si na mládí společně s pozvaným hostem. Jedním známým hostem byl například i sportovec Roman Šebrle, lanškrounský rodák. Tato aktivita využívá prvků reminiscenční terapie.

Hudební odpoledne s harmonikářem, který pravidelně navštěvuje Domov a zahraje písničku každému na přání.

Promítání filmů neboli *videotéka* nabízí klientům vybrat si film podle přání.

Švadlenka je dílnička pro všechny klienty, kteří si zkracují „dlouhou chvíli“ ručními pracemi – šitím, pletením, vyšíváním atd.

Klienti se mohou také zúčastnit pravidelných *bohoslužeb* v malé kapli. Tyto mše slouží kněží různého vyznání (nejčastěji katoličtí, evangeličtí kněží). Pravidelně jednou měsíčně probíhají tzv. *schůze obyvatel*, kde klienti mohou diskutovat se sociální pracovníci, mohou si stěžovat a případně i pochválit. Domov vydává svůj měsíčník s názvem *Důchodníček*, který si pojmenovali sami klienti. V tomto časopise se mohou dozvědět o proběhlých nebo chystaných akcích a různé novinky.

Domov využívá pomoci *dobrovolníků*, kteří zajišťují některé aktivity, například canisterapii, PC klub, hudební odpoledne s harmonikou. Ostatní dobrovolníci navštěvují klienty na pokojích a dělají jim společnost, hrají společenské hry, luští křížovky, doprovází je na procházky. Dobrovolníci mohou asistovat i na výletech a různých akcích.

Domov pořádá i různé jednorázové aktivity, jsou to hlavně zábavné programy nacvičené dětmi z okolních škol (taneční, hudební vystoupení), návštěva plaveckého bazénu, zimní čtyřboj, den krásy, výstavy obrazů, taneční zábavy (Valentýnský ples), Mikulášská nadílka, Masopustní veselí, oslava Čarodějnic, Vánoc a Velikonoc, hra bingo, návštěvy různých akcí (nedávno to například byla výstava kočárků), pořádání sportovních klání a výletů.¹³

3.4 Metodika

Cílem této práce je vymezit vybrané aspekty kvality života seniorů v konkrétním zařízení – Domově pro seniory Lanškroun, které hrají zásadní význam při zajištění kvality jejich života. Zajímá nás, jaké z aspektů mají největší vliv na zajištění kvality života seniorů. Co osoby seniorského věku považují za nejdůležitější k tomu, aby prožívali kvalitní bezstarostný život. Jakou roli hraje poskytovaná služba – v našem případě domov pro seniory – při zajišťování kvality života svým uživatelům?

¹³ Dostupné z WWW: <http://www.soslla.cz/domov-pro-seniory/volny-cas>, cit. dne 15. 1. 2010.

Stanovili jsme si následující hypotézy:

- **Hypotéza H 1:** Mezi jednotlivými aspekty kvality života jsou významné rozdíly (tzn., že všechny aspekty nejsou stejně důležité pro kvalitu života).
- **Hypotéza H 2:** Ekonomické zajištění, úroveň bydlení, úroveň poskytování sociálních služeb a zdraví mají pro seniory největší význam při zajištění kvality jejich života (tyto aspekty jsou pro kvalitu života velmi důležité).
- **Hypotéza H 3:** Ženy i muži se neshodnou ve výběru aspektů, které jim nejvíce zaručují kvalitu života (odpovědi žen a mužů se výrazně liší).
- **Hypotéza H 4:** Domov pro seniory hraje významnou roli při zajišťování kvality života svým uživatelům.

Sestavený dotazník byl nejprve vyzkoušen u několika respondentů. Následně jsme ho na základě připomínek upravili do konečné podoby.

Výzkum byl realizován na počátku roku 2010 mezi obyvateli zmíněného Domova pro seniory Lanškroun, který má kapacitu 85 klientů. Celkový počet respondentů je 46, z toho 40 žen a 6 mužů. Tato skutečnost odpovídá tvrzení Českého statistického úřadu, že v populaci celkově obvykle převažují ženy. Pro zajímavost dále uvádí přesná data: „V České republice v r. 2001 připadalo 949 mužů na 1 000 žen. U obyvatelstva nad 60 let věku je ale zastoupení žen mnohem větší, na 1 000 žen připadá pouze 680 mužů. Převaha žen přitom s věkem výrazně vzrůstá; jestliže ve věkové kategorii 60 - 64 činí tento poměr ještě 865 mužů na 1 000 žen, ve věkové skupině nad 85 let je to již jen 367 mužů na 1 000 žen“ (ČSÚ, 2004, s. 11).

Dotazník se skládá z 12 položek rozdělených do několika oblastí podle zvolených aspektů kvality života. Jsou to zdravotní stav a úroveň soběstačnosti, rodinné zázemí a vztahy, bydlení, ekonomické zajištění, možnosti seberealizace (volný čas, zaměstnání, vzdělání, kultura), úroveň poskytovaných služeb. Něktěrymi položkami jsme se snažily zjistit dvě oblasti – důležitost pro respondenta (přání respondenta) a jeho spokojenost (realita, jaká situace).

Položky dotazníku jsou všechny strukturované, tzn., že respondentům nabízí určitý počet připravených odpovědí. V otázce č. 10 byla použita metoda známkování (1 – 5) jako ve škole. U všech položek měli navíc respondenti možnost vyjádřit svůj vlastní názor.

Dotazník jsme vytvořili tak, aby byl přehledný a snadno čitelný. Zvolili jsme jednodušší typ zvětšeného písma a srozumitelné označování odpovědí (ukázka dotazníku je v příloze č. 6).

Dotazníky byly rozdány těm seniorům ze zařízení, kteří byli schopni dotazník vyplnit sami bez pomoci personálu. Přítomnost pracovníků by totiž mohla ovlivnit jejich vyjádření. Respondenti měli na vyplnění dotazníku dostatek času v řádu dnů a týdnů. A měli též možnost vyjádřit vlastní názor. Vyplněné dotazníky odevzdali do připravené schránky na chodbě tak, aby byla zajištěna jejich anonymita.

Doručené dotazníky jsme zkontrolovali, zda jsou správně vyplněné. Následně jsme je vyhodnotili pomocí počítačového programu Excel, kde jsme data zpracovali do přehledných tabulek a grafů. Výsledky jsou prezentovány absolutními a procentuálními četnostmi.

Při realizaci výzkumu jsme se setkali s několika nepříznivými okolnostmi, které naše snažení ovlivnily.

Problémem se stal celkem malý počet respondentů, proto jsme klienty oslovovali zhruba po třech týdnech znovu. U mužů se tato situace nedala moc ovlivnit, protože, jak jsme uvedli výše, v zařízení jich bydlí pouze 10. I přes všechny snahy se nám počet respondentů podařil zvýšit pouze o několik žen.

Zohledněn byl také zdravotní stav klientů. Velká skupina klientů v Domově je ležících, nekomunikujících nebo s demencemi, u této skupiny tudíž nebylo možné dotazník použít.

Musíme také upozornit na to, že jsme se setkali s klienty, kteří neměli zájem zapojit se do výzkumu a odmítli dotazník vyplnit.

3.5 Výsledky šetření

Následují výsledky našeho výzkumu podle provedeného dotazníkového šetření. Uvádíme je v tabulkách, kde jsou patrné odpovědi žen a mužů. Grafy znázorňují celkovou četnost odpovědí. Tento postup jsme zvolili kvůli nízkému počtu respondentů z řad mužů, v důsledku kterého by v grafech nebyly výsledky jejich odpovědí viditelné.

Výzkumu se zúčastnilo dohromady 46 respondentů. Z toho bylo 40 (zhruba 87 %) žen a 6 (asi 13 %) mužů (viz tabulka: Pohlaví respondentů). Vidíme, že mnohem větší část tvoří ženy, což odpovídá faktu, že celkově v populaci ženy převažují a dožívají se vyššího věku.

Tabulka: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy	40	86,95
Muži	6	13,04
Celkem	46	99,99

Nejvíce respondentů – 35 (asi 76 %) - spadá do věkové kategorie 75 – 89 let. Menší zastoupení je ve věkovém období 60 – 74 let – 7 (asi 15 %). Nejméně respondentů – 4 (9 %) se nachází v období nad 90 let a dodáváme, že se jedná o ženy (viz tabulka: Věk respondentů).

Tabulka: Věk respondentů

Věk respondentů	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
60 – 74 let	4	3	7	15,21
75 - 89 let	32	3	35	76,08
90 let a více	4	-	4	8,69
Celkem	40	6	46	99,98

Úroveň bydlení

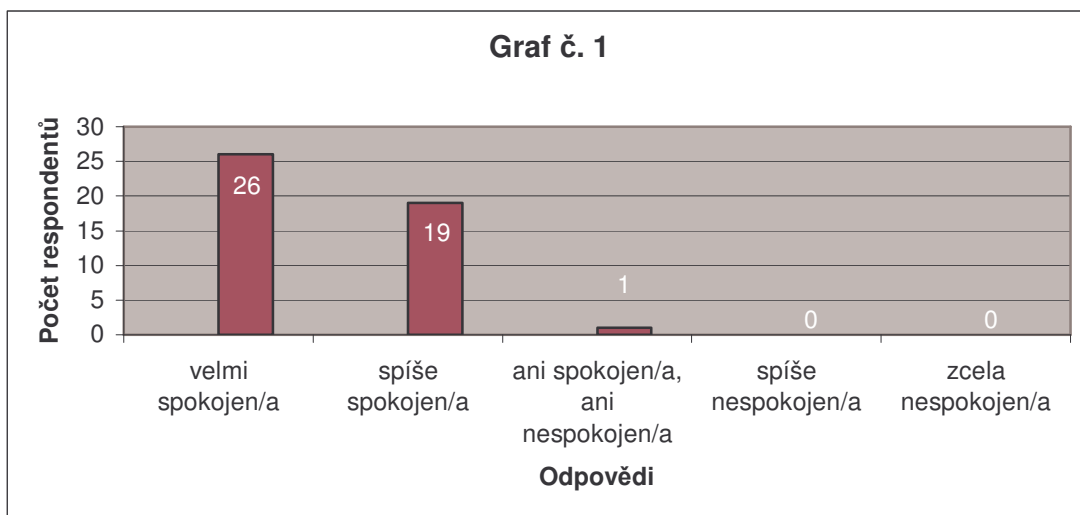
Na položku zjišťující spokojenost s bydlením v Domově kladně odpovědělo celkem 26 (asi 56,5 %) respondentů. Méně spokojeno se svým bydlením bylo 19 (tj. asi 41 %) z nich. Nikdo z respondentů nezvolil negativní odpovědi (viz tabulka č. 1, graf č. 1).

Uvádíme zajímavou poznámku jedné respondentky: „*Doma jsem neměla takový servis a komfort, bydleli jsme v domečku 200 let starém.*“

V souvislosti s bydlením nás zajímalo, zda by respondenti na něm chtěli něco změnit. Většina - 40 (asi 87 %) uvedla, že ne. Čtyři (téměř 9 %) respondenti uvedli, že by rádi něco změnili. Jedna z odpovědí pro příklad: „...aby přitopili, je mi na pokoji zima“. Komentář z jiného soudku: „*Nemám důvod nic měnit, bydlela jsem mnohem skromněji.*“

Tabulka č. 1

Jste spokojen/a se svým současným bydlením v Domově?	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi spokojen/a	23	3	26	56,52
spíše spokojen/a	17	2	19	41,30
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	-	1	1	2,17
spíše nespokojen/a	-	-	-	-
zcela nespokojen/a	-	-	-	-
Celkem	40	6	46	99,99



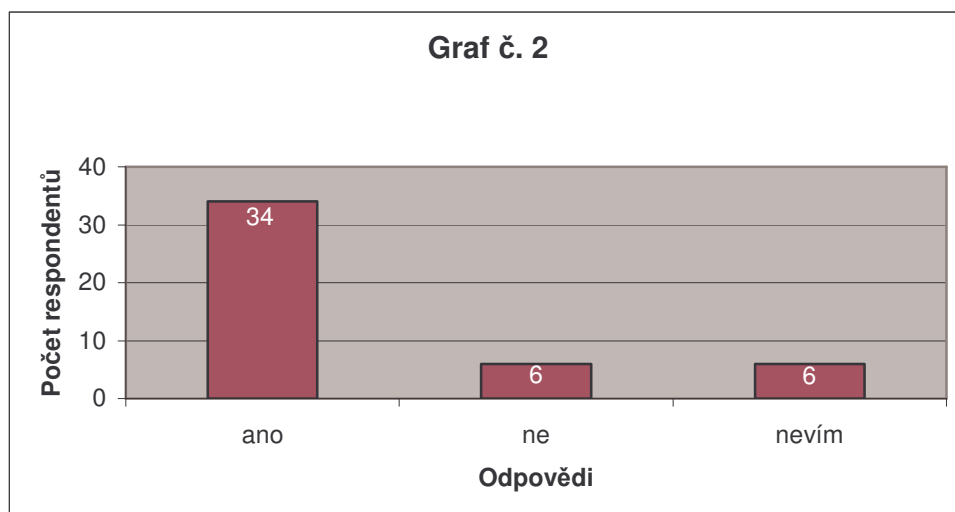
Materiální zabezpečení

Dále nás zajímala spokojenost respondentů s výší úhrady za služby. Jak vidíme v tabulce č. 2 a grafu č. 2 téměř všichni respondenti – 34 (asi 74 %) uvedli, že ceny za služby jsou přijatelné. Stejný počet z nich – 6 (13 %) uvedl, že nejsou spokojeni, nebo že neví.

Na otázku, zda mají dostatek peněz pro vlastní potřebu, většinou odpověděli, že ano – 38 (tj. 82,6 %). Nejčastěji to komentovali slovy: „...to mi stačí, vždyť, co já potřebuju?“, případně: „...žiji skromně“. Pět (10 %) respondentů odpovědělo, že ne, zdůvodnili to například takto: „...mám malý důchod“, nebo: „...mám velké doplatky za léky“. Tři (6,5 %) respondenti neuměli tuto situaci posoudit.

Tabulka č. 2

Jsou ceny za služby přijatelné?	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	28	6	34	73,91
ne	6	-	6	13,04
nevím	6	-	6	13,04
Celkem	40	6	46	99,99

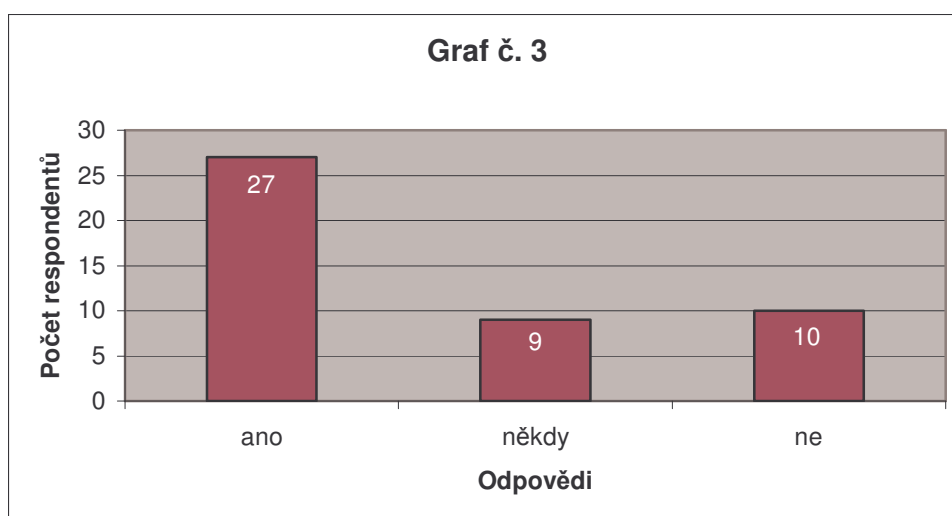


Možnosti seberealizace

Tabulka a graf č. 3 ukazují, že 27 (58,7 %) respondentů má možnost věnovat se svým zálibám. Možná trochu překvapující se jeví odpověď 10 (21,7 %) respondentů, že tuto možnost nemají. Zdůvodňují to ale tím, že: „...ze zdravotních důvodů se svého koníčku raději vzdali“. Jiní uvádí své záliby: „Moc ráda pletu, tomu se věnuji nejvíc.“, „Moje hlavní záliba jsou ruční práce, čtení a také práce v keramické dílně.“

Tabulka č. 3

Máte možnost věnovat se svým zálibám?	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	23	4	27	58,69
někdy	9	-	9	19,56
Ne	8	2	10	21,73
Celkem	40	6	46	99,98

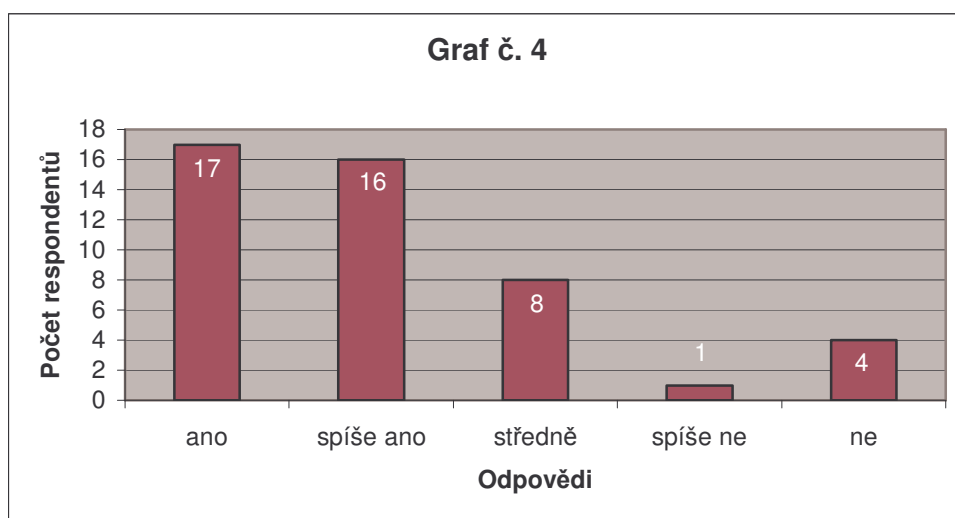


S nabídkou volnočasových a kulturních aktivit v Domově je spokojeno 17 (asi 37 %) respondentů, podotýkáme, že se jedná o ženy. Spíše spokojena je také poměrně velká část z respondentů -16 (asi 35 %) a středně 8 (17,3 %). Nespokojeni jsou 4 (8,7 %) respondenti (viz tabulka a graf č. 4).

Příklad komentářů: „*Když nějaké jsou – dobře, ale zájem o aktivity je teď už malý, bohužel.*“, některé poznámky se týkaly zdravotního stavu: „*Nechodím na ně, málo slyším...*“.

Tabulka č. 4

Jste spokojen/a s nabídkou volnočasových a kulturní aktivit?	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	17	-	17	36,95
spíše ano	13	3	16	34,78
Středně	7	1	8	17,39
spíše ne	1	-	1	2,17
Ne	2	2	4	8,69
Celkem	40	6	46	99,98



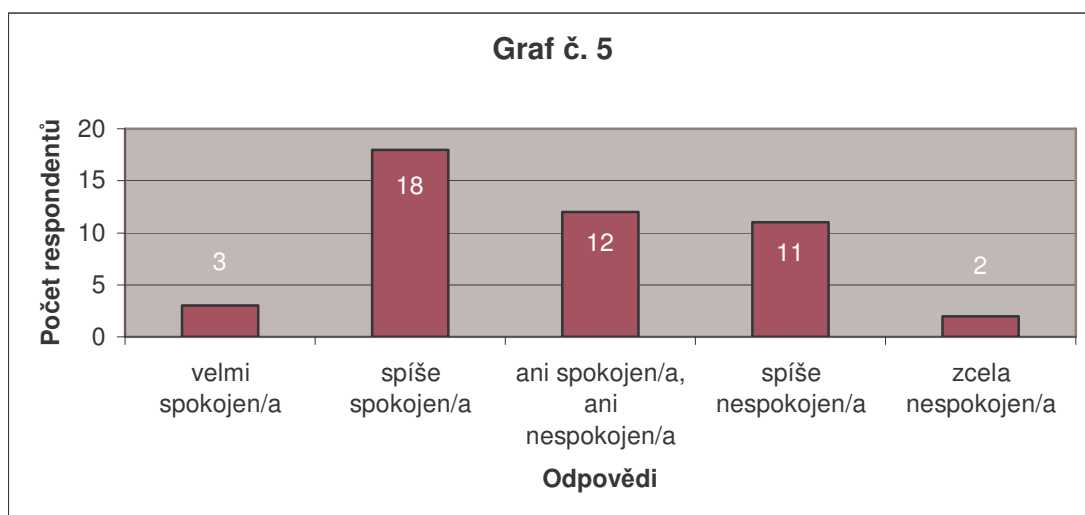
Zdraví a úroveň soběstačnosti

Velmi spokojeno se svým zdravím jsou pouze 3 (6,5 %) respondenti. Spíše spokojeno je největší část z nich - 18 (39 %). Středně spokojeno se svým zdravím je 12 (26 %) respondentů. Tato položka byla například komentována slovy: „...*vzhledem k mému věku to ujde*“, „...*na to, co jsem prodělal, jsem spokojen*“, „...*nedá se nic dělat, musí se to brát, jak to přijde*“, nebo: „...*co se dá dělat, musím být spokojená s tím, co mám*“. Jedenáct (necelých 24 %) odpovědí bylo negativnějších, že jsou spíše nespokojeni a 2 (4 %) respondenti jsou dokonce zcela nespokojeni se svým zdravím (viz tabulka a graf č. 5).

Oblast zdraví je tedy zatím nejvíce negativně hodnocená, z důvodů různých, častých nemocí a zdravotních problémů v období stáří.

Tabulka č. 5

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi spokojen/a	2	1	3	6,52
spíše spokojen/a	15	3	18	39,13
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	12	-	12	26,08
spíše nespokojen/a	9	2	11	23,91
zcela nespokojen/a	2	-	2	4,34
Celkem	40	6	46	99,98



Vztahy s rodinou a okolím

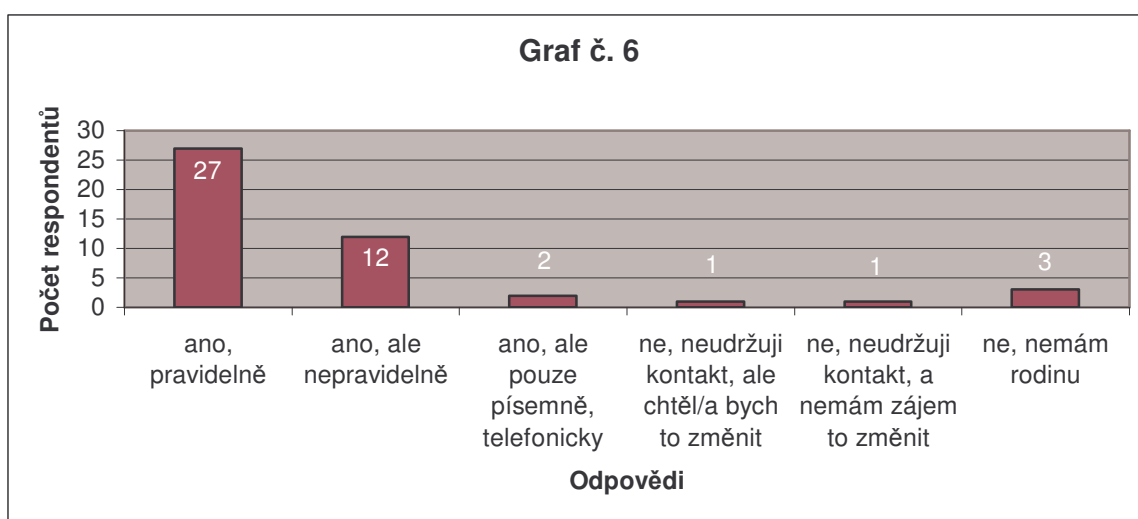
Oblast vztahů zjišťovaly další dvě položky. Pravidelný kontakt s rodinou udržuje 27 (asi 58,7 %) respondentů. Nepravidelně přichází do kontaktu se svými blízkými 12 (26 %) respondentů. Dvě (4,34 %) ženy shodně uvedly, že jsou s rodinou v kontaktu pouze písemně a spíše telefonicky, z důvodů, že členové rodiny žijí v cizině. Tři (6,5 %) respondenti rodinu nemají vůbec. Přehled je uveden v tabulce a grafu č. 6.

Dále nás zajímalo, zda respondenti mají v Domově nebo mimo Domov nějaké přátele. Alespoň jednoho přítele má 14 (30,4 %) respondentů. Několik přátelství udržuje 24 (52 %) respondentů. Šest (13 %) respondentů, shodně 3 ženy a 3 muži, uvedlo, že žádné přátele nemají a ani se s nikým přátelit nechtějí. Oproti tomu 2 (4,34 %) respondentky si přejí nějaké přátelství navázat.

Několik komentářů se dotýkalo pojmu přátelství: „Vyslovené přátele nemám, ale občas jsem mezi lidmi ráda.“

Tabulka č. 6

Udržujete kontakt s rodinou?	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano, pravidelně	23	4	27	58,69
ano, ale nepravidelně	11	1	12	26,08
ano, ale pouze písemně, telefonicky	2	-	2	4,34
ne, neudržuji kontakt, ale chtěl/a bych to změnit	1	-	1	2,17
ne, neudržuji kontakt, a nemám zájem to změnit	1	-	1	2,17
ne, nemám rodinu	2	1	3	6,52
Celkem	40	6	46	99,97



Úroveň poskytovaných služeb

Respondentů jsme se také zeptali na služby poskytované Domovem, které z nich využívají a jak jsou s nimi spokojeni. Následující tabulka č. 7 uvádí přehled odpovědí. Nezaznamenali jsme do ní odpovědi „spíše nespokojen/a“ a „zcela nespokojen/a“, protože se v odpovědích respondentů vůbec nevyskytovaly.

Tabulka č. 7

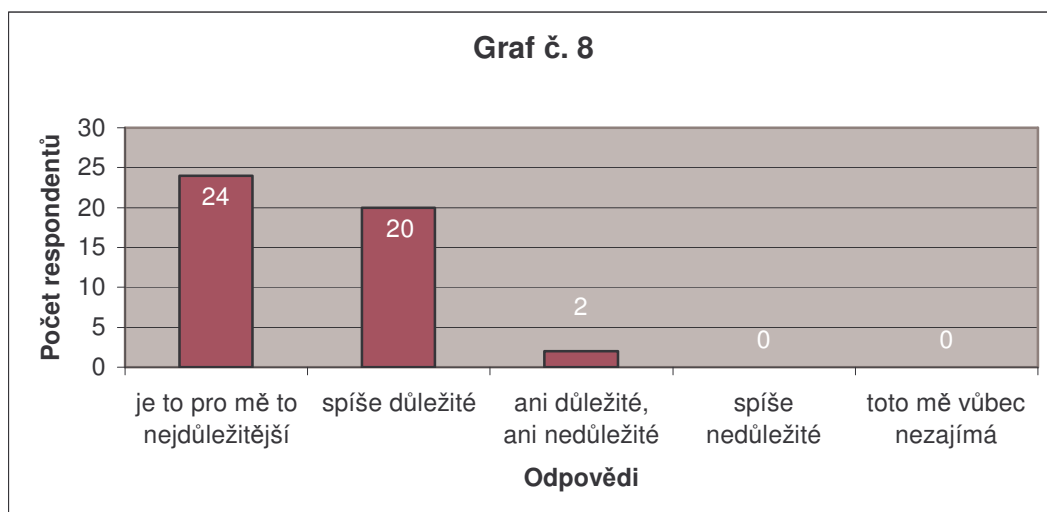
Služby	velmi spokojen/a			spíše spokojen/a			ani spokojen/a, ani nespokojen/a		
	ženy	muži	celkem (%)	ženy	muži	celkem (%)	ženy	muži	celkem (%)
Ubytování	28	3	31 (67,39)	12	3	15 (32,60)	-	-	-
Praní, žehlení, opravy prádla	28	4	32 (72,72)	10	2	12 (26,08)	-	-	-
Úklid pokojů	28	5	33 (71,73)	11	1	12 (26,08)	1	-	1 (2,17)
Kvalita stravování	9	-	9 (19,56)	20	3	23 (50)	11	3	14 (30,43)
Pomoc personálu	18	5	23 (54,76)	17	1	18 (42,85)	1	-	1 (2,38)

Úroveň bydlení a poskytovaných služeb je nejdůležitější pro 24 (52 %) respondentů. Dvacet (43,4 %) respondentů odpovědělo obdobně, že je to pro ně spíše důležité. Dva (4,34 %) respondenti vnímají úroveň bydlení a služeb jako středně důležitou. Uvádíme poznámku jedné respondentky: „Po smrti matky jsem byla odkázána na pomoc rodiny, což se tady vyřešilo. Moc děkuji!“

Z těchto výsledků je již patrné, že úroveň bydlení a poskytovaných služeb, hraje zásadní roli při zajištění kvality života (viz tabulka a graf. č. 8).

Tabulka č. 8

Jak moc je pro Vás důležitá úroveň bydlení a úroveň poskytovaných služeb?	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
je to pro mě to nejdůležitější	20	4	24	52,17
spíše důležité	19	1	20	43,47
ani důležité, ani nedůležité	1	1	2	4,34
spíše nedůležité	-	-	-	-
toto mě vůbec nezajímá	-	-	-	-
Celkem	40	6	46	99,98



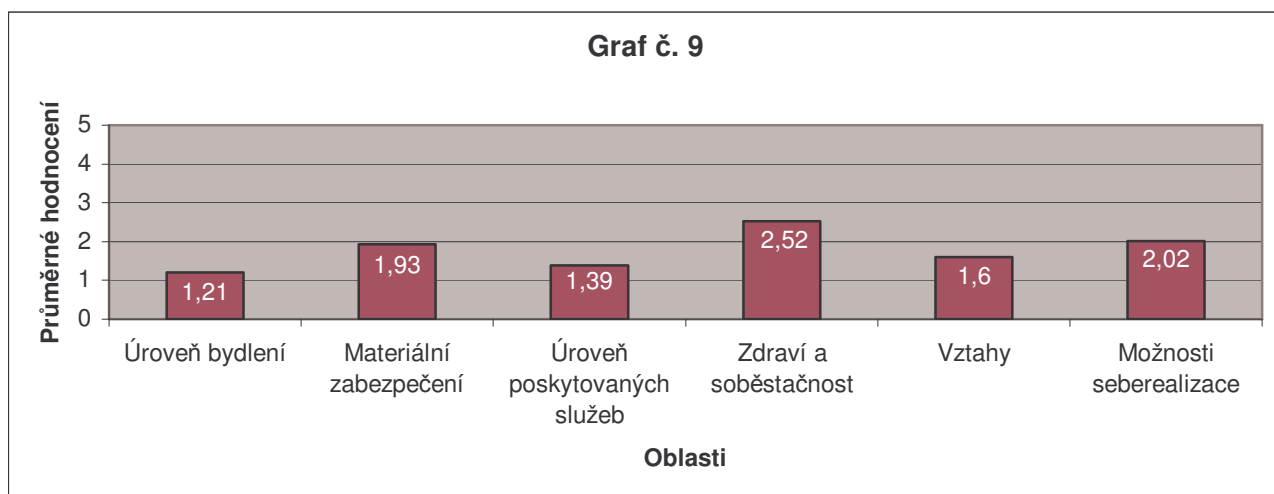
Spokojenost s jednotlivými aspekty kvality života

Respondenti měli také za úkol oznámkovat jednotlivé, námi stanovené, oblasti kvality života známkami 1 až 5 jako ve škole. A to podle toho, jak jsou s nimi v životě spokojeni. Výsledkem je průměrné hodnocení jednotlivých oblastí. Jak názorně vidíme v tabulce a grafu č. 9, známky se pohybují kolem hodnoty 2. V případě hodnocení spokojenosti se zdravím a soběstačností známka dokonce stoupá na hodnotu 2,52. Průměrná známka spokojenosti s oblastí seberealizace je 2,02. Nejvíce spokojeni jsou respondenti s úrovní bydlení, které přiřadili průměrnou známku, 1,21.

Tabulka č. 9

Spokojenost	1		2		3		4		5		Průměrné hodnocení
	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
Úroveň bydlení	32	6	7	-	-	-	1	-	-	-	1,21
Materiální zabezpečení	13	2	17	4	9	-	-	-	1	-	1,93
Úroveň poskytovaných služeb	26	6	11	-	2	-	1	-	-	-	1,39
Zdraví a soběstačnost	5	1	15	2	14	2	6	1	-	-	2,52
Vztahy	22	5	10	1	4	-	2	-	1	-	1,60
Možnosti seberealizace	18	4	13	-	9	-	-	1	-	1	2,02

Vysvětlivky: Ž = ženy, M = muži



Důležitost jednotlivých aspektů kvality života

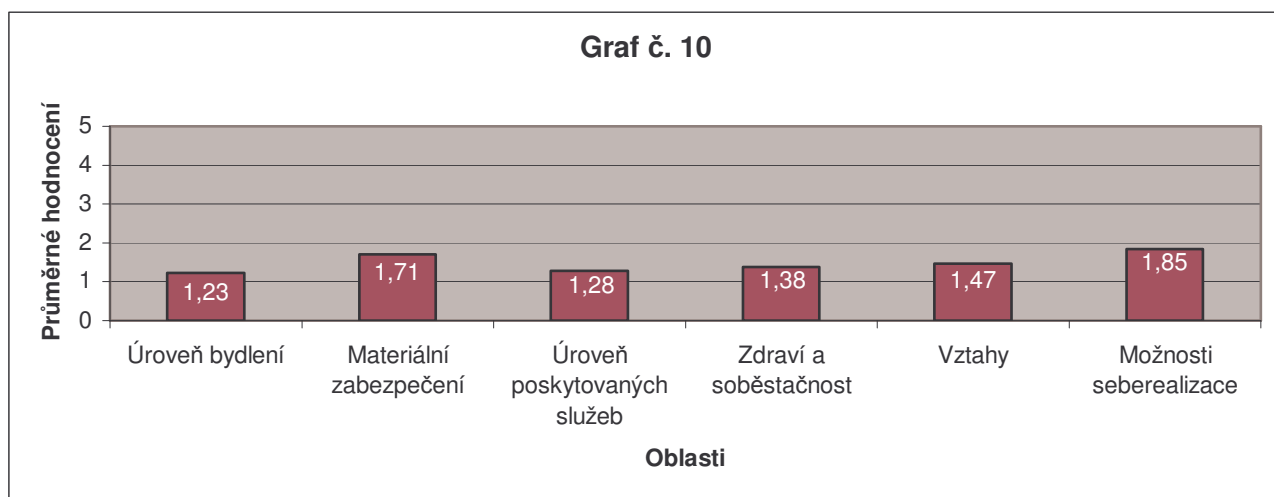
Podobně jako na spokojenost, jsme se zeptali na důležitost jednotlivých oblastí kvality života. Na tuto položku odpovědělo pouze 21 respondentů. Myslíme si, že je to nejspíše způsobeno tím, že respondenti nepostihli ten jemný rozdíl mezi těmito dvěma slovy – spokojenost a důležitost. Také je možné, že jsme naši položku měli formulovat jiným srozumitelnějším způsobem.

Z tabulky a grafu č. 10 vyplývá, že úroveň bydlení (průměrné hodnocení 1,23) a poskytovaných služeb (1,28) spolu se zdravím a soběstačností (1,38) jsou považovány za nejvíce důležité. Méně důležité se respondentům jeví vztahy (1,47), materiální zabezpečení (1,71) a možnosti seberealizace (1,85).

Tabulka č. 10

Důležitost	1		2		3		4		5		Průměrné hodnocení
	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
Úroveň bydlení	16	2	2	-	-	-	1	-	-	-	1,23
Materiální zabezpečení	10	2	5	-	3	-	-	-	1	-	1,71
Úroveň poskytovaných služeb	15	2	3	-	-	-	1	-	-	-	1,28
Zdraví a soběstačnost	14	2	3	-	1	-	1	-	-	-	1,38
Vztahy	12	2	6	-	-	-	-	-	1	-	1,47
Možnosti seberealizace	7	2	9	-	1	-	1	-	1	-	1,85

Vysvětlivky: **Ž** = ženy, **M** = muži



3.6 Shrnutí

Dotazníkové šetření bylo provedeno v Domově pro seniory Lanškroun, kde jsme získali celkem 46 vyplněných dotazníků. I přes opětovné upomínání a kontaktování, bohužel více respondentů nebylo ochotno dotazník zodpovědět.

Cílem šetření bylo zjistit, jaké aspekty kvality života jsou nejdůležitější pro její zajištění.

Na základě výsledků můžeme konstatovat:

Zařízení domov pro seniory se svým způsobem podílí na zvyšování kvality života seniorů a to tím, že pomáhá ve velké míře naplňovat většinu jejích aspektů. Ovlivňuje velkou měrou úroveň bydlení a samozřejmě i poskytování služeb, neméně i možnosti seberealizace. Podporuje také další oblast a tou jsou vztahy s rodinou a okolím tím, do jaké míry umožňuje vzájemné navštěvování a jak je obecně „otevřené“ okolnímu světu. Materiální zabezpečení, zdraví a úroveň soběstačnosti seniorů již takovou měrou ovlivnit nedokáže. Tyto aspekty může alespoň podpořit tím směrem, že se snaží vytvářet vhodné podmínky, které seniorům pomohou při překonávání finančních i zdravotních obtíží.

Následují odpovědi na stanovené hypotézy:

Hypotéza H 1

Mezi jednotlivými aspekty kvality života jsou významné rozdíly (tzn., že všechny aspekty nejsou stejně důležité pro kvalitu života).

Odpověď na tuto hypotézu najdeme v tabulce a grafu č. 9 a 10. Z hlediska spokojenosti jsou mezi uvedenými aspekty kvality života patrné menší rozdíly. Úroveň bydlení

je hodnocena nejlépe průměrnou známkou 1,21, nejhůře je hodnocena oblast zdraví a soběstačnosti známkou 2,52.

Z pohledu důležitosti se průměrná hodnocení od sebe významně neliší. Úroveň bydlení má opět nejlepší známku 1,23, nejhorší ohodnocení má aspekt možnosti seberealizace. Tzn., že respondenti této oblasti nepřisuzují takovou důležitost při zajištění kvality života.

Z množství odpovědí vyplývá, že mezi jednotlivými aspekty kvality života nejsou významné rozdíly. Znamená to tedy, že tyto aspekty jsou vnímány jako téměř stejně důležité pro zajištění kvality života.

Hypotéza H 1 není potvrzena.

Hypotéza H 2

Materiální zabezpečení, úroveň bydlení, úroveň poskytování sociálních služeb a zdraví mají pro seniory největší význam při zajištění kvality jejich života (tyto aspekty jsou pro kvalitu života velmi důležité).

Opět vycházíme z tabulek a grafů č. 9 a 10. Vzhledem ke spokojenosti respondentů dosahuje materiální zabezpečení průměrného hodnocení 1,93, úroveň bydlení 1,21, úroveň poskytovaných služeb 1,39 a zdraví je hodnoceno ze všech nejhůře 2,52.

Z pohledu důležitosti je mezi těmito aspekty jen nepatrný rozdíl, například nejlépe je hodnocena úroveň bydlení 1,23, nejhůře materiální zabezpečení 1,71.

Z uvedených informací vyplývá, že vybrané aspekty kvality života mají největší význam při jejím zajištění.

Hypotéza H 2 je tedy potvrzena.

Hypotéza H 3

Ženy i muži se neshodnou ve výběru aspektů, které jim nejvíce zaručují kvalitu života (odpovědi žen a mužů výrazně liší).

Z tabulky č. 9 přehledně vidíme kolik známek a jaké přiřadili ženy i muži jednotlivým aspektům. Ženy z hlediska spokojenosti vybraly úroveň bydlení – 32 (80 %), úroveň poskytovaných služeb – 26 (65 %) a vztahy – 22 (55 %). Muži mezi nejdůležitější aspekt zařadili taktéž úroveň bydlení a poskytovaných služeb – obojí 6 (100 %) a nad všechna očekávání i vztahy – 5 (83 %) stejně jako ženy.

Vzhledem k důležitosti ženy nejčastěji vybíraly úroveň bydlení – 16 (84 %), úroveň poskytovaných služeb – 15 (téměř 79 %) a zdraví – 14 (73,7 %). Muži ohodnotili všechny aspekty totožně (tzn. 100 %).

Z uvedeného vyplývá, že ženy i muži se shodli ve výběru aspektů, které jim nejvíce zaručují kvalitu života.

Hypotéza H 3 tudíž není potvrzena.

Hypotéza H 4

Domov pro seniory hraje významnou roli při zajišťování kvality života svým uživatelům.

Odpověď najdeme v několika tabulkách a grafech. Z tabulky a grafu č. 1 je patrné, že všichni respondenti jsou víceméně spokojeni se svým bydlením v Domově. 26 (56,5 %) respondentů je velmi spokojeno a 19 (41,3 %) respondentů spíše spokojeno.

Možnost věnovat se v Domově svým zálibám má 27 (58,7 %) respondentů. Devět (19,5 %) z nich se svým zálibám věnuje jen někdy (viz tabulka a graf č. 3). S nabídkou volnočasových a kulturních aktivit je spokojeno 17 (necelých 37 %) respondentů a spíše spokojeno je 16 (34,7 %) z nich (viz tabulka a graf č. 4).

Jako nejdůležitější hodnotí úroveň bydlení a poskytovaných služeb 24 (52 %) respondentů, 20 (43,5 %) z nich je považuje za spíše důležité (viz tabulka a graf č. 8).

Z tabulky č. 7 je na první pohled patrné, že respondenti hodnotí služby poskytované Domovem vesměs kladně.

Na základě zjištěných informací, které mají kladný charakter, a dle jejich množství můžeme konstatovat, že domov pro seniory hraje opravdu významnou roli při zajišťování kvality života svým klientům.

Hypotéza H 4 je potvrzena.

Celkem se nám potvrdily dvě hypotézy. Zároveň si ale uvědomujeme, že je to nejspíš způsobeno malým vzorkem respondentů. Svá tvrzení tedy bohužel nemůžeme zobecnit.

ZÁVĚR

Kvalita života osob seniorského věku je v současné době bezesporu často skloňovaným pojmem. Celou prací prolíná základní cíl našeho snažení a tím je vymezit jednotlivé aspekty kvality života a zjistit, jaké z nich hrají největší význam při jejím zajištění. Případně jakou roli hraje poskytovaná sociální služba – domov pro seniory – při zajišťování kvality života svým klientům?

V teoretické části práce jsme se zabývali charakteristikou období stáří. Popsali jsme nejen věková období, biologické, psychologické a sociální stáří, ale také proces adaptace a přípravy na toto období a nakonec jsme se věnovali i systému zařízení určených pro seniory. Nesmíme opomenout další důležitou kapitolu, kde jsme popisovali kvalitu života, historii tohoto pojmu, nástroje měření a také jsme vymezili její jednotlivé aspekty.

Praktickou část jsme započali charakteristikou metody dotazníku, konkrétního zařízení a cílové skupiny. Z výsledků vyplynula skutečnost, že zařízení domov pro seniory se určitým způsobem podílí na zvyšování kvality života seniorů. Mimo jiné tím, že pomáhá naplňovat některé její aspekty. Ovlivňuje úroveň bydlení, poskytování služeb, možnosti seberealizace. Podpořit může i oblast vztahů, materiální zabezpečení a zdraví, především tím, jaké vytváří podmínky.

Ze stanovených hypotéz se nám podařilo potvrdit dvě z nich. Můžeme konstatovat pro toto konkrétní zařízení, že materiální zabezpečení, úroveň bydlení, úroveň poskytování sociálních služeb a zdraví mají pro seniory největší význam při zajištění kvality jejich života (tyto aspekty jsou pro kvalitu života velmi důležité). Druhou a poslední ověřenou hypotézou je, že domov pro seniory hraje významnou roli při zajišťování kvality života svým uživatelům. Bohužel se nám nepodařilo potvrdit, že mezi jednotlivými aspekty kvality života jsou významné rozdíly (tzn., že všechny aspekty nejsou stejně důležité pro kvalitu života). Dále se nám nepotvrdila ani domněnka, že ženy i muži se neshodnou ve výběru aspektů, které jim nejvíce zaručují kvalitu života (odpovědi žen a mužů se budou výrazně lišit).

Vymezením jednotlivých aspektů kvality života jsme znovu potvrdili jejich důležitou roli. Jednotlivé aspekty se jeví jako stejně důležité, což nemůžeme konstatovat jako obecně platné tvrzení. Pro každého člověka je důležitější něco jiného, vybírá si dle svých možností, dle svého hodnotového systému, výběr závisí i na jeho osobnostních vlastnostech, jeho aktivitě a pohledu na svět. Tzn., je rozdíl v člověku, který se doma nudí, o nic nemá zájem, je pesimistický a v člověku, který se snaží aktivně zapojovat do života. A toto není omezeno jen na osoby seniorského věku.

Výzkum proběhl v nově postaveném zařízení, které bylo otevřeno roku 2006. Tudíž je moderně vybavené a ušité „na míru“ klientům, to například znamená, že pokoje jsou sdíleny maximálně po dvojicích, téměř všechny mají svoje vlastní sociální zařízení atd. Na konci vyvstává otázka, zda i v domovech pro seniory, které sídlí v historických, bariérových a nevyhovujících budovách jsou klientům poskytnuty takové možnosti a tím pádem, zda je zajištěna kvalita jejich života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

BAYEROVÁ, M. Sociální práce so seniormi v ústavní zariadení. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ODBOR STATISTIKY VÝVOJE OBYVATELSTVA ČSÚ. *Senioři v České republice*. Praha : ČSÚ, 2004. ISBN 80-250-0936-X.

ČORNANIČOVÁ, R. Kvalita života v senu. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

DRAGOMIRECKÁ, E. Kvalita života ve stáří. In TOŠNEROVÁ, T. a kol. *Vzdělávání pro pracovníky sociální péče*. Praha : Česká asociace pečovatelské služby, 2006. ISBN 80-239-6951-X.

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 : World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRBAL, C., BENCKO, V. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuál sociální gerontologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

HOLÁSKOVÁ, K. Gerontopsychologie. In ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0629-2.

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.

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

KÁLLAY, A. Sociálna politika a seniori. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já ... já a senior*. Praha : Společnost přátelská všem generacím, 2005. Bez ISBN.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, J. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KIRCHNER, J. Kvalita života, sporty a výchova v přírodě. In HOŠEK, V., JANSÁ, P. *Sborník Sport a kvalita života*. Praha : Univerzita Karlova, 2002. ISBN 80-86317-21-8.

KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc : UP, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

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

KUBALČÍKOVÁ, K. Politika sociálních služeb a podpora autonomie seniorů. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

KUBŮ, H., RADECHOVSKÁ, J. *Já a životní pohoda aneb Život je pohyb. Inspirace pro cestu životem ve vyšším věku*. Praha : Remedium, 2006. ISBN 80-7254-905-7.

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

MATÝSKOVÁ, D. Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

MATÝSKOVÁ, D. Vzdělávací aktivity v seniorském věku. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (Eds.). *Sborník Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

MERTO VÁ, M. Domov důchodců – alternativa života ve stáří. In VALENTA, M., POLÍNEK, M., D. *Sborník VII. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami. II. Dramaterapeutická konference*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1652-6.

Město Lanškroun. *Základní informace o městě Lanškroun* [online]. [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.lanskroun.eu/cz/mesto/o-meste-lanskroun/>>.

MOŽNÝ, I. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno : Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.

ONDRUŠOVÁ, J. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue* [online]. 2009, 1, [cit. 2010-04-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.geriatrickevue.cz/>>. ISSN 1801-8661.

PACOVSKÝ, V. *Gerontologie*. Praha, 1981. Bez ISBN.

PACOVSKÝ, V. *Gerontologické minimum*. Brno, 1988. Bez ISBN.

PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.

PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

POTMĚŠIL, J., ČICHOŇ, R., HELLER, J. Pohyb, kvalita života a handicap. In HOŠEK, V., JANSÁ, P. Sborník *Sport a kvalita života*. Praha : Univerzita Karlova, 2002. ISBN 80-86317-21-8.

PROKEŠOVÁ, M. *Volný čas z hlediska kvality života*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-555-3.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky. Díl 4. Vývoj člověka v druhé polovině života*. Praha : SPN, 1974. Bez ISBN.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

Sociální služby Lanškroun. *Domov pro seniory : Prohlášení Domova* [online]. 2010 [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.soslla.cz/domov-pro-seniory/prohlaseni-domova>>.

Sociální služby Lanškroun. *Domov pro seniory : Volný čas v Domově* [online]. 2010 [cit. 2010-01-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.soslla.cz/domov-pro-seniory/volny-cas>>.

ŠIKLOVÁ, J. *Dopisy vnučce*. Praha : Kalich, 2007. ISBN 978-80-7017-057-1.

ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. Metody vývojové psychologie. In ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0629-2.

ŠPATENKOVÁ, N. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0648-9.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

TVAROH, F. *Všichni stárneme*. Praha : Avicenum, 1971. Bez ISBN.

VAĎUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-86633-60-8.

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života : teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha : VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4218-2.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách, v platném znění, ke dni 6. 2. 2010.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, ke dni 6. 2. 2010

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Příloha č. 2

Příloha č. 3

Příloha č. 4

Příloha č. 5

Příloha č. 6

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ Z PŘÍLOH

HOLÁSKOVÁ, K. Gerontopsychologie. In ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0629-2.

MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno : Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.

NRZP ČR. *Desatero pro lepší komunikaci* [online]. 2008 [cit. 2010-03-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.prvnikrok.cz/detail-clanek.php?clanek=1116>>.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

ŠIKLOVÁ, J. *Dopisy vnučce*. Praha : Kalich, 2007. ISBN 978-80-7017-057-1.

ŠPATENKOVÁ, N. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0648-9.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

Příloha č. 1

Jiřina Šiklová, známá česká socioložka, ve své knize *Dopisy vnučce* zmiňuje krásnou historku, která vypovídá o vztazích a postojích ke starým lidem a není třeba ji více komentovat.

„Znáš tu historku, která se prý vyprávěla v Indii? Jeden muž se nechal svézt v rikše. To, jak asi víš, je takový dvoukolový vozík, ve kterém Tě svezou, asi jako u nás v taxíku. Ale zapřažen je do toho člověk! Živí se tím ti nejchudší z nejchudších. Když muž platil tomu, kdo ho vezl, zeptal se ho, kolik vydělává za den a jaké má výdaje. Muž od rikši prý řekl, že vydělává tři rupie denně a z nich jednu splácí, z jedné žije a tu třetí půjčuje. A pak to vysvětlil: jednu rupii splácím rodičům za to, že mne živili a vychovávali, když jsem byl dítě, z druhé žiji se svou ženou a z té třetí živím svoje děti, tedy jim ji půjčuji, a až já budu starý, oni mně ji budou vracet, abych i já měl z čeho ve stáří žít...“ (Šiklová, 2007, s. 111 - 112).

Příloha č. 2

Desatero pro ty, kteří se věnují starým lidem

1. Stárnutí a stáří je vždy současně problém společenský i problém individuální. Starého jedince posuzujeme jako neopakovatelnou individualitu, ale zároveň ve společenských souvislostech.
2. Obyvatelstvo stárne, přibývá starších a starých lidí. Péče o ně je záležitostí (ale také nutností a povinností) nejen jejich rodiny, ale také celé společnosti. Proto má strategický význam celospolečenský program péče o starou populaci. Jeho tvorba a uskutečňování není jen záležitostí státu a jeho institucí.
3. Staří lidé žijí ve společnosti, jsou její součástí, musí v ní a s ní být integrováni. Nezbytná je celospolečenská atmosféra, která racionálně chápe stáří a sympatizuje s ním.
4. Tzv. stará populace není homogenní. Je nutné uznávat její vnitřní odlišnosti strukturální i funkční. Také stárnutí a stáří jedince je vždy individuálně podmíněno a dotvářeno.
5. Posláním gerontologie jako vědy je úsilí o poznání hlavních příčin a mechanismů stárnutí. Gerontologie se snaží také o prodloužení lidského věku, především však o zlepšení kvality života ve stáří. Nejde jen o přidání let k životu, nýbrž i o přidání života k létům.
6. Problematika stáří je vždy komplexní. Má současně tvář biologickou, psychologickou i sociální. Jednostranný a izolovaný pohled na stáří vede k neúčinnému řešení a starým lidem jen málo pomáhá.
7. Individuální stáří je přirozenou vývojovou etapou lidského života. Stáří však nelze pasivně přijímat jen jako osud. Může být nepřítelem, ale lze se mu bránit. Na stáří je nutné se připravovat. Kvalitní a spokojené stáří je odměnou za celý předcházející život.
8. Stáří znamená ztrátu programu. Činorodý život seniora je dán rozvíjením všech přiměřených forem fyzických či duševních aktivit. Aktivitu je vhodné předepisovat jako účinné geriatrikum.
9. Nemoci ve stáří mají své četné zvláštnosti. Péče o starého a nemocného člověka vychází z aktuálních vědeckých poznatků a má některé neopomenutelné zásady. Mezi ně patří také funkční neoddělitelnost sociální a zdravotní pomoci, komplexní sociálně zdravotní péče.

10. Všichni, kteří nemají pochopení pro staré lidi a nevěří v účinnost své pomoci, ať dají ruce pryč od gerontologie (Špatenková, 2003).

Příloha č. 3

Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené prisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

Specifiky komunikace se seniory se také zabývá Eva Rheinwaldová v publikaci Novodobá péče o seniory (1999), dále Martina Venglářová v knize Problematické situace v péči o seniory (2007).

Příloha č. 4

Vnitřní problémy seniorů v domovech pro seniory

Klientela domovů pro seniory se potýká se základními vnitřními problémy:

- ztráta vazeb s rodinou – problém vzdálenosti domova pro seniory od rodiny,
- ztráta společenských vazeb – minimální kontakt se společenským životem,
- omezené soukromí – možnost soukromí je prakticky vyloučena z kapacitních důvodů,
- dezorientace v novém prostředí – nejsou připravováni na nové prostředí, psychický šok,
- komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb – nedostatečná,
- ztráta plnoprávné občanské pozice – senior chápán jako subjekt péče, rozhodování je omezeno,
- ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti – smíření seniora se svou pasivní rolí (Mühlpachr, Staníček, 2001).

Kritéria výběru vhodného domova pro seniory

Následující výčet ukazuje nejdůležitější kritéria od Ivy Holmerové (In Venglářová, 2007), zakladatelky České alzheimerovské společnosti, podle kterých by se měl senior či jeho rodina řídit při vybírání domova pro seniory:

- Jsou v zařízení návštěvy bez omezení?
- Cítíte se při prohlídce příjemně, jste vstřícně přijímáni?
- Usmívají se pracovníci?
- Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?
- Při podávání jídla dostanou pomoc ti, kteří ji potřebují? Jak se o ně personál stará?
- Funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi?
- Je možné umístit klienta pouze na zkoušku?
- Nechte si ukázat jednotlivé aktivity určené pro klienty.
- Snaží se pečující podporovat co nejvíce samostatnost klientů?
- Jak se respektuje důstojnost seniorů? Jsou hezky upravení, jak je personál oslovuje?
- Jak spokojeně klienti vypadají?
- Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat?

Příloha č. 5

Aktivní stáří

Aktivita mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka. Zájem o určitou činnost působí na člověka vždy příznivě. V pokročilejším věku může být nečinnost počátkem nezadržitelného úpadku. Vede k depresím, k urychlení fyziologických procesů stárnutí a k rozpadu osobnosti. Proto je nezbytné udržovat i v pokročilém věku zájmovou činnost a posilovat sociální kontakty. Jestliže se starý člověk cítí užitečný, snadněji udržuje pocit vlastní hodnoty, orientuje se na budoucnost a jeho život je smysluplný (Holásková, In Šimíčková Čížková, 2005).

Ve větší výhodě jsou jedinci s vyšší intelektuální úrovní a zájmy. Tito lidé mají větší potřebu různorodých činností ve stáří (Holásková, In Šimíčková Čížková, 2005).

Jediný recept na zpomalení procesu stárnutí je zařídit si život ve stáří tak, jak to nejdéle odpovídá individuálnímu zaměření a jak to dovoluje zdravotní stav (Holásková, In Šimíčková Čížková, 2005).

S ohledem na aktivní stáří lze provozovat různé činnosti. Walsh ve své knize Skupinové hry a činnosti pro seniory (2005) uvádí několik aktivit:

- **Oslavy a výlety** – významné události v nás vyvolávají povědomí o plynoucím čase a slouží jako opěrné body naší paměti (oslavy Vánoc, Velikonoc, narozenin, jmenin a různých výročí) a jsou příležitostí k procvičování společenských dovedností.
- **Vánoce** - pro mnohé lidi jsou nejvýznamnějším svátkem roku. Činnostmi spojených s přípravou Vánoc je celá řada (např. výroba vánočních ozdob, cukroví, příprava oslav, sborový zpěv koled atd.).
- **Zahrádkaření** - pěstování zeleniny nebo trvalek. Jestliže není k dispozici kousek půdy, použijte truhlíky, které se dají umístit na okna.
- **Domácí mazlíčci** – Walsh přímo tvrdí, že: „*Uvedení zvířátek do světa starých lidí je jednou z nejlepších věcí, které můžete udělat. Tihle živí tvorové poskytují společnosti a pozitivní reakce bez jakýchkoli omezení nebo společenských tabu.*“ Navíc hlazení zvířat příjemně stimuluje hmat. Zvířata velkou měrou zkvalitňují život seniorů. V případě zákazu chování jakéhokoli zvířete v zařízení, zajistěte alespoň pravidelné návštěvy majitelů s vhodnými psy. Pravidelnými návštěvami psů zajistíme seniorům příjemné zážitky. Navíc psi mohou přimět k řeči uzavřené jedince. Zvířata

jsou pro seniory katalyzátorem společenského chování, přinášejí jim podněty k hovoru a jsou zdrojem radosti.

Eva Rheinwaldová se ve své publikaci Novodobá péče o seniory (1999) zabývá také vhodnými programy a činnostmi pro seniory, například zábavnými a hudebními programy, konverzacemi, zájmovými kroužky, tématickými měsíci, relaxacemi a stejně jako Walsh zmiňuje terapii zahradničením.

Špatenková (2003) zmiňuje animační programy s terapeutickým záměrem:

- Reminiscenční terapie – práce se vzpomínkami.
- Arteterapie – terapie uměním, nejčastěji umění výtvarné.
- Muzikoterapie – využívá účinku hudby na psychiku člověka.
- Dramaterapie – využití dramatických technik.
- Zooterapie – terapie zvířaty.
- Ergoterapie – léčba prací.
- Terapie zahradničením – práce na zahradě.
- Terapie pohybem – využití pohybu a tělesné aktivity.
- Trénování paměti.
- Validační terapie – je vhodnou terapií pro dezorientované.

Příloha č. 6

Dotazník

Vážený klienti Domova pro seniory,

jsem studentkou oboru Speciálněpedagogická andragogika na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží ke zpracování mé diplomové práce na téma **Aspekty kvality života osob seniorského věku** a je také určen pro účely Domova pro seniory. Cílem dotazníku je zjistit Vaši spokojenost s poskytovanými službami.

Prosím Vás o pravdivé a upřímné odpovědi – **dotazník je anonymní, nikam se nemusíte podepisovat**. Budu Vám velice vděčná, pokud kromě zakřížkování příslušné odpovědi Váš postoj i odůvodníte. Výsledky šetření budou zveřejněny a k nahlédnutí budou v kanceláři sociálních pracovníků.

Bc. Petra Vašátková

Váš věk:

☐ 60 – 74 let

☐ 75 – 89 let

☐ 90 let a více

Pohlaví:

☐ žena

☐ muž

1. Jste spokojen/a se svým současným bydlením v Domově?

☐ velmi spokojen/a

☐ spíše spokojen/a

☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a

☐ spíše nespokojen/a

☐ zcela nespokojen/a

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

2. Chtěl/a byste něco na svém bydlení změnit?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

3. Jsou pro Vás ceny za služby (např. za ubytování, stravu) přijatelné?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

4. Máte dost peněz pro vlastní potřebu (peníze, které Vám zbydou po zaplacení ubytování, stravování a dalších služeb)?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

5. Jaké služby poskytované Domovem využíváte a jak jste s nimi spokojen/a?

☐ ubytování	Vysvětlete:
☐ velmi spokojen/a ☐ spíše spokojen/a ☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a ☐ spíše nespokojen/a ☐ zcela nespokojen/a	
☐ praní, žehlení a opravy prádla	
☐ velmi spokojen/a ☐ spíše spokojen/a ☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a ☐ spíše nespokojen/a ☐ zcela nespokojen/a	
☐ úklid pokojů, doba a četnost úklidů	
☐ velmi spokojen/a ☐ spíše spokojen/a ☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a ☐ spíše nespokojen/a ☐ zcela nespokojen/a	
☐ kvalita stravování, pestrost stravy	
☐ velmi spokojen/a ☐ spíše spokojen/a ☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a ☐ spíše nespokojen/a ☐ zcela nespokojen/a	
☐ pomoc personálu při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a při osobní hygieně	

☐ velmi spokojen/a ☐ spíše spokojen/a ☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a ☐ spíše nespokojen/a ☐ zcela nespokojen/a	
---	--

6. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

☐ ano

☐ někdy

☐ ne

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

7. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

☐ velice spokojen/a

☐ spíše spokojen/a

☐ ani spokojen/a, ani nespokojen/a

☐ spíše nespokojen/a

☐ velmi nespokojen/a

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

8. Udržujete kontakt s rodinou?

☐ ano, pravidelně

☐ ano, ale nepravidelně

☐ ano, ale pouze písemně, telefonicky

☐ ne, neudržuji kontakt, ale chtěl/a bych to změnit

☐ ne, neudržuji kontakt a nemám zájem to měnit

☐ ne, nemám rodinu

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

9. Máte v Domově nebo mimo Domov nějaké přátele?

☐ ano, jednoho

☐ ano, několik

☐ ne, ale přál/a bych si mít

☐ nemám a nechci se s nikým přátelit

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

10. Ohodnoťte následující oblasti.

Prosím, ohodnoťte oblasti podle toho, jak jste s nimi spokojen/a a jak jsou pro Vás důležité, jako ve škole známkami 1 – 5.

Jednotlivé oblasti	Spokojenost: hodnoťte 1 - 5	Důležitost: hodnoťte 1 - 5
Úroveň bydlení		
Materiální zabezpečení		
Úroveň poskytovaných služeb		
Zdraví a úroveň soběstačnosti		
Vztahy s rodinou a okolím		
Možnosti seberealizace (např. volný čas, vzdělání aj.)		

Zdůvodněte, prosím:

.....

.....

.....

11. Jste spokojen/a s nabídkou volnočasových a kulturních aktivit v Domově?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ středně
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

12. Jak moc je pro Vás důležitá úroveň bydlení a úroveň poskytovaných služeb?

- ☐ je to pro mě to nejdůležitější
- ☐ spíše důležité
- ☐ ani důležité, ani nedůležité
- ☐ spíše nedůležité
- ☐ toto mě vůbec nezajímá, pro mě jsou důležitější jiné věci

Vysvětlete, prosím:

.....

.....

.....

V případě, že byste chtěl/a k tomuto tématu ještě cokoliv dodat nebo důležitého sdělit (pochvaly, stížnosti aj.), učiňte tak zde:

.....

.....

.....

.....

.....

Děkujeme za Váš čas, který jste vyplnění tohoto dotazníku věnoval/a!

Vyplněný dotazník vhod'te do schránky „pochval a stížností“ v přízemí u jídelny.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Petra Vašátková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Aspekty kvality života osob seniorského věku
Název v angličtině:	The Quality of Life`s Aspects of Older People
Anotace práce:	Diplomová práce má za cíl vymezit vybrané aspekty kvality života seniorů v konkrétním zařízení – domově pro seniory, které hrají zásadní význam při zajištění kvality jejich života. Zjistili jsme, že se domov pro seniory na tomto procesu velkou měrou podílí. Z dalších výsledků šetření mohou vyplynout doporučení pro poskytovatele sociální služby, vedoucí ke zvýšení kvality života seniorů v zařízení.
Klíčová slova:	kvalita života, aspekty kvality života, osoby seniorského věku
Anotace v angličtině:	The thesis has for object to define chosen quality of life`s aspects of older people in concrete institution – retirement home, which plays grand meaning near re-insurance their quality of life. We discover, that retirement home shares in this action very much. Out of investigation`s results may follow the recommendations for provider of social services, which make for heighten quality of life of older people in institution.
Klíčová slova v angličtině:	quality of life, quality of life`s aspects, older people
Přílohy vázané v práci:	Příběh Desatero pro ty, kteří se věnují starým lidem Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením Vnitřní problémy seniorů v domovech pro seniory Kritéria výběru vhodného domova pro seniory Aktivní stáří Dotazník

Rozsah práce:	64 s., 13 s. příloh
Jazyk práce:	český