

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Ivana Šurá

Kvalita života seniorů v domovech pro seniory

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.

2021

Prohlášení o samostatnosti zpracování kvalifikační práce

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou vypracoval/a samostatně a veškeré použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne

Ivana Šurá

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala panu Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D., vedoucímu práce, za odborné a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Rovněž děkuji své rodině, která mi byla po celou dobu oporou.

V závěru chci poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich čas a důvěru.

Obsah

1	Úvod.....	6
2	Senioři	8
2.1	Dělení stáří.....	8
2.2	Stadia stáří	9
2.3	Základní změny ve stáří.....	10
2.4	Ageismus	10
2.5	Demografický vývoj stárnutí společnosti České republiky	12
3	Kvalita života	13
3.1	Roviny kvality života.....	14
3.2	Měření a hodnocení kvality života	14
3.3	Faktory ovlivňující kvalitu života v domově seniorů.....	17
3.4	Kvalita a její hodnocení v pobytových sociálních službách.....	18
4	Domovy pro seniory	20
4.1	Odchod z domácího prostředí do domova pro seniory	21
4.2	Zajištění péče v domovech pro seniory	22
4.3	Výhody a nevýhody domovů pro seniory.....	25
4.4	Základní rozdíly mezi domovy pro seniory a domácí pečovatelskou službou.....	26
5	Adaptace	28
5.1	Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce.....	28
5.2	Proces adaptace na dobrovolné umístění do instituce	28
5.3	Geriatrický mal-adaptační syndrom	29
6	Shrnutí.....	31
7	Výzkumné cíle a hypotézy	32
8	Metodologie	34
8.1	Kvantitativní výzkum	34
9	Popis vybraného výzkumného souboru	39
10	Zpracování a vyhodnocení dat	41
11	Interpretace výsledků	42
12	Interpretace výsledků	50

13	Závěr	52
14	Bibliografie	54
15	Seznam grafů a tabulek	58
16	Přílohy.....	59

1 Úvod

Při vyslovení slova „*stáří, babička či dědeček*“ má většina lidí idylickou představu stařenky na lavičce, jak plete svetr a je obklopena vnoučaty, které jí dělají radost a rozhodně nepřemýšlí nad tím, že by měla v budoucnu opustit svůj dům. Dědeček, který kouří tabák ze své oblíbené fajfky a hladí kocoura, určitě nepřemýšlí nad tím, že ho začíná trápit demence a také si nepřipouští, že by měl jít do jiného domova. Takovou představu v nás zanechaly pohádky a povídky, které jsme jako děti velmi milovali a možná i trochu zidealizované vzpomínky na prarodiče.

Jak je to dnes? Jsou senioři v dnešní uspěchané společnosti stále stejně šťastní, jak nám to bylo podáváno v literatuře, nebo se tu setkáváme pouze s mylnou domněnkou? V porovnání s dřívější dobou dochází k mnoha změnám, které seniory ve velké míře ovlivňují. Představa soužití tří generací v jednom domě je ve většině domácností již nemyslitelná. Často se stává, že mladší generace odcházející každý den do práce a vychovávající své potomky, si každodenní péči o seniora již nemůže z časových důvodů dovolit. Proto se obracejí na služby, které mají k této činnosti specializaci a disponují k tomu odborně vyškoleným personálem. Rodině se líbí, že mohou aspoň tímto způsobem svému blízkému poskytnout dostatečnou péči, kterou by oni sami nebyli schopni zajistit. Jednou z voleb je domov pro seniory.

Jak to však vidí senior? Cítí se v takovémto domově pro seniory opravdu šťastně a spokojeně, jak je možno vidět na propagačních materiálech domova, nebo by raději dožil ve svém původním domově, kde prožil celý život? Cítí se senioři dostatečně veselými osobami, i když tráví současný život v prostředí, které je v produktivním období života vůbec nezajímalo a jak oni vnímají svoji dosavadní kvalitu života?

Na to bych se chtěla ve své bakalářské práci s názvem *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory* zaměřit. Mým cílem pro naplnění zadání je zjištění kvality života seniorů v domovech pro seniory a její porovnání s kvalitou života seniorů žijících v domácím prostředí. Teoretickou část rozdělím do čtyř hlavních kapitol. Budu se zabývat pojmem *Stáří a senior* a jeho dělení, jako podkapitolu jsem zvolila *ageismus*, jelikož si myslím, že v domově pro seniory se můžeme setkat s mnohem větším množstvím předsudků vůči seniorům. Pokusím se nastínit současný demografický vývoj seniorů na území České republiky. V další kapitole *Kvalita života* vymezím pojem *kvalita života*, popíšu metody pro měření kvality života a následně se zaměřím na prvky, které mohou ovlivnit kvalitu života v domovech pro seniory. Ve třetí kapitole

představím kapitolu Domov pro seniory. Tady nastíním, jak probíhá nástup nového klienta do zařízení, jak je v průběhu pobytu zajišťována ošetrovatelská, zdravotní a spirituální péče, výhody a nevýhody, následně se zaměřím na rozdíly mezi službami domova pro seniory a domácí pečovatelské služby. Ve své práci se budu věnovat i procesu adaptace, jelikož těžký nástup do zařízení může velice negativně ovlivnit kvalitu života v prvních dnech i týdnech pobytu uživatele v novém prostředí.

V empirické části jsem se rozhodla pro zjištění kvality života seniorů v domovech pro seniory a porovnávám ji s kvalitou života seniorů žijících v domácím prostředí a využívajících pečovatelské služby. Kvalitu života seniorů využívajících služby domácí péče v Pardubickém kraji jsem měla jako téma absolventské práce a pro porovnání kvality života uživatelů v domovech pro seniory jsem se rozhodla z důvodu jeho rozdílnosti v poskytování služeb a prostředí, ve kterém senioři žijí. Pro výzkum jsem se rozhodla využít standardizovaných dotazníků WHOWOL-OLD a WHOQOL-BREF.

2 Senioři

Život každého jedince se skládá z jednotlivých vývojových etap, která jsou vždy něčím charakteristická pro jednotlivá období. Mohou to být určité znaky nebo životní změny, které obvykle v daném období probíhají. V každém jednotlivém období se člověk připravuje na následující životní etapu, která bude následovat. I stáří má své specifické životní momenty a zároveň je zajímavé tím, že se jedná o poslední stádium života (Pacovský, 1990, s. 30).

Senior je sociologicky definován jako člověk, který je v rozmezí věkové hranice 60 až 65 let. Zhruba kolem věku 75 let můžeme pro jedince použít pojem starý člověk. Ve světě je ovšem hranice stáří často ještě vyšší. Okolí člověka začíná vidět jako neatraktivního, méně aktivního a méně produktivního a on získává společností přidělený status důchodce. Toto období je charakterizováno řadou změn v biologickém, sociálním, psychologickém i spirituálním spektru. Takový pohled má na seniora převážná část populace. Na seniora je často pohlíženo jako na zátěž společnosti. Často bývají spojováni s financemi. Společnost mnohdy díky médiím vnímá, jak se seniorům vyplácí důchody, občas se jim ještě zvyšují a odčerpávají značnou část financí na zdravotní péči. To je negativní pohled společnosti, která si neuvědomuje již ty pozitivní aspekty a činnosti seniorů, které jsou přínosné pro společnost (Janečková in Matoušek, 2005, s. 163).

2.1 Dělení stáří

V knize od Hrozenkové a Dvořáčkové (2013, s. 13) je hranice stáří přesně stanovena podle Světové zdravotnické organizace, tu převzal ve své knize i Heigy (2011). Ten dělí věk do mnoha aspektů:

Chronologický věk - věk kalendářní, odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu.

Biologický věk - je důsledkem geneticky řízeného programu, působení zevního prostředí a způsobu života a přítomnosti chorob, nebo úrazu.

Funkční věk - odpovídá funkčnímu potenciálu člověka, je daný souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.

Psychologický věk - je důsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku.

Sociální věk - zahrnuje přítomnost, resp. Nepřítomnost životního programu a do jisté míry závisí na důchodovém věku.

Do 74 let je senior považován za mladého seniora. Po 75. roce přichází kategorie „vysoké stáří“, které je ještě rozděleno do podkategorií: 75-89 let-pokročilý věk, věk 90 let a více se označuje jako dlouhověkost. Druhá varianta pro dělení vysokého věku je následující: věk 75-84 let je označován jako staří senioři a lidé ve věku 85 let a více jsou označováni jako velmi staří senioři (Matoušek, 2013, s. 369).

Všeobecně uznávaným pojmem věku seniorů nad 90 let je věk „kmetský“ (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2007 cit. dle Matoušek, 2013, s. 369).

Haškovcová (2010 s. 20) uvádí, podle definice Světové zdravotnické organizace je stařecký věk obdobím, kdy lidem ubývají fyzické a psychické síly. Toto dělení se používá na seniory, na kterým je jejich stáří viditelné, z toho důvodu je stáří rozděleno následně:

45-59 let-Střední, nebo též zralý věk

60-74 let-Vyšší věk, nebo rané stáří

75-89 let-Stařecký věk, neboli sénium, vlastní stáří.

90 let a výše-Dlouhověkost (Haškovcová, 2010)

2.2 Stadia stáří

Vágnerová (2007) se ve své knize také zaměřila na rozdělení stáří podle věku. Zároveň se však na každou věkovou kategorii zaměřila blíže:

- Období raného stáří: 60-75 let
- Období pravého stáří: 75 a více let

V období raného stáří dochází ke změně postoje v rámci vlastního života. Mění se jeho dosavadní vztahy a hledá nové místo, jak být prospěšný pro okolní svět. V tomhle období se právě posilují vztahy s rodinou, přáteli a komunitou, do které patří. V raném stáří se nejvíce mění jeho postavení ve společnosti, kvůli odchodu do penze se ocitá v novém kolektivu. Tělesné změny jsou v počátku stáří poměrně různorodé a závisí na genetice. Senior ale začíná vnímat pomalu ubývání sil ve všech oblastech, již nevydrží zátěž jako před lety, začíná pociťovat větší únavu a hůře se může soustředit. (Vágnerová, 2007, s. 299-303).

Období pravého stáří je též označováno jako čtvrtý věk. Je to období velice náročné, a to z důvodu uvědomování si blížící se smrti. Pouze 11,2 % mužů a 18,1 % žen překročí 80. rok života. Senioři vnímají, jak odchází jejich přátelé a rodina, kteří s ním žili celý život. Zároveň se potýkají se závažnou změnou ve svém životě, které předcházela úbytek sil, postupná ztráta soběstačnosti a přijetí péče od druhé osoby. V rámci sociálních změn dochází v tomto období ke změně bydlení. Senior kvůli zhoršené mobilitě, nebo špatného zdravotního stavu opouští své dosavadní bydlení a nastupuje do ústavního zařízení, buď do domovu pro seniory, domovu s pečovatelskou službou nebo LDN. Zde musí senior přijmout nový režim a ve většině případů přichází i ztráta soukromí. V rámci dlouhodobých vztahů se musí vypořádat se ztrátou milovaného partnera. Senior v tomto období již trpí vyšším počtem nemocí, proto je pro něho nejdůležitější udržení si vlastní soběstačnosti než dobrý pocit ze snižujícího se počtu nemocí, která jsou již chronická. Častým onemocněním je demence, která způsobuje úbytek rozumových schopností a racionálního myšlení. Senioři také začínají mít problémy s kardiovaskulárním systémem a s cévní mozkovou příhodou. K zhoršení dochází i v kognitivních funkcích, kdy již nabývají natolik přesní v denních činnostech a zhoršuje se jim ve větší míře paměť a klesá i intenzita emočního prožívání a vnímání vlastní životní pohody (Vágnerová, 2007, s. 397-411).

2.3 Základní změny ve stáří

Ve stáří se změní celkový vzhled člověka. Kůže ztrácí pružnost a postupně se mění i její barva, často do naředěné barvy a objevují se pigmentové skvrny. Objevují se také vrásky, které mohou být způsobeny velkým úbytkem váhy, užíváním léků, počasím, nebo užíváním špatných kosmetických přípravků. Mění se výška seniorů a oslabují se jejich smysly (Farková, 2009, s. 120).

Během stáří dochází k mnoha změnám, které ovlivňují život seniorů i jeho rodinné příslušníky. V oblasti psychických změn dochází k velkým posunům v oblasti poznávacích oblastí, hlavně ve vnímání myšlení, pozornosti a paměti. Dále dochází ke zhoršené adaptaci na různé životní situace, jednou z nich může být právě i horší adaptace na ústavní péči, kterou se budu v následujících kapitolách blíže zabývat (Vosečková, 2014, s. 10)

2.4 Ageismus

Pojem ageismus je v dnešní době poměrně diskutovaným tématem. Diskriminace může být pro seniory velice citlivým tématem, která je může dlouhodobě ovlivnit v jejich životě a způsobit

jim dlouhodobá traumata. Mohou to být uživatelé využívající pečovatelské služby i klienti domovů pro seniory.

Tento pojem je odvozen z anglického slova age, což znamená věk a stáří. Obecně to znamená, že společnost má předsudky vůči stáří. Jsou to určité stereotypy v záporném duchu a již si nedokážeme vybavit ty kladné vůči dané skupině. Některé projevy diskriminace mohou být zjevné, naopak jiné mohou mít skrytý podtext. Kvůli ageismu dochází v životě určitého seniora k životním změnám, se kterými se doposud nesetkal. Seniora může situace dovést k vyčlenění ze společnosti a k věkové segregaci, protože společnost žije v mylných představách, která vyčleňují seniory (Tošnerová, 2002, s. 6).

V historickém kontextu se vždy říkalo napříč společnostmi, že ke starému člověku by měla mladší generace vzhlížet s úctou. Přesto se často setkáváme s názorem, že senior je již neproduktivní. Předsudky o stáří byly založeny na základě určitých mýtů, které si můžeme nést do dospělosti již od dětství (Pokorná, 2010, s. 71).

Tošnerová (2002, s. 7) sepsala šest nejčastějších mýtů, kvůli kterým mohou vznikat různé předsudky vůči seniorům.

- Staří žijí jen v rozvinutých zemích.
- Staří lidé jsou všichni stejní.
- Stáří mužů a žen je stejné.
- Stáří je křehké, potřebují péči.
- Staří lidé nemají již čím společnosti přispět.
- Staří je ekonomickou zátěží společnosti.

Tošnerová (2002, s. 7) napsala podle Palmore (1990) nejčastější předsudky, se kterými se senior může setkat a ovlivnit jeho běžný život:

„Mladí mohou chybovat či být pomalí bez nálepky, že jsou nemohoucí či senilní.“

„Mladí mohou zapomenout jméno nebo adresu bez toho, že by se s nimi jednalo s blahosklonnou přezíravostí.“

„Mladí mohou být popudliví nebo nepříjemní bez toho, že byli označováni jako podivínští nebo potrhli“.

„Mladý muž může zobrazovat a sdělovat své sexuální pocity nebo citové stavy na veřejnosti, aniž by byl nazván oplzlým dědkem.“

2.5 Demografický vývoj stárnutí společnosti České republiky

Demografický vývoj jsem do této kapitoly zařadila pro přehlednost situace v České republice. Stárnutí společnosti může ovlivnit i konečnou podobu domovů pro seniory. Domovy pro seniory mohou být z důvodu zvyšujícího se počtu seniorů přeplněné a tím by mohla být ovlivněna i kvalita jimi poskytovaných služeb.

Senioři se v dnešní době dožívají mnohem vyššího věku než u předchozích generací. Je to způsobeno dobrou životní úrovní, lepší dostupností kvalitních potravin a větší informovaností o zdravém životním stylu. Ve vyspělých zemích je vyšší věk seniorů ovlivněn rozvojem zdravotní péče a vývojem moderních technologií (Haškovcová, 2010, s. 86).

Haškovcová (2010, s. 86, 87) podotýká, že celková společnost v Evropě stárne, avšak mezi státy jsou viditelné rozdíly ve způsobu života seniorů. Seniorům se v průběhu přechodu jednotlivých generací měnili jejich problémy. Staří lidé dnešní doby vidí největší problémy ve své finanční stránce.

I v České republice situace není jiná. Podle výsledků Statistického úřadu z roku 2020 se počet seniorů stále zvyšuje. Od roku 2010 do roku 2019 se počet seniorů zvýšil z hodnoty 1,64 na 2,13 milionu obyvatel, což znamená, že jednu pětinu obyvatel České republiky tvoří právě seniorská skupina. K roku 2020 byla nejpočetnější skupinou seniorů ta ve věku 65-69 let. Těch bylo celkem 679 tisíc. Další skupinou seniorů s celkovým počtem 603 tisíc, jsou senioři ve věku 70-74 let. Seniorů ve věku 75-79 let bylo sečteno celkem 409 tisíc a osob ve věku 80 a více let bylo 441 tisíc, z toho bylo 63 tisíc devadesátníků a 713 seniorů se dožili sta let (ČSÚ, [online]).

Podle výsledků začalo množství počtu seniorů již v polovině 80. let 20. století stoupat. Mezi nejvíce početnou generaci seniorů patří právě aktuální senioři, kteří se narodili po 2. světové válce. Průměrný věk se v přelomu roku 2019 na rok 2020 zvýšil přibližně o dva roky. U mužů byl průměrný věk stanovený na 74,4 let a změnil se na 76,3 let a u žen se věk 80,6 zvýšil na hodnotu 82,1 let. Takto vysoký věk může být způsoben prodlužující se střední délkou života, která se samozřejmě také zvedla. U mužů je aktuální střední délka života vymezena na 16,3 let, což je oproti roku 2019 o 1 rok více. U žen se střední délka života zvýšila o 1,2, tudíž na 19,9 let. (ČSÚ, [online]).

3 Kvalita života

Kvalitou života se již zabývali v historii. Přesněji v římské a řecké mytologii, kdy byla spojovaná s Asclepiem a Aesculapem (Štefflová 2001 cit. dle Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7).

Z vědeckého hlediska se s termínem kvality života setkáváme až mnohem později, tj. v roce 1920 ve spojitosti s ekonomikou a sociálním zabezpečením. Následně se na životní kvalitu zaměřili autoři v důsledku druhé světové války, kdy se staly dvě události: Světová zdravotnická organizace se blíže zaměřila na rozšíření definice zdraví, které se rozvedlo o fyzickou, duševní a sociální pohodu. To vedlo k mnoha nejasnostem a diskusím. Druhou událostí bylo to, že v druhé polovině 20. století nastaly velké sociální nerovnosti mezi společnostmi, hlavně na západě (Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 7).

Pojem kvality života úzce souvisí s termínem „well-being“. Ten je definován jako osobní pohoda po duševní, tělesné i sociální stránce. Avšak definicí je více. Podle Křivohlavého (2004) může být pojem well-being překládán do českého jazyka jako „životní spokojenost“, „subjektivní komfort“, „prožitek“ nebo také jako „pocit blaha“ a také jednoduše řečeno „stav, kdy se člověk cítí dobře“ (Kebza, 2005, s.60, 61).

Kvalita života je předpoklad aktivity jedince a stává se moderním konceptem pro přístup jedince i skupiny. Přináší pocit pohody a spokojenosti s vlastním životem. Kvalita života může být vnímána ve všeobecné rovině zaměřená na celkový život jedince a jeho roli ve společnosti. Kvalita života může být i blíže zaměřená na materiální, biologické, sociální a kulturní aspekty života. V neposlední řadě se může kvalita života měnit v různých životních obdobích, které ji mohou ovlivnit, např. porod dítěte, odchod do důchodu či nástup do zaměstnání (Petřková a kol., 2004, s. 40).

Konkrétní aspekty, které mohou osobu podle Petřkové (2004, s. 41) ovlivnit jsou:

- příjmy (hmotné i nehmotné),
- výdaje podle různých kategorií,
- bydlení,
- vybavení domova např. televize, automobil, internet a telefon,
- vzdělání
- předpokládaná délka života,
- podíl jedince na společenském životě

3.1 Roviny kvality života

Křivohlavý (2002, s. 163) uvádí podle Engela a Bergsma (1988), že kvalita života se rozděluje do tří rovin. Každá z rovin je naprosto rozdílná a je zaměřena na jinou oblast v kvalitním životě. Jsou jimi:

- **Makro-rovina**

V makro-rovině se autoři zabývají kvalitou života velkých společenských celků, mohou to být kontinenty a země. Problémy, na které se makro-rovina zaměřuje jsou politické změny v zemích, ve kterých lidé žijí, hladomor a chudoba či jak se zvládají epidemické situace. Následně do této roviny spadají problémy ve zdravotnictví, veřejné výchově, vypořádání se s různými katastrofami, např. válkou, genocidou a terorismem.

- **Mezo-rovina**

Mezo-rovina je zaměřená na kvalitu života v malých sociálních skupinách. Ve škole, v práci, ale i u seniorů to může být v domově pro seniory či v pečovatelských domech. Jedná se hlavně o situace, při kterých je posuzováno v daných skupinách zachování morálního respektu osoby, vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování základních potřeb osob ve společenské skupině, možnosti mít sociální podporu v dané skupině a sdílené hodnoty.

- **Personální rovina**

Je to subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Vnímání bolesti, vlastní spokojenosti a nadějí. Dále to mohou být vlastní představy, pojetí, očekávání a přesvědčení.

3.2 Měření a hodnocení kvality života

V dnešní době je kvalita života považována za subjektivní prožitkovou kategorii, kde si sám člověk musí zodpovědět, zda se cítí ve svém životě šťastný či aspoň spokojený. Vnější pohled na kvalitu života je většinou mylný, protože se zaměřuje na pouze na povrch (Haškovcová, 2010, s. 254).

Měřit a následně vyhodnocovat lze nejčastěji formou subjektivního vnímání kvality života, kdy jedinec hodnotí sám sebe a prostředí, ve kterém se pohybuje, včetně sociálních kontaktů. Jednotlivec konkrétně hodnotí svoji zaměstnanost, vzdělání a zapojení se do sociálního života (Cooks 2002, cit. dle Kocman, 2011, s. 5).

Při zjišťování kvality života je jednou z využívaných metod kvantitativní zjišťování. To je založeno na principu přiřazování číselné hodnoty. Obvykle jsou uspořádány na stupnici. Každá stupnice by měla obsahovat slovní popis hodnot, aby tazatel měl lepší představu o každé hodnotě a mohl se lépe rozhodnout (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 40).

Nástroje pro měření kvality života lze rozdělit podle Vařurové s Mühlpachrem do dvou kategorií:

Obecné nástroje

Tyto nástroje měří nejdůležitější oblasti v životě a také se mohou využít v případě měření kvality života během nemoci. Jsou proto často využívány pro zjišťování kvality života při jednotlivých onemocněních (Martinez-Martin, 1998, cit. dle Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 52).

Specifické nástroje

Specifické nástroje se využívají při měření kvality života a jednotlivých klíčových aspektů pro zjišťovanou oblast. Specifické nástroje jsou oproti obecným nástrojům přesnější, avšak zaměřují se na menší skupinu respondentů.

Další rozdělení nástrojů uvedl Mühlpachr (2005, s. 65) podle Křivohlavého (2001) na tři skupiny:

- Metoda subjektivní, kdy svůj život hodnotí sama daná osoba.
- Metoda objektivní, kdy život osoby hodnotí druhá osoba.
- Metoda smíšená, která je kombinací dvou předchozích.

WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD

Mezi nejznámější obecné měřicí metody pro kvalitu života se řadí dotazníky Světové zdravotnické organizace s názvem WHOQOL (World Organization Quality of Assessment). Tato organizace měla za úkol rozšířit vnímání kvalitního života. Tedy, jestli kvalita života nesouvisí pouze s každodenními činnostmi a zdravotním stavem. Do kvalitního života se řadí i další životní složky. Nejdříve byl v roce 1991 vytvořen dotazník WHOQOL-100, který obsahuje 100 otázek. Následně byl zkrácen na pouhých 26 otázek rozdělených do čtyř oblastí a přejmenován na WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-OLD obsahuje 24 otázek, které jsou rozděleny do šesti oblastí. Tento typ dotazníků je zaměřený přímo na seniorskou skupinu osob, proto se otázkami snažili přiblížit k jejich předpokládaným problémům. Nyní jsou dostupné

téměř v padesáti zemích. V České republice se na tyto dotazníky blíže zaměřovala PhDr. Eva Dragomirecká. Ph.D., která je přeložila do českého jazyka (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15).

Spitzer Quality of Life Index- QL

Tento měřicí produkt se řadí do metody objektivní a byl spíše vytvořen pro lékaře, kteří pracují s pacienty trpícími rakovinou a pro chronicky nemocné jedince. Využití našel při zkoumání kvality života před léčbou a po léčbě. Jelikož dotazník je zaměřený na nemocné osoby, není vhodné, aby se dotazníkového šetření zúčastnila osoba zdravá. Hodnotící škála obsahuje pět částí a tři možnosti odpovědi. Každá z odpovědí má bodovou hodnotu 0-2 a celkové skóre může dosáhnout do nejvyšší hodnoty 10 (Křivohlavý, 2001, cit. dle Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 55).

Tento nástroj obsahuje pět hodnotitelných domén:

- Aktivita
- Každodenní život
- Vnímání zdraví
- Podpora rodiny a přátel
- Pohled na život

MANSA

Dotazník MANSA se řadí mezi smíšené hodnotící metody. Kromě MANSY existuje již pouze jedna metoda LSS-Měření spokojenosti, která je disponuje stejnou hodnotící škálou jako MANSA. Tu sestavil tým pracovníků z Univerzity v Manchesteru. Jejich cílem bylo zjistit momentální, aktuální kvalitu života přesně v danou chvíli, kdy se vyplňuje dotazník (Křivohlavý, 2002, s. 176).

V této metodě se hodnotí celková spokojenost se životem, ale i s dalšími oblastmi v životě, kterými jsou podle Křivohlavého (2002, s. 176):

- Zdravotní stav,
- Sebepojetí,
- Sociální vztahy,
- Rodinné vztahy,
- Bezpečnostní situace,
- Právní stavy,

- Životní prostředí,
- Finanční situace,
- Volný čas,
- Zaměstnání

3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života v domově seniorů

Zdravotní stav

Jedním z faktorů, které seniora mohou v jeho prožívání kvalitního života ovlivnit je období nemoci. Mít kvalitní život v době, kdy na osobu působí jistým způsobem nemoc, je pro každého velice náročné. V období nemoci se člověk snaží měnit svůj životní styl, aby se jeho stav zlepšil. Musí však oželeť i mnoho radostí, které mu zpříjemňovaly život. Mnoho seniorů ani nedoufá, že se jejich život vrátí zase na původní stupeň kvality života. Mohou předpokládat, že ne vždy se zdravotníkům povede naprosté vyléčení, zvláště pokud se jedná o dlouhodobou nemoc. V případě vyléčení se senior i nadále může potýkat s určitými následky spojené s prožitou nemocí. Uzdravení mohou mít i různá omezení ve stravě nebo pohybu. Zároveň kvalita života spojená se zdravotním stavem souvisí i s přístupem jedince. Pokud senior bude k nemoci přistupovat pasivně a bude víceméně čekat, až mu ostatní zajistí kvalitní život i s nemocí, nemusí ke zkvalitnění života nikdy dojít (Haškovcová, 2010, s. 255).

Sociální oblast

Odchod do domova pro seniory nebo jiného ústavního zařízení je obdobím mnoha životních změn, včetně života sociálního.

Senioři mívají pocit, že v novém domově budou trpět. Budou izolováni z důvodu horší pohyblivosti, ztratí kontakt se svými blízkými, které doposud navštěvovali. Druhá situace, která obvykle nastává, je velké množství nových kontaktů, které doposud neznal. Jednat se může o spolubydlící i personál (Vágnerová, 2007, s. 420).

V roce 2002 proběhl v Kanadě výzkum *A Nation for All Ages? A Participatory Study of Canadian Seniors' Quality of Life in Seven Municipalities*. Ten se zaměřoval na kvalitu života seniorů. Za hlavní faktory, které ovlivňují sociální kvalitu života je nezpřetrhání starých sociálních kontaktů a navazování nových známostí, kdy se nemusí jednat pouze o rodinu. Socializovat se senior může i díky dobrovolníkům nebo asistentům. Naopak jako hlavní důvod negativního faktoru ovlivňujícího kvalitu života je např. nedostatek respektu a infantilní chování na jejich osobu. Za další kritérium omezující jejich kvalitu života je již zmíněná

diskriminace z důvodu věku - ageismus, kdy jsou senioři omezováni v různých činnostech právě z tohoto důvodu. V neposlední řadě je třeba zmínit i horší dostupnost k informacím, ne vždy dobře fungující dopravu a horší socializaci s okolním světem mimo sociální zařízení (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 103)

3.4 Kvalita a její hodnocení v pobytových sociálních službách

Kvalitu života seniorů žijících v domovech pro seniory nemálo ovlivňuje prostředí domova. Kromě vnitřního prostředí a celkového vzhledu budovy to mohou být ještě další složky, které k vnímání domova patří. Může se jednat o personál a jejich vstřícný přístup, také je potřeba zohlednit pocity bezpečí a kolektivního přijetí, které v zařízení panují.

Kvalita sociálních služeb je definovaná jako činnost, která slouží k naplnění požadavků. K tomu, aby se dokázala vyměřit kvalita dané sociální služby slouží k zjištění, zda jsou standardy náležitě uspokojovány (Horecký, 2019, s. 11).

Standardy jsou podle Horeckého (2019, s. 12) rozděleny do tří kategorií:

Standardy proceduární - do této kategorie spadají standardy, které mají přesně definovat určitou službu jako cíl a způsob poskytování sociální služby. Jak bude zařízení jednat se zájemcem o službu, poskytovat individuální plánování a rámcově vymezit průběh služby. Dále by služba podle proceduárních standardů měla vědět, jak nakládat s osobními údaji a stížnostmi.

Standardy personální - tyto standardy jsou zaměřeny na zaměstnance daného zařízení, na stanovení podmínek a požadavků k práci, které by měli všichni dodržovat. V této kategorii jsou k nalezení i standardy zaměřující se na povinnost vzdělávání pracovníků.

Standardy provozní - týkají se organizace provozu zařízení, např. kdy a kde jsou služby poskytovány. Podmínky provozu, za kterých bude služba poskytována a které budou dodržovány a kontrolovány. Podávání informací o provozu veřejnosti.

Mikulcová (2008, s. 73) říká, že celková kvalita služby je rozdělena do kategorií:

- spokojenost klienta,
- reakce na potřeby klienta,
- vysoká odborná úroveň péče
- cenová přiměřenost,
- bezpečí,

- kontinuita péče

Kvalita pobytové služby se může lišit, to závisí na různém pohledu každého ze subjektů. Rozdílný pohled může mít uživatel služby, který službu plně využívá a zřizovatel, který dohlíží hlavně na dobrý provoz dané služby.

Mikulcová (2008, s. 74) podle Holmerové (1995) rozdělila subjekty, které mohou mít na službu rozdílný pohled:

- zřizovatelů,
- poskytovatelů,
- sociálních pracovníků,
- klientů,
- rodinných příslušníků, veřejnosti atd.

Kvalita péče z pohledu zřizovatelů není příliš prostudovaná, obvykle považují za kvalitní službu tu, která je na dobré ekonomické úrovni a vždy má výborné manažerské výsledky. Kvalita poskytovaných sociálních služeb z pohledu poskytovatelů. Mnoho poskytovatelů chce zajistit sociální službu z jednoduchého důvodu, aby se zlepšila kvalita života seniorům. Druhým důvodem je určitá prestiž. Záleží jim na dobrém jméně a ocenění. Zlepšování kvality je i důsledkem rostoucí konkurence mezi službami a srovnávání mezi nimi. Kvalita života z pohledu klienta je asi jedním z nejdůležitějším a nejvěrohodnějším hodnotitelem sociální služby. Většina klientů sociálních služeb si přejí, aby měli osobní svobodu a svobodu pohybu, aby měli v zařízení pocit soukromí a ochrany a byli v kontaktu s rodinou, do největší možné míry vedli vlastní život a měli právo na svobodné rozhodnutí o své osobě. Sociální služba získá sympatie u klientů i v případě, kdy mohou vlastnit majetek, mají možnost vzdělávat se a přivyčelávat si. Důležitým požadavkem v zajišťování sociálních služeb je mít právo na stížnost, která se nemusí týkat jen kvality poskytované služby. Pro sociálního pracovníka znamená kvalitní služba zajištění klíčového pracovníka klientovi, dostatečné vzdělání k výkonu práce a jeho průběžné doplňování a znalost nejnovějších metod a možností k vyhodnocování životních situací klienta (Mikulcová, 2008, 75-78).

K zajištění trvalé kvality sociálních služeb mají sloužit standardy kvality, které by každé zařízení mělo dodržovat. Standardy sociálních služeb jsou určeny pro všechny typy služeb.

4 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou podle zákona o sociálních službách 108/2006 pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností, hlavně kvůli věku a potřebují pravidelnou pomoc další fyzické osoby.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

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

Podle Matouška (2013, s. 434) říká, že domovy pro seniory jsou určitou alternativou v bydlení. Využívají ji senioři, kteří již z různých důvodů nemohou ve svém původním domácím prostředí žít a rozhodnou se bydlet ve společnosti svých vrstevníků. Nejčastějším důvodem pro nastěhování se do domova pro seniory je zhoršení sociální situace (vysoký věk, nevhodné bydlení, samota). Druhým nejčastějším důvodem je zhoršení zdravotního stavu, např. horší pohyblivost, dlouhodobá nemoc. S tím souvisí i vyšší nároky na péči, kterou není rodina nebo terénní pečovatelská služba již schopna zajistit. Domovy pro seniory mají zachovat kvalitu života seniorů v rámci soběstačnosti, zapojení do společnosti a autonomie.

V době, kdy se nazývaly tyto zařízení jako domovy důchodců, byla nejčastějším důvodem seniorů k přestěhování jejich ekonomická situace. Naopak v dnešní době různých variant ústavního bydlení je jedním z nejčastějších důvodů zhoršení zdravotního stavu.

Matoušek (1999, s. 84) uvádí, že senioři vidí žití v domově pro seniory jako poslední možnost v životě. Očekávají, že je domov pro seniory bude v běžném životě omezovat a zničí jim již zažitá rituála. Myslí si, že se domů již nevrátí a předpokládají, že v domově již nadobro zůstanou. Proto odchod do domova pro seniory zvažují až v případě, kdy si sami uvědomují, že se o sebe již nezvládnou postarat a vidí v tom svoji poslední možnost. Mezi další důvody se řadí strach z vlastní budoucnosti a dále osamělost (Kalasová, 1991, cit. dle Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 73).

Do domovů pro seniory nejsou přijímány osoby, které potřebují dlouhodobou léčbu ve zdravotnickém zařízení a je poskytována za úhradu (MPSV, [online]).

V České republice je registrováno celkem 2 154 poskytovatelů sociálních služeb, zajišťujících 5 675 služeb. Z toho nejvíce poskytovanou sociální službou jsou domovy pro seniory. Je jich na území České republiky 539, které mají celkovou kapacitu lůžek přes 36 tisíc. (MPSV, 2019, s. 21).

Zřizovateli sociálních služeb jsou:

- obce a kraje,
 - nestátní neziskové organizace a fyzické osoby,
 - Ministerstvo práce a sociálních věcí
- (MPSV [online])

4.1 Odchod z domácího prostředí do domova pro seniory

Pokud se senior rozhodne nastoupit do domova pro seniory, čeká ho celá řada formalit, které musí splnit, aby byla jeho žádost plnohodnotná. Zároveň je to důležitý životní krok a senior by měl společně s rodinou zhodnotit nejlepší variantu typu zařízení a následně vybrat pro seniora ten nejlepší domov, ve kterém by se cítil dobře.

Chloupková (2013, s 29) v první fázi doporučuje zjistit základní informace i službě. Skvělým zdrojem informací je prostudování webových stránek domova pro seniory, přečtení informačních a propagačních brožur. V případě, že senior nebo jeho rodina zná osoby, které službu využívají, určitě by bylo vhodné se na ně obrátit.

Senioři před nástupem zjišťují důležité informace o pobytu. Jako nejdůležitější kritérium je pro ně počet lůžek na jednom pokoji a jejich obsazenost. Dále za důležitou informaci považují okolí v blízkosti zařízení a jaké služby jsou tam poskytovány. Zásadní informací je pro ně také cena za pobyt. Méně důležitá je pro ně informace o počtu obyvatel v celém domově pro seniory (Vávrová, Vaculíková, 2017, s 88).

Zájemce o službu, který splňuje náležitosti podle zákona o sociálních službách (§49, §50), podává řádně vyplněnou žádost o přijetí do zařízení. Společně s přihláškou přikládá kopie dokladů. V případě, že senior chce nastoupit do státního zařízení, tak tuto žádost společně s dokumenty podává na sociální odbor, pod který organizace spadá. Pokud však má zájem o

soukromé zařízení, žádost podává přímo v nestátním zařízení. Žádost následně sociální pracovnice založí do evidence uchazečů o pobyt v domově pro seniory (Malíková, 2011, s. 65).

Pro sociální pracovníci nyní nastává fáze výběru vhodných zájemců o službu. Pracovník se snaží zjistit pomocí sociálního šetření aktuální situaci a potřeby seniora, aby poskytování služby bylo prospěšné. Zároveň je třeba se seznámit s aktuálním zdravotním stavem seniora a jeho diagnózou. Důležité to je z důvodu, zda zdravotnický personál sociální služby by byl schopen poskytnout klientovi odpovídající léčbu. V případě, že senior je vhodným zájemcem o službu a splní veškerá kritéria, která se požadují ze zákona, již není problém seniora o výsledku vyrozumět (Johnová, Čermáková, 2002, s. 34).

4.2 Zajištění péče v domovech pro seniory

Obyvatelům domovů pro seniory je třeba zajistit také ošetrovatelskou péči. Z tohoto důvodu se v zařízeních vytváří ošetrovatelská lůžka, někdy celá oddělení (Jeřábková, 2008, s. 5).

Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory je definovaná podle zákona 108/2006, §36, který říká, že je v tomto typu zařízení poskytována péče ošetrovatelská a rehabilitační, která je zajištěna specializovanými pracovníky, nemusí však kvůli tomu být registrována jako zdravotnická služba a nemusí ji nařídít lékař. Lékaři však spolupracují s poskytovateli sociálních služeb. Poskytovatelé spolupracují např. s psychiatrem, stomatologem nebo neurologem. Každé zařízení má smlouvu s jedním praktickým lékařem, který tam pravidelně dochází a hodnotí celkový stav klientů po zdravotní stránce (Malíková, 2011, s. 128, 129).

V domovech pro seniory pracují tři typy zdravotnických pracovníků: všeobecná sestra, fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Dále jsou zde pracovníci v sociálních službách, kteří převážně zajišťují přímou péči. Pracovníci v nelékařských zdravotnických oborech musí splňovat podmínky ze zákona 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Pro pracovníky v sociálních službách platí zákon 108/2006 o vzdělávání personálu. Pro ty je dostačujícím vzděláním splnění rekvalifikačního kurzu (Malíková, 2011, s. 97).

Sociální péče

Sociální péče je pro seniory nejdůležitější poskytovanou službou. Zajišťuje ji celá řada odborníků a seniorovi je tato forma péče poskytována ještě před nástupem do domova, kdy komunikuje se sociálním pracovníkem.

Sociální pracovník v domově pro seniory je podřízený vedoucímu zařízení, popř. vedoucímu sociálnímu pracovníkovi. Dále spolupracuje s vrchní sestrou a všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizačním pracovníkem a ekonomkou v dané službě. Musí mít splněné vzdělání sociálního zákona 108/2006 podle §110 a §111 (Malíková, 2011, s. 86).

Sociální pracovník v domově pro seniory bývá první osobou, se kterou se zájemce o pobyt setkává. Provádí sociální šetření v domácnosti a vyřizuje veškeré žádosti. Zajišťuje přehled financí seniorů a seznamuje seniory se pobytem v domově, zodpovídá mu veškeré jeho otázky o chodu domova. Sociální pracovník předává klientům podrobné informace o dávkách, na které mají nárok a kontroluje platby za poskytované služby. Hlídá účty klientů, aby se nedostali do dluhů a vede osobní karty klientů. Sociální pracovníci se podílejí i na kontaktu s klienty, účastní se zájmových činností, poradenství a zprostředkování kontaktu mezi klientem a jeho rodinou. Sociální pracovník zajišťuje záležitosti spojené se smrtí seniorů např. ukončení pobytu, kontakt s notářem a vyřešení pozůstalosti (PROSESIOGRAMY, [online]).

Sociální pracovník spolupracuje s:

- dobrovolníky,
- zdravotnickými zařízeními,
- notáři,
- úřady práce,
- jinými sociálními službami,
- dopravními službami,
- pohřebními službami,
- hospici,
- zdravotními pojišťovnami

(PROSESIOGRAMY, [online])

Spirituální péče

Senioři by se měli v domově pro seniory cítit jako doma, to znamená, že by jim měla být poskytnuta i duchovní opora, kterou před nástupem zajišťovali např. návštěvou kostela, osobní modlitbou o samotě nebo rozhovorem s duchovním.

Senioři vidí pobyt v domově pro seniory jako konečnou fázi v jejich životě a často přemýšlejí nad svým prožitým životem, hledají v něm smysl a přemýšlí o blížící se smrti. Často v těchto

chvilích potřebují osobu, která je pouze vyslechne a pochopí je. Tyto osoby by měli dokázat přijmout i osoby, které nikdy v nic spirituálního nevěřili (Malíková, 2011, s. 269).

Svatošová (2012, s. 23) říká, že mnoho zdravotnického personálu předpokládá, že uspokojování spirituálních potřeb je záležitostí pouze pro věřící. V případě, že senior trpí již dlouhodobými zdravotními komplikacemi, měl by cítit, že v každé situaci lze žít smysluplným životem, který by ho těšil i po stránce duchovní. Nemoc je pro každého obdobím změn, nejistot, strachu a právě duchovní síla je jedna z nejdůležitějších vlastností, která člověka posouvá dál. Pokud však senior nemá určitou životní naplněnost, může u něho nastat pocit zoufalosti a neví, jakým způsobem svůj život dále uchopit. Duchovní potřeby v domově pro seniory se v České republice příliš neřeší. Často je hlavním důvodem neznalost této problematiky a nedostatek zkušeností s poskytováním duchovních služeb. Pracovníci často nepovažují tuto potřebu za důležitou a zaměřují se převážně na biologické a na duchovní jim již nezbyvá dostatek prostoru. A právě spolupráce personálu s duchovními hraje klíčovou roli v poskytování duchovní opory seniorům.

Důvodem, proč je pro personál těžké se seniory mluvit o tématech spirituality je ten, že víra je považována za intimní věc každého jedince. Dále je možné, že sám personál se otázce víry a spirituality příliš nevěnuje. Přesto by v sociálních službách měla být dostupná základní spirituální péče v podobě rozhovoru, který klientům může ujasnit jejich postoj a zajistit potřebu. Často stačí klientovi naslouchat při jeho vyprávění na spirituální téma. Na tento rozhovor nemusí být pracovník speciálně školený. Přesto může být na hlubší rozhovor pozván kněz, který pomůže v těchto otázkách jak seniorovi, tak personálu. Kněz může pracovníkům poradit, jak o víře s klienty mluvit. Nejlepší variantou je práce pastoračního pracovníka v domově pro seniory. Ten je kvalifikován v oblasti teologie, ale i psychologie (Vaníčková, 2002, [online]).

Podle Malíkové (2011, s. 273) je, kromě rozhovoru, mnoho dalších možností, jak senior může vyřešit naplnění duchovních potřeb:

- poslech duchovní hudby (CD, DVD);
- četba literatury zaměřenou na duchovní tematiku, popř. předčítání;
- vybavení pokoje duchovními předměty (sošky, obrazy, kříž, ...);
- návštěvy duchovního u seniora, který uděluje náboženské svátosti, rozhovory atd.;
- účast klientů při bohoslužbách a obřadech;
- sledování televizních pořadů s církevní tematikou (TV Noe, Radio Proglas);
- návštěva psychologa;

- činnosti s terapeuty, např. ergoterapeut, aktivizační pracovník, arteterapeut, muzikoterapeut atd.;
- rozhovory

4.3 Výhody a nevýhody domovů pro seniory

V této části bakalářské práce bych ráda představila celou řadu výhod a nevýhod, které mohou v domovech pro seniory nastat. Přestože mnoho osob vidí v této formě zařízení řadu nevýhod a nedostatků, je třeba si vymezit i výhody.

Výhody

Obvykle je poskytování služby speciálně upraveno na požadavky klientů. Každý z nich může mít rozdílnou představu o poskytování jakékoliv péče. V domovech pro seniory mají možnost společně se podílet na individuálním plánování. Se svým klíčovým pracovníkem utvářejí podobu vlastního života v zařízení. Kontaktní pracovník se zaměřuje na jeho dosavadní cíle, aktivity a rituály. Tvorba individuálního plánu může být pro seniora i kontaktního pracovníka skvělou možností, jak se sblížit (Malíková, 2011, s. 190).

Nevýhody

Zařízení ústavního typu nezajišťují klientovi dostatek soukromí, což je velmi kritizováno společností (Matoušek, 1999, s. 22).

Soukromí a potřebu klidu může ovlivnit mnoho aspektů, může se jednat o aspekty chtěné i nechtěné. Může se jednat o hluk od osob zajišťujících provoz domova (kroky, bouchání dveří). Dále může nespokojenost vyvolat i hlasitá komunikace spolubydlících, což lze přičítat i chybějícím prostorem pro vedení rozhovoru v zařízení (Mlýnková, 2011, s. 54).

Dále zde nastává ztráta osobního zázemí, může dojít ke ztrátě pocitu bezpečí a orientace se ve svém prostředí. V okolí má klient kolem sebe nové osoby, které jsou pro něho neznámé. Ohrožena je i jeho identita, kdy byl doposud členem určité sociální skupiny, se kterou se ztotožňoval. Najednou je vytržen ze svého prostředí a přesunut jinam. Senior může odchod do ústavního zařízení vnímat jako signál blížícího se konce života. Odchod do domovů pro seniory vnímají jako poslední etapu v životě a poté bude následovat pouze smrt. Proto klást otázku ohledně budoucnosti je možné považovat za nevhodnou. Reakcí na tuto myšlenku může být dlouhodobá apatie a nezájem o jakýkoli pozitivní podnět (Vágnerová, 2007, s. 419).

Zároveň je zde vysoké riziko špatné adaptace na nové prostředí, které si blíže představíme v kapitole Adaptace. Dále péče v domovech pro seniory celou řadu rizik ze strany personálu, který má mnohem vyšší riziko syndromu vyhoření. Jejich práce tudíž může být nekvalitní a může ovlivnit vztah mezi klientem a personálem. Situace může být i natolik závažná, že bude docházet k porušování lidských práv seniora nebo šikanování (Matoušek, Kříšťan, 2013, s. 436).

Další problém může mít senior s přebíráním veškeré péče o svoji osobu personálem. Pečovatelé vykonávají většinu činností místo nich, např. ho umývají, potřebu WC řeší inkontinenčními pomůckami, aby ušetřili čas a mohli se věnovat další práci (Mlýnková, 2011, s. 74).

Jako nejčastější, na první pohled zjevné, příznaky špatné adaptace na prostředí jsou např. utlumené chování, spavost, nechutenství, zhoršení zdravotního stavu a vyšší počet umírajících (Matoušek, 1999, s. 84).

4.4 Základní rozdíly mezi domovy pro seniory a domácí pečovatelskou službou

Jelikož mám za cíl porovnat kvalitu života seniorů žijících v domovech pro seniory se seniory využívající služby domácí péče ve svém domácím prostředí, chtěla jsem se zaměřit na základní rozdíly mezi těmito službami.

Podle zákona 108/2006 § 40 a §49 obě služby poskytují svým klientům tyto činnosti:

- a) poskytnutí stravy a pomoc při zajištění stravy,
- b) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- c) pomoc při osobní hygieně a zajištění podmínek pro osobní hygienu,
- d) zajištění kontaktu se společenským životem

Na rozdíl od domova pro seniory pečovatelská služba pro klienta nezajišťuje ubytování, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a nepomáhá klientovi při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Domov pro seniory na rozdíl od pečovatelské služby neposkytuje pomoc při úklidu v domácnosti. (108/2006 [online]).

Domov pro seniory poskytuje péči pouze jedné cílové skupině, tedy seniorům. Pečovatelská služba nezajišťuje péči pouze seniorům, ale i osobám s chronickým onemocněním, klientům se zdravotním postižením nebo rodinám s dětmi, kde je potřeba pomoci další osoby (108/2006 [online]).

Největším rozdílem na první pohled viditelným, je prostředí poskytované služby. Domov pro seniory se řadí mezi služby pobytové. Pečovatelská služba je službou terénní a ambulantní, tzn. že převážně je poskytována v domácnostech rodiny a mohou ji využít zájemci jakéhokoli věku. Je obvykle využívána i při rekonvalescenci klientů, po jejich propuštění z nemocničního zařízení, na doporučení praktického lékaře. Domácí péče je založena na aktivitě klienta a jeho rodiny, vedoucí ke zlepšení jeho zdravotního stavu nebo zajištění takové péče, aby nedocházelo k jeho zhoršení. Na rozdíl od domovů pro seniory nezajišťují celodenní péči, pouze na určitý časový úsek (Vedlichová, 2013, s. 7).

Hlavní cíl pečovatelské služby je zajistit seniorovi co nejdéle, samostatný a nezávislý život ve svém domácím prostředí (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008, s. 20).

V případě, že seniorův zdravotní stav je natolik závažný, že pečovatelská služba a rodina není schopna zajistit celodenní zdravotní péči, musí se obvykle rodina obrátit na institucionální formu.

Domovy pro seniory jsou celoroční zařízení, do kterých se senioři dostávají na základě snížené soběstačnosti a nezvládnou již pobývat ve svém domově. Na rozdíl od terénních pečovatelských služeb přijímají klienty, kteří již dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu. Domovy pro seniory hlavně zajišťují pro klienty bydlení a zajišťují základní péči. Na rozdíl od pečovatelské služby, domov pro seniory nabízí i kulturní vyžití (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2013, s. 22).

5 Adaptace

Kapitolu Adaptace jsem do své bakalářské práce zařadila z toho důvodu, že může podstatně ovlivnit první dny pobytu klienta v zařízení a zvýšit kvalitu života v domovech pro seniory. Špatná adaptace na nové prostředí může způsobit celou řadu psychických a fyzických změn, které mohou ovlivnit seniorův život i po dlouhé roky a on nebude schopen si nadále v ústavním zařízení zvyknout.

Harlův slovník (2010, s. 12) definuje pojem adaptaci „*obecnou vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, v nichž existují. Je to základní vlastnost organismu, nebo orgánům přizpůsobit se na dříve neobvyklé podmínky. Z psychologického hlediska to znamená přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení*“.

Vágnerová (2007, s. 422, 423) rozděluje proces adaptace na dva způsoby:

5.1 Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce

- 1. Fáze odporu.** Senioři jsou v této fázi apatičtí vůči personálu, staví se odtažitě i k ostatním spolubydlícím. Může se projevit i určitá agrese a negativní emoce, kterou si vybíjejí vůči lidem, kteří za nic nemohou. Oni sami přesun do domova pro seniory považují za nespravedlivý (Pichaud, Thareauová, 1998, cit dle Vágnerová, 2007, s. 422).
- 2. Fáze zoufalství a apatie.** V této fázi se už neobjevuje agrese, ale senior je již pouze apatický. Je těžké pro něho projevit jakýkoli zájem a již ho nic netěší. V některých případech může uživatel zůstat v této fázi po celý zbytek života a je možnou příčinou i jeho smrti. Ta je označovaná jako „smrt z maladaptace“ (Pacovský, 1994, cit. dle Vágnerová, 2007, s. 422).
- 3. Fáze vytvoření nové pozitivní vazby.** Tato fáze nastává v případě, že si senior dokáže v zařízení najít blízkou osobu, kterou může být někdo z personálu nebo jiný klient domova. S tou je schopen sdílet své problémy a věřit jí. V této fázi pomáhá i přítomnost zvířete v zařízení a uspořádání si vlastního času.
(Vágnerová, 2007, s. 422, 423)

5.2 Proces adaptace na dobrovolné umístění do instituce

- 1. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu.** V této fázi dochází k seznamování se s novým domovem, ve kterém bude žít. Získává informace o režimu zařízení, seznamuje se s domácím řádem služby, obhlíží vybavení domova a jeho okolí. V této fázi na

seniora dopadají emoce a objevují se vzpomínky na minulost, kterou opouštějí. Na určitou dobu se může objevit zhoršení jeho problémů.

- 2. Fáze adaptace a přijetí nového životního rytmu.** Ve fázi přijetí se senior smiřuje s novým prostředím a změnou své role v životě. Zároveň přijímají zařízení jako jejich nový domov.

(Vágnerová, 2007, s. 422, 423)

Vágnerová (2007, s. 419) říká, že odchod do domova pro seniory je důležitou etapou v životě každého starého člověka. Po dlouhé době bude muset v domově pro seniory změnit svůj životní styl, na který si již zvykl a přizpůsobit se novému. Dále Vágnerová uvádí několik důsledků žitova v zařízení, které díky ústavnímu pobytu mohou vzniknout:

5.3 Geriatrický mal-adaptační syndrom

Při přechodu uživatele do domova pro seniory je poměrně rizikovým obdobím období těsně po přistěhování, kdy se může u klientů projevit tzv. maladaptační syndrom. To je podle Pacovského (1994, s. 87) špatná reakce těla na změněné prostředí spojené i se změnou činností seniora.

Maladaptační syndrom mohou způsobit změny, které sebou nesou silnou stresovou zátěž:

- změna prostředí, ve kterém se senior ztrácí;
- přerušování dosavadních kontaktů s přáteli, sociální participace a změna seberealizace;
- změny v autonomii a soukromí;
- změna životní perspektivy a sebehodnocení;
- podřizování se řádu a zvykům zařízení;
- život v kolektivu a v jednotné věkové skupině;
- omezení kontaktů;
- špatné chování personálu

Jak poznat, že senior začal trpět maladaptačním syndromem je mnoho. Blíže se právě na jeho projevy zaměřuje Kalvach (2008, s. 297), který podle Matouška (1999) zmínil osm nejčastějších příznaků. Jedním z nich je ztráta zájmu o sebe i okolí, např. se jedinec přestane starat o svůj zevnějšek. Druhým projevem je nezájem o svůj zdravotní stav a v opačném případě může nastat projev příliš velkého upnutí se na svou zdravotní stránku. Dále se maladaptační

syndrom může projevit regresí s infantilními rysy, poklesem sebehodnocení a zhoršením komunikace. Dalším projevem je stav, kdy se senior mnohem více zaměřuje na uspokojování dalších jiných základních potřeb, např. se senior bude více dožadovat větších dávek léků, jídla nebo možnosti déle spát. Nejzjevnějšími projevy maladaptčního syndromu pro personál je ten, že senior přichází o zájem na aktivizačních programech, pouze sedí na židli bez zájmu a doplňuje to automatickými pohyby, např. uhlazováním zástěry, upravováním oblečení.

Hegyí (2004, s. 480) říká, že maladaptčím syndromu se dá předcházet několika způsoby, které zajistí, aby přechod z domova do ústavního zařízení proběhl co nejlépe. Nový uživatel by měl před nástupem do domova projít vyšetřením od odborného geriatra, aby nedošlo k rozdílným informacím ohledně zdravotního stavu klienta. Součástí právě tohoto vyšetření by měl být i rozhovor s psychologem, který by se zaměřil na rizikové faktory maladaptčního syndromu. V případě, že by zájemce o službu vyšel jako riziková osoba, musela by být zajištěna domácí pečovatelská služba. Zájemce a jeho rodinní příslušníci by měli zohlednit i vzdálenost mezi domovem a původním bydlištěm nebo bydlištěm potomků. Nevhodné by také bylo, kdyby senior, který celý život žije na malé vesnici, se dostal do zařízení nacházející se uprostřed velkého města. Pro seniora by to mohlo být příliš velkou změnu v prostředí, ve kterém celý život žil.

Podle Kalvacha (2008, s. 298) je zapotřebí celý nástup do pobytového zařízení co nejlépe naplánovat, zároveň by měl být ze strany klienta dobrovolný. Pro seniora je důležité, aby byl se vším dobře seznámen, proto zde hraje velikou roli sociální pracovník, který je hlavním poskytovatelem informací. Důležitá je role i rodiny seniora, která by měla zajistit psychickou podporu. Pro seniora to je náročná změna, proto lze předpokládat větší citlivost a změny nálad.

6 Shrnutí

V teoretické části jsem se v rámci mého hlavního cíle zaměřila na vymezení pojmu Senior a stáří, což mi pomohlo pochopit jednotlivé fáze seniorského věku, změny, které ho provází a vysvětlila jsem pojem ageismus, který může ovlivnit kvalitu života u seniora žijícího doma i v domově pro seniory. V první kapitole je i demografický vývoj seniorů, jehož hlavním závěrem je rostoucí seniorský věk z důvodu prodlužující se střední délky života. Na tuto kapitolu jsem navázala kapitolou Kvalita života. Zaměřila jsem se na její definici, jakými způsoby je možné měřit kvalitu života. Následně jsem popsala aspekty, které mohou ovlivnit kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Tam jsem zařadila seniorův zdravotní stav a celkové vnímání pobytu. V závěru práce jsem popsala kvalitu služeb v sociálních zařízeních, protože dobrá a kvalitně prováděná sociální služba zlepšuje celkovou kvalitu života klientů. Ty jsou rozděleny na procedurální, personální a provozní. Kvalitu sociální služby může rozdílně vnímat uživatel, poskytovatel nebo rodinný příslušník, proto se používají standardy kvality, aby zařízení drželo určitou úroveň a byly všechny dotčené skupiny spokojené s úrovní poskytované péče. Následovala kapitola Domovy pro seniory. Tato kapitola sloužila k pochopení systému domovů pro seniory, rozlišila typy nabízené péče a přiblížila nástup do domova pro seniory. Následně jsem se zaměřila na rozdíly mezi domovem pro seniory a domácí pečovatelskou službou a jaká výhody a nevýhody může mít domov pro seniory. Jako závěrečnou kapitolu jsem zvolila Adaptace, zde byl hlavním tématem přechod z domácího prostředí do institucionálního. Byl rozlišen proces adaptace při chtěném a nechtěném nástupu do domova pro seniory, který může vygradovat až do mal-adaptačního syndromu. Důležitou roli při přijmutí pobytu v zařízení hrají povahové rysy jednotlivce, s každým je nutno pracovat individuálně.

Teoretickou část využiji pro tvorbu hypotéz v empirické části. Z měřících metod jsem pro svůj výzkum zvolila standardizované dotazníky zaměřující se na subjektivní kvalitu života seniorů WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF.

7 Výzkumné cíle a hypotézy

Jako hlavní cíl v druhé části bakalářské práce chci zjistit kvalitu života seniorů v domovech pro seniory v Pardubickém kraji a porovnat ji s kvalitou života seniorů žijících v domácím prostředí. Hypotézy jsem stanovila na základě prostudované literatury při tvorbě teoretické části. Pro zjištění kvality života v různých domovech pro seniory jsem stanovila dvě hypotézy a pro zhodnocení kvality života mezi seniory využívající domácí pečovatelské služby a klienty domovů pro seniory, jsem také stanovila dvě hypotézy. Postupovala jsem tak na základě kapitol a podkapitol z teoretické části: Spirituální péče v domovech pro seniory, Domovy pro seniory a Zdravotní péče v domovech pro seniory, Kvalita života a Adaptace seniorů.

Hypotéza: Senioři žijící v domovech pro seniory budou mít rozdílné vnímání hodnocení otázek v doméně Smrt a umírání.

Operacionalizace: Nastane v případě, že rozdíly mezi celkovými hodnotami těchto domén mezi jednotlivými skupinami respondentů se budou lišit vždy minimálně o dva body.

Hypotézu jsem zvolila na základě poskytované spirituální péče v domovech pro seniory, která by měla být v těchto domovech zajišťována.

Hypotéza: Předpokládám, že klienti žijící v domovech pro seniory budou vnímat vlastní fyzické zdraví hůře než klienti využívající domácí pečovatelské služby. Zároveň to bude u všech typů respondentů nejhůře hodnocenou doménou dotazníku WHOQOL-BREF.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí v případě, že senioři z domovů pro seniory budou mít horší výsledky než senioři z domácího prostředí a budou mít mezi sebou rozdíl minimálně 1 bod. Celková doména Fyzické zdraví bude mít u všech respondentů nejnižší bodové ohodnocení z celkového množství čtyř domén v dotazníku.

Hypotézu jsem zvolila na základě získaných informací z teoretické části, kdy senioři se dostávají do domova pro seniory na základě zhoršeného stavu a neschopnosti setrvání v domácím prostředí.

Hypotéza: Senioři žijící v zařízení Seniorcentrum Svitavy budou mít vzhledem k umístění domova ve městě horší hodnotu domény Prostředí než klienti z ostatních domovů.

Operacionalizace: Tato hypotéza bude potvrzena v případě, že minimálně dva klienti z jejich zařízení budou mít nižší hodnotu a celková hodnota této domény bude také ze všech nejnižší.

Tuto hypotézu jsem zvolila na základě vlastního úsudku o lokalitě Seniorcentra, ve kterém se nachází.

Hypotéza: Senioři žijící v domovech pro seniory budou mít vyšší hodnotu v oblasti Sociální zapojení než senioři žijící v domácím prostředí.

Operacionalizace: Potvrzení dojde v případě, že tato doména bude mít výslednou hodnotu 17 a více bodů.

Tuto hypotézu jsem stanovila na základě poskytování aktivizačních a kulturních programů poskytovaných v domovech pro seniory.

8 Metodologie

8.1 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkumná metoda je využívána nejčastěji v sociálních vědách. Tato metoda je založena na sběru dat pomocí testů, dotazníků a pozorování. Hlavní podmínkou pro úspěšný kvantitativní výzkum by měla být jeho validnost, což do českého překladu znamená, že měří skutečně to, co by měřit měl. Měřit by se měla věc, která byla stanovená výzkumníkem a neměla by se zaměřovat za jiné výsledky. Verifikace znamená získání podpůrných textů a dokumentů, které podpoří výsledky empirického výzkumu (Hendl, 2016, s. 42).

Vychází z pozitivismu, který v základu znamená, že výzkumník má nestranný pohled na jevy. Zaměřuje se na velké skupiny, protože směřuje ke zveřejnění. Oproti kvalitativnímu výzkumu se využívají pro kvantitativní výzkum číselné údaje, které se dají matematicky zpracovávat. V kvantitativním výzkumu se výzkumník společně s respondentem nemusí vůbec potkat, např. díky formě internetových dotazníků. Po sběru dat je hlavním cílem výzkumníka rozdělování údajů a hledání příčiny změn. Pro výběr vhodného vzorku dat je nejlepší metodou náhodný výběr respondentů, protože odpovídá matematické pravděpodobnosti (Gavora, 2000, s. 32-34).

Hendl (2016, s. 43) uvádí, že kvantitativní výzkum má své typické vlastnosti, těmi jsou:

- Výběr respondentů z populace, kterou výzkumník zná
- Dělení jedinců do skupin
- Vyvolávání změny podmínky
- Měření malého počtu definovaných proměnných
- Kontrolování ostatních proměnných
- Popis chování proměnné díky stanovené hypotéze

Kvantitativní výzkum je nástroj, který je specifický určitými kroky v tvorbě. Jedním z nich je tvorba hypotéz, což do překladu znamená vědecký předpoklad. Hypotéza může vzniknout díky prostudování literatury na dané téma nebo zkušeností výzkumníka ve zkoumané oblasti (Gavora, 2000, s. 50).

V kvantitativním výzkumu se často využívá pojem proměnná. To je určitý prvek, který se zkoumá. Může to být vlastnost, podmínka i určitý jev (Maršalová, 1978 cit. dle Gavora, 2000, s. 48).

Využila jsem standardizovaných dotazníků od Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, které do českého jazyka přeložila Eva Dragomirecká. Tyto dvě metody jsou založeny na hodnocení jednotlivých otázek. Následně je třeba získané výsledky rozdělit podle domén, do kterých otázky spadají. K výpočtu průměrné hodnoty se nabízejí dva počítačové programy, tj. Excel, který jsem ve své bakalářské práci využila nebo statistický program SPSS. Výslednou hodnotu jsem vypočítala využitím vzorce PRŮMĚR. Bodová škála se pohybuje od nejnižší hodnoty 4 po nejvyšší hodnotu 20.

Dotazník WHOQOL-BREF

Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, který má sto položek. WHOQOL-BREF obsahuje 4 kategorie, do kterých jsou otázky rozděleny. Těmi jsou: fyzická, sociální, psychologická oblast a prostředí. Hodnotící škála nabízí odpovědi v hodnotách 1-5. Odpověď s číslem 1 je považovaná jako nejhorší/negativní, číslo 3 je průměrná hodnota a 5 je považovaná za nejlepší kladnou odpověď. Jsou tu však tři výjimky u otázek č. 3, 4 a 26. Zde je potřeba výslednou hodnotu odečíst při výpočtu od čísla 6, jelikož jsou hodnoty psané negativně (Dragomirecká, Bartoňová, 2006 s. 14).

Fyzické zdraví	Otázka č. 3	Bolest a nepříjemné pocity
	Otázka č. 4	Závislost na lékařské péči
	Otázka č. 10	Energie a únava
	Otázka č. 15	Pohyblivost
	Otázka č. 16	Spánek
	Otázka č. 17	Každodenní činnosti
	Otázka č. 18	Pracovní výkonnost
Prožívání	Otázka č. 5	Potěšení ze života
	Otázka č. 6	Smysl života
	Otázka č. 7	Soustředění

	Otázka č. 11	Přijetí tělesného vzhledu
	Otázka č. 19	Spokojenost se sebou
	Otázka č. 26	Negativní pocity
Sociální vztahy	Otázka č. 20	Osobní vztahy
	Otázka č. 21	Sexuální život
	Otázka č. 22	Podpora přátel
	Otázka č. 8	Osobní bezpečí
Prostředí	Otázka č. 9	Životní prostředí
	Otázka č. 12	Finanční situace
	Otázka č. 13	Přístup k informacím
	Otázka č. 14	Záliby
	Otázka č. 23	Prostředí v okolí bydliště
	Otázka č. 24	Dostupnost zdravotní péče
	Otázka č. 25	Doprava
2 samostatné položky	Otázka č. 1	Kvalita života
	Otázka č. 2	Spokojenost se zdravím

Tabulka 1 Přehled domén a položek WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 32).

Dotazník WHOQOL-OLD

Tento dotazník obsahuje 24 otázek. Ty jsou rozděleny do šesti oblastí, které považují autoři za důležité v životě starého člověka. Těmi jsou: fungování smyslů, nezávislost neboli dokázat se o sebe sám postarat a rozhodovat o svém životě, naplnění v podobě dosažení svých životních cílů a výhledů do budoucnosti. Dále se tam řadí kategorie sociální zapojení, postoj ke smrti a umírání a jako poslední tam spadá oblast blízké vztahy (intimita). Výsledky jsou zapisovány do dotazníku respondentem v Linkertových škálách, které mají hodnotu 1-5. Ty vyjadřují intenzitu, kapacitu a spokojenost. Aby bylo vyhodnocování dotazníku úspěšné, je třeba v otázkách č. 1, 2, 6, 7, 8, 9 a 10 odečíst zvolenou hodnotu od čísla 6, jelikož v těchto otázkách je škála otočená. (Dragomirecká, Prajsová, 2005, s. 15).

Následující tabulka slouží pro přehlednost veškerých otázek v dotazníku WHOQOL-OLD.

Fungování smyslů	Otázka č. 1	Zhoršení smyslů a každodenní činnost
	Otázka č. 2	Ztráta smyslů a zapojení se do činností
	Otázka č. 10	Potíže se smysly a komunikace s lidmi
	Otázka č. 20	Hodnocení a fungování smyslů
Nezávislost	Otázka č. 3	Svobodné rozhodování
	Otázka č. 4	Vliv na rozhodování o budoucnosti
	Otázka č. 5	Respektování svobody rozhodování
	Otázka č. 11	Oblíbené činnosti
Naplnění	Otázka č. 12	Spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout
	Otázka č. 13	Zasloužené uznání
	Otázka č. 15	Spokojenost s tím, čeho jsi v životě dosáhl
	Otázka č. 19	Spokojenost s věcmi, na které se lze těšit
Sociální zapojení	Otázka č. 14	Dostatek činností
	Otázka č. 16	Spokojenost s trávením volného času
	Otázka č. 17	Spokojenost s množstvím aktivit
	Otázka č. 18	Spokojenost se zapojením do společenského dění
Smrt a umírání	Otázka č. 6	Znepokojení ze způsobu smrti
	Otázka č. 7	Ztráta kontroly nad sebou
	Otázka č. 8	Strach z umírání
	Otázka č. 9	Strach z bolesti při umírání

Blízké vztahy	Otázka č. 21	Význam přátelství
	Otázka č. 22	Láska v životě
	Otázka č. 23	Příležitost milovat
	Otázka č. 24	Příležitost být milována

Tabulka 2 Přehled domén a položek WHOQOL-OLD (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 30)

9 Popis vybraného výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 9 klientů ze tří domovů nacházejících se v Pardubickém kraji. Oslovila jsem Domov pro seniory Lanškroun a Seniorcentrum Svitavy. Poslední zařízení, ve kterém výzkum probíhal si nepřálo být jmenováno, proto ho následně budu označovat jako domov XY. V každém zařízení byli vybráni tři klienti a klientky, kteří souhlasili s podílením se na výzkumu. Během získávání dat jsem oslovila ještě dva domovy pro seniory, ty se bohužel výzkumu nechtěly zúčastnit. Následně jsem spolupracovala ještě s jedním domovem pro seniory v Pardubickém kraji, ale z důvodu zhoršené epidemiologické situace v jejich domově, mi byly veškeré dotazníky vráceny jako nevyplněné.

Respondenty žijící v domácím prostředí jsem získala v rámci psaní absolventské práce na téma Kvalita života seniorů využívající služby domácí péče v Pardubickém kraji. Respondentů žijících v domácím prostředí bylo také devět a sběr dat probíhal ve stejném období jako pro bakalářskou práci.

Pro obě práce jsem zvolila následující podmínky, které by respondenti měli splňovat:

- Spodní věková hranice 65 let
- Trvalé bydliště v Pardubickém kraji
- Dobrý psychický stav umožňující vyplnění dotazníku

Domov pro seniory v Lanškrouně

Město Lanškroun leží v Pardubickém kraji, v okrese Ústí nad Orlicí, na zemské hranici Čech a Moravy. Město má okolo 10 tisíc obyvatel. Domov pro seniory spadá do organizace Sociální služby města Lanškroun, která obyvatelům dále nabízí pečovatelskou službu, domov se zvláštním režimem a odlehčovací služby. Domov pro seniory nabízí uživatelům celkovou péči, podporu a pomoc, aby byl co nejvíce zachován jejich dosavadní život, který vedli před nástupem do domova pro seniory. Zájemci o služby by měli splňovat následující kritéria: měli by být starší 60 let a potřebují každodenní péči z důvodu snížené soběstačnosti. V roce 2020 zařízení nabízelo 27 lůžek, z toho průměrná hodnota užívaných lůžek byla 96,76%. Tento domov pro seniory se nachází v panelové zástavbě, v těsné blízkosti se nachází dětské hřiště a zatravněná část s lavičkami. Zde se výzkumu účastnili tři klientky ve věku 70-75 let (Sociální služby Lanškroun [online]).

Seniorcentrum Svitavy

Ve městě Svitavy žije přibližně 17 tisíc obyvatel. Nachází se v Pardubické kraji a je to zároveň město okresní. Seniorcentrum Svitavy je soukromé zařízení, které slouží jako trvalé bydlení pro osoby starší 50 let, které potřebují nepřetržitou pomoc z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Toto zařízení momentálně nabízí 31 lůžek. Zdejší zařízení zároveň nabízí službu domov se zvláštním režimem. Umístění tohoto zařízení je na frekventované hlavní silnici, poblíž kruhového objezdu. Zároveň přímo sousedí s parkem, který nabízí dostatek zeleně a možnost odpočinku. Seniorcentrum se nachází v budově, ve které je umístěná i jiná služba, kterou je Domov na rozcestí pro osoby s mentálním postižením. V blízkosti jsou dvě základní školy a gymnázium. Ze Seniorcentra se výzkumu zúčastnili tři klienti. Dvě ženy ve věku 100 a 92 let a jeden muž ve věku 90 let (Seniorcentrum města Svitavy [online]).

Domov pro seniory XY

Poslední zařízení, které si nepřálo v mé bakalářské práci být jmenováno, je postaveno v obci s průměrným počtem obyvatel 15 tisíc. Nachází se ve městě, které spadá do okresu Ústí nad Orlicí. Kapacita tohoto domova pro seniory je 101 míst. Cílem služby je zajištění životních potřeb a aktivit pro osoby starších 65 let, popř. u osob starší 27 let, u kterých došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Preferováni jsou zájemci žijící v daném městě a jeho spádových oblastech. Tento domov se nachází na okraji města, v blízkosti části zastavěné rodinnými domy. Klidná lokalita nabízí z pokojů výhled na řeku a do přírody. Zajímavostí je, že přímo na místě tohoto domova dříve stály říční lázně, které většina zdejších klientů navštěvovala. Organizace nabízí i další služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory. V zařízení najdeme 33 jednolůžkových 34 dvoulůžkových pokojů. Zde byly pro výzkum vybrány tři klientky ve věku 80-85 let (internetové stránky XY [online]).

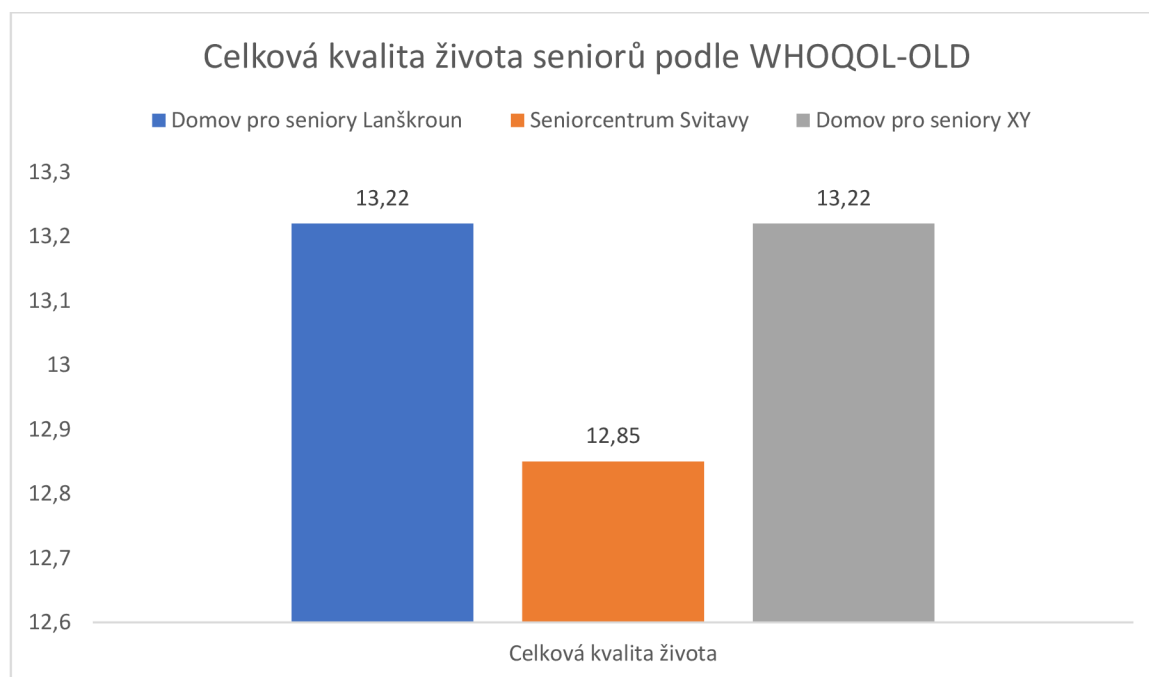
Respondentů žijících v domácím prostředí bylo také devět. Šest klientů žilo ve vlastních domech, tři respondenti žili v domově s pečovatelskou službou. Věková hranice se pohybovala od 65 let do 91 let.

10 Zpracování a vyhodnocení dat

Archy s dotazníky jsem se rozhodla roznášet na začátku února, v období, kdy vrcholila epidemiologická situace. Důvod a průběh získávání dat jsem konzultovala se sociální pracovníci. Dotazníky jsem měla rozdělené do složek, které ještě obsahovaly úvodní dopis, ve kterém udávám důvod výzkumu, cíl práce a upozorňuji na dobrovolnost a anonymitu odpovědí. Seniori měli právo v případě nevhodné otázky nemuset na ni odpovídat, ve dvou případech se dokonce jednalo o celé domény. První skupina dotazníků se vrátila již následující týden, poslední dotazníky mi byly navraceny v březnu. Jelikož všechny domovy pro seniory byly v té době uzavřeny, nebylo možné, abych při vyplňování dotazníků byla přítomna a např. vysvětlila otázky. Seniorům, kteří byli méně schopní při vyplňování dotazníků, pomáhali s vyplňováním aktivizační pracovníci.

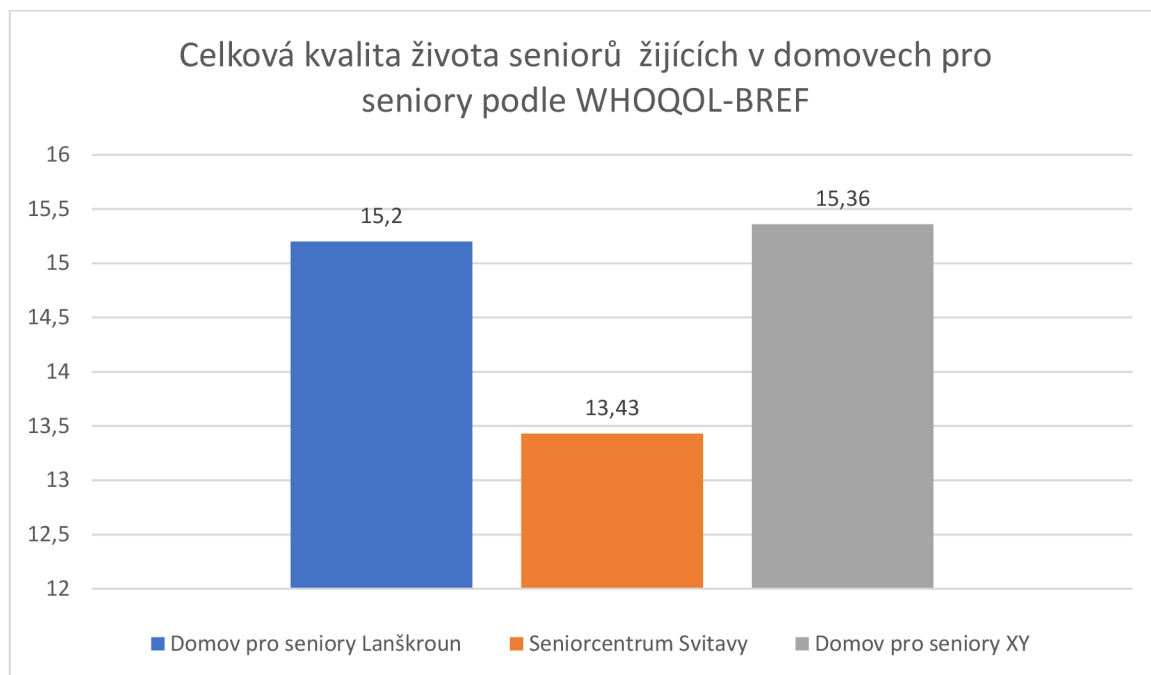
Po navrácení všech dotazníků jsem vypočítala hrubé skóre všech domén dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF v programu Excel podle stanoveného vzorce. Škála dotazníků se pohybuje v hodnotě od 4 do 20 bodů. V několika případech chyběli odpovědi, nebo naopak bylo označeno více odpovědí. Kvůli tomu bylo potřeba některé odpovědi vyřadit a vypočítat průměrnou hodnotu ze zbývajících odpovědí. Úplně jsem vyřadila otázku zaměřující se na sexuální život seniorů, na kterou mi odpověděl pouze jeden respondent z domova pro seniory. Snažila jsem se však o co největší zachování získaných dat z výzkumu. Následně jsem veškerá získaná data zadala do tabulek a pomocí vzorce PRŮMĚR jsem je vzájemně vypočítala. Do bakalářské práce jsem pro prezentaci výsledků zvolila sloupcový graf pro jeho lepší přehlednost.

11 Interpretace výsledků



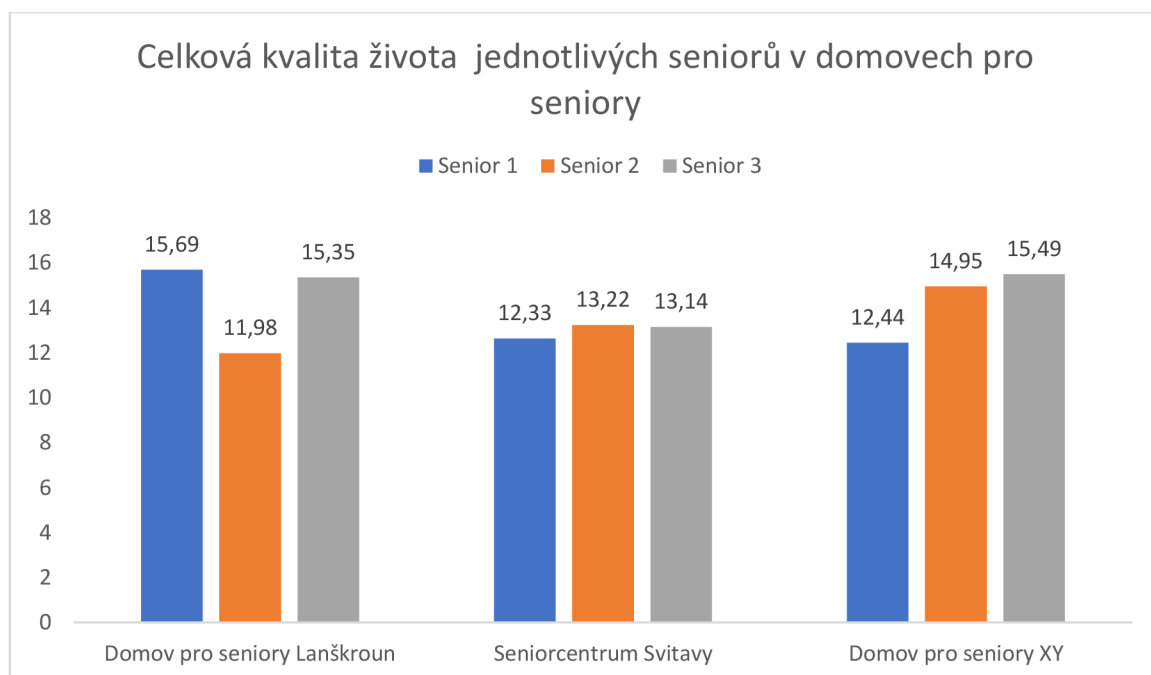
Graf 1 Celková kvalita života seniorů v domovech pro seniory podle dotazníku WHOQOL-OLD

Jako první graf, který jsem do bakalářské práce zvolila je: Celková kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Zde vyšly nejlepší hodnoty dvěma zařízeními: Domovu pro seniory v Lanškrouně a nejmenovanému Domovu pro seniory XY. Celková hodnota výsledků byla shodná. Naopak v Seniorcentru Svitavy, se celková hodnota lišila oproti ostatním zařízením o více jak tři desetiny k horšímu. Seniorcentrum je soukromé zařízení spolupracující s obcí Svitavy. Z hlediska domén může být na vině věk respondentů, jelikož v Seniorcentru měli respondenti věk 90-100 let.

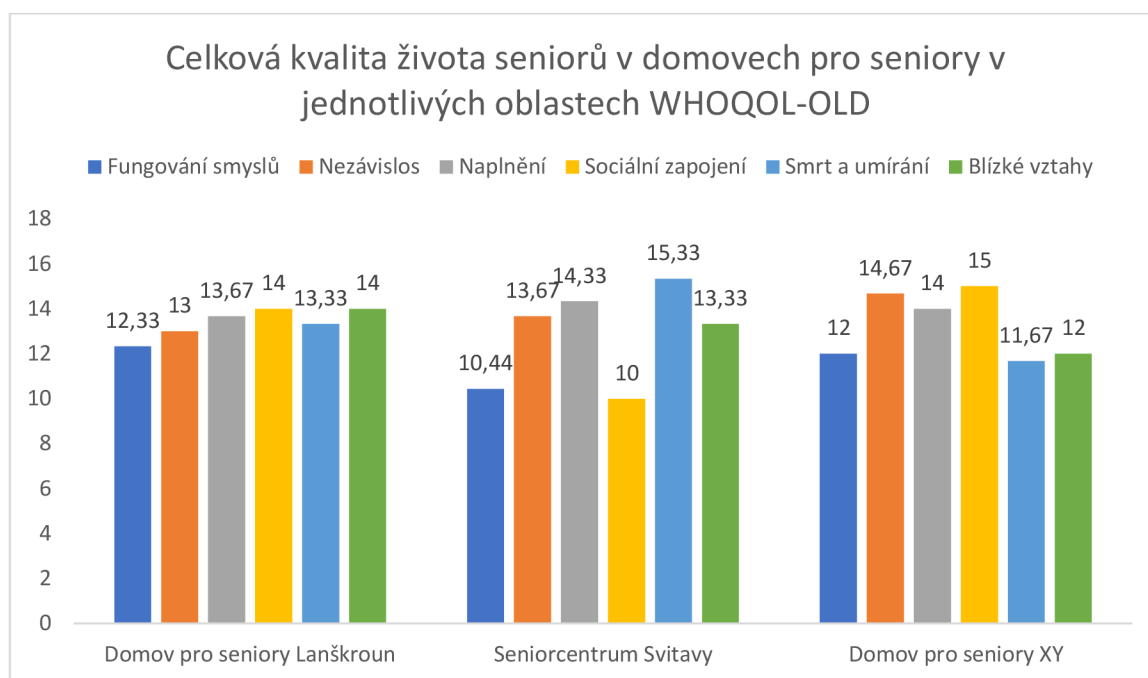


Graf 2 Celková kvalita života seniorů v domovech pro seniory podle dotazníku WHOQOL-BREF

I ve standardizovaném dotazníku byla celková hodnota ze Seniorcentra nejnižší. Nejlepších výsledků dosáhlo zařízení Domov pro seniory XY, v lokalitě na konci města. Zde byla hodnota 15,36. Druhou, velice podobnou hodnotu získalo zařízení Domov pro seniory v Lanškrouně. V dotazníku WHOQOL-BREF je doména Prostředí, kterou považují za klíčovou doménu a která velice ovlivnila výsledky, jelikož Seniorcentrum Svitavy se nachází v blízkosti již zmíněného kruhového objezdu, jehož provoz seniory ruší.

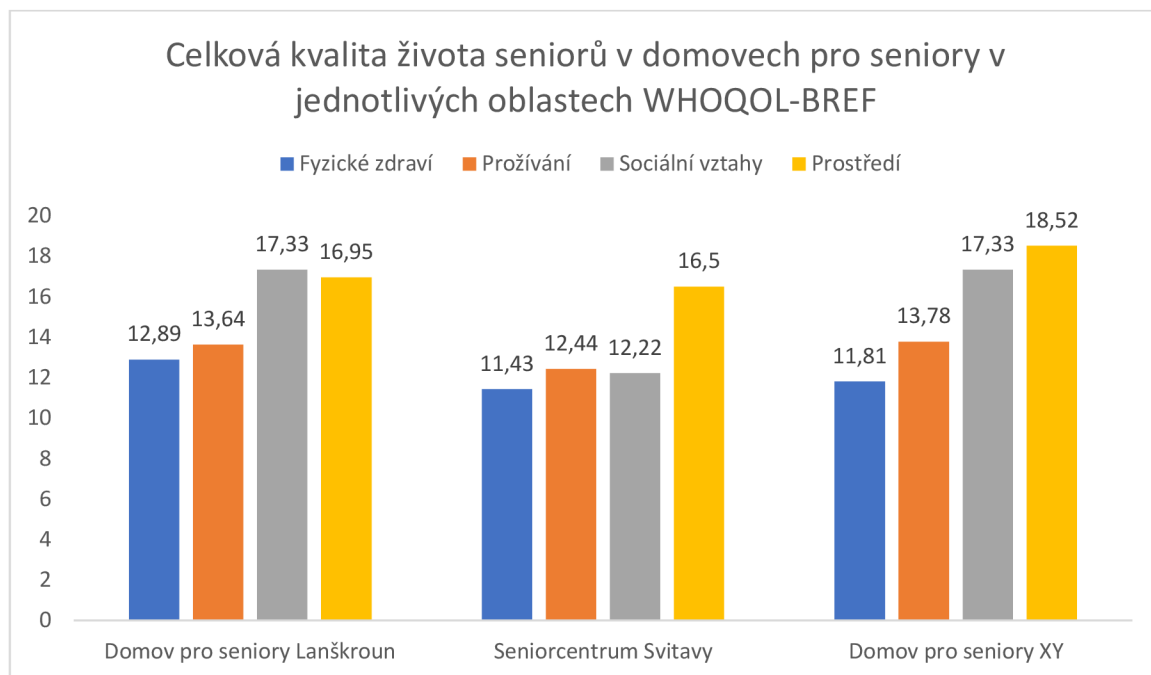


V tomto grafickému znázornění jsem se zaměřila se na celkovou kvalitu života jednotlivých respondentů z domovů pro seniory. V prvních třech sloupcích jsou respondenti z domova pro seniory v Lanškrouně, ve druhém se nachází uživatelé ze Seniorcentra Svitavy. V posledním trojitém sloupci jsou zobrazeni uživatelé žijící v domově pro seniory XY. Celkový výsledek vznikl průměrem dvou výsledných hodnot dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, který jsem zaznamenala do Excelové tabulky. Z tohoto výsledku lze usoudit, že nejlepší hodnotu pro kvalitní život má respondent domova pro seniory v Lanškrouně. Jeho výsledné hodnoty jsou v dotazníku WHOQOL-OLD 15,4 a WHOQOL-BREF 15,97. Jeho nejlépe hodnocenou doménou byla doména Smrt a umírání, kde získal celkovou hodnotu 19. Z toho lze předpokládat, že seniora nezatěžují otázky zaměřující se na vlastní skon a se smrtí je celkově vyrovnaný. Senior ale vynechal tři otázky ze čtyř zaměřující na doménu Sociální zapojení, z čehož je tato doména u seniora těžko hodnotitelná a ovlivňuje jeho celkovou kvalitu života. Jako druhý senior s nejlepší kvalitou života a zároveň velkým množstvím vyplněných otázek, je seniorka žijící v domově pro seniory XY. Ta měla nejlepší výslednou hodnotu 15,49. Z dotazníku WHOQOL- OLD to byla hodnota 14, 17, v dotazníku WHOQOL-BREF to bylo 16,81. Z toho nejlépe hodnocenými doménami se pro tuto respondentku staly domény Prostředí 18,81 a Sociální vztahy 20. Doména s nejmenší hodnotou byla doména Fungování smyslů a Blízké vztahy, které mají totožnou hodnotu 13. Senior 2 z Domova pro seniory Lanškroun získal nejhorší průměrnou hodnotu své kvality života. Většina zodpověděných hodnot domén se pohybovala v polovičním bodovém hodnocení. U tohoto klienta byla nejlepší doménou Prostředí s číslem 13,15 a nejhorší výslednou hodnotou byla doména Nezávislost (11). V případě ostatních klientů 4 klienti se pohybovali v hodnotě 12,33-13,22, Další dva respondenti měli vyšší hodnoty 15, 35 a 15,49.



Graf 4 Výsledky kvality života seniorů podle jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-OLD

Nejlepšího hodnocení jedné domény ze všech mělo Seniorcentrum Svitavy, přestože v celkové průměrné kvalitě života skončilo na posledním místě. Jeho nejlépe hodnocenou doménou byla Smrt a umírání, která měla celkovou průměrnou hodnotu 15,33 (max. je 20 bodů). V tomto zařízení však získali nejmenší hodnoty domény s počtem 10 a 10,44 v oblastech Sociální zapojení a Fungování smyslů. Ostatní domény se pohybovaly v hodnotách 13,33-14,33. V domově pro seniory v Lanškrouně byly výsledné hodnoty domén velice podobné, pohybovaly se od 12,33, kterou získala doména Fungování smyslů, až po 14, kterou měli shodně dvě domény, a to Sociální zapojení a Blízké vztahy, lze z toho usuzovat, že senioři zde mají menší problémy se samotou nebo navazováním kontaktů. Výsledky domova pro seniory XY byly velice podobné jako v domově pro seniory v Lanškrouně. Nejnižší hodnotou je hodnota 11,67 v doméně Smrt a umírání, která vyšla jako nejlépe hodnocenou doménou v Seniorcentru, může to být způsobené věkem, ale i dostatkem podmětů v prožívání života. Naopak nejlépe hodnocenou doménou je pro toto zařízení Sociální zapojení, to bývá podporováno většinou tvorbou aktivizačních programů a skupinových aktivit. To bylo v období sběru dat mnohem náročnější zajistit.

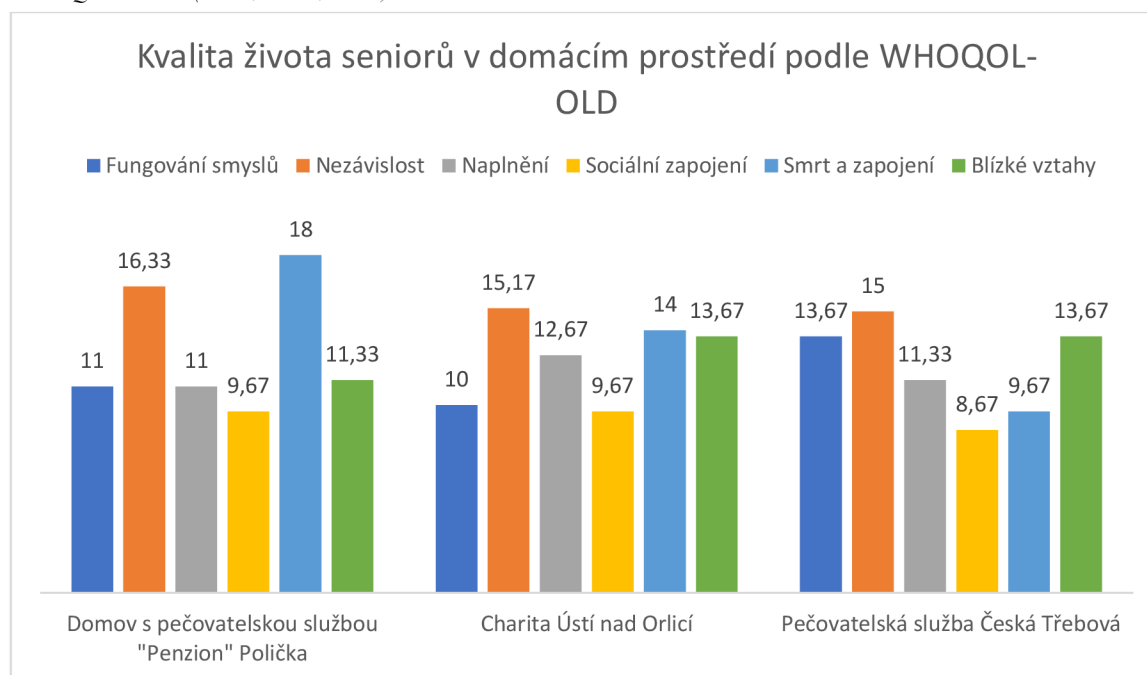


Graf 5 Výsledky kvality života seniorů podle jednotlivých domén kvality života dotazníku WHOQOL-BREF

V dotazníku WHOQOL-BREF jsou otázky rozděleny do čtyř domén. První doménou je Fyzické zdraví, zde byla nejnižší hodnota 11,43 ze Seniorcentra ve Svitavách. Druhá hodnota 11,81 je naměřená v domově pro seniory XY. Poslední nejlepší výslednou hodnotou byla 12,89 z Lanškrouna. Lze z toho logicky usoudit, že horší hodnocení kvality života v oblasti Fyzické zdraví může být způsobeno navyšujícím se věkem. V Seniorcentru byla věková kategorie nejvyšší (90-100 let), také v domově pro seniory byla věková kategorie (70-75 let). Přesto ale rozdíl mezi hodnotami nebyl příliš veliký, pouze 1,08 bodu. Doména Prožívání vyšla téměř shodně v Domově pro seniory z Lanškrouna a z Domova pro seniory XY. Ty měli hodnoty 13,64 a 13,78. V Seniorcentru byla hodnota nejnižší 12,44. V doméně Sociální vztahy byly rozdíly nejvýraznější. V domově pro seniory v Lanškrouně a XY vyšly hodnoty shodně 17,33, což jsou druhé nejlepší hodnoty, které vyšly v dotazníku WHOQOL-BREF. Lze předpokládat, že senioři z těchto zařízení mají dostatek kontaktů a blízkých vztahů. Tato hodnota domény se lišila u Seniorcentra ve Svitavách. Zde byla výsledná hodnota hodně nízká 12,22. V průměru nejlépe hodnocenou doménou ze všech tří zařízení bylo Prostředí. Jak jsem již psala, dvě zařízení se nachází v obytných částech města. Jedno je na hlavní silnici v blízkosti městského parku. Přesto výsledné hodnoty se pohybovaly 16,5- 18,52. Nejlépe vyšel domov pro seniory XY na konci města, nejhůře hodnocené bylo Seniorcentrum poblíž parku.

Výsledné hodnoty všech posuzovaných domovů lze celkově považovat jako velice dobré.

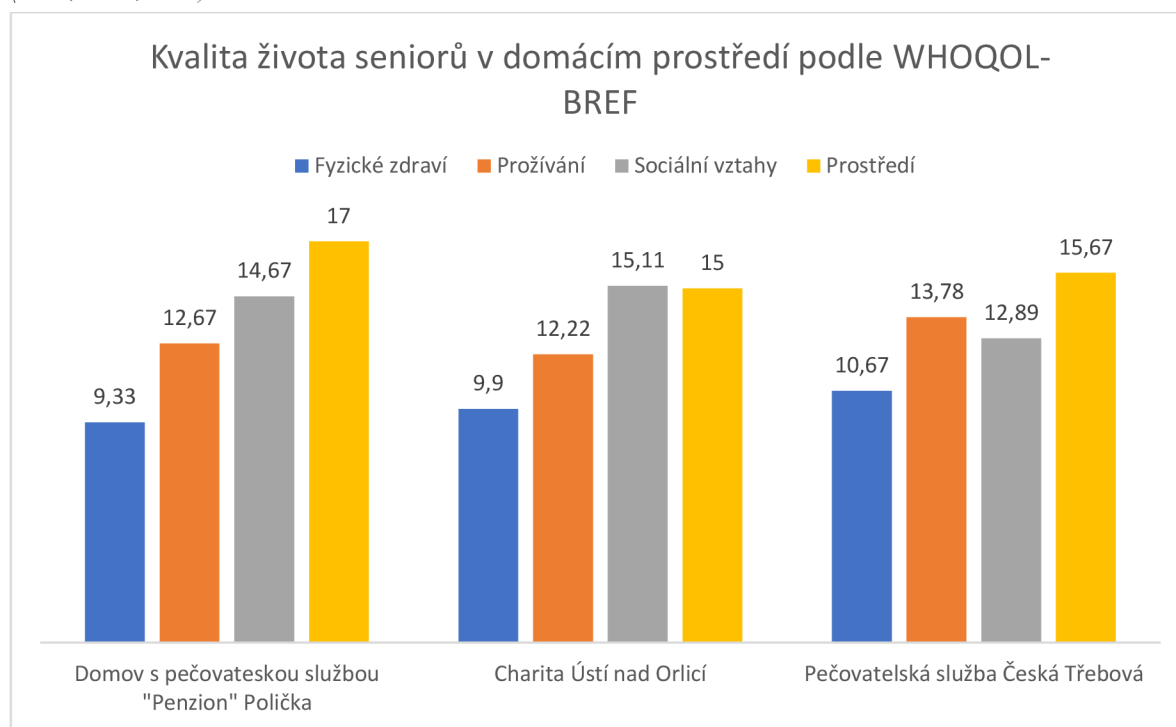
Graf 6 Výsledky kvality života seniorů žijících v domácím prostředí podle jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-OLD (Šurá, 2021, s. 43).



V rámci bakalářské práce mám za cíl porovnání kvality života mezi seniory žijícími v domovech pro seniory a seniory žijícími v domácím prostředí. V dotazníku WHOQOL-OLD se hodnotilo šest domén. Největší hodnotový rozdíl vidím v doméně Sociální zapojení, zde byl největší rozdíl mezi hodnotami až o 6,33. Důvodem takového rozdílu by mohl být fakt, že domovy pro seniory organizují aktivizační programy, díky kterým se senioři zapojují do společného života a žijí v určité komunitě. Lehký rozdíl byl v doméně Naplnění. Čísla u seniorů žijících v domácím prostředí se pohybovala od 11 do 12,67 a u seniorů žijících v domovech pro seniory dosáhly výše 13,67 až 14,33. Doména Naplnění obsahovala otázky zaměřující na životní cíle a splněné sny. Překvapivá byla doména Smrt a umírání, která byla u obou typů velice kladně hodnocená. Nejvyššího bodového ohodnocení 18 dosáhla u klientů žijících v domově s pečovatelskou službou. Vysoké hodnocení bylo také v Seniorcentru Svitavy, kde také byla nejvyšší věková hranice všech respondentů. V případě zbylých 4 zařízení, kde jsem prováděla výzkum se výsledky pohybovaly v podobných hodnotách 15,33- 9,67. Nejnižší bodovou hranici 9,67 získala seniorka žijící v domácím prostředí a využívající pečovatelskou službu v České Třebové, kde bylo věkové rozpětí 79-91 let. V doméně Nezávislost byly veškeré body vyšší u seniorů žijících v domácím prostředí. U seniorů žijících v domovech pro seniory byla nejvyšší dosažená hodnota 14,67. Naopak u seniorů žijících ve vlastních domácnostech byla nejvyšší dosažená hodnota 16,33 a nejnižší 15. Může to být způsobeno tím, že uživatelé žijící v domovech pro seniory mají na rozdíl od seniorů z domácností pevně stanovený určitý režim zařízením, aby pečovatelé vše zvládli zajistit a tím omezují jejich rozhodování a vlastní

nezávislost. Zároveň musí brát určitý ohled na své spolubydlící. V případě dvou zbylých domén Blízké vztahy a Fungování smyslů byly výsledné hodnoty mezi sebou velice podobné. V případě domény Blízké vztahy se hodnoty pohybovaly od 11,33- 14. Z toho lze usuzovat, že senioři nástupem do sociálního zařízení neztratí vytvořené sociální vazby mezi sebou a vlastní rodinou, partnerem, sousedem nebo přítelem. Rozdíly u seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů z domovů pro seniory jsou minimální. Doména Fungování smyslů dosahovala čísel 10 -12,33. Změny smyslů jsou ovlivněny procesem stárnutí, který může ovlivnit určitou mírou i soběstačnost. Lze proto predikovat, že senioři, kteří žijí v domovech pro seniory by mohly mít hodnoty této domény vyšší než senioři z domácího prostředí. Tato myšlenka se však nepotvrdila.

Graf 7 Výsledky jednotlivých domén života seniorů v domácím prostředí podle dotazníku WHOQOL-BREF (Šurá, 2021, s. 42).



Dotazníky WHOQOL-BREF obsahují 25 otázek, které byly následně rozděleny do čtyř domén: Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí. Při porovnávání kvality života mezi seniory z domovů pro seniory a seniory žijícími v domácím prostředí jsem zjistila následující data. V doméně Fyzické zdraví dosáhli lepších výsledků senioři žijící v domovech pro seniory. Těmto respondentům se celková kvalita zaměřující se na fyzické zdraví pohybovala na hodnotách 11,43-12,81. Naopak o seniorů z domácností byla celková hodnota o dva body nižší 9,33- 10,67. Přestože lidé mají často představu, že senioři, kteří žijí ve svých domovech by se mohli vnímat jako fyzicky zdatnější, výsledky ukazují, že senioři žijící v domovech pro

seniory své fyzické zdraví hodnotí lépe. Doména Prožívání se zaměřuje na vnímání života, smyslu života, spokojenosti se sebou a svým vlastním vzhledem. Zde byly výsledky velice podobné jako u dotazníku WHOQOL-OLD v doméně Naplnění, která se zaměřovala na podobná témata. Výsledky si také byly velice podobné, většina z nich se pochybovala okolo čísla 13. Žádné z výzkumných zařízení nepřesáhlo hodnotu 14. Zajímavostí je, že u dvou zařízení, ve kterém byli vždy tři respondenti měli všichni tři stejné výsledky. Byli však z rozdílného prostředí, jednalo se o domov pro seniory XY a pečovatelskou službu v České Třebové. V případě druhé nejvyšší hodnoty zabodovala služba, která zajišťovala péči seniorům v domácím prostředí. Nejnižší hodnoty získalo Seniorcentrum ve Svitavách s výslednou hodnotou 12,44 bodů a respondenti využívající služby Charity v Ústí nad Orlicí. Doména Prostor je nejvíce ovlivňována místem, kde se nachází určitý domov pro seniory nebo jejich vlastní domov. Ve většině případů senioři žili v bytových zástavbách, ve městech, kde žádné z nich nepřekročilo hranici obyvatel 20 tisíc. V domovech pro seniory se často předpokládá, že obyvatelé mají ve svém domově méně soukromí a mají pro sebe méně prostoru. Z výsledků však vyplynulo, že v této doméně nejlepšího výsledku dosáhl právě domov pro seniory XY. Ten měl velice vysokou hodnotu, pouze o 3 čísla níže než je hranice nejlepšího výsledku, tj. 20. Za ním, pouze o bod níže, se umístil Domov s pečovatelskou službou „Penzion“ v Poličce, který nabízí ubytování klientům formou apartmánů s vlastním sociálním zařízením. Následně hodnoty 16,5 a 16,95 získaly dva zbývající domovy pro seniory. Nejméně, přesto stále vysoké hodnoty, získali respondenti ze zbývajících služeb. Byly to hodnoty 15,67 a 15. Tato doména byla u obou skupin respondentů nejlépe hodnocená. Poslední doména Sociální vztahy byla také velice kladně hodnocená, získala výsledky v lepší polovině hodnotové stupnice, avšak bylo to velmi rozmanité bodové rozpětí. U respondentů žijících v domovech pro seniory byly tyto hodnoty ve dvou případech stejné, zároveň to jsou hodnoty nejvyšší z celé této domény - 17,33. V této skupině byla i celkově nejhorší výsledná hodnota 12,22. U seniorů žijících v domácím prostředí bylo hodnocení průměrně celkově nižší. Z toho nejvyšší hodnotu získali senioři žijící v obci Ústí nad Orlicí, naopak nejnižší z této skupiny získali senioři žijící v obci Česká Třebová a využívají domácí pečovatelskou službu.

12 Interpretace výsledků

Hypotéza: Senioři žijící v domovech pro seniory budou mít rozdílné hodnocení otázek v doméně Smrt a umírání.

Operacionalizace: V případě, že rozdíly mezi celkovými hodnotami této domény mezi jednotlivými skupinami respondentů se budou lišit vždy minimálně o dva body.

Tato hypotéza byla na základě výsledků domény Smrt a umírání u seniorů žijících v domovech pro seniory potvrzena. Hodnoty se pohybovaly v rozdílech okolo 2. Výsledky vycházely na 15,33, 13,33 a 11,67. Dle mého předpokladu nejvyšších hodnot dosáhlo Seniorcentrum Svitavy, jelikož se jedná o seniory s nejvyšším věkem. Následně však hodnotu 13,33 získali senioři z domova pro seniory v Lanškrouně, což jsem nepředpokládala, jelikož je zde věková kategorie ze všech nejnižší. Znamená to tedy, že v tématu vlastní smrti jsou mladší senioři vyrovnanější než senioři z posledního domova, kteří mají nejvyšší věkovou kategorii. Možná si mladší senioři blízcí se smrti ještě zcela nepřipouští a dochází ke zkreslení správnosti odpovědí.

Hypotéza: Předpokládám, že klienti žijící v domovech pro seniory budou vnímat vlastní fyzické zdraví hůře než klienti využívající domácí pečovatelské služby. Zároveň to bude u všech typů respondentů nejhůře hodnocenou doménou dotazníku WHOQOL-BREF.

Operacionalizace: Hypotéza se potvrdí v případě, že senioři z domovů pro seniory budou mít horší výsledky než senioři z domácího prostředí a budou mít mezi sebou rozdíl minimálně 1 bod. Celková doména Fyzické zdraví bude mít u všech respondentů nejnižší bodové ohodnocení z celkového množství čtyř domén v dotazníku.

Tuto hypotézu jsem zvolila na základě svého určitého přesvědčení, při kterém senioři nastupují do pobytových zařízení v případě zhoršení svého zdraví natolik, že nejsou schopni si zajistit a obstarat vše potřebné ve vlastním domácím prostředí. Doména Fyzické zdraví se nachází v dotazníku WHOQOL-BREF. Na základě výsledků byla hypotéza vyvrácena, ale zároveň i potvrzena. U všech respondentů skončila tato doména jako nejhůře hodnocená. Druhá část hypotézy se týká rozdílu vnímání fyzického zdraví mezi seniory z domovů pro seniory a domácího prostředí. Senioři žijící v domově pro seniory vnímají své fyzické zdraví lépe, u některých se hodnota pohybovala kolem hodnoty 12. Senioři z domácího prostředí získali pouze hodnotu pohybující se kolem 10. Senioři v domácím prostředí více vnímají ubývání svých fyzických sil a mají z tohoto pozvolna nastupujícího stavu obavu.

Hypotéza: Senioři žijící v Seniorcentru Svitavy budou mít vzhledem k umístění domova ve městě horší hodnotu domény Prostředí než klienti z ostatních domovů.

Operacionalizace: Tato hypotéza bude potvrzena v případě, že minimálně dva klienti z tohoto zařízení budou mít nižší hodnotu a celková hodnota této domény bude také ze všech nejnižší.

Podle mého subjektivního pocitu se Seniorcentrum nacházelo v nejnešťastnější lokalitě ze všech sociálních služeb. Nacházelo se přímo v centru obce, na hlavní ulici u kruhového objezdu. Seniorcentrum sousedí s parkem, ale jelikož se park nachází v blízkosti tří škol, své volno a polední přestávky zde tráví i mnoho žáků. Problém vidím v možnosti velkého hluku. Tato hypotéza byla potvrzena. Seniorcentrum mělo nejnižší hodnotu ze všech tří domovů pro seniory. Přestože má tento domov nejhorší hodnotu, stále je tato hodnota relativně vysoká.

Hypotéza: Senioři žijící v domovech pro seniory budou mít vyšší hodnotu v oblasti Sociální zapojení než senioři žijící v domácím prostředí.

Operacionalizace: Potvrzení nastane v případě, že tato doména bude mít výslednou hodnotu 17 a více bodů.

Pro seniory je sociální kontakt a pocit zapojení důležitý a v domovech pro seniory jsou pro tyto situace vytvořeny aktivizační programy. Při nich dochází k zapojení se do činností domova a také se zde pořádají kulturní akce. Většinou bývají v domovech pro seniory aktivizační pracovníci a pracovníci volnočasových aktivit, kteří seniorům zprostředkovávají informace o akcích. Senioři žijící v domácím prostředí nemají přímý kontakt s organizátory těchto aktivit. Obvykle musí první krok udělat sami, někteří mohou být v těchto krocích nejistí a mít obavy. Z tohoto důvodu předpokládám, že budou mít právě senioři žijící v domovech pro seniory výhodu. Tato hypotéza se mi potvrdila, ale nedosáhla mého cíleného výsledku. Senioři žijící v domovech pro seniory opravdu mají mnohem lepší výsledky, avšak ani jeden z výsledku nedosahuje takové hodnoty, kterou jsem si stanovila. Nejvyšší dosažená hodnota, byla u seniorů z domova pro seniory XY (15).

13 Závěr

Téma kvalita života seniorů je v dnešní době téma stále nemnoho řešené. V současné moderní společnosti je na starého člověka vyvíjen nátlak v podobě často se měnících podmínek, jenž není schopen kompletně zachytit. Aby mohl senior sám žít ve svém domově potřebuje stále častěji nějakou míru podpory. Bankovní účty, mobilní telefony, získávání aktuálních informací, rychlá a hustá doprava na silnicích. To vše u starého člověka vyvolává pocity stresu. S ubývajícím zdravím a horší psychickou kondicí tyto starosti nabývají na síle. Jak se rozhodnout v situaci, kdy je zřejmé, že samostatný život přináší jedinci více starostí než radostí? Vybrat správnou sociální službu, která bude seniorovi vyhovovat není jednoduché. Ve své práci jsem se čtenáři snažila přiblížit, jak zajistit seniorovi nejkvalitnější řešení prožití své poslední životní fáze.

Ve svém cíli se zaměřuji na zjištění kvality života v domovech pro seniory v Pardubickém kraji a porovnáním kvality života seniorů v těchto domovech se seniory žijícími v domácím prostředí.

Pro splnění cíle jsem zpracovala teoretickou část, do které jsem zahrnula kapitoly zaměřující se na pojmy stárnutí a stáří, jeho časové vymezení, pojem ageismus a demografický vývoj seniorů na českém území. Další kapitola se zaměřuje na kvalitu života. V ní jsem popsala základní definici kvality života a jak je možné měřit kvalitu života seniorů. Dále jsem cílila přímo na kvalitu života v domovech pro seniory, např. co může ovlivnit kvalitu života seniorů. Následně jsem se zaměřila na pojem domov pro seniory. Zde jsem popsala, jak probíhá přijetí seniorů do domova a jak je zajišťována péče v různých oblastech života a jaké jsou rozdíly mezi domovem pro seniory a domácí pečovatelskou službou. V další kapitole jsem se zaměřila na proces adaptace seniorů v novém prostředí. Jelikož pro seniora je adaptace v domově pro seniora náročná, zaměřila jsem se na dobrovolný a nedobrovolný nástup do domova pro seniory a k jakým důsledkům může dojít v případě dlouhodobé špatné adaptace.

V empirické části jsem popsala získávání dat pomocí kvantitativního výzkumu. V první fázi jsem si stanovila hypotézy a operacionalizaci, kterými jsem se v následujících fázích empirického výzkumu zabývala. Zaměřila jsem se na získávání a hodnocení dat pomocí dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, které jsem využila ve své bakalářské práci. Popsala jsem vzorek a postup při získávání a zpracovávání dat, které jsem měla k dispozici. V další fázi jsem popsala získané výsledky, které jsem následně zadala do grafů. Ve finální fázi jsem získaná data použila při práci s vlastními stanovenými hypotézami.

Z hlediska důležitosti by tato bakalářská práce mohla být zpětnou vazbou pro zaměstnance sociálních služeb, ve kterých byl výzkum prováděn. Zájem o přečtení této práce by mohli mít také senioři i jejich blízcí, pro které je tato práce aktuální, poněvadž nástup do pobytového zařízení zvažují či do něho právě nastupují. Rozhodnout se pro správnou sociální službu je těžké, záleží na konkrétním případě a ani z mé práce přesně nevyplývá univerzální řešení dané situace. Bakalářská práce by také mohla být zdrojem informací pro osoby zabývající se problematikou stáří a pobyty v domově pro seniory.

14 Bibliografie

1. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v ČR v datech*. Praha, 2021, 22 s. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/120583272/31003420.pdf/5272aa65-7abc-4262-94a4-fb91e60600e3?version=1.3>
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva, PRAJSOVÁ Jitka. *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9
3. DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. *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. 88 s. ISBN 80-85121-82-4
4. FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5
5. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9
7. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, NEPRAŠ, Karel. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9
9. HEGYI, Ladislav. Maladaptivní syndróm- riziká dlhodobého inštitucionálneho pobytu. In KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6
10. HORECKÝ, Jiří, Lusková, Daniela. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019. ISBN 978-80-907053-9-5
11. HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013, 193 s. ISBN 978-80-247-4139-0
12. CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4
13. JANEČKOVÁ, Hana. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi. specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X

14. JANEČKOVÁ, Milena, ČERMÁKOVÁ, Kristýna. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 110 s. (cit. 22. 5. 2021). ISBN 80-86552-45-4. Dostupné z:
<https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/pruvodce+%281%29.pdf/a3da091b-e13e-bb30-eafa-e62f1e4fe817>
15. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 63 s. ISBN 80-7368-110-2
16. JEŘÁBKOVÁ, Věra. *Zdravotně-sociální péče o seniory v České republice*. Katedra ekonomické statistiky, VŠE Praha (cit. 19.5. 2021) Dostupné z:
http://praha.vupsv.cz/fulltext/Do1522_2.pdf
17. JOHNOVÁ Milena, ČERMÁKOVÁ Kristýna. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4
18. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
19. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5
20. KOČMAN, David. *Využití kvantitativních a kvalitativních metodologií při hodnocení kvality života a hodnocení intervencí v sociálních službách – diskusní zpráva* [online]. Quip – Společnost pro změnu, 2011. (cit. 11. 6. 2021). Dostupné z:
<https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/017/002020.pdf?seek=1312904440>
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
24. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
25. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1
26. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7
27. MIKULCOVÁ, Šárka. Úloha kvality v péči o klienta In: HERMAN, Jiří a kol. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 73-80 s. ISBN 978-80-7013-477-1

28. MÚHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče (filosoficko-historický pohled)*. Pedagogická fakulta Brno: Masarykova univerzita, 2001, 49 s. ISBN 80-210-2512-3
29. MÚHLPACHR, Pavel. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In: *Kvalita života a rovnost příležitostí. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. [online] Prešov, 2005. (cit. 11. 6. 2021) ISBN 80-8068-425-1 Dostupné: http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponujuce_k_slobode/04_vedecke_konferencie/m-edzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf#page=59
30. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Analýza financování sociálních služeb*. 2019. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465
31. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby* [online] (cit. 10.5. 2021). Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
32. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
33. NEŠPOROVÁ, Olga, SVOBODOVÁ, Kamila, VIDOVIČOVÁ, Lucie. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9
34. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. 144 s. ISBN 80-85526-32-8
35. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8
36. PETŘKOVÁ, Anna, ČORNANIČOVÁ, Rozália. Gerontagogika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1
37. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 71 s. ISBN 978-80-247-3271-8
38. PROSESIOGRAMY. *Sociální pracovník domova pro seniory, domova pro osoby s mentálním postižením, domova se zvláštním režimem*. Časopis Sociální práce/ Sociální práce. (cit. 19. 5. 2021) Dostupné z: <https://socialniprace.cz/socialni-pracovnik-domova-pro-seniory-domova-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-domova-se-zvlastnim-rezimem/>
39. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, 2012, 110 s. ISBN 978-80-247-4107-9

40. ŠVANCARA, Josef. Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří In: KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatry a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 103-114 s. ISBN 80-247-0548-6
41. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0
42. VAĎUROVÁ, Helena, MUHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7
43. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5
44. VANÍČKOVÁ, Kamila. *Spirituální potřeby seniorské populace* [online] 2002. (cit. 22. 5.
45. VOHRALÍKOVÁ, Lenka, RABUŠIC, Ladislav. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. [online] 2004 (cit. 10. 6. 2021) Dostupné z: <https://docplayer.cz/4970122-Cesti-seniori-vcera-dnes-a-zitra-lenka-vohralikova-ladislav-rabusic.html>
46. VÁVROVÁ, Soňa, VACULÍKOVÁ, Jitka. *Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku* In: časopis Sociální práce/Sociální práca 6/2017 [online]. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Brno. 2017 (cit. 10.6. 2021). Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>
47. VEDLICHOVÁ, Martina. *Domácí péče*. [online] Hradec Králové Univerzita Hradec Králové, 2013, 64 s. (cit. 20.6. 2021)Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/vedlichova_-_domaci_pece.pdf ISBN 978-80-7435-296-6
48. VOSEČKOVÁ, Alena. Kapitoly z psychologie stáří pro studenty sociální práce. [online] Univerzita Hradec Králové 2014 (cit. 25. 5. 2021). Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/voseckova_-_kapitoly_z_psychologie_stari_pro_studenty_socialni_prace.pdf
49. Domov pro seniory - Seniorcentrum Svitavy s.r.o.. *Seniorcentrum Svitavy s.r.o.* [online]. Copyright © Město Svitavy 2021 [cit. 17.06.2021]. Dostupné z: <http://www.seniorcentrum.svitavy.cz/cs/m-3-domov-pro-seniory/>
50. Informace o přijetí - Sociální služby Lanškroun. *Sociální služby Lanškroun - Domov pro seniory, odlehčovací práce, pečovatelská služba* [online]. Dostupné z: <https://www.soslla.cz/domov-pro-seniory/prijeti>
51. Internetové stránky XY- anonymní
52. Zákon 108/ 2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Dostupné: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

53. ŠURÁ, Ivana. *Kvalita života seniorů využívající služby domácí péče v Pardubickém kraji Olomouc*, 2021. Absolventská práce. CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Vedoucí práce Martin Bednář.

15 Seznam grafů a tabulek

Graf 1 Celková kvalita života seniorů v domovech pro seniory podle dotazníku WHOQOL-OLD.....	42
Graf 2 Celková kvalita života seniorů v domovech pro seniory podle dotazníku WHOQOL-BREF.....	43
Graf 3 Výsledky kvality života seniorů podle průměru dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF.....	44
Graf 4 Výsledky kvality života seniorů podle jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-OLD.....	45
Graf 5 Výsledky kvality života seniorů podle jednotlivých domén kvality života dotazníku WHOQOL.-BREF.....	46
Graf 6 Výsledky kvality života seniorů žijících v domácím prostředí podle jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-OLD.....	47
Graf 7 Výsledky jednotlivých domén života seniorů v domácím prostředí podle dotazníku WHOQOL-BREF.....	48
Tabulka 1 Přehled domén a položek WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 32).	36
Tabulka 2 Přehled domén a položek WHOQOL-OLD (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 30)	38
Příloha 1 Informační dopis určený pro respondenty	59
Příloha 2 Dotazník kvality života WHOQOL-OLD.....	60
Příloha 3 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF.....	64

16 Přílohy

Příloha 1 Informační dopis určený pro respondenty

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku na téma kvality života. Tento dotazník bude sloužit pro účely výzkumu mé bakalářské práce s názvem „Kvalita života seniorů v domovech pro seniory“. Dotazník se skládá ze dvou částí, každá z nich obsahuje okolo 25 otázek a zabere Vám okolo 20 minut.

Děkuji za Váš čas i ochotu. Ivana Šurá, studentka Univerzity Palackého v Olomouci.

Dotazník kvality života- WHOQOL- OLD- česká verze

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života a zaměřuje se na oblasti, které mohou být i pro Vás, jako staršího člověka, důležité.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za poslední dva týdny.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4: pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, jako např. svobodu rozhodovat o svých záležitostech a o svém životě. Pokud jste měla tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo vedle výrazu „vůbec ne“ Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

1. Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

2. Do jaké míry ovlivňuje ztráta, např. sluchu, zraku, chuti, čichu, nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

3. Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

4. Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

5. Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

6. Znepokojujete se tím, jak zemřete?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

7. Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

8. Jak moc se bojíte umírání?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

9. Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a, nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste byla rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste se vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete vjedno z čísel, které leží s nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

10. Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

11. Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

12. Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

13. Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

14. Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á, nebo nespokojený/á s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují posledním dvěma týdňům.

15. Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhla.

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

16. Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

17. Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

18. Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

19. Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

20. Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (např. sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají Vašich velmi blízkých (intimních) vztahů, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

21. Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

22. Kolik je ve Vašem životě lásky?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

23. Máte příležitost někoho milovat?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

24. Máte příležitost být někým milován/a?

Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
1	2	3	4	5

25. Chcete k dotazníku něco dodat?

.....

Dotazník kvality života WHOQOL- BREF

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za poslední dva týdny. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujeme?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujeme?	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
	1	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná, ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
Do jaké míry Vám brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě.	1	2	3	4	5
Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
Jak zdravé je prostředí, ve které žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	Vůbec ne	Spíš ne	Středně	Většinou ano	Zcela
Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
Máte dostatek peněz k uspokojování svých potřeb?	1	2	3	4	5
Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	Velmi nespokojena	Nespokojena	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě kde žijete?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	Nikdy	Někdy	Středně	Celkem často	Neustále
Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, nebo deprese	1	2	3	4	5