

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Renáta Flanderová

Kvalita života seniorů v rezidenčním bydlení

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: **Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.**

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2013–2015

DIPLOMA THESIS

Renáta Flanderová

The quality of life of older people in residential housing

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor:
Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Renáta Flanderová

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat Doc. RNDr. Jitce Machové CSc., mému vedoucímu práce, za odborné vedení, cenné rady, věnovaný čas a pomoc při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat klientům v rezidenčním bydlení za jejich ochotu a spolupráci, a že jsem mohla celou práci publikovat.

Anotace

Diplomová práce se zabývá pohledem na kvalitu života seniorů v rezidenčním bydlení v současné době v České republice. Zaměřuje se na kvalitu života, která je poskytována v různých sociálních zařízeních v současné společnosti. Teoretická část popisuje systém zdravotní a sociální péče v České republice. Věnuje se problematice pohledu na stáří seniorů. Komunikace se seniory, kvalita jejich života, a dále jsou popsány změny člověka, které se ve stáří vyskytují. Praktická část se zabývá kvalitou a popisem života seniorů v rezidenčním bydlení, jak v soukromém, tak i ve státním zařízení. V závěru je detailně popsán výzkum, který byl uskutečněn v soukromém a státním zařízení zaměřený na kvalitní život respondentů.

Klíčová slova

Komunikace, kompenzační pomůcky, kvalita života, poruchy chování, sociální péče, stáří, umírání a smrt.

Annotation

The diploma thesis is concerned with looking at the quality of life of seniors in residential housing currently in the Czech Republic. It specializes on quality of life, which is provided in a variety of social institutions in contemporary society. The theoretical part describes the system of health and social care in the Czech Republic and looking on senior. Communication with seniors and their quality of life, describes the changes humans that occur in old age. The practical part occupies with the quality of the seniors' life in residential housing, in the private and in the state facility. In closure, described in detail the research, which was realized in private and government facilities and is looking for quality life of respondents.

Key words

Behavior disorders, communication, death and dying, mobility aids, old age, quality of life, social care.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	11
1.1 DĚLENÍ VĚKU	13
1.2 ZMĚNY ČLOVĚKA VE STÁŘÍ	14
1.3 JAK PROŽÍT DŮSTOJNÉ STÁŘÍ.....	16
1.4 PORUCHY CHOVÁNÍ VE STÁŘÍ.....	18
1.4.1 Demence	18
1.4.2 Dělení demence.....	20
1.4.3 Léčba demencí	22
2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR.....	23
2.1 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	24
2.2 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE.....	27
2.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE	29
2.4 KVALITA POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY	30
2.5 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
3 KOMUNIKACE SE SENIORY.....	35
3.1 ZÁKLADY VEDENÍ ROZHovorŮ SE SENIORY.....	35
3.2 MOŽNOSTI V KOMUNIKACI S NEKOMUNIKUJÍCÍM KLIENTEM	36
4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	38
4.1 KONTEXT POJMU KVALITA ŽIVOTA	39
4.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	40
4.3 POTŘEBY PRO KVALITNÍ ŽIVOT SENIORŮ	42
4.4 HODNOTY KVALITY ŽIVOTA	43
4.5 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ A KVALITA ŽIVOTA.....	44
4.6 UMÍRÁNÍ A SMRT A KVALITA ŽIVOTA	45
5 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY PRO SENIORY V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ.....	47
PRAKTICKÁ ČÁST	51

6	VÝZKUM	51
6.1	CÍL VÝZKUMU	51
6.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	52
6.3	VÝZKUMNÝ VZOREK	53
6.4	CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMU	54
6.5	METODY VÝZKUMU	56
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU	57
7.1	ROZHOVOR S KLIENTY	57
7.2	ODPOVĚDI NA OTÁZKY V RÁMCI INDIVIDUÁLNÍCH ROZHOVORŮ	58
7.3	ROZHOVOR SE ZAMĚSTNANCI.....	76
8	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKEM	79
9	KAZUISTIKY	87
10	SHRNUTÍ A DISKUZE.....	94
10.1	ZJIŠTĚNÉ VÝSLEDKY VÝZKUMU V RÁMCI POLOŽENÝCH VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	94
10.2	POTVRZENÍ ČI VYVRÁCENÍ DANÝCH HYPOTÉZ.....	100
11	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	102
	ZÁVĚR	104
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	106
	SEZNAM ZKRATEK	109
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	110
	SEZNAM PŘÍLOH.....	113

ÚVOD

Stářím a stárnutím a kvalitou života seniorů se v dnešní době zabývá spousta institucí. Jelikož v dnešní době je starších občanů více než mladších, vzniká tak nedostatečné množství zařízení pro seniory, kteří by potřebovali pomoc druhé osoby. V těchto zařízeních se zaměříme na kvalitu života seniora jak v rodinném zázemí, tak i v zázemí určité sociální služby, která napomáhá seniorovi prožít na sklonku svého života svůj život smysluplně a s nadšením.

V dnešní době se více zařizují domovy seniorů se zvláštním režimem. Také je více klientů s Alzheimerovou chorobou, kteří potřebují neustálou péči a pomoc s určitým denním rituálem.

Proto je velmi důležité vzdělávání zdravotnického personálu, aby věděl, co daná nemoc znamená a jak se ke klientovi chovat. Tato diplomová práce se věnuje problematice stáří. O kvalitě života seniorů jsou pořádány různé semináře a konference, které se zabývají tímto tématem.

Teoretická část se zabývá problematikou stáří a jejich důsledky v životě. Dále je zaměřena na sociální péči, která je u nás v České republice poskytována seniorům. Zaměřuje se také na sociální dopad a na kvalitu života seniorů.

Pro tento výzkum byla oslovena dvě zařízení. Soukromé zařízení domov seniorů a zdravotně-sociální lůžka. Obě tyto služby jsou hrazeny klienty. Výzkum je zaměřen na spokojenost seniorů v daném zařízení a zda jsou spokojeni s kvalitou života. Do výzkumu je také zařazena rodina, která má v zařízení umístěného svého rodinného člena. S rodinnými příslušníky bylo provedeno dotazníkové šetření zaměřené na finanční situaci rodin.

Byl uskutečněn rozhovor se zaměstnanci těchto zařízení. Rozhovor byl proveden se zdravotnickým personálem a aktivizačními pracovníky, kteří se starají o kvalitní život seniorů v určitém zařízení.

Diplomová práce je zaměřena na seniory s Alzheimerovou chorobou.

Vzhledem k tomu, že neustále narůstá počet odsouzených, je velmi důležité pracovat s nimi takovým způsobem, aby byli motivováni ke změně svých hodnot a celkové změně svého života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří a stárnutí je v současné době složitou otázkou, lidé si totiž stále častěji uvědomují, že populace stárne a seniorů je stále více. Bohužel se stáří pravděpodobně dočká každý člověk, který by se měl naučit žít s přibývajícými roky a užívat si života, protože čas je nekompromisní. Měli bychom se této problematice stále více věnovat. Ve stáří dochází ke změnám - fyzickým, psychickým i sociálním, které s sebou stáří přináší.

Stáří je období života, které se považuje v současné západní kultuře v období dožití věku 60 - 65 let, kdy lidé dovrší věku odchodu do starobního důchodu. Zdravotní stav lidí je různý, někteří potřebují více zdravotní péče, nebo se stávají postupně méně soběstačnými a jsou odkázáni na pomoc druhé osoby (Matoušek, 2008).

Stárnutí, co vlastně znamená, to si musíme pro lepší orientaci v dané problematice popsat. *„Stárnutí je vždy všudypřítomnou součástí naší živé i neživé přírody a nakonec nám nezbyvá, než si uvědomit, že tento proces probíhá i v nás samotných“ (Hayflick, 1997, s. 28).*

Důležité je přijmout a uvědomit si, že je to zcela přirozený proces lidského bytí. „Produktivní člověk během let přechází pozvolna do období, kdy se dožívá stárnutí a stáří. Pod pojmem stárnutí si nejčastěji vybavujeme změny, které probíhají ve struktuře a funkcích organismu, jež se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince“ (Dvořáčková, 2012, s. 10.)

Člověk se od svého příchodu na svět po celý svůj život vyvíjí a neustále mění. I na sklonku života jsou zaznamenány změny, kterými člověk prochází. Stárnutí se dostavuje na konci produktivního věku a v něm člověk nachází nový způsob života, se kterým se musí naučit žít. Člověk se musí naučit žít trošku odlišným způsobem, než na který byl doposud zvyklý. Jeho děti začínají žít svůj vlastní život, začínají zakládat rodiny a osamostatňují se, odchod do starobního důchodu, změna sociální

role apod. Tyto změny doprovázejí stárnutí. Toto časové období se dá chápat jako přechod mezi produktivním věkem a samotným stářím (Pacovský, 1990).

Stáří se všeobecně chápe spíše jako negativní, z pohledu ztrát možností a radostí života, naděje, optimismu, omezení (Malíková, 2011).

Většina lidí přemýšlí o stáří jako o etapě života, kdy člověk ztrácí veškerou schopnost samostatně se o sebe postarat, a proto nemůže žít doposud plnohodnotný život, než na který byl zvyklý. Ale také pro mnoho lidí je stáří jedno z nejkrásnějších životních období. Vznikne jim tak prostor k realizaci všech svých snů, na které neměli dříve čas, a užívají si svá vnoučata, atd. (Malíková, 2011).

Stáří nemusí být nutně tak bolestné období bez jakýchkoli radostí. Může se z něj stát i nejhezčí období života. Lidé si musí uvědomit, jaké výhody toto období přináší. Že má také pozitivní stránky, jak vnímat dostatek času na všechny aktivity. Lidé by se měli často radovat z maličkostí a užívat si každého dne, který jim život přinese. (Hayflick, 1997).

Jsou různé typy lidí. Jedni se stárnutím vyrovnají bez větších problémů, uvědomují si, že je to nedílná součást jejich životní etapy. Jiní se nemohou s přibývajícím věkem vyrovnat a snaží se stárnutí zabránit, nebo jej nějakým způsobem oddálit. „*Stárnutí a smrt jsou součástí naší konstrukce. Nemůžeme je vyléčit a ani nikam před nimi utéct či se schovat*“ (Bortz, 1995, s. 41).

Nemůžeme tedy s určitostí říct, že veškerá doposud provedené fyzické a psychické změny ve stáří, platí pro každého seniora. Vždy záleží na individualitě jedince, na jeho genetické výbavě, životním stylu a přístupu k životu a okolí. „*Neplatí obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí*“ (Matoušek, 2008, s. 214).

V dnešní době je kladen velký důraz na celkovou vizáž člověka. Ve stáří se vzhled člověka poměrně často mění. Změny jsou nejvíce vidět na pohybovém aparátu, mění se postoj, chůze seniora a povětšinou také klesající výška (Hayflick, 1997).

U seniorů se také často projevují problémy s dýcháním a i zažívání a trávicí systém prochází určitými změnami, které mohou způsobovat dyspeptický syndrom,

který představuje pocit plnosti po jídle, plynatost, bolesti břicha, zácpy a podobně. U starších lidí se také projevuje snížené vnímání chuti slaných a sladkých podnětů (Křivohlavý, 2002).

S přibývajícím věkem se zhoršuje kvalita chrupu, dochází k větší kazivosti a různým onemocněním zubů. Ubývá tělesné hmotnosti, sluch se také zhoršuje. Zrak bývá přecitlivělý na silné světlo, dochází k jeho zhoršení a může dojít až k úplné slepotě. Nejzřejmějšími příklady je ztráta elasticity kůže a šednoucí vlas (Bortz, 1995).

Též s přibývajícím věkem ubývá manuální zručnosti. Člověk už nedokáže vykonávat některé manuální činnosti tak jako dříve. Nastávají také problémy s orientací v prostoru, snížení paměti, zpomalení životního tempa, mnohdy také ochuzení fantazie a podobně. Do popředí se dostávají především psychické a duchovní potřeby. *„Umírající se chce rozloučit se světem, s blízkými lidmi, smírně uzavřít konflikty, které s nimi případně měl, rozhodnout o svých záležitostech“* (Matoušek, 2008, s. 70).

Člověk, který sama se nachází na sklonku života a cítí, že se blížící smrt je nevyhnutelná, měl by mít možnost se rozloučit se svou rodinou, popřípadě urovnat s nimi vztahy. Člověk se v tomto období obrací k duchovnu - obrací se na Boha, či k nějaké jiné víře.

1.1 Dělení věku

Věk je považován za základní charakteristiku člověka. V každé společnosti žijí různé věkové skupiny lidí. Lze je rozlišit na základě mnohých určujících aspektů:

- a) **kalendářní (chronologický) věk** - je určen datem narození, často poukazuje na skutečnost, zda je dotyčný mladý či starý
- b) **sociální (sociálně-historický) věk** - vyjadřuje, jak by se měl jedinec určitého biologického věku chovat dle společenských měřítek. Zachycuje změny sociálních rolí, životního stylu, ekonomické situace apod.

- c) **biologický (funkční) věk** - je považován za spolehlivější pro určení období stáří. Počátek stáří je posuzován na základě individuálních fyziologických procesů každého jedince.
- d) **psychologický věk** - jedná se o subjektivní vnímání vlastního věku, poukazuje na psychický stav jedince.

Další známé členění dle Světové zdravotnické organizace (WHO):

- 60-74 let - vyšší věk- rané stáří,
- 75-89 let - stařecký věk,
- 90 let a výše - dlouhověkost (Mlýnková, 2011).

1.2 Změny člověka ve stáří

Aspekty sociální

Zabývají se sociálními změnami ve stáří, kdy dochází k degradaci a stáří přestává být zvláštní. Z hlediska sociální změny je největší odchod do důchodu, který přináší řadu změn, které starého člověka ovlivňují. Nejhlavnější změnou ve stáří je ukončení role profesního člověka. S tímto faktem se spojuje snížená autorita a společenské postavení. S odchodem do důchodu se také projeví ekonomický dopad na jedince, neboť právě ekonomická situace může člověka omezovat v jeho společenských aktivitách. Tato situace může vést k vyloučení jedince ze společenského života.

Člověk musí změnit svůj životní styl, protože se mu odchodem do důchodu změní životní role, kdy ztrácí svůj status a své postavení. Podle různých zdrojů se uvádí, že jedinec se sice stává starým po odchodu do penze, ale měl by zůstat po všech stránkách aktivní, plánovat si svůj volný čas (Pacovský, 1999).

Jedinec se během života častěji setkává se smrtí. Přichází během života o

svoje rodiče, přátele, případně o životního partnera. Člověk po ovdovění, či ztrátě blízké osoby by měl přeorganizovat svůj život. To napomáhá pro lepší

vyrovnání se s problémy. Je důležité najít si v životě nové cíle, zájmy, záliby a aktivity, protože život ještě nekončí. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských

partnerských vztahů. Strach z osamělosti se ve stáří zvyšuje (Dvořáková, 2012).

Problémy vznikají hlavně v navazování nových kontaktů s novými lidmi. Jedinec se již nechce seznamovat s nikým novým, což je pochopitelné, jelikož byl po celý svůj život zvyklý na lidi, které kolem sebe po dlouhá léta měl, a je zvyklý na své stereotypy. Adaptace činí větší problémy starším jedincům než mladším. Jedinec nechce zůstat sám, má strach ze samoty (Mlýnková, 2011).

Aspekty fyzické

Z fyziologického hlediska lze stáří definovat jako proces, při kterém jsou zasaženy všechny orgány i tkáně. Jedná se o proces nezvratný a končí vždy zánikem jedince. Stáří se liší od ostatních etap lidského života, a to proto, že stárnutí je fyziologický děj, způsobený jednotlivým selháváním orgánů. Chorobami ve stáří se zabývá geriatric. *„Postupně dochází k úbytku sil, zpomalování životního tempa a zhoršování zdravotního stavu“ (Dvořáková, 2012, s. 10).*

S přibývajícím věkem se tělo opotřebovává a zhoršuje se fyzická stránka člověka. Starší člověk přestává mít dostatek energie a sil na vykonávání běžných úkonů a aktivit. I po zdravotní stránce je jedinec náchylnější na různá onemocnění či zlomeniny. *„S přibývajícím věkem přirozeně klesá životní dynamika a tomu je třeba přizpůsobit i běžné denní aktivity. I když senioři musejí mnoho činností opustit nebo omezit, není třeba, aby házeli flintu do žita, neboť vždy zůstávají některé k dispozici“ (Haškovcová, 2012, s. 26).*

Starší lidé nemají už takovou sílu a nezvládají určité činnosti tak jako dřív, a proto se musí svých oblíbených činností někdy vzdát. Jedná se však o přirozený vývoj lidské etapy života. Pokud nastane situace, že senior již nemůže z nějakého z důvodu vykonávat své činnosti, je třeba, aby navštívil lékaře či sociální pracovníky, kteří se snaží seniorům pomoci. Zdůrazňují to, co mohou nadále dělat a na co by si měli dávat pozor, namísto přikazování, co nesmí. (Říčan, 2006).

Aspekty psychologické

V průběhu stárnutí dochází také k úbytku duševních sil. Dochází ke změnám v kognitivních funkcích. V tomto procesu jsou tyto změny ve stáří nevyhnutelné, důsledkem je zpomalování psychomotorického tempa, pomalé reakce na podněty, zpomalení slovní reakce na odpovědi. Starý člověk musí vyvinout velké úsilí, aby si zapamatoval novodobé pojmy a názvy. Často se stává, že si nevybaví jména svých známých, rodiny. Naopak velmi dobře si vybaví staré zážitky, co prožil v dětství či v mládí. Projevem je též, že se hůře adaptuje a přizpůsobuje v novém prostředí, dochází často ke změně povahy. Ve stáří odkládá jedinec masku a přestává hrát svou naučenou roli, kterou nosil během svého života. Ve stáří se vždy ukáže, jakým byl člověkem po celý svůj život. Psychické problémy starších lidí mohou vyústit v depresi. U seniora může vzniknout deprese z pocitu samoty a odloučení od společenského života.

Psychické změny ve stáří:

- *Emoční labilita,*
- *nedůvěřivost,*
- *zhoršení paměti,*
- *změny vnímání,*
- *zhoršování úsudku,*
- *obtížné osvojování nového (Haškovcová, 2010 str. 18).*

1.3 Jak prožít důstojné stáří

Každý senior má právo prožít svůj podzim života důstojně. Lidé v jeho okolí by mu to měli umožnit, ale především senior si sám musí uvědomit několik zásad, které je třeba dodržovat, aby jeho poslední dny či roky byly spokojenou životní etapou.

„V každém případě by si seniori měli pěstovat radost z maličností a ostatní by takové denní radosti měli oceňovat. (Haškovcová, 2012, s. 26).

Je tedy třeba, aby se senior naučil radovat z každodenního života a byl vděčný za každý nový den. A je důležité, aby jej povzbuzovalo okolí a vytvářelo příjemnou atmosféru, ve které bude jedinec spokojen. Nejdůležitější ze všeho je pozitivní myšlení a naučit se mít rád svůj život (Kubíčková, 1998). Někdy se mohou cítit nepotřební po odchodu do důchodu, nebo když přestane sloužit zdraví. Jako prevence před pocitem nepotřebnosti a stavu rezignace by měla rodina, přátelé, ošetřovatelé vyzvat seniora, aby sepsal životní příběh, kde budou zahrnuty vzpomínky na mládí až po stáří. Na konci života člověk bilancuje nad vším, co získal či ztratil, co dokázal či v čem selhal. Pokud si tyto skutečnosti senior sepíše, bude pro něj snazší vyznat se ve svém životě, udělat si jasno, co bylo dobré, co se mu naopak příliš nevyvedlo a ještě se na určitý čas zaměstná a dodá mu to pocit, že může být užitečný. Pro seniora je také důležité ekonomické zajištění. Finanční prostředky značně ovlivňují způsob života také ve stáří (Pacovský, 1990).

Důležité je žít nejen přítomností, ale myslet také na budoucnost. *„Stanovte si cíle a přijímejte zkoušky, které vás nutí být natolik naživu a tvůrčí, jak jen je možné“ (Bortz, 1995, s. 256).*

Cíle, které by si jedinec měl uvědomit, mu pomohou myslet pozitivně na budoucnost a udržují v něm tvůrčího ducha. Pro seniora je také důležitá víra, která mu

pomáhá od osamělosti. Pokud by se tedy člověk ve vyšším věku, který se cítí sám, měl snažit nalézt pomoc v duchovnu, tak tam povětšinou také směřuje (Abel, Kner, 1995).

Aktivační činnosti umožňují seniorům zapojovat se do různých volnočasových aktivit. Tyto aktivity jsou nabízeny seniorům především v podobě společenských, kulturních i sportovních či pohybových programů. Dávají seniorovi pocit smysluplně využitého volného času. Umožňují také setkávání se s vrstevníky, vyměňování si životních zkušeností či v neposlední řadě uspokojují seniorovu potřebu sociálního kontaktu (Haškovcová, 2012).

1.4 Poruchy chování ve stáří

Vždy se rozvíjejí spolu s poruchami kognitivních funkcí. Poruchy chování jsou však nápadné. Jsou též obzvláště stresující pro příbuzné a pečovatele o dementského nemocného. Jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BSPD), zahrnují:

- paranoidní ladění,
- myšlení,
- výskyt halucinací,
- poruchy v běžných činnostech,
- agitovanost, agresivita,
- poruchy rytmu spánku,
- změny nálady: deprese, mánie, úzkost a fobie,
- bloudění,
- bludy (Mlýnková, 2011).

1.4.1 Demence

Demence je syndrom, který vzniká na podkladu onemocnění mozku, obvykle se jedná o chronický nebo progresivní charakter. Dochází zde k narušení vyšších kognitivních funkcí, paměti, myšlení, orientace, schopností řeči atd. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování a motivace. Diagnózu demence lze stanovit na základě klinického obrazu, psychiatrického a psychologického vyšetření. Ale také lze zjistit za pomoci zobrazovacích metod CT,

MR. Demenci lze tedy chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je tolik závažná a má vliv na další funkce a život klienta (Green, 1998).

Demografie a epidemiologie

České republice populace stárne. Je to dáno klesající porodností a zároveň snižující se úmrtností. Dochází tedy k prodlužování střední délky života. V ČR byla v roce 2002 střední délka života při narození pro ženy 78,7 roku a pro muže 72,1 roku. Zvyšuje se počet seniorů. Ve věku nad 60 let bylo v naší republice roku 2002 18,6%, ve věku nad 65 let 13,9% a ve věku nad 80 let je 71%. Nejvíce se tohoto věku dožívají ženy. Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická výskytem chronických a degenerativních onemocnění. Nemocnost plynule narůstá až od nejvyšších věkových skupin. Nejčastější choroby vyššího věku jsou kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolické choroby, gastrointestinální a respirační choroby (Pidrman, 2007).

Existují tři cesty k úspěšné identifikaci nemocného s kognitivním poškozením:

- a) pacient sám přijde k lékaři a stěžuje si na potíže s pamětí,
- b) rodina či přátelé nemocného upozorní lékaře na problémy seniora,
- c) lékař či zdravotnický personál při běžném vyšetření - provádí se jednoduchý screeningový test.

Základní pravidla, kterými bychom se měli řídit u vyšetřovaného nemocného s kognitivními poruchami:

- a) odebereme anamnézu jak od nemocného, tak od rodiny,
- b) provedeme kognitivní testy a to jsou: MMSE, test hodin,
- c) správné je provést psychologické vyšetření, laboratorní (biochemické, hormon štítné žlázy, vitamin B 12) a instrumentální vyšetření (EKG, CT mozku).

Dále se zaměřit na změny osobnosti, poruchy chování a změny aktivit denního života nemocného (Pidrman, 2007).

1.4.2 Dělení demence

Důležité je správně diagnostikovat a poté se pokusit určit její etiologii, což je důležité z hlediska následné léčby.

Primárně degenerativní demence dělíme:

1) **Alzheimerova nemoc (AN)** je primární onemocnění šedé kůry mozkové. Nemoc se vyvíjí nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Nemoc narušuje část mozku a to způsobí pokles takzvaných kognitivních funkcí jako je myšlení, paměti, úsudku. Brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí etická a estetická pravidla a návyky. Ztrácejí své zájmy o to, co doposud měli. Objevují se poruchy orientace a nemocní přestávají zvládat péči o sebe samu a jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Objevují se potíže emocí, deprese, paranoidní syndrom, bludy a halucinace. AN poprvé popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907. V té době se tato nemoc považovala za vzácnou. Nyní se nemoc vyskytuje u 5% populace okolo 65let.

2) **demence s Lewyho tělísky** - symptomy této nemoci jsou kombinací symptomů AN a Parkinsonovy nemoci. Většinou je demence doprovázena abnormálními pohyby, které jsou součástí Parkinsonovy choroby. Zatím není žádná účinná léčba.

3) **frontotemporální demence** - nejčastější formou je Pickova nemoc, kde dochází k degeneraci frontálního a temporálního laloku mozku. Začíná časně mezi 45 a 65 rokem. Je charakterizovaná poruchou řeči, sociálním chováním. (Pidrman, 2007)

Sekundární demence dělíme:

1) **vaskulární demence (multiinfarktová, mikroangiopatická)** - jedná se o cerebrovaskulární onemocnění. Vyskytují se zde poruchy kognitivních poruch v důsledku poškození mozku. Demence se objeví, když je rozsah poškození CNS

vyšší, než jaké jsou kompenzační schopnosti mozku. K poškození CNS dochází v důsledku nemocí kardiovaskulárního systému, hypertenze. Věkem se zvyšuje.

2) **metabolická demence** - dochází až při chronifikujícím průběhu metabolických poruch. Nejčastěji se projevují z hlediska psychopatologického rozvoje deliria. Proto se může jednat o demence u vrozených či získaných metabolických poruch.

3) **demence při Parkinsonově chorobě** - touto demencí trpí 20% nemocných s Parkinsonovou chorobou. Vykazují známky výrazného bradypsychizmu, poruch paměti, rozvoj deprese.

4) **demence při Huntingtonově chorobě** - je to dědičná porucha, která se projevuje změnami osobnosti, apatií, podrážděností. Je doprovázena nepravidelnými pohyby končetin a motorickým neklidem.

5) **traumatická demence** - vzniká po rozsáhlém poranění mozku. Typickým příznakem demence jsou neurologické příznaky, které kopírují lokalizaci poranění CNS. Záleží vždy na rozsahu i lokalizaci lézí.

6) **demence při normotenzním hydrocefalu**, vzniká většinou na podkladě pozánětlivém nebo posttraumatickém, ale etiologii se v konkrétních případech málokdy podaří zjistit. Demence je charakterizována základní trias: porucha chůze, demencí, inkontinencí. Jedná se o chronické onemocnění, které vzniká jako následek úrazu hlavy.

7) **demence při nádorech CNS** - jedná se o vzácnou nemoc. Jde o demenci, která je rychle progredientní. Demenci může vyvolat mozkový tumor, metastáze v mozku, ale také bývají paraneoplastické demence při rozsáhlých tumorózních rozsevech v mimomozkové lokalizaci.

8) **demence při infekcích** - je poměrně vzácná. Nejčastější je progresivní paralýza a jiné formy mozkové luetické infekce. Velmi vážný problém představuje demence u AIDS.

9) **toxická demence** - v České republice je nejčastější alkoholová demence. Existuje také demence na podkladě chronických intoxikací průmyslovými jedy (Pidrman, 2007).

1.4.3 Léčba demencí

Nefarmakologická léčba

Cílem léčby je zachování, zlepšení jemné a hrubé motoriky, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce, smysluplné vyplnění volného času, zlepšení verbální i nonverbální komunikace se seniorem i s rodinou. Aktivita proto volíme tak, aby byly přiměřené stavu nemocného. Měly by být komplexní a adekvátně ovlivňovat psychickou i fyzickou funkci, psychosociální kontakty a senzorické funkce. Důležité je vždy podporovat silné stránky klienta. Také zde hraje důležitou roli rodina a příbuzní.

Farmakologická léčba

Nejúspěšnější způsobem léčby je podání: inhibitoru acetylcholinesterás, memantin (Pidrman, 2007).

2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE V ČR

Není možné od sebe oddělovat zdravotní a sociální péči o seniory. V praxi jsou zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak. Proto je velmi důležité utvářet v České republice dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodině doplnit či nahradit a podporovat život seniora v jeho přirozeném prostředí. Či služby pobytové v zařízení mohou využívat senioři, kteří již nejsou tolik soběstační (Hrozenská, 2013).

Zdravotní péče o seniory

Základem zdravotní péče je vždy primární péče, kterou poskytuje praktický lékař. Praktický lékař by měl pracovat též s rodinou seniora. Lékař může na začátku doporučit domácí ošetrovatelskou péči, která je hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Tuto péči zajišťují různé agentury státní, soukromé i neziskové. Pro poskytnutí domácí péče je důležité, aby zdravotní stav klienta byl stabilizovaný. Zdravotní péče je poskytována ambulantně (Hrozenská, 2013).

Sociální péče o seniory

Jedná se u služby poskytované lidem společensky znevýhodněným, a to za cílem zlepšit jejich kvalitu života nebo v možné míře začlenit je do společnosti. Sociální služby zohledňují jedince i jeho rodinu. Sociální péče zajišťuje pomoc při soběstačnosti při denních činnostech (hygiena, stravování, atd.), ubytování, ošetřování a poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společností, pomoc při prosazování svých práv. Cílem je podporovat rozvoj nebo zachování dosavadní soběstačnosti či návrat do domácího prostředí. Pomoc vždy vychází z individuálních potřeb klienta. Seniorovi, který je odkázán na pomoc druhé osoby, je od úřadu práce vyplácen příspěvek na péči. Jedná se tedy o příspěvek pro osoby se sníženou soběstačností podle zákona § 7 zákona č. 108/2006 Sb. (MPSV ČR, [online]).

Poskytování sociálních služeb může podle zákona zařizovat obec, kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Mohou také být poskytovateli sociálních služeb nestátní a neziskové organizace. Poskytování sociálních služeb je dáno zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., zákonem o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb. a vyhláškou MPSV č. 505/2006. Legislativa týkající se sociální péče slouží k dodržování lidských práv a celkové ochraně klienta (Malíková, 2011).

2.1 Zákon o sociálních službách

Systém sociálních služeb v České republice se v současnosti řídí dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který byl ustanoven dne 14. května 2006 s platností od 1. ledna 2007. Zákon o sociálních službách byl naposledy novelizován zákonem č. 375/2011 Sb. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je doplněn vyhláškou č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, která nabyla účinnosti 1. ledna 2007. Vyhláška byla naposledy novelizována vyhláškou č. 340/2007 Sb. (MPSV ČR, [online]).

Formy poskytování sociálních služeb lze rozdělit:

1) Terénní

Je péče poskytovaná v domácím zařízení. Za klientem dojíždí pečovatelka či zdravotní sestra, která klientovi poskytne základní ošetření. Zajistí donášku stravy či nákup.

2) Ambulantní

Je péče poskytovaná v centru denních služeb či denním stacionáři. Klient do zařízení dochází.

Sociální služby jsou zřizovány ve větších městech. Tato zařízení se jmenují různě, např. Denní stacionář, Denní centrum, Domovinka, Slunečnice, atd. Tyto služby nabízejí stravu, péči o hygienu, oblékání a základní zdravotní ošetření a rehabilitaci. Provádí se zde aktivizační činnost, která je smysluplná pro seniory. Senioři sem docházejí, tráví tu den a na noc odjíždějí do svého domova.

3) Pobytové

Je zde poskytovaná dlouhodobá péče po dobu 24 hodin (Malíková, 2011).

a) Domov pro seniory

Jedná se o pobytové zařízení pro osoby, jež dosáhli určitého věku pro pobírání důchodu, a pro lidi, kteří již kvůli svému zdravotnímu stavu potřebují celodenní péči druhé osoby. O jedince se již nemůže starat rodina, nebo jedinec žádnou rodinu nemá. Do domova pro seniory nejsou přijati jedinci, co potřebují zdravotnickou péči

(infuzní terapie), nebo trpí akutní nemocí, která vyžaduje pobyt v nemocničním zařízení (Matoušek, 2008).

Dříve se domovu seniorů říkalo domov důchodců. Domov seniorů musí poskytovat tyto úkony podle sociálních služeb podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. § 15,

poskytnutí stravy, ubytování, pomoc při osobní hygieně a běžných úkonech o vlastní osobu. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti. Pomáhá při uplatňování práv a svých zájmů.

Tyto služby by měl podle zákona poskytovat každý domov seniorů. Jedinec je zde ubytovaný a jsou mu umožněny jakékoliv úpravy či opravy, je mu poskytnuta celodenní strava. Pro seniora, pokud by potřeboval s čímkoliv pomoc, jsou zde zaměstnanci, kteří by mu měli pomoc nabídnout (Malíková, 2011).

Důležitá jsou zde také hygienická opatření, jelikož spousta klientů už nezvládne zcela dobře provést hygienu o vlastní osobu jako dříve. Důležitá je zde také aktivizace seniorů, která vychází ze zájmů jedince a vytváření různých kulturních či společenských aktivit.

b) Domov se zvláštním režimem

Jedná se o pobytové zařízení pro staré lidi, u nichž došlo ke zhoršení zdravotního stavu a poklesu životních funkcí. Tento domov seniorů je určen pro klienty, které postihla Alzheimerova choroba anebo jiný typ demence. Existují státní i soukromé zařízení pro tyto klienty. V případě Alzheimerovy choroby, či jiných demencí, je nemoc spojena se zhoršením kognitivních schopností, mobility, emocí a to vše jedince omezuje v jeho každodenním životě. Péče o seniora s Alzheimerovou chorobou je náročná a dlouhodobá, a proto je rodina nemocného často nucena vyhledat pobytovou péči. V současnosti v České republice je nabídka služeb v péči o seniory s Alzheimerovou chorobou poměrně uspokojivá. Existuje Česká Alzheimerovská společnost (ČAS), která má své poradenské a informační centrum pro pečující rodiny a řada organizací také nabízí asistenční službu. ČAS poskytuje

denní centra a rezidenční péče. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob podle zákona č. 108/2006 Sb.

Proto je velmi důležité, aby prostředí odpovídalo domácímu prostředí a domácímu režimu. Je zde velmi důležitá bezpečnost jedinců, aby byly odstraněny prahy u dveří, podlaha protiskluzová, zabezpečení dveří, nejlepší je bez klíčů, a uzamykatelná okna, aby nedošlo k vypadnutí jedince z okna. Domovy se zvláštním režimem také nabízejí aktivizační činnosti, které odpovídají jejich zdravotnímu stavu. Cílovou skupinou domovů se zvláštním režimem nejsou jen senioři s Alzheimerovou chorobou, ale i lidé s autismem, s chronickým duševním onemocněním nad 50 let věku, alkoholici, senioři se specifickými potřebami.

Důležitá je zde práce i s rodinou, která nám může přispět s určitými poznatky, co měl jedinec před příchodem rád. U klientů s Alzheimerovou chorobou pracujeme se životním příběhem, kde získáváme informace o klientovi. Životní příběh by měl obsahovat zájmy klienta od mládí až po stáří, jeho profese, co jej nejvíce naplňovalo a co nemá rád. Životní příběh umožní zdravotnickému personálu komunikaci a jednání s klientem a může se předejít situacím, které by mohly klienta nějak rozrušit.

Péče o seniory z pohledu ošetřovatelů, zdravotníků, aktivizačních pracovníků i sociálních pracovníků je velice úctyhodná činnost. Každodenně jsou vystaveny emocionálně vypjatým situacím a musí se naučit je řešit. Pracovníci v sociálních službách by měli umět s klienty komunikovat, být tolerantní a empatičtí. Důležitá je zde trpělivost, jak v rámci komunikace, tak péče o jedince (Haškovcová, 2012).

V dnešní době v sociálních službách pracují zaměstnanci s individuálním plánováním. Individuální plán se sestavuje na podkladě osobních přání klienta. Individuální plánování sestavuje klíčový pracovník, který má na starost určitý počet seniorů. Individuální plánování má každé zařízení jinak nastavené. Někde probíhá realizace individuálního plánování po 3 měsících a někde po půl roce.

Služby sociální prevence

Podle § 53. Jedná se o prevenci, která napomáhá zabránit sociálnímu vyloučení, které je ohroženo krizovou situací. Cílem je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Služby, které obstarávají prevenci, jsou raná péče, telefonická krizová pomoc, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace (MPSV ČR, [online]).

Sociální poradenství

Dělí se podle § 37 na odborné a základní. Základní sociální poradenství poskytuje potřebné informace osobám, které se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby sociálních skupin. Poradny jsou občanské, manželské, rodinné, poradny pro seniory, osoby se zdravotním postižením a pro oběti trestných činů či domácího násilí. Též zapůjčuje kompenzační pomůcky, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, zajišťuje uživatelům sociálně terapeutické činnosti a pomáhá jim v případě uplatňování práv, zájmů a zajišťování osobních záležitostí (Malíková, 2011).

2.2 Služby sociální péče

Osobní asistence - jedná se o terénní službu především pro osoby se zdravotním postižením, ale i pro seniory. Osobní asistenti pomáhají zvládat péči o sebe a integrovat do společnosti jedince.

Pečovatelská služba - tato služba je poskytována seniorům, zdravotně postiženým osobám i rodinám s dětmi. Pečovatelé provádějí pečovatelskou službu v rámci pomoci osobám v péči o vlastní tělo i o domácnost.

Tísňová péče - jedná se o telefonickou a elektronickou službu, která podává informace, rady osobám v rizikovém ohrožení zdraví či života.

Průvodcovské a předčitatelské služby - tato služba je určena pro osoby se sníženou schopností komunikovat a orientovat se v prostoru. Je to především zaměřeno na osoby se smyslovým postižením.

Podpora samostatného bydlení - je služba zaměřená na podporu a rozvoj osobních schopností jedince samostatně bydlet.

Odlehčovací služby – jedná se o služby hlavně pro pečující rodiny, které si potřebují odpočinout od péče o jedince.

Centra denních služeb - jedná se o ambulantní typ služby, kam klienti docházejí. Je jim zde poskytována pomoc při řadě činností a jsou zde i nabízeny sociálně terapeutické činnosti.

Denní stacionáře - je to ambulantní služba, kde je poskytována aktivizační a sociálně terapeutická činnost jedinci a poskytována komplexní péče v potřebném rozsahu.

Týdenní stacionáře - jedná se o pobytovou službu pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc od druhé osoby. Provoz je zajištěn většinou v pracovních dnech.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - jedná se o pobytovou a celoroční službu. Je určena osobám, které potřebují celodenní pomoc od druhé osoby. Součástí této služby jsou výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

Chráněné bydlení - jedná se o pobytovou službu pro osoby se zdravotním postižením, které potřebují pomoc druhé osoby. Tato služba umožňuje podporu jedincům samostatně bydlet v bytě. Je zde přítomen pracovník, jenž dohlíží a kontroluje, jak si jedinec vede při jednotlivých činnostech.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče - jsou poskytovány v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné i v psychiatrických nemocnicích. Je to služba pro jedince, kteří vyžadují pomoc druhé osoby a nemohou opustit zařízení kvůli snížené soběstačnosti (Malíková, 2011).

2.3 Služby sociální prevence

Raná péče - je služba terénní, ale i ambulantní. Služba je určena pro děti do sedmi let se zdravotním postižením a jejich rodičů. Pomáhá rodinám zvládat danou situaci.

Telefonická krizová pomoc - služba, která poskytuje pomoc lidem v ohrožujících životních situacích, kteří ji nedokážou zvládnout sami. Služba je realizovaná pomocí telefonu.

Tlumočnické služby - určena pro osoby se smyslovým postižením. Tlumočnick pomáhá jedinci v komunikaci s daným okolím.

Azylové domy - pobytová služba určena lidem, kteří ztratili v rámci sociální situace bydlení. Azylové domy jsou zaměřeny pro určité skupiny lidí a to jsou: rodiče s dětmi, osoby mladší 18 let, ženy.

Domy na půl cesty - jedná se o pobytovou službu pro osoby do 26 let, které žily dlouhodobě v zařízení ústavní a ochranné výchovy či v zařízení pro děti a mládež a osoby propuštěné z výkonu trestu, odnětí svobody atd. Smyslem této služby je nový start do běžného života

Kontaktní centra - je ambulantní služba pro osoby závislé na návykových látkách.

Krizová pomoc - je služba terénní, ambulantní i pobytová. Podává pomoc osobám v situaci ohrožení na zdraví a života, které nejsou schopny samy zvládnout. Jedná se hlavně o pomoc obětem domácího násilí. Poskytuje pomoc se stravou, základní poradenství a socioterapii.

Nízkoprahová denní centra - je pomoc osobám bez přístřeší, Pomoc se stravou a osobní hygienou a vyřizování drobných osobních záležitostí.

Noclehárny - umožňují přenocování, jsou zde podmínky pro provedení osobní hygieny.

Služby následné péče - je služba určená pro chronicky duševně nemocné lidi nebo osoby závislé na návykových látkách po absolvování ústavní péče. Tato služba slouží k prevenci recidivy.

Sociálně aktivizační služby - je služba pro zdravotně postižené či seniory. Pomáhá při zvládnání běžných životních situací, aby nedošlo k sociálnímu vyloučení ze společnosti.

Sociálně terapeutické služby - služba je zaměřena pro podporování pracovních návyků a dovedností jedince. Služba je dlouhodobá.

Terapeutické komunity - poskytuje pobytovou službu pro osoby závislé na návykových látkách a pro osoby duševně nemocné. Jejich cílem je pomoc při zbavení se závislosti a vytvořit podmínky k integraci do společnosti.

Sociální rehabilitace - služba určená na pomoc osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým sociálním vyloučením k dosažení jejich samostatnosti a nezávislosti (Malíková, 2011).

2.4 Kvalita poskytování sociálních služeb v pobytovém zařízení pro seniory

Definice kvality sociálních služeb jsou často spojovány s oblastmi, jako je spokojenost klienta, reakce na potřeby klienta, vysoká odbornost, úroveň péče, cenová přiměřenost, odpovídající prostředí, bezpečí, kontinuita péče, dostupnost.

Chápání kvality ve službách může být podle následujících kritérií:

- spokojenost klienta a rodiny,
- reakce na potřeby toho, komu je určena,
- profesionalita personálního zajištění služby,
- efektivnost a cenová únosnost služby,
- vhodnost prostředí, kde je služba poskytována,
- udržitelnost - ekologický aspekt, přátelská k veřejnosti.

Měření kvality sociálních služeb je možné za pomoci různých způsobů:

- standardy kvality sociálních služeb,
- supervize, intervize,
- stížnosti, sebehodnocení, vizitace péče,
- kontroly (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

2.5 Standardy kvality sociální služby

Standardy se vztahují na všechny sociální služby a jejich náplní je zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Významem standardů je, jak má vypadat kvalita sociálních služeb, je přínosem pro poskytovatele i pro uživatele služeb. Standardy sociálních služeb zaručují určitou úroveň kvality poskytované péče. Standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb bez rozdílu.

Standardy jsou rozděleny do tří základních kategorií:

1. **procedurální** – tyto standardy jsou považovány za nejdůležitější. Poskytují podrobný a systematický návod, jak mají poskytované služby vypadat. Jsou velmi podrobně zpracovány s ohledem na ochranu práv uživatelů služby.
2. **personální** – týkají se personálního obsazení a stanovují podmínky pro personální zajištění při poskytování služby. Také obsahují vhodné pracovní podmínky pro pracovníky.
3. **provozní** – nalezneme zde podmínky, které určují a stanovují podmínky k rozvoji jejich kvality.

Sociální služby mají své standardy, kterými se musí řídit. Vyhláška č. 505/2006 Sb. uvádí následujících 15 standardů:

1. cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Uživatelům jsou služby poskytovány podle vypracovaných dokumentů a tyto jsou trvale přístupné všem pracovníkům. Uživatelé mají právo na zachování a rozvíjení svého důstojného života a na poskytování bezpečných a odborných sociálních služeb.

2. ochrana práv osob

Standard je komplexně zaměřen na zajištění ochrany práv uživatele a důstojného zacházení s uživatelem, a to včetně situací možného střetu zájmů mezi oběma zúčastněnými stranami při poskytování jakékoliv sociální služby.

3. jednání se zájmem o sociální službu

Zájemci o službu jsou před uzavřením smlouvy poskytnuty všechny informace o poskytovaných službách a podmínkách poskytované služby.

4. smlouva o poskytování sociální služby

Uživatel má právo, aby mu byly všechny sociální služby poskytovány na základě předem uzavřené písemné smlouvy.

5. individuální plánování průběhu sociální služby

Poskytovatel poskytuje služby a péči vycházející ze schopností uživatele, a to v rozsahu odpovídající jeho stavu a potřebám. Průběh služby má přiměřené plánování. O plánování jsou vedeny záznamy v dokumentaci individuálního plánu uživatele.

6. dokumentace o poskytování sociální služby

Jsou přesně stanovená pravidla pro vedení veškeré dokumentace, nakládání s ní a uložení. Uchovává se během poskytování služeb uživateli a i po jeho ukončení.

7. stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Každý uživatel služby má právo si v případě nespokojenosti stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb. Poskytovatel musí mít stanovená vnitřní pravidla, se kterými se seznámí uživatel i zaměstnanec.

8. návaznost poskytovatele sociální služby na další dostupné zdroje

Uživatel služby je poskytovatelem podporován ve využívání běžných veřejných služeb v okolí zařízení. Poskytovatel umožňuje a vytváří přirozené sociální prostředí.

9. personální a organizační zajištění sociální služby

Poskytovatel musí mít určenou strukturu, počet pracovních míst, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady pro práci. Personální obsazení musí odpovídat typu zařízení a druhu poskytované služby.

10. profesní rozvoj zaměstnanců

Standard se zabývá profesním vzděláváním zaměstnanců. Zpracovává nabídku vzdělávacích akcí. Zaměstnanci sociálních služeb musí ročně splnit 24 hod celoživotního vzdělávání.

11. místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel určuje dobu a místo poskytování sociálních služeb. Měla by zde být zmíněna cílová skupina, které je služba určena.

12. informovanost o poskytované službě

Poskytovatel má zpracovaný přehled informací o sociálních službách daného zařízení. Informace musí být popsány srozumitelně s ohledem na okruh osob, kterým jsou určeny.

13. prostředí a podmínky

Služby jsou poskytovány v odpovídajícím důstojném prostředí, které odpovídá druhu poskytované služby a potřebám uživatelů. Poskytovatel zajišťuje materiální a hygienické podmínky potřebné k realizaci sociálních služeb.

14. nouzové a havarijní situace

Poskytovatel musí být připraven na zvládnutí a řešení situací, které by mohly ovlivnit chod zařízení. Proto je velmi důležité, aby byl zpracován přehled možných druhů nouzových a havarijních situací, které mohou v daném zařízení nastat. Musí s postupem a řešením seznámit všechny zaměstnance v zařízení.

15. zvyšování kvality sociální služby

Poskytovatel služby dbá na dodržování a zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb. Průběžně hodnotí a kontroluje, zda jsou služby poskytované v souladu s vytýčeným posláním a cíli služby (Malíková, 2011).

3 KOMUNIKACE SE SENIORY

Komunikace je sdělování informací nebo výměna informací prostřednictvím nejrozličnějších signálů a prostředků.

Komunikace je ovlivněna mnoha faktory:

- *''Věk, vzdělání, zdravotní stav klienta,*
- *smyslová porucha (nedoslýchavost),*
- *snížení kognitivních funkcí u seniora,*
- *zájem či nezájem klienta o komunikaci,*
- *vliv prostředí - důležité je vytvořit správné podmínky, klidnou místnost,*
- *upřesnění pojmů v komunikaci,*
- *časový prostor na rozhovory a komunikaci s klienty,*
- *míra znalostí komunikačních technik a schopnosti jejich uplatnění v praxi,*
- *využití emoční inteligence pracovníka,*
- *míra využití dalších metod a prostředků k navázání vztahu ke klientovi za pomoci arteterapie, canisterapie, muzikoterapie, aromaterapie, reminiscence atd.,*
(Jarošová, 2006, str.229).

3.1 Základy vedení rozhovorů se seniory

Vycházíme z obecných zásad efektivní komunikace se seniorem a současně zařazujeme další postupy specifické pro danou skupinu seniorů. Důležité je dodržování zásad a pravidel pro lepší komunikaci se seniorem a to jest:

Provést důkladnou anamnézu a na jejím základě vybrat vhodnou komunikační techniku. Vymezit cíl, smysl a účel komunikace. Při komunikaci nemá být jedna strana povýšena, mělo by se jednat o rovnoměrný rozhovor mezi klientem a pracovníkem. Důležité je projevit úctu ke starší osobě, respektování omezení a věk seniora. Respektovat bariéry v komunikaci (smyslové poruchy). Zohlednit

celoživotní historii klienta. Akceptovat specifické problémy: pseudomorbidity, skryté syndromy (deprese, závislost na alkoholu). Zahrnout do spolupráce můžeme i členy rodiny.

Pro úspěšné vedení rozhovoru s klientem je důležité mu naslouchat, porozumět, nehodnotit, nekritizovat, uvědomit si, že člověk se nezlobí na vás, ale na danou situaci. Měli bychom se naučit nabídnout seniorovi možnost řešení.

Oblíbenými tématy na rozhovor u seniorů jsou životní témata, přírodní, významné životní události, pracovní aktivity, rodina, politika, jídlo a recepty, vzpomínky a rady a názory.

3.2 Možnosti v komunikaci s nekomunikujícím klientem

Reminiscence

Je technika zaměřená na vzpomínky klienta. V gerontologii má své nezastupitelné místo, využívá se především u osob s demencí. Je velmi prospěšná i u osob imobilních a dlouhodobě ležících. Reminiscenční terapie je efektivní a přínosná u klientů, kteří mají ještě zachované některé kognitivní funkce. Při použití reminiscence vzpomínáme s klientem na jeho rodinný život, manželství, výchovu dětí. Vhodné pomůcky jsou staré fotografie, osobní předměty či články z novin. V některých sociálních zařízeních jsou již zřízeny reminiscenční místnosti, které jsou vybaveny dobovým nábytkem, předměty. V rámci reminiscence se mohou pouštět i staré filmy (Holczerová, 2013).

Alternativní a augmentativní komunikační techniky

Usnadňují komunikaci nekomunikujícím osobám. Mohou projevit vlastní vyjádření prostřednictvím obrázků, písmen, slov a předmětů. Tuto metodu mohou využít osoby s autismem, kombinovanými vadami, Downovým syndromem, DMO a osoby s Alzheimerovou či Parkinsonovou chorobou. Tato metoda má výhody, že dává možnost volby klientovi, umožňuje mu dát najevo svá přání a potřeby.

Systémy augmentativní a alternativní komunikace jsou např.:

- piktogramy,
- komunikační systém Bliss,
- vlastní obrázkové symboly,
- znaková řeč Makaton,
- augmentativní komunikace s afázií (Holczerová, 2013).

Komunikace

Komunikace umožňuje sbližovat se s okolím, přijímat nové informace, společně sdílet radost i smutek a komunikovat se světem. Lidská komunikace je pro každého člověka velice důležitá, slouží kromě dorozumívání a sdělování k udržování a vytváření mezilidských vztahů.

Při dorozumívání s ostatními lidmi se používají prostředky verbální a neverbální komunikace.

Dělení komunikace:

- 1) **verbální** - je slovní výměna a sdělování informací při ústním projevu. Je ovlivněna například věkem, vzděláním, výchovou.
- 2) **neverbální** - je běžně označována jako řeč našeho těla. Je vyjadřována tělesnými projevy a projevy chování. Při neverbální komunikaci nepoužíváme řeč, slova. Neverbální komunikace je tvořena mimikou, gestikou, haptikou, posturologií (Holczerová, 2013).

4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Téma kvalita života se v České republice stala součástí mnoha diskuzí psychologů, lékařů, zdravotních sester i dalších odborníků z různých oblastí. V běžném životě jsme zvyklí mluvit o kvantitě (délce života), která je uváděna počtem let a lze ji určit snadno. To se ale nedá tvrdit o kvalitě života, protože na ni mají různí lidé odlišný názor. Výzkumy, které se zabývají kvalitou života, jsou v poslední době časté.

Odborná veřejnost se shoduje ve třech hlavních oblastech kvality života a to jsou: fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztah k druhým lidem (Payne, 2005).

Kvalita života nereprezentuje pouze individuální životní standard, ale i prostředí, ve kterém lidé žijí, a jejich požadavky a potřeby (Fahey a Whelan, 2006).

Také na kvalitu působí mnoho faktorů a to jak sociální a zdravotní, tak i ekonomické podmínky, které ovlivní život jedince. Problematika se již objevovala v dávné minulosti, a proto se netýká jen dnešní doby. Dříve se tímto tématem zabývali duchovní a filozofové. Definice kvality života nebyla zatím přesně popsána, existuje tedy mnoho definic o kvalitě života. Jedna z definic zahrnuje smysl zdraví, mezilidské vztahy, podmínky, přehled denních aktivit atd. Na kvalitu života mají vliv i vnitřní (psychika, genetická výbava) a vnější (prostředí) činitelé (Hartlová, 2004).

Podle Světové zdravotnické organizaci (WHO) se kvalita života definuje jako: „*Jedincovou percepcí je jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému, vztahu k jeho cílům, očekáváním a normám a obavám*“ (Vaňurová, Muhlpachr, 2005, s. 205). Podle této definice můžeme chápat kvalitu života jako odraz jedincovy kultury, hodnoty, očekávání a norem. To nám ukazuje na to, jak člověk dokáže vnímat svůj život s ohledem na různé faktory. Subjektivní chápání života nám ukazuje na spokojenost se svým životem, a jak se cítí. Objektivní chápání nám zase může poukázat na podmínky, ve kterých jedinec žije. Kvalita života nám podle názvu napovídá, že se zaměřuje na život jedince. Jedná se tedy o období mezi narozením a smrtí jedince (Gurková, 2011).

4.1 Kontext pojmu kvalita života

A) Historicko-filozofický

Zájem byl o lidské blaho, štěstí a kvalitu života, což není žádnou novinkou v současné společnosti. Dříve se filozofové a teologové zabývali základními složkami blaha. Pozornost byla věnována i strategiím zvládnání a postojům, péči o tělo a všeobecně i sociálním aspektům. Velký důraz zde byl na nezávislost spirituální potřeby. Antická filozofie se zabývala strategií zvládnání (zvládnání emocí, sociální opory, strategie zaměřená na cíl). Ve středověku ovládlo myšlení křesťanství ve smyslu upřednostňovat rozum před vůlí. Bůh v tomto období byl nejdokonalejším předmětem poznání souvisejícím s lidským štěstím a cíli. V době osvícenství se smyslem existence stává život sám. Důraz je zde kladen na jedince. Dvacáté století patří mezi hlavní filozofické směry, jež se zabývaly smyslem kvality života.

V použití termínů „*kvalita života*“ měli filozofové zejména na mysli vnější podmínky života. Kvalita života se stala módním trendem v mediálním světě již od 20. století, kdy poznatků neustále přibývalo. Došlo k tomu v důsledku postavení jedince na škále zdraví a nemoci.

Měření kvality života (může být zaměřeno na zdravotní stav nebo stupeň postižení) používá termín „*health-related quality of life*“ (HRQoL). V dnešní době se přiklánějí odborníci k hodnocení „*quality of life*“ (QOL).

B) Psychologické pojetí kvality života

Kvalita může být chápána z více hledisek. Může se tedy jednat o životní spokojenost, osobní svobodu a duševní pohodu, kdy se budou zjišťovat faktory, které ke spokojenosti přispívají, či naopak. Klade se zde velký důraz na všeobecné hodnocení kvality života. Vždy se vychází z analýzy individuálního životního stylu, způsobu života, zdravotní a rodinné situace. Zabývá se také schopnosti člověka, např. jak zvládá zátěžové situace, změny podmínek, atd.

C) Sociologie pojetí kvality života

Sleduje souvislosti kvality života se sociální úspěšností, životním stylem, domácností, vzděláním, společenským statusem. Patří sem i studie zabývající se zdravotnickým či sociálním programem pro kvalitu života obyvatel v určité oblasti.

Důležitým termínem zde je životní styl, který určuje způsob života lidí ve společnosti. Patří sem sociální procesy, např. poměr intelektuální a manuální práce. Ekonomické postavení jedince i celé společnosti ovlivňuje životní styl. Z tohoto hlediska je tedy styl života důležitým ukazatelem kvality života (Jesenský, 1995).

4.2 Dimenze kvality života

Co to vlastně kvalita lidského života je a jak ji měřit, o tom probíhaly diskuze v průběhu 18. i 19. století. Na koncept kvality života lze nahlížet ze dvou hledisek, a to ze subjektivního a objektivního. V současné době se více přiklání odborníci k subjektivnímu hodnocení kvality života. Z různých výzkumů vyplývá, že subjektivní a objektivní hodnocení kvality života poskytuje odlišná data, ale obě hodnocení jsou nepostradatelnou součástí celkového hodnocení. K tomuto posunu došlo i v medicíně, kde objektivně měřitelný ukazatel zdraví byl dlouho považován za nejhodnotnější pro volbu další léčby.

Dělení složek kvality života:

1) Objektivní složka kvality života

Sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních a zdravotních podmínek, které ovlivňují život člověka.

2) Subjektivní složka kvality života

Týká se jedincova vnímání svého postavení ve společnosti. Spokojenost člověka je závislá na osobních cílech, očekáváních a zájmech. Nálada a emoce mají velký vliv na subjektivní hodnocení kvality života (Jesenský, 1995).

Roviny kvality života mapují celou tuto problematiku ve třech odlišných sférách:

a) makro-rovina

V této rovině jde o kvalitu života ve velkých společenských celcích, např. dané země, kontinentu. Problematika kvality života se zde stává součástí základních politických úvah, např. boj s terorismem, hladomorem, epidemiemi, atd.

b) mezo-rovina

V této rovině dochází k měření kvality života v malých sociálních skupinách, např. škola, nemocnice. Do popředí života člověka vystupují vzájemné vztahy mezi lidmi, uspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

c) personální rovina

V této rovině při hodnocení kvality života zvažujeme zdravotní stav, bolest, spokojenost, naději, ale také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení (Možný, 2004).

Kvalita života by se měla měřit ze tří perspektiv:

1. **objektivní měření sociálních ukazatelů** (bariéry a zdroje okolí, bezpečnost, vzdělávání, stabilita).
2. **subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem** (individuální osobní hodnoty a životní styl).
3. **subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi** (spokojenost se životní úrovní).

Měření je přiřazování čísel objektům a událostem podle určitých pravidel. Měření kvality života je obvykle realizováno na těchto úrovních:

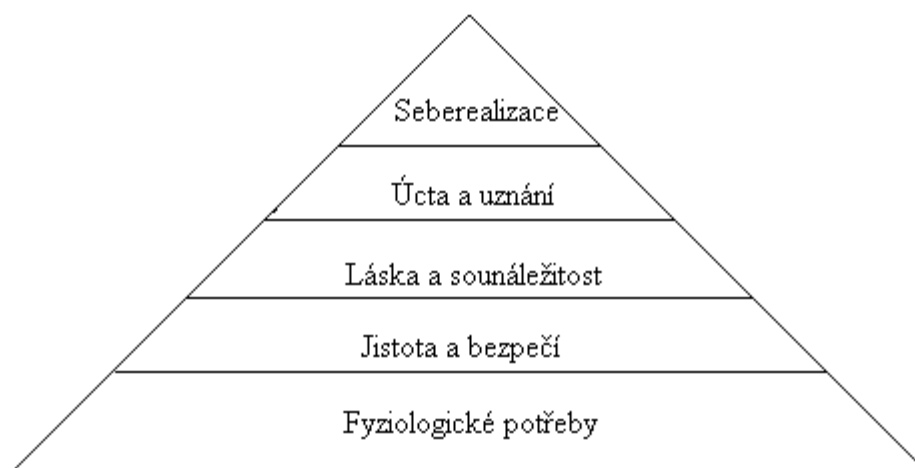
- poměrová,
- intervalová – rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné,
- ordinální – proměnné hodnoty jsou seřazeny,
- nominální – proměnné mohou být jen vyjmenovány (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

4.3 Potřeby pro kvalitní život seniorů

Zdroje k pochopení lidských potřeb jsou v moderní společnosti zprostředkovány v takové míře, že původní biologický základ ztrácí na významu. Do popředí se tak dostávají nové potřeby, jako potřeba integrace, rozhodování, řízení. Ze sociologického pohledu se dá říci, že základní potřeby se oddělují od svého biologického předobrazu i od kulturního kontextu.

Hodnocené podle A.W.Maslowa, který vytvořil sedmistupňové rozlišení potřeb mezi dvěma extrémy – zajištěním existence a dosažením kvality života.

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní tvorba)

Platí zde, že lidé v ohrožení upřednostňují potřeby dosažitelné penězi a naopak zabezpečení lidé uspokojují potřeby související s kvalitou života, tedy vrcholem Maslowovy pyramidy.

4.4 Hodnoty kvality života

Vyplývají ze zájmů a potřeb, představují závažné cíle, ideály, vážou se na smysl i normy lidského života. Hodnoty a hodnotové postoje jsou podstatnou součástí osobnosti. Individuální hodnoty nemusí být totožné s hodnotami vyznávanými celou společností. Každý člen společnosti přikládá různým hodnotám různou důležitost (Jesenský, 2000).

V současné době je kvalita života novým interdisciplinárním oborem, který zkoumá kvalitu života na různých úrovních. Hodnotí životní úroveň společenské populace přes porovnání potřeb skupin obyvatel až po měření individuální spokojenosti. Kvalita života je velmi abstraktní a ovlivněna mnoha faktory, které mohou působit i dlouhodobě. Do dnešní doby nebyla ještě stanovena přesná definice. Ve světě existuje mnoho pokusů o její vystižení, které zahrnují objektivní aspekty života i subjektivní vnímání života.

Na základě početných kritérií kvality života vytvořil komplexní model kvality života. Ten obsahuje tři úrovně: bazální (všelidskou), individuálně specifickou (civilizační) a elitní (kulturně duchovní). Každá úroveň se skládá ze šesti komponentů.

Tabulka 1: Model kvality života

Smysl života		
	Bezproblémové stárnutí	
	Úroveň kultivace osobnosti	
	Společenské uznání	
	Podpora závislým	
	Podpora života	
	Univerzální altruismus	
Axiologické styly - <i>dionýsovský</i> - <i>apolonský</i> Životní styly - <i>celibát</i>	Pevné zdraví	Vášeň - <i>sexuální</i> - <i>hráčská,</i> - <i>cestování</i> koníčky
	Prožívání životní spokojenosti	
	Uspokojivé sociální prostředí	

- <i>workoholismus</i> Ideové styly - <i>dogmatismus</i> - <i>liberalismus</i> Kognitivní styly	Úroveň společenského vývoje	- <i>sport</i> - <i>tvořivost</i> Zájmy - <i>o věci, lidi</i> - <i>ideje</i>
	Přátelské prostředí	
	Úroveň znalostí a kompetencí	
	Dobrý fyzický stav	
	Normální psychický stav	
	Vyrůstání ve funkční rodině	
	Odovídající mater. sociální zabezpeč.	
	Život chránící životní prostředí	
	Získání schopností a návyků pro přežití	

Zdroj: Kováč, D. (2004): *Kultivace integrované osobnosti*. Psychologie Dnes, 2004 (2): str. 12-14.

4.5 Příprava na stáří a kvalita života

Všichni si postupem času uvědomujeme, že jednou budeme staří, ale málokdo se na tohle období připravuje předem. Touto problematikou se zabývá obor gerontologie či gerontologie. Což je definováno jako teorie výchovy a vzdělávání ke stáří. Přípravu na stáří můžeme dělit na:

- dlouhodobá (celoživotní),
- střednědobá (od 45 let),
- krátkodobá (2-3 roky před odchodem do důchodu).

Ve střední době se rozhodne, jaký život bude senior prožívat. Kvalitu života a průběh stáří ovlivní úspěchy v pracovním zařízení, osobním životě, životním stylu, zdravotní problémy, který senior prožívá s přibývajícím věkem. Pro lidi ve středním věku je velmi důležitá práce. Odchod do penze bývá proto pro spoustu lidí psychickým traumatem. V sociální oblasti znamená přípravu na stáří brát jako součást života. Důležitá je příprava po ekonomické stránce, různá přípojištění. Také by se neměly zanedbávat přátelské vztahy a najít si hobby, které člověka naplňují. Měla by se vzít také v potaz šetření před důchodem, jelikož částky státního důchodu nejsou nijak moc velké. Důležité je vytvořit program pro volný čas, to podporuje

soběstačnost, jak při hygieně, tak při denních činnostech. S odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Záleží vždy na individualitě klienta, někteří mají plno koníčků a věnují se jim ve svém volném čase, ale někteří lidé si neumí poradit s volným časem (Dvořáčková, 2012).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo dokument Národní program přípravy na stárnutí na období od roku 2008 až do roku 2012. Program se zaměřuje na zvýšení kvality života ve stáří. Jedná se tedy o oblasti prostředí, komunity, aktivní stárnutí, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří. Podpora rodiny a pečovatелů, participace a ochrana lidských práv. Také zajišťuje aktivní stárnutí seniorů, což spočívá ve zvýšení nabídky a dostupnosti celoživotního vzdělávání pro zaměstnavatele a zaměstnance (Dvořáčková, 2012).

4.6 Umírání a smrt a kvalita života

a. 19. a 20. století se lidé rodili a umírali doma. Člověk byl se vznikem i zánikem života konfrontován z bezprostřední blízkosti a uprostřed svých blízkých. V dnešní době lze říci, že život začíná i končí v nemocnici.

Smrt je pro člověka dnešní doby událostí, před kterou utíká a pokouší se ukrýt. Smrt je všudypřítomná a přece podivně cizí. Čas pro umírání je pro všechny časem krize, kdy především převládá pocit strachu a nejistoty. Smrt je jedinečná událost a každý jedinec umírá svou vlastní smrtí. Někteří umírající si přejí být se svými vzpomínkami sami a někteří uvítají přítomnost druhé osoby. Postupně zaniká smysl pro čas a ticho se stává důležitější. V poslední době často slýcháváme, že umírající má pocit přítomnosti doprovázejícího, nejlépe milované či milující osoby (Dvořáčková, 2012).

S přibývajícím věkem člověk pocítuje, že vše je relativní. Ubývá očekávání a prohlubuje se pocit marnosti, s obdobím stáří přibývají myšlenky na smrt. Musíme si všichni tedy uvědomit, že stáří a smrt čeká na nás na všechny. Příprava na klidnou smrt spočívá ve vyřešení a uzavření nedokončených záležitostí s živými i mrtvými. Proto bychom měli o těchto záležitostech mluvit se svými příbuznými, např. sepsání

poslední vůle, vyřízení majetkového vyrovnání, volba místa, kde a jak by chtěl dotyčný zemřít.

Smrt příbuzného z rodiny bývá pro pozůstalé velká životní ztráta. Smrt z umírání nejbližšího člena rodiny bývá spojována s bezmocností, nejistotou a obavou, že nemohou dané situaci nějak zabránit. Možná tento fakt přispívá k tomu, že mnoho lidí se brání, aby jejich blízcí umírali, či zemřeli doma (Vymětal, 2003).

V souvislosti s kvalitou života seniorů a myšlenkami na smrt se často vyskytuje pojem „sociální smrt“. Také se uvádí, že pokud kvalita života je považována za neuspokojivou, přichází tzv. sociální smrt. Důsledkem bývá touha zemřít, která bývá spojena se strachem ze způsobu umírání a myšlenkami na smrt. Sociální smrt se může také vysvětlit jako pocit nepotřebnosti pro okolí, nedostatečností kvalitních volnočasových aktivit a nedostatek sociálních kontaktů.

Proto bychom měli mít na paměti, že při umírání by měl mít každý člověk zachovánu vlastní důstojnost. Většina lidí hledá odpověď na otázku, jak si mají zachovat svou důstojnost. Někteří lidé nemocní s demencí představují naprostou ztrátu důstojnosti. Člověk s roztroušenou sklerózou se cítí nedůstojně, když ho choroba

připraví o možnost se sám o sebe postarat. Naopak v pokročilém stádiu demence už nemá člověk důstojnost, ale trpí jeho příbuzní a blízké osoby (Dvořáčková, 2012).

5 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY PRO SENIORY V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ

Volnočasové aktivity v sociálním zařízení by měly umožnit jedinci mít příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje a pokračovat v tom, co je pro něj nejdůležitější. Při provádění aktivit by měl být pracovník seznámen s potřebami a přáními seniora, aby aktivizační činnost byla smysluplná. Špatně vedená aktivizace je pro seniora neúčinná a v některých případech může dokonce i ublížit. Aktivita mobilizuje psychickou i fyzickou stránku jedince, aby aktivizace byla smysluplná, musí splňovat určitá kritéria. Každá prováděná činnost u klienta musí být příjemná, dobrovolná a musí mít jasný cíl a účel. Měla by být také společensky přijatelná (Holczerová, 2013).

Ergoterapie

Byla v České republice dlouho považována za nepotřebnou, ale v dnešní době musí být ergoterapie zastoupená v každém sociálním zařízení. Cílem ergoterapie je podpora zdraví a duševní pohody prostřednictvím smysluplné aktivity, pomoc při zlepšení schopností při každodenních činnostech. Napomáhá k plnému zapojení osoby do aktivit, umožňuje nácvik denních činností v rozsahu ADL i IADL. Nácvik používání kompenzačních pomůcek a nácvik jemné a hrubé motoriky. Provádění kognitivní rehabilitace, stimulování, mozkový trénink a trénink fatických funkcí. Hlavním úkolem ergoterapie je smysluplná činnost či zaměstnávání, které pomáhá k obnově postižených funkcí (Holczerová, 2013).

Muzikoterapie

Forma zvukové terapie, která využívá přitažlivostí rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci a navození pocitu pohody. Terapie hudbou má formy: poslech hudby, tvorby hudby, zpěvu, pohybu na hudbu, hudebního cvičení. Terapie je účinná při snižování chronické bolesti rakovinou, dětskou mozkovou obrnou,

Parkinsonovou a Alzheimerovou chorobou. Muzikoterapie dokáže odpoutat klienty od bolesti či od daného problému.

Muzikoterapii můžeme dělit na:

A) individuální - pracujeme pouze s jedním klientem, používá se u klientů, co potřebují individuální přístup.

B) skupinovou - pracujeme se skupinou klientů, mohou zpívat sborově, hrát na různé hudební nástroje, poslech hudby pasivně a pak vést rozhovor (Holczerová, 2013).

Pohybové aktivity

Pohyb je základním projevem života, umožňuje existenci člověka. Pohybová aktivita nám umožňuje příjemné trávení volného času. Pohyb má funkci společenskou, motivační i rehabilitační.

Pohybové aktivity lze dělit:

A) léčebná tělesná výchova - je zaměřená na zdravotní stav osob. Většinou probíhá pod lékařským dohledem jednotlivě nebo skupinově. Využívají se speciální přístroje pro pohybovou stimulaci. Jde o relaxační i kondiční cvičení, dechová gymnastika, pasivní pohyby.

B) zdravotní tělesná výchova - je vedena profesionálními cvičiteli. Jedná se o skupinová cvičení, rekondiční pobyty a turistické akce. Tato tělesná výchova se zřizuje v zájmových sdruženích, sportovních oddílech. Je to pro osoby s různým zdravotním postižením (obézní, kluby astmatiků, diabetiků).

C) rekreační sport

D) kolektivní hry, plavání, cyklistika

E) taneční terapie - cvičení bývá obohaceno doprovodem hudby. Taneční sekvence je dáвана terapeutem. Taneční terapie se využívá u mobilních klientů ale i u imobilních klientů, kteří zvládnou sed v invalidním vozíku. U taneční terapie je důležité, že se může účastnit každý člen zařízení. Taneční terapie velice nadchla

starší klienty, když se jim pustila dobová hudba. Sami začali zpívat i cvičit podle terapeuta.

Cílem terapie je pomoci klientovi v lepší orientaci ve vztazích, ať už k okolí nebo k sobě samému. Specifické cíle se liší podle potřeb pacienta, ale můžeme mezi ně zahrnout jak dosažení emoční a fyzické integrace pacienta a schopnosti vyjádřit své pocity přijatelným způsobem, tak zlepšení vnitřní představy o těle a o jeho hranicích v prostoru. Taneční terapie se snaží taktéž dosáhnout obohacení pohybového projevu klienta, pomoci při kontrole napětí v těle a impulsivního chování. Dále může taneční terapie pomoci lidem, kteří mají problémy s identifikováním vlastních pocitů, akceptováním vlastního těla nebo zvládání úzkosti a stresu. Terapeut má za úkol rozpoznat části těla, které klient nepoužívá či je používá nesprávně a naučit pacienta, jak se vypořádat s emočním konfliktem tím, že mu určí objektivní fyzický tvar (Holczerová, 2013).

Canisterapie

Je název pro metodu pozitivního psychosociálního a fyziorehabilitačního působení na potřebné osoby prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa nebo feny. Kontakt se psem představuje účinné rozptýlení pro lidi trpící psychickými poruchami, depresí nebo pro ty, kteří se prostě cítí opuštěně. Například v domovech pro seniory nebo v dětských domovech, kde je pes pro děti kamarádem a tvorem, o kterého se musí starat, a tak se lépe srovnají se ztrátou rodičů. V ústavech pro mentálně a fyzicky postižené tvoří pes součást rehabilitace, protože napomáhá procvičování některých částí těla. Velmi významnou a úspěšnou metodou je polohování. Canisterapie se také uplatňuje jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné.

Canisterapie zná tyto formy:

- aktivace,
- terapie,
- edukace,
- krizová intervence (Holczerová, 2013).

Arteterapie

Je léčení prostřednictvím obrazu a výtvarných aktivit. Arteterapie je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným. Kromě toho jsou arteterapeutické aktivity. Forma arteterapie může být individuální či skupinová. Cíle arteterapie jsou zaměřeny na léčebné kognitivní, motivační a emocionální aspekty: sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobnostní růst, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů. Arteterapie nám může pomoci při léčbě somatických onemocnění, při překonávání strachu, při životních změnách (ztráta partnera, ztráta zaměstnání, ukončení školy), při snaze porozumět sobě i druhým, při práci se sny (Holczerová, 2013).

Společenské programy

Můžou se provádět v rámci určitých oslav např. narozeniny klientů. Různé sociální zařízení pořádají pro klienty zábavu s hudbou, oslavy vánoc a nového roku. Připomenutí klientům jejich mládí (Holczerová, 2013).

Trénování paměti

U seniorů se často stává, že zapomínají to, co chtěli udělat, nebo si nemůžou vzpomenout na odpověď. Pamatují si velice dobře vzpomínky z mládí, ale zapomínají, co obědvali, nebo co vykonávali celý den. Ve vysokém věku si pamatují spíše záležitosti, které byly pro ně nějakým přínosem nebo ztrátou v mládí i dospělosti. Proto je velmi důležité cílevědomě oživovat, mobilizovat slovní zásobu. Trénování paměti je důležité pro udržení kondice paměti. Cvičení by mělo být individuálně přizpůsobeno klientovi s ohledem na věk jedince. Může být prevencí proti zhoršování paměti, které přichází s věkem, a proti demenci, kde je trénování paměti nutností (Holczerová, 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUM

Na základě poznatků o stáří, stárnutí, charakteristikách sociální péče, o péči v rezidenčním prostředí, můžeme konstatovat, že v rezidenčním prostředí působí množství faktorů, které zásadně ovlivňují pozitivně nebo negativně spokojenost seniorů a kvalitu jejich života.

6.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit kvalitu života a míru spokojenosti respondentů ve vybraných institucích, a to v soukromém zařízení Domov pro seniory Dřevčický park s. r.o. a ve státní službě Zdravotně-sociální lůžka v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Vedle analýzy kvality života se zaměřuje i na rezidenční péči a to z hlediska, jaké sociální služby vybrané rezidenční prostředí poskytuje, a možnosti seniorova začlenění do daného prostředí. Zjišťuje zda-li směr, jímž se současná společnost zabývá v péči o seniory v rezidenčním a sociálně-zdravotním prostředí, je správný, a jestli senioři jsou spokojeni se svým životem a aktivitami, které jsou důležité pro zkvalitnění jejich života.

Zabývá se využitím volného času, jeho způsoby a využití, jaké vybrané zařízení nabízí. Dále se zabývá kvalitou služeb v daném rezidenčním prostředí a možnostmi jejich zkvalitnění.

Pomocí kvantitativního výzkumu a nestrukturovaného rozhovoru byla zjišťována spokojenost v různých oblastech života. Pro výzkum je důležité zvolit vhodné odborné otázky. Díky těmto otázkám lze posoudit, jak lidé v domově či na zdravotně-sociálních lůžkách vnímají svůj současný život, jejich spokojenost nebo naopak, a co pomohlo ke zlepšení kvality jejich života.

Výzkum by měl pomoci vedení v obou zařízeních i zaměstnancům pochopit seniory a pomoci jim při zlepšení kvality služeb v dané instituci, také by měl pomoci zkvalitnit život respondentů.

Při rozhovorech si senioři uvědomí, zda jsou zde šťastni a zda mohou změnit určité věci v některých oblastech života.

6.2 Výzkumné otázky a hypotézy

- **Výzkumná otázka 1:** Jak vnímají kvalitu svého života senioři žijící v domově seniorů či na zdravotně-sociálních lůžkách?

Otázka je zaměřena na celkový pohled seniora a na kvalitní život v daném zařízení. Zaměřena je na volnočasové aktivity pro vyplnění volného času, který klient stráví v daném zařízení. Jak respondenti vnímají pobyt v zařízení a jak se v něm odrazí kvalita života.

Hypotéza 1: Senioři se dožívají vyššího věku v rámci aktivního stáří.

- **Výzkumná otázka 2:** Jaké okolnosti zasahují do kvality života respondentů? Otázka je zaměřena na okolnosti zasahující do kvality života seniorů. Jestli nějak omezila kvalitu života změna zdravotního stavu. Jestli jsou nějaké okolnosti, které jim znesnadňují kvalitní prožití zbytku života.

•

Hypotéza 2: Kvalita života seniorů se odvíjí od zdravotnické a ošetrovatelské péče.

- **Výzkumná otázka 3:** Jaké činnosti naplňují každodenní život respondentů? Otázka je zaměřena na zhodnocení celkového pobytu v zařízení. Zaměřuje se tedy na péči poskytovanou zdravotnickým personálem, lékaři a aktivizačními pracovníky. Dále je zaměřena na každodenní život respondentů v daném zařízení, zda je tu možnost aktivit a jakých, možnost návštěv respondenta.

•

Hypotéza 3: V dnešní době je kvalita života seniorů v rezidenčním bydlení vyzdvihována a je na dobré úrovni.

6.3 Výzkumný vzorek

Se souhlasem vedení Domova pro seniory Dřevčický park s.r.o a Psychiatrickou nemocnicí Bohnice (zdravotně-sociální lůžka) se v období od ledna do listopadu 2014 se uskutečnil výzkum, který se zabývá seniory v rezidenčním bydlení. Důležitou roli zde samozřejmě hrál souhlas klientů a jejich příbuzných. Výzkum byl proveden u 146 seniorů žijících v daném zařízení. Do výzkumu se zapojili ženy i muži ve věku 65-90 let. Žen bylo 100 a mužů 46. Jejich hlavní zdravotní problém pro umístění do daného zařízení byla Alzheimerova nemoc a jiné demence. Rozhovory byly provedeny se všemi klienty.

Zpracované kazuistiky - žena 88 let, žena 78 let, muž 80 let, muž 65 let, mají nastínit danou problematiku Alzheimerovy nemoci u starších osob.

Součástí všech kazuistik je rodinná anamnéza, příchod a pobyt seniora v rezidenčním prostředí a na zdravotně-sociálních lůžkách.

Kritéria výběru seniorů:

- doba pobytu seniora v domově pro seniory a na zdravotně-sociálních lůžkách minimálně šest měsíců,
- ochota seniora dlouhodobě spolupracovat,
- rozhovor se zaměstnanci v daném zařízení,
- ochota rodin spolupracovat.

Dále byl proveden rozhovor s 16 zaměstnanci v daném zařízení. A to se 2 aktivizačními pracovníky s 10 ošetřujícími zdravotnickými pracovníky a 4 zdravotními sestrami.

Bylo také provedeno dotazníkové šetření s 50 rodinnými příslušníky, kteří odpovídali na otázky v dotazníku.

6.4 Charakteristika místa výzkumu

Domov pro seniory Dřevčický park s.r.o.

Celková kapacita domova je 103 lůžek. Současná skladba klientů je 34 mužů a 62 žen. K dispozici jsou 3 a 4 lůžkové pokoje. Pokoje jsou nadstandartně vybaveny. Každý pokoj má vlastní koupelnu a záchod.

Každý klient má možnost si vlastní část pokoje vybavit věcmi, které jsou mu blízké.

Nacházejí se zde dva výtahy a celá budova je bezbariérová. Je zde i recepce, kde je možnost zakoupení drobného občerstvení, které senioři hojně využívají. Restauraci přímo v budově mohou využívat jak senioři sami, tak s příbuznými. Je zde i prostorná jídelna, kde jsou pořádány kulturní i společenské akce. Velkou společenskou místnost v suterénu využívají na větší společenské akce, promítání filmů a kondiční cvičení. Bezbariérová toaleta je součástí pokoje. Elektrické polohovací lůžko umožňuje seniorovi mobilitu v rámci lůžka. Televize je na přání klienta na pokoji zajištěna. Vestavěné skříně v předsíni umožňují uložení osobních věcí seniorů.

Nejvíce mají klienti rádi na jaře a v létě rozlehlou zahradu, kde jsou po obvodu umístěny lavice, kam si mohou klienti sednout a trávit čas na čerstvém vzduchu. Tento domov seniorů má status domova se zvláštním režimem. Domov je charakterizován specializovanou péčí určenou zejména pro osoby postižené Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Péče je poskytována nepřetržitě. Od běžných pobytových zařízení se liší respektováním zvláštních potřeb lidí s demencí s důrazem na zachování jejich bezpečnosti, důstojnosti, udržení soběstačnosti a zachováním všech schopností co nejdéle.

Posláním tohoto domova je udržení či zlepšení kvality života lidí s demencí při výrazně snížené soběstačnosti v denních činnostech, tedy v době, kdy se domácí péče stane obtížně zajiřitelnou anebo neúměrně náročnou z ekonomického hlediska. Prostředí je vlídné, přehledné, podobné domácímu prostředí.

K pobytu na oddělení domova se zvláštním režimem je následující stav:

- stanovena diagnóza demence,
- posouzen funkční stav klienta (soběstačnost, atd.),

- stav klienta je stabilizovaný a nevyžaduje nepřetržitou kvalifikovanou ošetrovatelskou péči či hospitalizaci v nemocnici či psychiatrické léčebně, potřeba péče a dohledu je taková, že ji nelze zajistit jiným způsobem (rodinou, osobní asistencí) nebo chybí rodinné zázemí či toto zázemí neplní svou funkci přiměřeným způsobem.

Oddělení zdravotně-sociální péče v Psychiatrické nemocnici Bohnice

V březnu 2013 vzniklo v psychiatrické nemocnici oddělení zdravotně-sociální péče. Oddělení má celkovou kapacitu 46 lůžek. Současná skladba klientů je 12 mužů, 34 žen. K dispozici jsou 4 a 6 lůžkové pokoje. Ke standardnímu vybavení pokojů patří lůžko, noční stolek, jídelní stolek, šatní skříň, stůl, židle. Klient si pokoj může vybavit vlastními drobnými předměty. Sociální zařízení je společné a je oddělené zvlášť pro muže a pro ženy.

Oddělení je vybaveno velkou jídelnou, kde také probíhají dopolední terapie pro klienty. Je zde krásná terasa s výhledem do zahrady. V současné době se upravuje reminiscenční místnost pro klienty. Psychiatrická nemocnice má rozlehlý park, kde se nachází kostel, knihovna a divadlo. Senioři za doprovodu ošetřujícího personálu mohou tyto instituce navštěvovat.

Zdravotně-sociální lůžka jsou určena pro stávající pacienty nemocnice, kteří již nevyžadují lůžkovou zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se obejít bez pomoci jiné osoby, a proto nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení. Oddělení je určeno zejména pro seniory s různým stupněm demence a jiné poruchy související s vyšším věkem.

Pobyt na oddělení zdravotně-sociální péče je dočasný, a to do doby, než je klientovi zajištěno umístění do pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb (např. domovy pro seniory, stacionáře, domy s pečovatelskou službou, domov se zvláštním režimem), nebo zabezpečena pomoc osobou blízkou mimo zdravotnické zařízení, popřípadě zajištění terénních sociálních služeb (pečovatelská služba apod.).

Smlouva o poskytnutí služby zdravotně-sociální péče ve zdravotnickém zařízení se uzavírá na jeden kalendářní rok s možností prodloužení.

6.5 Metody výzkumu

V této diplomové práci jsou použity nestrukturované rozhovory s respondenty. Na rozhovor jsou předem připravené otázky, na které klient odpovídal. Také byly provedeny rozhovory se zdravotnickým personálem, které byly zaměřeny na péči o seniory a na další vzdělávání zaměstnanců. Dále byl proveden rozhovor s personálem, který provádí aktivizační činnost v daném zařízení. Zjišťovalo se, jaké činnosti či aktivity senioři nejvíce vyhledávají a účastní se jich. Rozhovor byl proveden s rodinnými příslušníky a také jim byl podán dotazník pro zjištění, jak je náročná finanční situace rodin, viz příloha č. A.

Zvoleny byly tyto pomůcky: poznámkový blok, diktafon (na mobilním telefonu). Při jejich používání jsou plně respektovány etické principy. Se seniory a jejich příbuznými jsou voleny rozhovory nestrukturované, aby se zajistila atmosféra důvěry a otevřenosti. Rozhovory byly vedeny v soukromí bez přítomnosti dalších osob, v klidné místnosti bez rušivých elementů. Tempo a délka rozhovoru byly závislé na možnostech a na aktuální kondici seniora po psychické a fyzické stránce. Rozhovor byl veden s maximálním respektem k přirozenému systému znalostí, zkušeností, pocitů seniora a jeho postojů. Délka hovorů nebyla limitována. Délka hovorů kolísala individuálně v intervalu 15 - 35 minut, některé trvaly kratší dobu. Rozhovory, které trvaly více, než 35 minut se vyskytly jen sporadicky. Pokud se rozhovor nenahrával, byl proveden bezprostředně po rozhovoru písemný záznam. Byla též použita zdravotnická dokumentace.

Cílem použitých metod a technik je zjištění a ověřování postojů a jednání.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 Rozhovor s klienty

Na začátku každého rozhovoru se každému klientovi pracovník představí a seznámí se s ním. S klientem nejdříve naváže kontakt na aktivizačních činnostech. Pracuje tak, aby vzbudil důvěru u klienta. Po získání důvěry naváže rozhovor s klientem, který je součástí této diplomové práce. Klienta seznámí s informacemi, na které se bude ptát a k čemu to bude potřebovat. Klienta informuje o tom, že v diplomové práci se neobjeví jeho jméno a příjmení. S klientem se sepisuje též informovaný souhlas. Důležité je před rozhovorem zmapovat traumatické zážitky klienta, aby se nedotkly jeho slabých stránek.

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
3. Jaký je Váš rodinný stav?
4. Jak dlouho žijete v domově pro seniory či na zdravotně-sociálních lůžkách?
5. S kolika osobami, v současné době sdílíte bydlení?
6. Máte děti?
7. Jaké zdravotní problémy Vás omezují?
8. Jaký důvod Vás vedl k přestěhování do domova seniorů či na zdravotně-sociální lůžka?
9. Kdo Vám pomohl se stěhováním do zařízení?
10. Jak dlouho trvalo, než jste si zde zvykl/a?
11. Víte, kolik platíte za pobyt v tomto zařízení?
12. Změnila byste něco v oblasti bydlení či ve stravě?
13. Máte zde v zařízení nějakou oblíbenou aktivitu, která Vás baví?
14. Jaké byly Vaše zájmy dříve?
15. Navštěvuje Vás často Vaše rodina? A kdo nejčastěji?
16. Chtěl/a byste se navrátit do svého původního prostředí?
17. Co dnes plánujete dělat?

Ke zpracování a následnému vyhodnocení bylo použito 146 výpovědí seniorů, získaných během individuálních rozhovorů.

V průzkumném šetření této diplomové práce byly stanoveny výzkumné otázky, kde se zabývám těmito tématy: zda odsouzení spolupracují s institucemi, které zajišťují sociální služby. Dále zda mají odsouzení stále fungující sociální zázemí, které jim napomůže v přechodu do občanského života. A zda mají odsouzení osvojené pracovní návyky popřípadě zajištěné zaměstnání po výkonu trestu.

7.2 Odpovědi na otázky v rámci individuálních rozhovorů

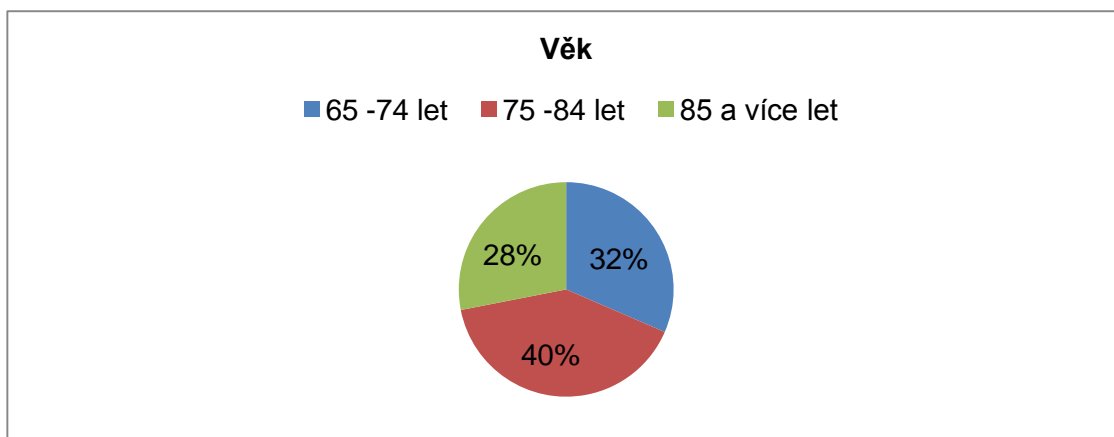
Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Věkové rozmezí

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
65 -74 let	46	32
75 -84 let	59	40
85 a více let	41	28
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 1: Věk



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

V době šetření bylo 46 seniorů (31,5 %) ve věkovém rozmezí 65-74 let. Dalších 59 seniorů bylo ve věkovém rozmezí 75 - 84 let (40,4 %). Nejmenší skupina 41 seniorů (28,1 %) byla zařazena do věkového rozmezí 85 a více let.

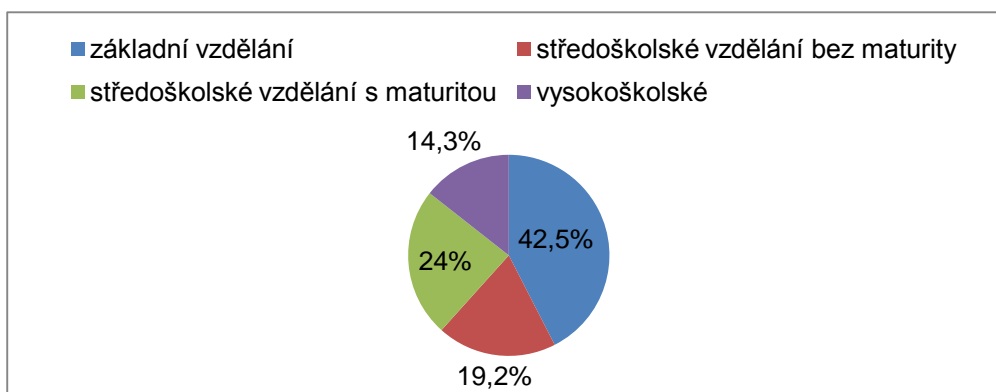
Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3: Dosažené vzdělání seniorů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní vzdělání	62	42,5
Středoškolské vzdělání bez maturity	8	19,2
Středoškolské vzdělání s maturitou	35	23
Vysokoškolské	21	14,3
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 2: Vzdělání



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Průzkumu se zúčastnilo nejvíce osob se základním vzděláním a středoškolským vzděláním s maturitou. Nejméně bylo s vysokoškolským vzděláním.

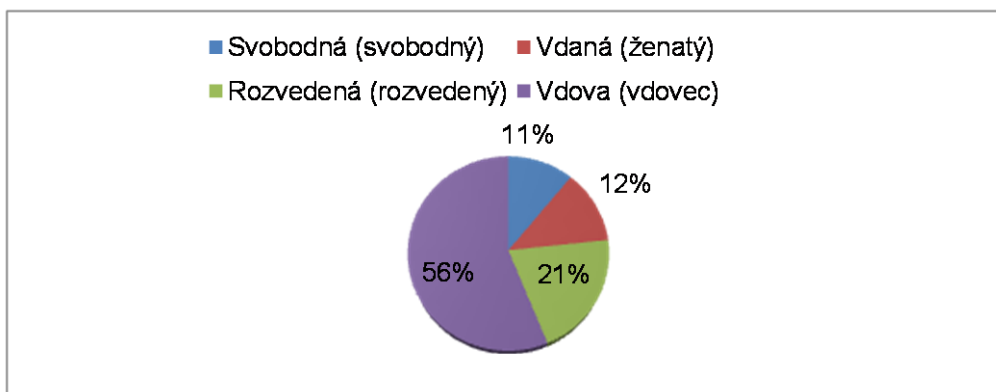
Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 4: Rodinný stav

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Svobodná (svobodný)	16	11
Vdaná (ženatý)	18	12
Rozvedená (rozvedený)	30	21
Vdova (vdovec)	82	56
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 3: Rodinný stav



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Nejvíce seniorů bylo v době šetření ovdovělých. Jedná se o 56 % z celkového počtu respondentů. Nejméně bylo respondentů svobodných, a to 11%.

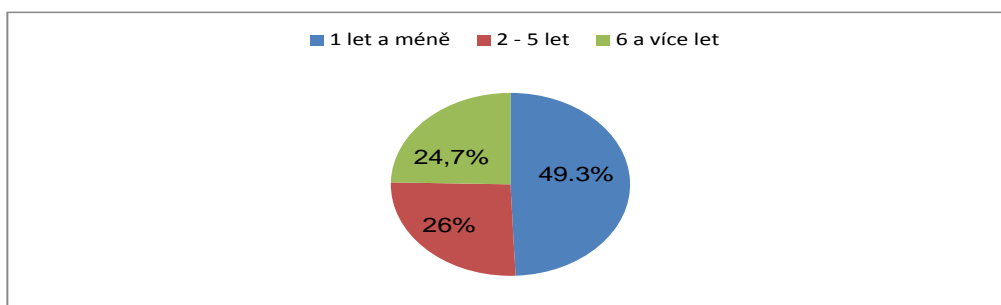
Otázka č. 4: Jak dlouho žijete v domově pro seniory či na zdravotně-sociálních lůžkách?

Tabulka 5: Doba strávená v domově pro seniory a na zdravotně sociálních lůžkách

Odovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 let a méně	72	49,3
2 - 5 let	38	26
6 a více let	36	24,7
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 4: Pobyt v domově seniorů a na zdravotně-sociálních lůžkách



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Nejvíce byla zmiňována doba pobytu 1 rok i méně v určitém zařízení. Podle dalších let pobytu je to v období do 5 let a nad 5 let vyvážené i procentuálně.

V domově seniorů se zvláštním režimem jsou senioři ubytováni i více než 3 roky. Délka pobytu se u každého klienta liší. Oproti zdravotně-sociálním lůžkám jsou zde klienti ubytováni maximálně na 2 roky (prodloužení smlouvy). Pobyt klientů zde na oddělení je různý, někdy trvá 1 měsíc a někdy 2 roky, jelikož respodenti odcházejí do jiného zařízení (domov seniorů, domov se zvláštním režimem,...).

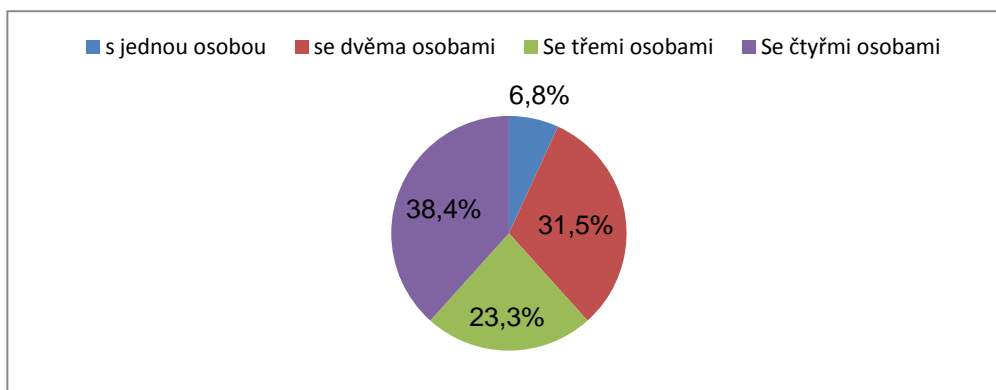
Otázka č. 5: S kolika osobami, v současné době sdílíte bydlení?

Tabulka 6: Soužití osob na pokoji

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
S jednou osobou	10	6,8
Se dvěma osobami	46	31,5
Se třemi osobami	34	23,3
Se čtyřmi osobami	56	38,4
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 5: Počet osob na pokoji



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Na pětilůžkovém pokoji bydlí nejvíce seniorů, z celkového počtu 146 je to 56 (38%) seniorů. Na čtyřlůžkovém pokoji bydlí 46 seniorů (32 %) a na třílůžkovém pokoji bydlí 34 osob.

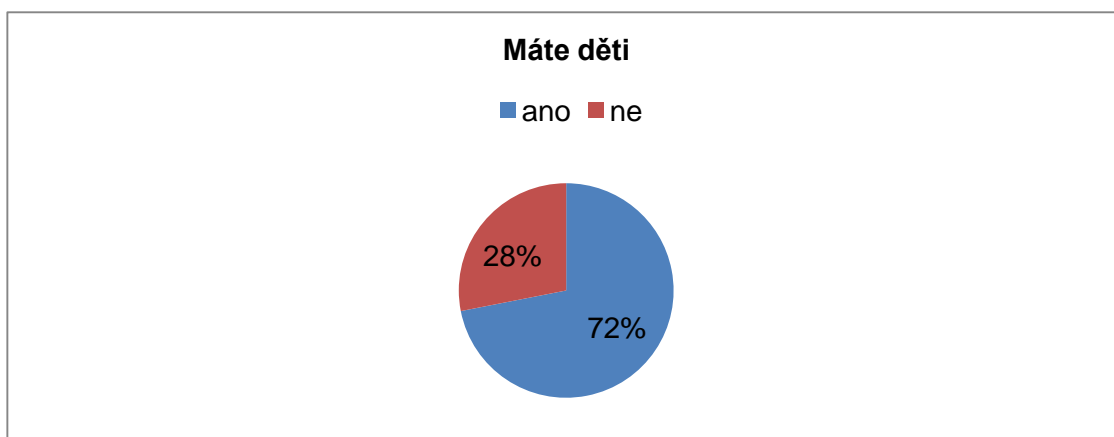
Otázka č. 6: Máte děti?

Tabulka 7: Rodinný příslušníci

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	105	72
Ne	41	28
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 6: Děti



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Většina seniorů 105 (72%) děti má. 78 seniorů (1-2 děti), 27 seniorů má (3 a více dětí). Pouze 41 osob (28 %) děti nemá.

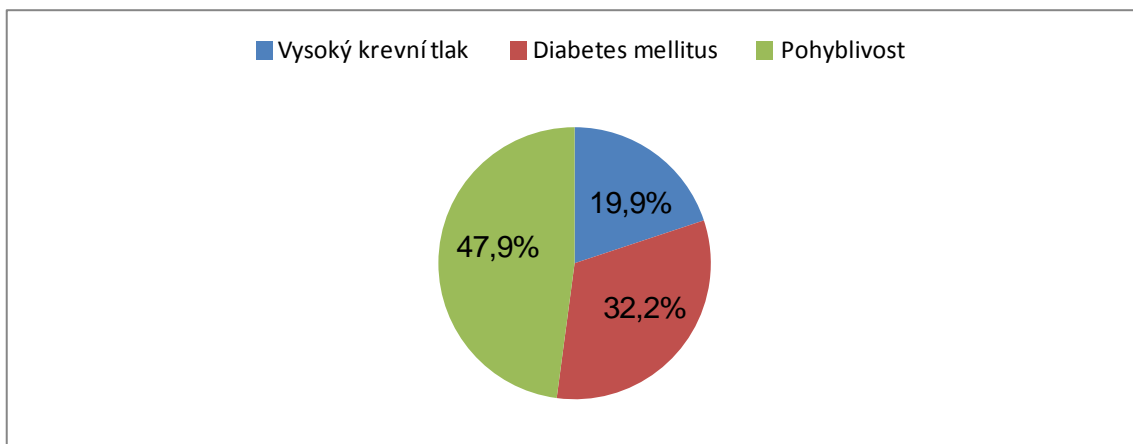
Otázka č. 7: Jaké zdravotní problémy Vás omezují?

Tabulka 8: Zdravotní problémy

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vysoký krevní tlak	29	19,9
Diabetes mellitus	47	32,2
Pohyblivost	70	47,9
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 7: Zdravotní stav



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Nejvíce klienty omezuje snížená pohyblivost a soběstačnost. Většina seniorů odpovídá: „ *Už nám hold není dvacet let, abychom skákali jak čiperky* ”.

Nejvíce si stěžují, že jim vše trvá déle, a rozčiluje je, že jsou nesoběstační a musí se o ně někdo starat. Téměř třetina klientů by si přála na tomto světě už nebyť. Podle průzkumu diskuzí se zdravotnickým personálem nejvíce trpí senioři s vysokým krevním tlakem, který se projevuje u klientů při ranním stávání. Klienti si stěžují na točení hlavy. Téměř polovina respondentů má Diabetes mellitus, má dietní omezení a perorální antidiabetika. Pouze pět klientů je na inzulínové léčbě. Polovina respondentů je schopna pohybovat se bez pomoci druhé osoby a používají kompenzační pomůcky (chodítka, hůl,...). Druhá polovina je odkázána na pomoc jiné osoby za pomoci invalidních vozíků, nebo jsou zcela upoutáni na lůžko.

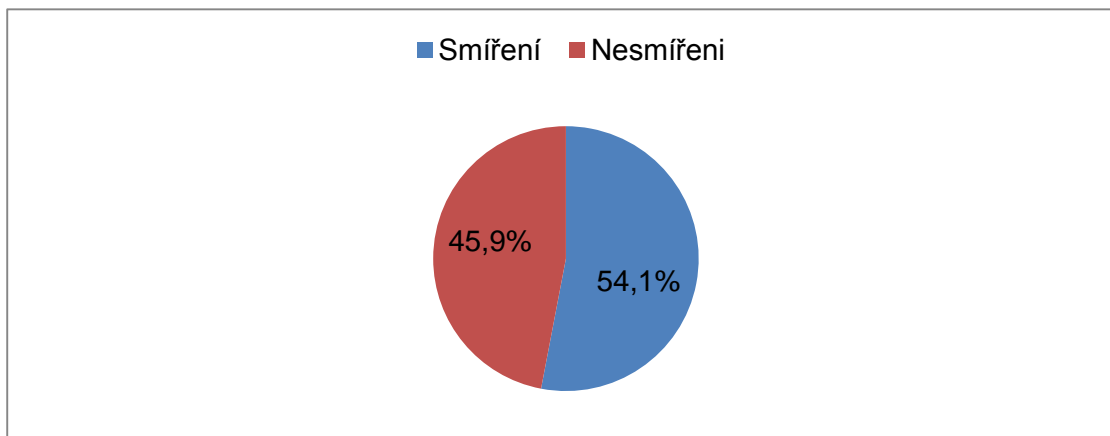
Otázka č. 8: Jaký důvod Vás vedl k přestěhování do Domova seniorů či na zdravotně-sociální lůžka?

Tabulka 9: Reakce na stěhování

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Smíření	79	54,1
Nesmíření	67	45,9
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 8: Smíření s přestěhováním



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Důvodem k přestěhování respondentů byl zdravotní stav. Nemohli si již dovolit být v domácím prostředí. Potřebují už totiž pomoc druhé osoby a doma se většinou nenachází nikdo z rodinných příslušníků, kdo by jim mohl pomoci. Rodinní příslušníci se většinou vracejí ze zaměstnání domů po páté hodině večer. Senior by byl proto celou dobu doma sám. Jedna třetina respondentů není smířená s přestěhováním a dávají to za vinu rodinným příslušníkům se slovy, “že se jich zbavili a jen tak je odložili a že oni by jim to nikdy neudělali”.

Též je zde také větší skupina respondentů, kteří jsou dezorientovaní a vůbec nevědí, kde se nacházejí nebo naopak si myslí, že jsou doma a nikdy se nestěhovali.

Tyto odpovědi byly od klientů s rozsáhlou demencí a přidruženou Alzheimerovou chorobou.

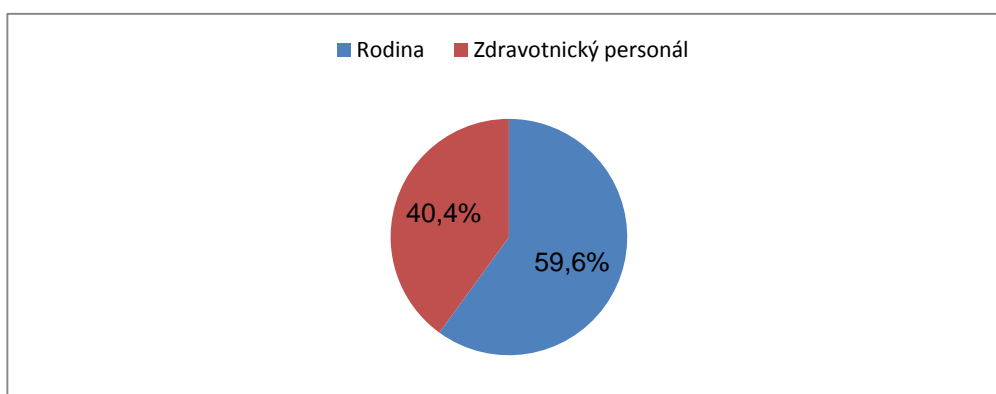
Otázka č. 9: Kdo vám pomohl se stěhováním do zařízení?

Tabulka 10: Pomocná ruka při stěhování

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rodina	87	59,6
Zdravotnický personál	59	40,4
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 9: Pomoc při stěhování



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

S přestěhováním do domova seniorů pomohli seniorům rodinní příslušníci. Přestěhování na zdravotně-sociální lůžka bylo uskutečněno za pomoci zdravotnického personálu.

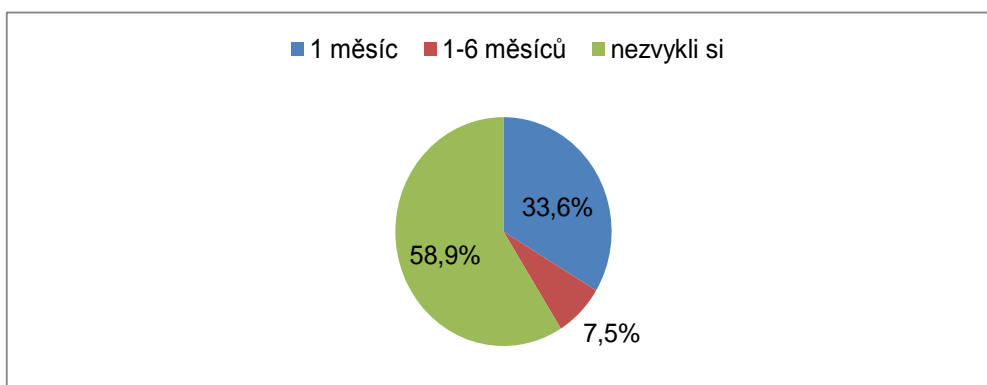
Otázka č. 10: Jak dlouho trvalo, než jste si zde zvykl/a?

Tabulka 11: Adaptační proces

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 měsíc	49	33,6
1-6 měsíců	11	7,5
Nezvykli si	86	58,9
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 10: Adaptace



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Dvě třetiny klientů si na dané zařízení zvykli se slovy: „*Co mi zbývá.*“. Klienti odpovídají stejně, že si do měsíce zvykli. Jedna třetina respondentů je stále negativní vůči svým rodinám, proto se ani nechtějí adaptovat v novém zařízení. Spouště klientů dělá problém se zadaptovat v novém zařízení. Často bloudí a nevědí, kde se co nacházejí.

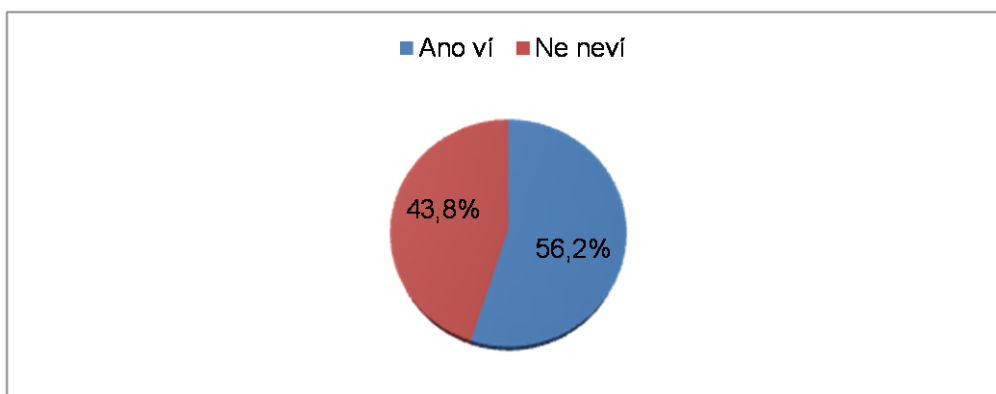
Otázka č. 11: Víte, kolik stojí pobyt v tomto zařízení?

Tabulka 12: Cena ubytování

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano ví	82	56,2
Ne neví	64	43,2
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 11: Finanční cena pobytu



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Pouze polovina respondentů odpověděla, že ví přibližně, kolik stojí pobyt v dané instituci. Jedna třetina je si vědoma, že za ně doplácí pobyt rodinní příslušníci (dcera, syn). V soukromém zařízení doplácí rodina v průměru kolem 8000 korun, pokud jejich rodinný příslušník nemá dostatečnou výši důchodu. Ve státním zařízení se doplácí přibližně 2000 korun. Většině seniorům jejich důchod postačí na stravu a pobyt v zařízení a ještě jim zbyde na drobné nákupy, kadeřníka a pedikúru. Po rozhovoru se sociální pracovníci v obou zařízeních vždy musí respondentům zůstat z důchodové penze 15 % pro jejich vlastní potřebu. Část seniorů dané otázce zcela neporozuměla.

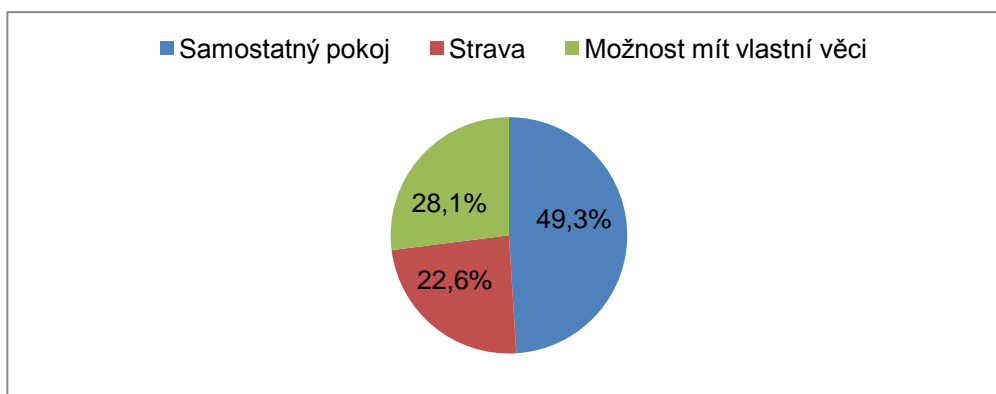
Otázka č. 12: Změnila byste něco v oblasti bydlení či ve stravě?

Tabulka 13: Změny v zařízení

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Samostatný pokoj	72	49,3
Strava	33	22,6
Možnost mít vlastní věci	41	28,1
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 12: Změny v bydlení



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Respondenti v soukromém zařízení by změnili pouze to, aby byly pokoje samostatné. Ale naopak si chválí vybavenost pokojů i domova. Nejvíce se jím líbí zahrada s fontánou, kde v létě často sedávají. Na stravu si klienti málo stěžují, jsou převážně všichni spokojeni s obsahem a vzhledem připravovaného jídla. Mají i možnost výběru ze dvou hlavních jídel, oběda i večeře.

Ale naopak ve státním zařízení si klienti stěžují na stravu, a to často na malé porce, že jídlo je buď bez chuti a nebo že se jídelní lístek často nemění. Dotazem bylo zjištěno, že do psychiatrické nemocnice se strava dováží z jiné nemocnice.

Ubytování se klientům líbí, ale vadí jim, že zde nemohou mít více svých osobních věcí. Stěžují si často na vyrušování druhého klienta, který je s nimi na pokoji.

Jelikož jsou zde klienti s počáteční i pokročilou demencí, tak skupina na pokoji je různá. Klienti často v noci bloudí, pochodují po chodbách, po pokojích.

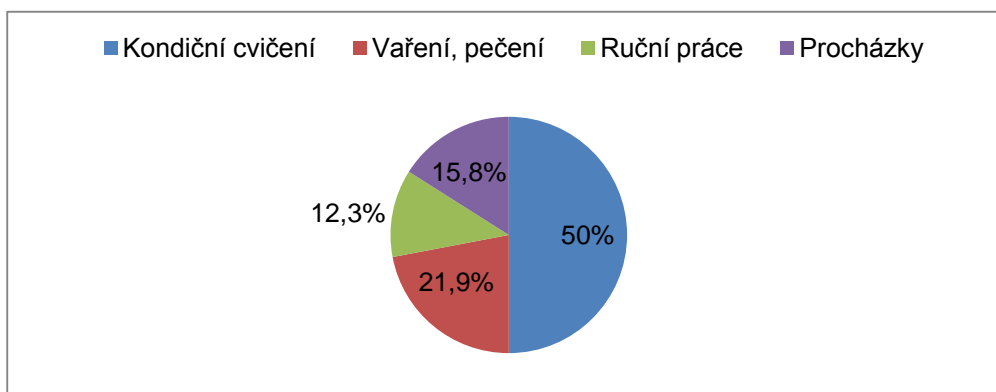
Otázka č. 13: Máte zde v zařízení nějakou oblíbenou aktivitu, která Vás baví a naplňuje?

Tabulka 14: Aktivity

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Kondiční cvičení	73	50
Vaření, pečení	32	21,9
Ruční práce	18	12,3
Procházky	23	15,8
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 13: Oblíbená aktivita



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Po rozhovoru s klienty bylo zjištěno, že v obou zařízeních je velice oblíbené kondiční cvičení (protahování celého těla), dechová gymnastika a trénování paměti.

Na zdravotně-sociálních lůžkách se seniorům nejvíce líbí vaření a pečení. Velice rádi mají ruční práce, kde se vyrábějí výrobky z různých materiálů. Nejvíce mají ale rádi procházky v parku, kde rádi vzpomínají (reminiscenční terapie).

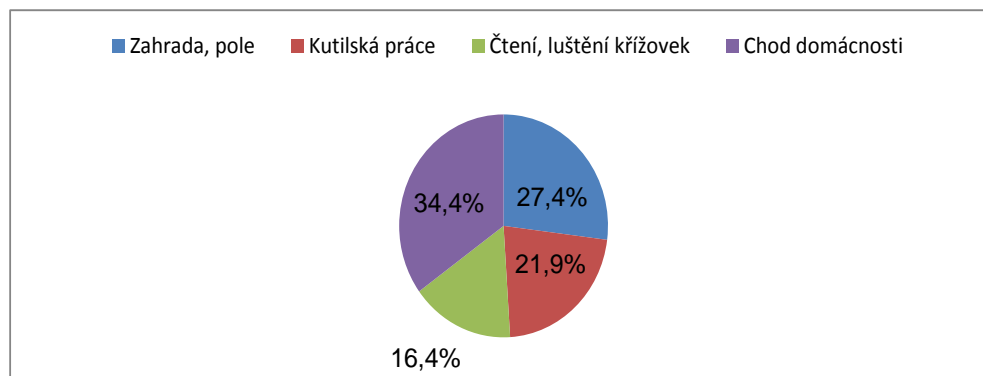
Otázka č. 14: Jaké byly Vaše zájmy dříve?

Tabulka 15: Záliby

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zahrada, pole	40	27,4
Kutilská práce	32	21,9
Čtení, luštění křížovek	24	16,4
Chod domácnosti	50	34,3
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 14: Zájmy



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Většina respondentů měla zájmy spojené s prací na zahradě, starání se o květiny, pěstování zeleniny a ovoce, čtení a luštění křížovek, sledování televize. U mužů převládala kutilská práce a starání se o domácí zvířata. Ženy byly v domácnosti a staraly se o její chod. Významná byla péče o děti a vnoučata.

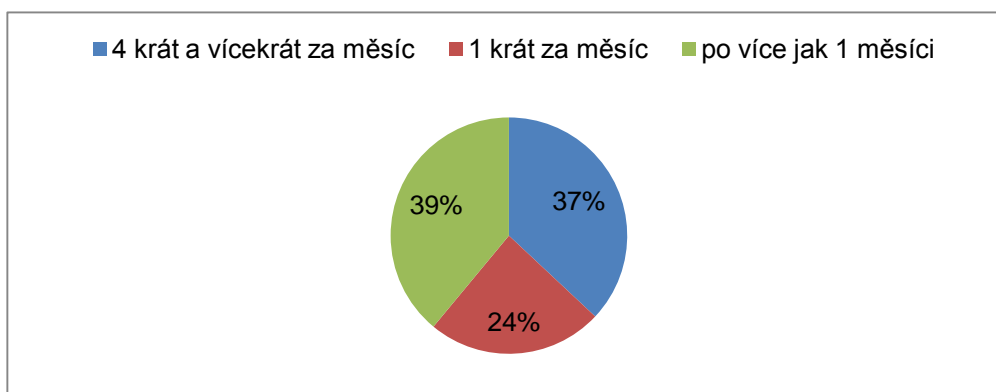
Otázka č. 15: Navštěvuje Vás často Vaše rodina? A kdo nejčastěji?

Tabulka 16: Návštěvy rodin v rezidenčním bydlení

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
4 krát a vícekrát za měsíc	57	39
1 krát za měsíc	33	24
Po více jak 1 měsíci	56	37
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 15: Návštěvnost rodinných příslušníků



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Téměř jednu třetinu respondentů navštěvuje rodina 4 krát i vícekrát do měsíce. Jednu třetinu respondentů navštěvuje rodina 1 krát do měsíce a někdy i po delší době jak 1 měsíc. Důvod této dlouhé doby návštěvnosti je, že děti respondentů bydlí mnohdy mimo danou lokalitu zařízení. Často seniory navštěvují jejich děti, a to dcera nebo syn, ale nejvíce mají respondenti rádi návštěvy vnoučat a pravnoučat.

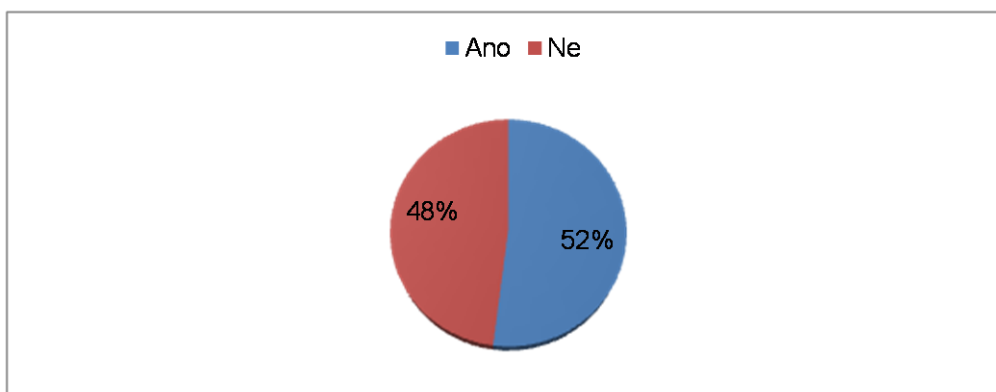
Otázka č. 16: Chtěl/a byste se navrátit do svého původního prostředí?

Tabulka 17: Život v domácím prostředí

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	76	52
Ne	70	48
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 16: návratnost do domácího prostředí



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Více než polovina respondentů odpověděla, že pokud by mohli, vrátili by se do domácího prostředí okamžitě. Méně než polovina respondentů odpověděla ne, že jsou rádi, že jsou umístěni v dané instituci.

Otázka č. 17: Co dnes plánujete dělat?

Tabulka 18: Aktivity seniorů

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Číst, luštit křížovky	59	40,4
Odpočívat	87	59,6
Celkem	146	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 17: Odpolední aktivita



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Jelikož rozhovor probíhal buď dopoledne nebo odpoledne, vždy před denní aktivitou, tak téměř dvoutřetinová většina klientů odpověděla, že půjdou na určitou aktivitu. Zbývající více než třetina klientů odpověděla, že půjdou odpočívat na pokoj a číst si knihu nebo luštit křížovky.

7.3 Rozhovor se zaměstnanci

Rozhovor se zaměstnanci v dané instituci byl proveden: s aktivizační pracovnící v domově seniorů, s ergoterapeutkou na zdravotně-sociálních lůžkách, s 10 pečujícími pracovníky v přímé péči a se 4 zdravotními sestrami. Dohromady byl proveden rozhovor se 16 zaměstnanci v daných institucích.

Aktivizační činnost - s ergoterapeutkou a aktivizační pracovnící byl proveden rozhovor o aktivizačních činnostech.

1. Jak často se u Vás provádí aktivizační činnost pro klienty?

Aktivita v zařízeních probíhá od pondělí do pátku. Na zdravotně-sociálních lůžkách provádí aktivity v týdnu ergoterapeutka za pomoci pracovníka v sociálních službách. V domově seniorů v týdnu obstarává aktivity aktivizační pracovník. O víkendu jsou častější návštěvy rodin, proto jsou aktivity volnější. Senioři chodí hlavně na procházky, promítají se jim filmy pro pamětníky, navštěvují různé kulturní akce v zařízení i mimo.

2. Kdo aktivizační činnost vede?

V domově seniorů provádí aktivity aktivizační pracovník, na zdravotně-sociálních lůžkách ergoterapeut.

3. Podle čeho se aktivizační činnost provádí?

Aktivizační činnost se provádí podle individuality klienta. Na začátku při přijetí klienta do zařízení probíhá adaptační proces, kde se zjišťují přání a potřeby klienta, na které se poté zaměří při aktivitách pracovník. U každého klienta se sestavuje individuální plán, podle kterého pak pracuje jak aktivizační pracovník, tak ergoterapeut a celý multidisciplinární tým. Stejný průběh je jak na zdravotně-sociálních lůžkách, tak i v domově seniorů.

4. Provádí se zde skupinová nebo individuální aktivizační činnost?

Provádějí se obě aktivity, jak skupinové, tak individuální v obou zařízeních. Záleží na zdravotním a psychickém stavu klienta a na jeho mobilizaci. Často se

individuální aktivity provádějí u klientů imobilních a u těch, kteří potřebují více času na pochopení dané aktivity.

5. Kolik klientů se účastní aktivizační činnosti?

V domově seniorů se ranního kondičního cvičení, které trvá 30 min. Účastní se pravidelně kolem 10-20 klientů (podle zdravotního stavu). Na odpolední aktivitě je přibližně 30 zúčastněných. K ostatním klientům, kteří se nechťejí účastnit aktivit, chodí pracovníci v sociálních službách popovídat si na pokoje, dají si s nimi kávu, provedou jim masáže.

Na zdravotně-sociálních lůžkách se ranních aktivit, které trvají 1,5 hodiny, účastní přibližně 20-30 klientů, probíhá zde skupinová aktivita. U ostatních zbylých klientů probíhá individuální aktivita, kterou obstarává pracovník v sociálních službách. Odpolední aktivity jsou volnější, klienti sledují televizi, chodí na procházky a probíhají individuální rozhovory.

6. Z čeho se vychází v plánování aktivizační činnosti pro seniora?

Plánování vychází z osobního přání a cíle klienta, který si přeje. Toto je shodné na obou pracovištích. Individuální plán se zhotovuje ve spolupráci s klientem, jeho rodinou a pracovníky instituce.

Zdravotnická péče - s pracovníky v sociálních službách a zdravotními sestrami byl proveden rozhovor zaměřený na přímou péči o klienty.

1. Je náročná péče o seniora?

Náročná je podle toho, u jakého klienta je péče vykonávána. Víme, že u mobilního klienta bude péče lehká oproti klientovi imobilnímu. Velkou roli náročnosti zde hraje psychika. Jelikož pracují s klienty s Alzheimerovou chorobou i jinými demencemi, je zde péče náročnější.

2. Jaká je zde cílová skupina seniorů?

Domov seniorů je rozdělený na normální domov seniorů s různými diagnózami, např. Diabetes mellitus, hypertenze a hlavně s klienty se sníženou

soběstačností či imobilní, a na domov se zvláštním režimem. Cílovou skupinou v domově seniorů se zvláštním režimem je Alzheimerova choroba, demence.

Na zdravotně–sociálních lůžkách je cílová skupina zaměřená na různé typy demencí a Alzheimerovu chorobu.

3. Jak zde probíhá pracovní den zaměstnanců a klientů?

Začíná ranní hygienou u každého klienta. Poté následuje doprovod klienta na snídani, úklid pokoje (stolky, postel atd.). U imobilních klientů pomoc při stravě. Doprovod klientů na aktivizační činnosti. Koupání klientů je podle rozpisu. Odpoledne doprovod na oběd a dopomoc při stravování klientů. Večeře je ve stejném režimu. Během dne se provádí kontrola čistoty klientů a kontrola jejich bezpečnosti. Probíhají individuální rozhovory a aktivizační činnosti. Totožné v obou zařízeních.

4. Je zde v zařízení přítomen praktický lékař?

Ani v jednom zařízení není přítomen každý den praktický lékař. Lékař do každé instituce dochází 2 krát týdně. Do institucí dochází psychiatrický lékař jednou týdně a logoterapeut 2 krát týdně.

5. Je zde v zařízení zajištěno celoživotní vzdělávání zaměřené na cílovou skupinu seniorů?

Ano, v obou zařízeních je zajištěno celoživotní vzdělávání, jelikož pracovníci v sociálních službách musí splnit ročně 24 hodin vzdělávání ze Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. Pravidelně se účastní akreditovaných seminářů, kurzů a konferencí, které jsou zaměřeny na Alzheimerovu chorobu, individuální plánování, komunikaci atd.

6. Jsou zde v zařízení prováděny supervize pro zaměstnance?

Ano, minimálně jednou za rok proběhne supervize u všech zaměstnanců na pracovišti.

8 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKEM

Dotazník podán 50 rodinným příslušníkům. Dotazník je přiložen v příloze A. Během šetření byly provedeny individuální rozhovory s rodinami.

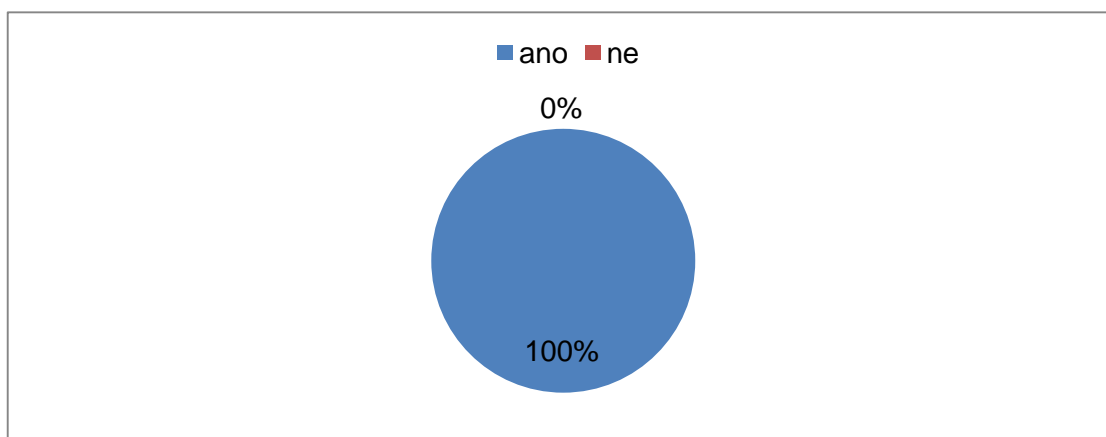
Otázka číslo 1. Bylo rozhodnutí dát do dané instituce vašeho rodinného příslušníka, z důvodu zdravotního stavu?

Tabulka 19: Umístění v rámci zdravotního stavu do dané instituce

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	50	100
Ne	0	0
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 18: Zařazení dle zdravotního stavu do dané instituce



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Všech 50 rodinných příslušníků dali svého rodinného příslušníka do dané instituce v rámci zdravotního stavu seniorů.

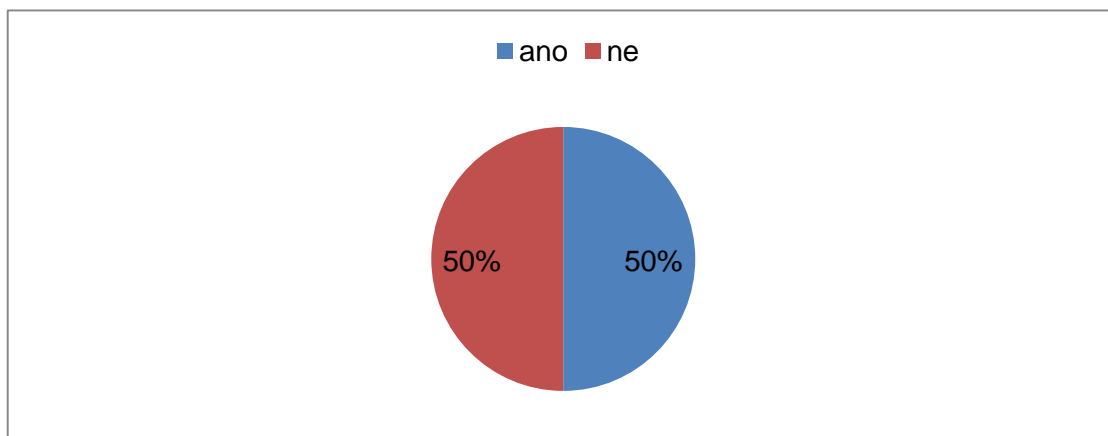
Otázka číslo 2. Zvládl váš příbuzný dobře adaptaci v novém zařízení mimo domov?

Tabulka 20: Zvládnutí adaptace seniora

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	25	50
Ne	25	0
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 19: Adaptace



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Výsledek je 50 : 50. Je tedy jednoznačné, že polovina seniorů si zvykla na pobyt v dané instituci a polovina ne. Dle pozorování klientů a uskutečněných rozhovorů s rodinou je důvodem odpovědi „ne”, že jejich rodinný příslušník neustále tápe v daném zařízení.

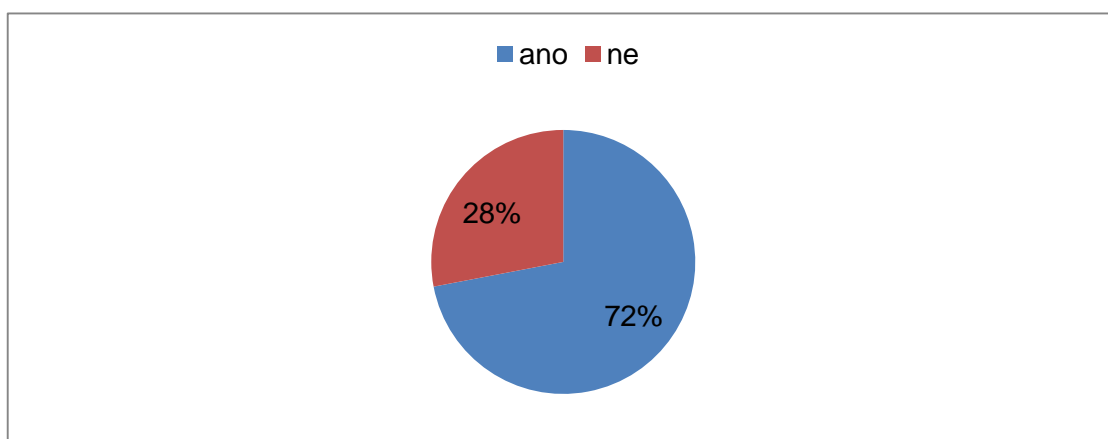
Otázka číslo 3. Je Vaše finanční situace únosná, aby rodinný příslušník mohl pobývat v této dané instituci?

Tabulka 21: Finance

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	36	72
Ne	14	28
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 20: Finanční situace



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Z dotázaných 36 (72%) rodinných příslušníků odpovědělo, že finanční situace je únosná, aby zde mohl pobývat jejich rodič, 14 (28%) rodinných příslušníků odpovědělo, že je pro ně finanční situace neúnosná.

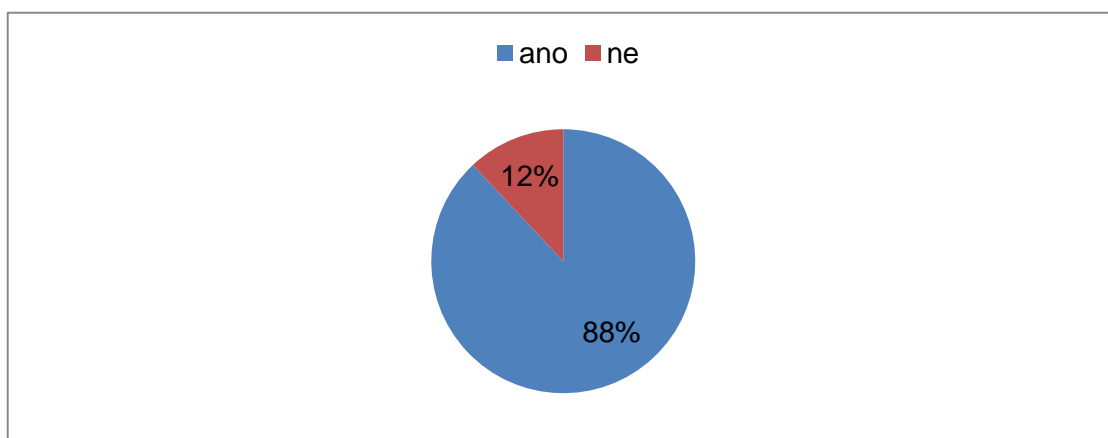
Otázka číslo 4. Dopláčíte za rodinného příslušníka určitou finanční částku za pobyt v zařízení?

Tabulka 22: Dopláčení za pobyt

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	44	88
Ne	6	12
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 21: Dopláčení za pobyt seniora v určitém zařízení



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Z dotazovaných rodin 44 (88%) odpověděla, že dopláčí, a 6 (12%) rodin nedopláčí. Výše důchodu respondenta stačí na pobyt v daném zařízení.

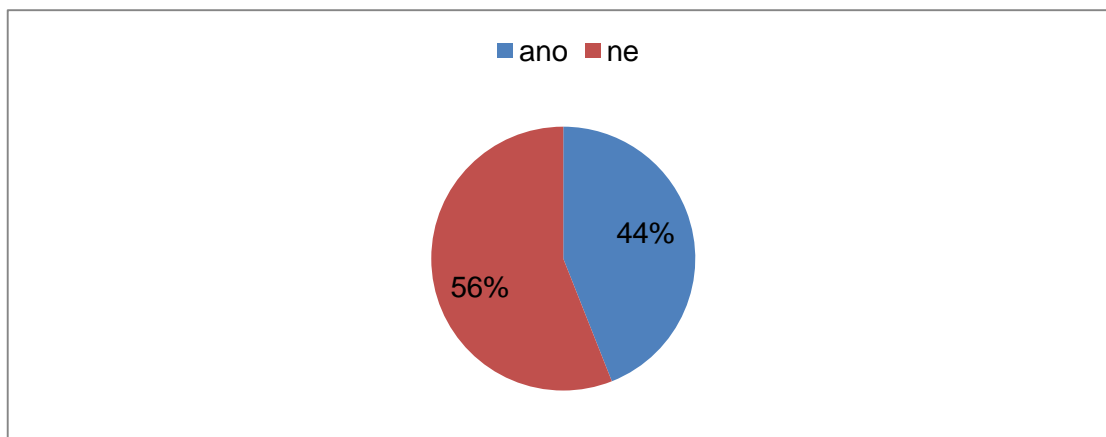
Otázka číslo 5. Je rodinný příslušník smířen, že již po zbytek života bude bydlet v této instituci?

Tabulka 23: Smíření s pobytem

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	22	44
Ne	28	56
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 22: Smíření s pobytem v dané instituci



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Z dotazovaných rodin odpovědělo 28 (56%), což je více jak polovina rodinných příslušníků, že senior není stále smířen s pobytem v dané instituci. Zbýlých 22 (44%) odpovědělo, že jsou senioři smířeni s pobytem.

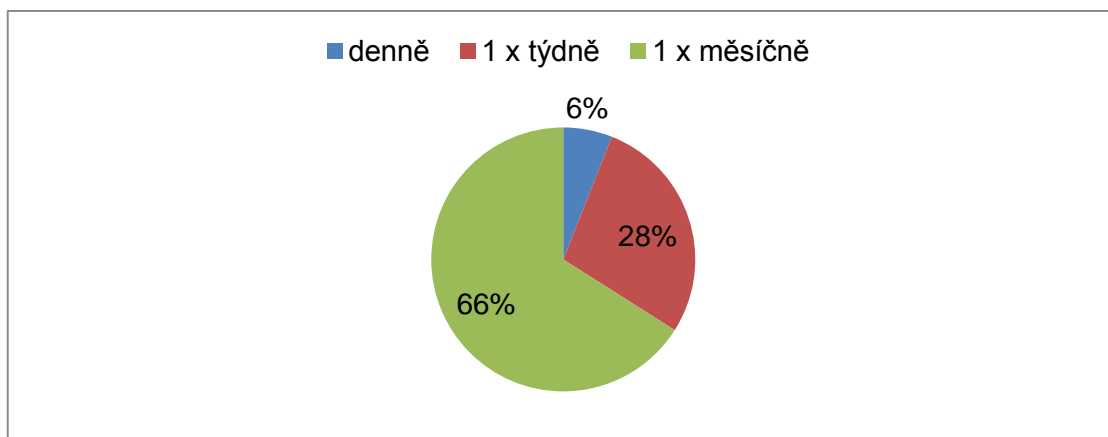
Otázka číslo 6. Jak často navštěvujete rodinného příslušníka v domově senioru nebo na zdravotně-sociálních lůžkách?

Tabulka 24: Návštěvy

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Denně	3	6
1 krát za týden	14	28
1 krát za měsíc	33	66
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 23: Návštěvnost seniora



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Nejvíce rodin - 33 (66%) navštěvuje rodinného příslušníka 1 krát za měsíc, poté 14 (28%) rodin ho navštěvuje 1 krát do týdne, nejméně rodin - 3 (6%) navštěvuje rodinného příslušníka denně.

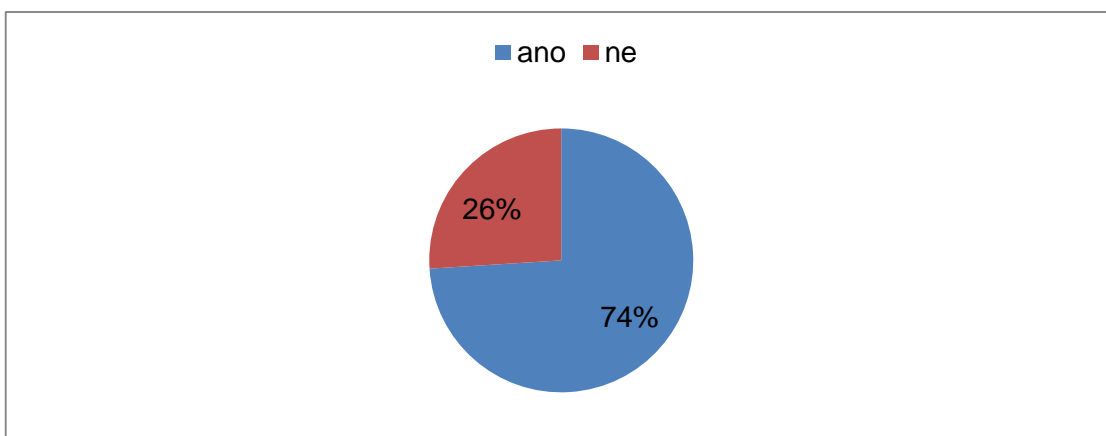
Otázka číslo 7. Smířili jste se zdravotním stavem vašeho rodinného příslušníka?

Tabulka 25: Smíření se zdravotním stavem

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	37	74
Ne	13	26
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 24: Smířenost se zdravotním stavem seniora



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Z dotazovaných rodin bylo 37 (74 %) smířených se zdravotním stavem jejich rodinného příslušníka a 13 (26%) rodin se stále nesmířilo se zdravotním stavem rodinného příslušníka.

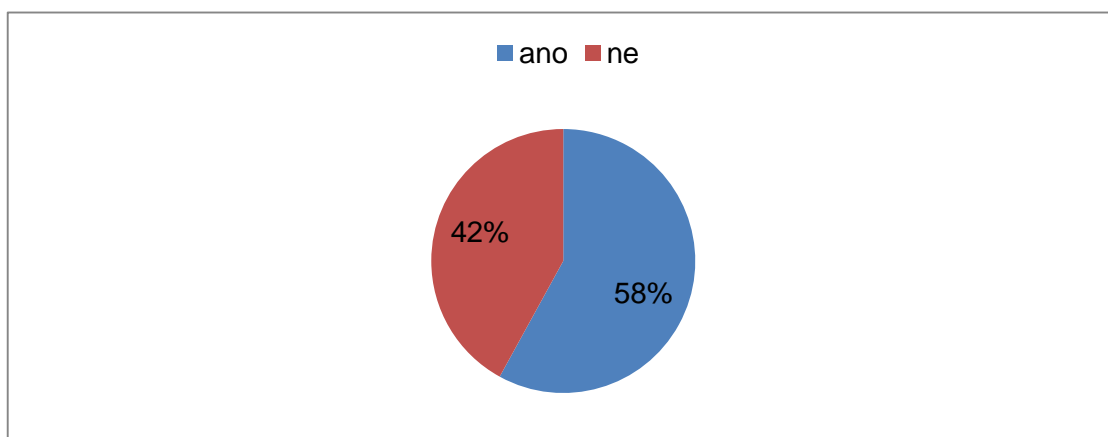
Otázka číslo 8. Hledali jste dané zařízení poblíž vašeho bydliště či bydliště rodinného příslušníka?

Tabulka 26: Hledání zařízení

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	29	58
Ne	21	42
Celkem	50	100

Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Graf 25: Hledání zařízení v blízkosti bydliště



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Více jak polovina rodin 29 (58%) odpověděla, že se snažila najít zařízení v blízkosti jejich bydliště a 21 (42%) rodin odpovědělo, že nehledali dané zařízení v blízkosti bydliště.

9 KAZUISTIKY

Kazuistiky mají umožnit náhled na skladbu seniorů v těchto zařízeních. Byly vybrány čtyři kazuistiky, zaměřené na diagnózy s různými typy demencí.

Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza:

Jméno: A. A.

Pohlaví: muž

Věk: 65 let

Diagnóza: Alzheimerova nemoc, CMP (centrální mozková příhoda)

V 57 letech byl vyšetřován pro boreliózu po štipnutí klíštětem. Na psychiatrickou ambulanci byl doporučen rovněž ve svých 57 letech neurologem s diagnózou Alzheimerovou nemoc. Klient se též léčí s vysokým tlakem a Diabetes mellitus prvního typu.

Rodinná anamnéza: Klient je ženatý, má dvě děti. Psychiatrická diagnóza nebyla v rodině zjištěna.

Pracovní anamnéza: Vyučený soustružník kovů, pracoval v oboru. Již 6 let je v plném invalidním důchodu.

Sociální anamnéza: Klient je ubytován v pobytovém zařízení v domově seniorů se zvláštním režimem v soukromém zařízení. Klient zde bydlí již osmý měsíc.

Alergická anamnéza: Žádná není.

Abusus: Klient je nekuřák a alkohol pije pouze výjimečně při oslavách.

Zájmy: Dříve klienta zajímala práce na zahradě a kutilská práce. Rád cestoval po České republice.

Současný stav

Klient potřebuje velkou pomoc ošetřujícího personálu při všedních denních činnostech jako je hygiena, oblékání. Komunikace s klientem je dobrá za pomoci piktogramu, jelikož klient má poruchu řeči a řeč je nesrozumitelná.

Klient je upoután na invalidní vozík v rámci prodělané nemoci.

Vlastní pozorování

Při pozorování klienta při skupinových terapiích a při individuálním rozhovoru bylo zjištěno, že je klient velmi uzavřený do sebe a nerad se účastní společenských aktivit, které se konají v zařízení. Rád má návštěvy své manželky, i když poslední dobou se stává, že ji nepoznává. Při komunikaci s klientem je velmi důležité s ním mluvit s respektem a používat pomůcky, jako jsou např. piktogramy. Při komunikaci s personálem bylo zjištěno, že pokud se s klientem nemluví s dostatečným respektem a úctou, tak se klient uzavírá do sebe a odmítá jakoukoliv spolupráci.

Souhrn kazuistiky č. 1

Pacient je postižený Alzheimerovou nemocí a jeho nálady se mohou měnit každou minutu, proto se musí brát zřetel na jeho nemoc. Nezapojovat klienta do skupinového cvičení, ale spíše se mu věnovat v rámci individuální terapie, která by měla spočívat v nácviku komunikace a podporovat klienta v soběstačnosti. Bylo zjištěno rozhovorem s manželkou, že klient rád chodil na výstavy. Po rozhovoru s klíčovým pracovníkem a vedením domova seniorů, byl zorganizován výlet s klientem do nedalekého města na výstavu alternativního umění. Klientova reakce byla velmi pěkná. Velice se mu výlet líbil, proto byly zapsány do individuálního plánu klienta častější návštěvy těchto výstav, pokud by to zdravotní i psychický stav dovolil.

Kazuistikač.2

Osobní anamnéza:

Jméno: B.B.

Pohlaví: žena

Věk: 88 let

Diagnóza: Psychiatrická diagnóza – halucinogenní stavy, bludy.

Klientka je od svých 36 let léčena v Psychiatrické nemocnici Bohnice ambulantně pro halucinogenní stavy. Klientka je léčena se štítnou žlázou a vysokým krevním tlakem. Trpí paranoidními stavy, kdy má pocit, že umírá a vše se jí v těle svírá.

Rodinná anamnéza: Klientka ovdověla ve 35 letech, bezdětná.

Pracovní anamnéza: Vystudovala ekonomickou školu a pak pracovala na Ministerstvu dopravy do odchodu do důchodu.

Sociální anamnéza: Klientka je již dva roky umístěna na zdravotně-sociálních lůžkách v psychiatrické nemocnici.

Alergická anamnéza: Žádná není.

Abusus: Klientka je nekuřačka a alkohol nepije.

Zájmy: Zájmy klientky dříve byly luštění křížovek, návštěvy kulturních akcí (výstavy).

Současný stav

Klientka je velmi komunikativní, chodící o jedné holi. Klientka si pouze stěžuje na své bolesti zad. Co se týká soběstačnosti, tak si vždy sama obstará hygienu a oblékání.

Vlastní pozorování

Nyní je klientka velmi aktivní, účastní se pravidelně denních aktivit na oddělení a má všeobecný přehled, který byl zjištěn v rámci trénování paměti i v rozhovoru s klientkou. Klientka je sama a je velmi ráda za jakýkoliv kontakt od ošetřujícího personálu. Vlastní jako jedna z mála klientů mobilní telefon a sama si obvolává lékaře. Občas je důležité toto sledovat, jelikož i v dnešní době volá spousta lidí a nabízí různé výrobky k prodeji. Klientka je orientovaná, při podávání léku od zdravotní sestry si vždy léky přepočítá, a pokud najde lék navíc, hned se dotazuje proč.

Souhrn kazuistiky č. 2

Klientka je na svůj věk velmi schopná. Pravidelně každý den se účastní denních aktivit na oddělení. V oblibě má trénování paměti a kondiční cvičení, arteterapie. U klientky je zjištěna počáteční Alzheimerova nemoc. Proto je důležité kvůli vlastnictví mobilního telefonu občas nenápadně vyslechnout rozhovory, které klientka provádí, aby nedošlo k nějakým problémům, jelikož klientka není zbavená svéprávnosti. Při rozhovoru s personálem bylo zjištěno, že klientka působí jako soběstačná a orientovaná paní, ale občas klientku postihnou její paranoidní stavy, kdy umírá a chce odejít ze světa a vše ji svírá.

Kazuistika č.3

Osobní anamnéza:

Jméno: C. C.

Pohlaví: žena

Věk: 78 let

Diagnóza: Halucinogenní stavy a bludy, Alzheimerova nemoc v počátečním stádiu

Klientka se od svých 42 let léčí v psychiatrické nemocnici s halucinogenními stavy a bludy. Postupem času se u klientky projevila Alzheimerova nemoc. Klientka se léčí s Diabetem mellitus.

Rodinná anamnéza: Klientka ovdověla. Z manželství má jednu dceru.

Pracovní anamnéza: Vystudovala pedagogickou školu. Pracovala ve školství.

Sociální anamnéza: Klientka je již od svých 42 let ubytována v psychiatrické nemocnici. Na zdravotně-sociálních lůžkách je klientka ubytována již 9. měsíc.

Alergická anamnéza: Žádná není.

Abusus: Klientka je nekuřačka a alkohol nepije.

Zájmy: Dříve klientka ráda navštěvovala společenské akce, jako jsou výstavy, divadelní představení. Ráda čte historické romány.

Současný stav

Klientka ještě donedávna byla upoutána na invalidní vozík, ale za pomoci individuální rehabilitace se klientka naučila chodit za doprovodu druhé osoby a poté už chodila sama. Klientka je velmi komunikativní a její jediný handicap je její levá ruka, jelikož je po operaci ramenního kloubu. Klientka proto zvedne maximálně ruku před sebe, ale vzhůru již nezvládne. Klientka je soběstačná, ale potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu při osobní hygieně a oblékání oblečení v horní části.

Vlastní pozorování

Nyní se v zařízení klientka účastní všech denních aktivit a je velmi spolupracující. Klientka si přeje oslovení „*paní učitelko*“. Klientka vždy na konci aktivit či individuálních rozhovorů zhodnotí, jak se jí to líbilo či ne. Při rozhovoru s klientkou jsem zjistila, že je částečně orientovaná, co se týká jejího osobního života. Poznává své příbuzné a vždy se na ně těší.

Souhrn kazuistiky č. 3

V rámci rozhovoru s ošetřujícím personálem a klientkou bylo zjištěno, že je velmi důležité klientce nevyvracet, že my nejsme pedagogové. Důležité je mluvit s klientkou s respektem a oslovovat ji „*paní učitelko*“, jelikož klientka pak reaguje

velmi kladně. U klientky je neustále prováděna individuální rehabilitace v nácvičku chůze a cvičení horní končetiny v rámci podpory soběstačnosti.

Kazuistika č.4

Osobní anamnéza:

Jméno: D. D.

Pohlaví: muž

Věk: 80 let

Diagnóza: Diabetes mellitus, projev počáteční demence

Klient se léčí s Diabetem mellitus a hypertenzí, byla zjištěna počáteční demence.

Rodinná anamnéza: Klient je vdovec a má z manželství jednoho syna.

Pracovní anamnéza: Vystudoval střední školu a celý život pracoval v armádě, poté ve stáří byl přesunut na ambasádu.

Sociální anamnéza: Klient je již 4 roky ubytovaný v domově seniorů v soukromém zařízení.

Alergická anamnéza: Žádná není

Abusus: Klient je nekuřák a alkohol pije výjimečně při oslavách.

Zájmy: Dříve se klient věnoval své manželce a spolu cestovali po světě. Klient vlastnil farmu se zvířaty, o kterou se teď stará jeho syn.

Současný stav

Klient je ještě schopný péče o vlastní osobu, co se týká stravy a hygieny, je schopný dojíždět za svými rodinnými příslušníky, obstarávat hrob své manželky. Klient je velmi komunikativní a nepoužívá žádnou kompenzační pomůcku při chůzi.

Vlastní pozorování

Klient na první pohled vystupuje jako generál, všechno musí mít svůj řád a musí to vše být přesné na minuty. I při rozhovoru sledoval čas a upozorňoval, že se bude blížit čas, kdy mu začíná denní aktivita. U klienta je zjištěna počáteční demence. Při rozhovoru často opakoval stejná souvětí, aniž by si to uvědomil. Klient se pravidelně účastní denních aktivit, mezi jeho oblíbené aktivity patří trénování paměti a kondiční cvičení. Klient je toho názoru, že je důležité každý den protáhnout tělo a trénovat neustále paměť, aby tak často nezapomínal.

Souhrn kazuistiky č. 4

Důležité je u klienta, při odchodu ze zařízení nahlásit odchod a příchod, aby v případě nedodržení času určenému při návratu se mohlo po klientovi začít okamžitě pátrat. Je dobré si pamatovat, co měl za oblečení. Měl by mít u sebe identifikační kartičku, kde je uveden kontakt a telefonní číslo do daného zařízení. Musí se dodržovat čas aktivit, jinak je klient nervózní.

10 SHRnutí A DISKUZE

Byly provedeny rozhovory téměř se všemi respondenty, kteří bydleli ve zkoumaných rezidenčních zařízeních. Do výzkumu byly zahrnuty čtyři kazuistiky respondentů. Provádění výzkumu probíhalo od ledna 2014 do listopadu 2014. Byly provedeny rozhovory se zaměstnanci a předán dotazník rodinným příslušníkům.

10.1 Zjištěné výsledky výzkumu v rámci položených výzkumných otázek

První výzkumná otázka: Jak vnímají kvalitu svého života senioři žijící v domově seniorů či na zdravotně-sociálních lůžkách?

Kvalitu života senioři vnímají každý jinak. Jsou zde různí respondenti. Ti, co se chtějí zapojit do společenského prostředí, ale také senioři, kteří se uzavírají do sebe a je s nimi těžká spolupráce. Pro kvalitní život v daném zařízení je zhotoven program pro volnočasové aktivity v daném zařízení. Jsou vždy vyvěšeny na informačních tabulích. Také zdravotnický personál upozorňuje klienty na dané aktivity. Pro prožití kvalitního života v daném zařízení jsou individuálně u každého klienta stanoveny individuální plány, kde se senior vyjádří, co by si přál. Plánování probíhá mezi klíčovým pracovníkem a seniorem. Do spolupráce zapojuje ergoterapeut či aktivizační pracovník. A sestaví se individuální plán pro klienta, ve kterém jsou stanoveny požadavky, čeho by chtěl klient dosáhnout. Požadavky musí být prodiskutovány v rámci možností zařízení, aby nedocházelo k rozporu.

Někteří klienti vnímají kvalitu života v daném zařízení jako selhání v životě, nebo odsuzují rodiny, že je daly do dané instituce. Jejich kvalita života je spíše pesimistická, nechtějí spolupracovat, stagnují. Při rozhovoru s klienty a navázání kontaktu odpovídají tito klienti jednoznačně: „*Nechte mě být, nebudu odpovídat, běžte pryč*“. Je tady velmi těžké navázat kontakt s těmito seniory, proto je důležitý rozhovor a spolupráce s rodinami, které vědí, jak klient žil doma, jaké jsou jeho zájmy, na kterých se poté může pracovat při zapojení do společenského dění.

Jsou zde respondenti, kteří nemají žádnou rodinu. Většinou spolupráce s těmito seniory je dobrá a jejich adaptace na nové zařízení je rychlejší.

Druhá výzkumná otázka: Jaké okolnosti zasahují do kvality života respondentů?

Bylo zjištěno, že nejčastějšími okolnostmi, které zasahují do kvality života, je zdravotní stav klientů. Spousta klientů, kteří ztratili svou pohyblivost nebo soběstačnost, jsou poznamenáni tím, že ztratili „svou životní hodnotu“. Většina se s touto ztrátou nedokáže smířit, ale jsou zde i respondenti, kteří se snaží, aby neztratili pohyblivost úplně. V obou zařízeních klientům vadí, že jsou uzavřeni na oddělení: „*Nemůžeme jít na procházku, nakoupit si, ...*“. Jedná se hlavně o klienty postižené Alzheimerovou chorobou, ať v začátcích či u progredujících onemocnění. Je tedy velmi důležité brát ohled na jejich zdravotní stav a bezpečnost. Klienti, kteří se dostanou do nového zařízení, jsou často zmatení, bloudí a chtějí odejít domů.

Třetí výzkumná otázka: Jak senioři hodnotí dané zařízení, v kterém žijí?

Hodnocení stravování:

Jedním z nejvíce diskutovaných témat respondentů je úroveň stravování v domově seniorů. Nejčastěji zmiňované je z toho důvodu, že kvalitu života seniorů do značné míry ovlivňuje právě přijímání potravy. Většinou se jedná o pozitivní hodnocení:

- velké porce,
- přizpůsobení domácí kuchyni,
- výběr ze dvou jídel.

Jsou zde také negativní hodnocení:

- a) použití velkého množství polotovarů a mražené zeleniny,
- b) velké množství soli a umělých dochucovadel v jídle „*Strava je moc přesolená nebo překořeněná*“,
- c) špatná komunikace s vedením kuchyně.

Na zdravotně-sociálních lůžkách se též potýkáme s kritikou stravy, jelikož stravu zaváží kuchyně z jiné nemocnice, klienti se moc nemohou vyjádřit ke stravě. Když si klienti stěžují, zasílá staniční sestra email či zavolá nutričnímu terapeutovi a sděluje, co se klientovi nelíbí. Reakce klientů na řešení je negativní: „*Můžeme si stěžovat, ale není nám to nic platné*“.

Negativní hodnocení:

- a) jednotvárný charakter stravy
- b) zavádějící jídelní lístek „*Píšou nám špatné informace na jídelníček*“.

Ale jsou zde i spokojení strávnicki, co si danou stravu i přidají.

Hodnocení lékařské péče

Hodnocení bylo celkem negativní a to takhle:

- Nedostatečná frekvence docházky lékaře do zařízení – návštěva jednou týdně (každé pondělí), je hodnocena seniory jako nedostačující „*Je to hrozné, v úterý vás něco skolí a musíte čekat celý týden, než se na vás lékař podívá*“.
- Na zdravotně-sociálních lůžkách je lékařská péče hodnocena nyní už dobře, dochází sem praktický lékař 2 krát týdně. Ale dříve docházel 1 krát týdně ve středu.

Hodnocení personálu

- Vztahy mezi seniory a zaměstnanci jsou vnímány jako bezproblémové. Většina seniorů, kteří jsou ještě orientováni, dobře ví, co obnáší jejich práce a jak je náročná.
- Sesterská práce je hodnocena vcelku pozitivně. Příjemné vystupování, vstřícnost. Někteří respondenti odpovídají, že jsou zde sestry občas náladové a nepříjemné, ale že se zde aspoň každý den najde sestra, která je milá.
- Práce pracovníků sociálních služeb (PSS) je velmi ceněna a tedy i hodnocena velmi kladně. Toto pozitivní hodnocení je částečně ovlivněno i tím, že kontakt mezi seniorem a PSS je celkově častější.

Aktivity

Aktivity probíhající na pokojích

Většinu svého času setrvávají senioři ve svých pokojích. V teplých měsících tráví čas na terase nebo na zahradě.

Čas strávený na pokoji:

- a) sledování televize,
- b) četba,
- c) spánek,
- d) poslech hudby nebo rádia,
- e) pozorování dění,
- f) konzumace potravin donesených návštěvou,
- g) péče o prostor pokoje.

Aktivity prováděné mimo pokoje jsou nazývány jako skupinové aktivity. V daných zařízeních jim je vymezena místnost. V domově je to knihovna a konferenční sál a na zdravotně-sociálních lůžkách je to velká jídelna, malá jídelna, reminiscenční místnost a v létě terasa.

Další možnosti aktivit jsou:

- 1) návštěvy na pokojích ostatních obyvatel,
- 2) posezení s obyvateli ve společných prostorech (domov seniorů – knihovna, recepce, jídelna a na zdravotně-sociálních lůžkách je to chodba, jídelna, reminiscenční místnost). Další místa na setkávání: v domově to je velká zahrada s lavicemi a na zdravotně-sociálních lůžkách terasa s posezením a výhledem do zeleně parku. Klientům na zdravotně-sociálních lůžkách se nelíbí, že dveře na terasu jsou zamčené a otevírají se pouze na vyžádání personálem.
- 3) společné procházky po chodbě či za doprovodu ošetřujícího personálu po okolí,
- 4) návštěvy rehabilitace a masážních procedur ve wellness studiu, které vlastní soukromé zařízení,
- 5) pomoc personálu „*Ráda pomáhám, cítím se potřebná, aspoň mi ten den rychle uteče.*“ „*Zalévám květiny zde v zařízení*“.

Organizované aktivity

- a) Obě zařízení nabízejí řadu pravidelných aktivit. Aktivity přes týden provádí ergoterapeutka na zdravotně-sociálních lůžkách a v domově pro seniory aktivizační pracovníce. Jejich práce se neliší, podle zjištěných aktivit mají obě poměrně stejné aktivity.
- b) víkendu provádí aktivity pověřený ošetřující personál, vždy má připravené podklady a pomůcky od aktivizačních pracovníků.
- c) Nejvíce se účastní aktivit senioři dopoledne. Odpoledne je účast menší, buď mají senioři návštěvu, nebo odpočívají na lůžku. To je totožné v obou zařízeních.

Důvody seniorů, kteří odmítají účast na aktivitách

- a) určitá míra pohodlnosti - senioři neustále hledají odpovědi, aby nikam nemuseli, např: „*Dnes nepůjdu, půjdu až zítra, necítím se dobře.*“, „*Dojdu tam, až se mi bude chtít*“.
- b) přítomnost osob závislých na pomoci druhých lidí: „*Nemám ráda ty lidi na vozíku. Bud' spí, nebo celou aktivitu narušují, vykřikováním či jiným neustálým vyrušováním.*“
- c) nezájem o danou aktivitu - nevhodné zaměření aktivity: „*Když mě už to nebaví, je to stále dokola*“.
- d) z pohledu mužské části respondentů, jsou aktivity spíše zaměřeny na ženy.
- e) velký počet účastníků (vzhledem k velikosti místnosti, kde aktivita probíhá) „*Společenských akcí, jako jsou zábavy se zúčastňuji, ale ostatních aktivit se neúčastňuji, protože lidí je tam dost a já mám rád/a samotu a klid*“.

Část obyvatel, aktivity vítá jako vyplnění svého volného času, a mohou se zde setkávat s jinými seniory, mohou rozšiřovat své vědomosti nebo si je připomenout. Mezi nejoblíbenější činnosti patří trénování paměti, kondiční cvičení, vaření a promítání filmů pro pamětníky.

Obě zařízení poskytují pro zlepšení kvality života v daném zařízení pedikúru a kadeřnictví. Obě tyto služby provozuje zařízení 1 krát za měsíc přímo na oddělení.

Jednou do měsíce probíhají v domově mše. Obyvatelé si této možnosti cení, zájem o ni je mezi věřícími poměrně značný. Na oddělení zdravotně-sociálních lůžek dochází pravidelně za seniory 1 krát týdně nemocniční kaplan.

Při dotazech týkajících se nepravidelně organizovaných aktivit se nejčastěji zmiňovanou činností stalo pořádání koncertů, společenských zábav. Mnoha respondentům se líbí klasická hudba, country a dechovka. „*Ty koncerty mám rád, jen kdyby byly častěji*“.

Informovanost o aktivitách

Hlavními zdroji informací jsou nástěnky s informacemi, nebo personál konající službu. Důležité je, aby to bylo napsané velkým písmem a výrazným, jinak si toho málokdy někdo všimne.

Návštěvy

Jsou velmi důležité pro respondenty, často čekají na své rodinné příslušníky. Často se stává, že čekají na rodinné příslušníky, kteří již nežijí. Je velmi důležité klienty uklidnit a nevyvracet jim tyto okolnosti. Důležité je najít vhodnou odpověď, aby nedošlo k rozladění klienta. Respondenti na návštěvách oceňují především to, že stráví čas s nejbližšími.

10.2 Potvrzení či vyvrácení daných hypotéz

Hypotéza č. 1

Hypotéza nebyla potvrzena. Podle provedených individuálních rozhovorů a pozorování respondentů senioři odpovídali, že čím více aktivní mají stáří, tím je jejich život lepší a kvalitnější. Aktivní stáří se odvíjí od poskytované zdravotnické péče personálem. Z odpovědí bylo zjištěno, že aktivnější život mají senioři, kteří dbají o svůj zdravotní stav. Je pravdou, že se senioři dožívají vyššího věku i podle zjištění určitých studií. Nemůže se s jistotou dokázat, že se senioři dožívají vyššího věku dobrou zdravotnickou péčí, ale zdravým životním stylem můžeme jejich život prodloužit o pár let.

Hypotéza č. 2

Hypotéza byla potvrzena. Pokud je poskytována kvalitní zdravotnická a ošetrovatelská péče, je kvalitní život respondenta lepší a vždy se to projeví jako první na seniorech. Klienti nejsou pasivní a negativní ve všech složkách denních aktivit. Proto je velmi důležité dbát na správnou a kvalitní péči, jelikož zdravotnický personál je s respondenty 24 hod denně a někdy je to pouze personál, kdo je pro

respondenty jediný blízký člověk, kterého mají. V dnešní době se hodně dbá na celkovou kvalitní péči o seniory.

Hypotéza č. 3

Hypotéza byla potvrzena. V dnešní době je poskytována zdravotní i sociální péče v České republice na dobré úrovni. Sociální a zdravotní péče se neustále rozvíjí a je také více zaměřena na péči o seniory. Podle různých studií a mediálních poznatků ve zprávách či na konferencích zabývajících se touto problematikou, je v České republice spousta seniorů, kteří by potřebovali ubytovat v rezidenčním bydlení. Bohužel, podle studií a informovanosti, je v České republice méně lůžek pro starší populaci, než by byla potřeba. Proto jsou alespoň zřizovány odlehčovací služby, denní stacionáře pro odpočínutí pečujících rodin.

Výzkum byl zaměřen na starší populaci žijící v rezidenčním bydlení. Cílem zde bylo nahlédnout do problematiky seniorů žijících v rezidenčním bydlení a na jejich kvalitu života.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě kvalitativního výzkumu prováděného v domově pro seniory a na zdravotně-sociálních lůžkách v rámci individuálních rozhovorů se seniory a zaměstnanci se bude doporučovat opatření pro následné zlepšení.

Domov seniorů Dřevčický park s.r.o.

Tato doporučení budou také předložena zřizovateli domova pro seniory.

- **Pravidelné hodnocení domova klienty** - mělo by probíhat každého půl roku. Hodnocení by mělo probíhat buď formou rozhovorů či formou dotazníku. Do sbírání dat o seniorech, by se měli zapojit i pracovníci sociálních služeb, jelikož s klienty tráví většinu času.
- **Praktický lékař** - častější návštěvy praktického lékaře – oproti současnému stavu 1x týdně, alespoň 2 x týdně
- **Strava** – přiblížení stravy domácí kuchyni. Omezení umělých ochucovadel a mastných pokrmů. Přesné informace na jídelním lístku.
- **Aktivity** - informovat každého klienta zvláště o pravidelných aktivitách sepsaných na listu papíru, aby měl přehledně informace u sebe na pokoji nebo na nástěnce na chodbě. Zvýšit frekvenci výletů (výstavy, procházky), společenských akcí atd.
- **Zajistit možnost dobrovolníků** – například vystavení inzerátů na webových stránkách nebo na nástěnce v domově. Zaměření na aktivity, které by byly vhodné pro muže (dílna, zahrada...).

Zapojit do aktivizační činnosti i ošetřující personál v rámci individuálních aktivit.

Zdravotně-sociální lůžka v Psychiatrické nemocnici Bohnice

- **Pravidelné hodnocení zdravotně-sociálních lůžek klienty** – mělo by probíhat, každé 3 měsíce, jelikož tu klienti stráví maximálně 2 roky a poté odcházejí do jiného zařízení. Ale jsou zde i klienti, kteří tu tráví pouze 3 měsíce. Hodnocení by mělo probíhat formou rozhovorů, měli by se zapojit do rozhovorů i pracovníci sociálních služeb, jelikož tráví se seniorem více času během dne.
- **Strava** - tady by byla důležitá schůze s nutričním terapeutem z jiné nemocnice. Probrat s ním veškerá dietní omezení a seznámit nutričního terapeuta se skladbou seniorů na oddělení.

Zvýšit počet procházek po parku psychiatrické nemocnice. Zajistit možnost výletů mimo areál zařízení (výstavy, ZOO,..).

Provádění aktivit všech pracovníků v sociálních službách. Aktivity by se měly provádět na pokoji u těch klientů, kteří jsou imobilní a upoutání na lůžko.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat kvalitu života v domově pro seniory, který je soukromým zařízením a na zdravotně-sociálních lůžkách, což je zařízení státní. Nejdříve byla vymezena teorie, která souvisela s danou tematikou o kvalitě života seniorů. Zabývá se stárnutím a stářím, změnou chování ve stáří, zdravotní a sociální péčí, kvalitou života seniorů a volnočasovými aktivitami. Je zde rozepsáno v krátkosti to, co se týká stáří a péče o seniory, kterou poskytuje Česká republika

Empirická část výzkumu byla zaměřena na kvalitní život seniorů v těchto zařízeních. Byly zde provedeny nestrukturované rozhovory s respondenty, zaměstnanci a také s rodinnými příslušníky. Výzkum nám umožní nahlédnout na kvalitu života seniorů v daném zařízení, zda jsou zde ubytovaní respondenti spokojeni či naopak. Závěrem empirické části se může konstatovat, že díky zvolenému typu výzkumu se člověk podívá hlouběji do problematiky stáří, která je v poslední době často probírána v médiích.

Výzkum potvrdil domněnku, že ideální kvalitní život by senioři prožili v domácím prostředí, ale to bohužel není vždy možné v rámci zdravotního stavu. Je známo, že při odchodu do nového a neznámého zařízení si klienti tak rychle nezvyknou na nové prostředí a někdy to vede ke zhoršení zdravotního stavu klienta.

Potvrzením výzkumných otázek a hypotéz v rámci výzkumu bylo zjištěno, jak vnímají kvalitu života senioři v dané instituci. Zaměření bylo hlavně na volnočasové aktivity, které instituce provádějí velmi dobře a seniorům se líbí. Senioři vnímají pobyt v dané instituci jako další etapu života. Také bylo zjištěno ve výzkumu, jaké okolnosti zasahují do kvality života a to je většinou zdravotní stav, který znesnadňuje celkovou kvalitu života. Hypotézy byly potvrzeny v rámci výzkumu.

Výzkum byl zaměřen na seniory žijící v rezidenčním bydlení. Cílem zde bylo nahlédnout do problematiky seniorů žijících v rezidenčním bydlení a na kvalitu jejich života.

Dalším cílem bylo neodchylovat se od názvu diplomové práce. Při zpracování výzkumu, co se týče rozhovoru, byla zachována maximální autentičnost a zachování respektu k respondentům.

Při zpracovávání tohoto tématu bylo zjištěno, že se péče o seniory a jejich kvalitní život moc neliší, pokud se jedná o soukromé zařízení či státní. V dnešní době je velmi důležité dbát na kvalitní život ve stáří, aby bylo dožití stáří důstojné. Jediný rozdíl mezi zařízeními, který se našel, je v rámci finanční situace. Soukromé zařízení je finančně náročnější než státní. V soukromém zařízení je čekací doba kratší, než ve státním zařízení na ubytování seniora.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ABEL, R. a A. KNER. *Jak se vyrovnat se stářím*. Karmelitánské nakladatelství, 1995. ISBN 978-80-7195-334-0
- BORTZ, W.M. 1995. *Zdravě a úspěšně až do přirozené stovky*. 1. vydání. Praha: Alternativa, 1995. 257 s. ISBN 80-4147-254-6
- DVOŘÁKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3628-9(brož).
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha. Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-686-5
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9
- HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub ve spolupráci s nakladatelstvím Columbus, 1997. ISBN 80-7176-536-8.
- HOLCZEROVÁ, V. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1 vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1995, ISBN 80-7066-941-1
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1
- KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOVÁČ, D. *Kultivace integrované osobnosti. / Cultivating of integrated personality. / Psychologie dnes*, 2004. 32-34s.
- KUBÍČKOVÁ, M. *Stáří jako životní šance*. Praha: onyx, 1998. ISBN 978-80-852-2807-6

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce* Praha. Portál, 2008. ISBN 978-80-7376-368-0.
- MLYNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
- MOŽNÝ, I. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*, 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 207 s. ISBN 80-7178-624-1
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PIDRMAN, V. *Demence* 1. vyd. Příbram: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha. Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.
- SAK, O. a K. KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5
- VAĐUROVÁ, H. MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*, 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd., v nakl. Portál 1. Praha: Portál, 397 s., 2003. ISBN 807178740x.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

- FAHEY, T. a C. WHELAN. *Monitoring duality of life in Europe*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006. ISBN 92-897- 0210-9
- GREEN R. C. a W. Stewart. *APOE and the diagnosis of Alzheimer's disease*. Neurology Network Commentary, 1998. ISBN 1-884735-96-7

Seznam použitých internetových zdrojů

Ministerstvo práce a sociálních věcí. „*Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*“. [online]. c2008, [cit. 1. února 2015]. Dostupný na WWW: <<http://www.mpsv.cz>>.

Česká alzheimerovská společnost. [online]. c2008, [cit. 18. února 2015]. Dostupný na www: <<http://www.alzheimer.cz>>.

Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 17. června 2009 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, s. 2902 - 2016, ISSN 1211-1244. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb061-09-pdf.aspx.

Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, roč. 1993, částka 1, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>.

SEZNAM ZKRATEK

ADL - Activities of Daily Living

AN - Alzheimerova nemoc

BSPD - Behavioral and Psychological Symptoms od Dementia

CNS - Centrální nervový systém

CT - Počítačová tomografie

ČAS - Česká Alzheimerova společnost

ČR - Česká republika

DMO - Dětská mozková obrna

EKG – Elektrokardiogram

HRQoL - Health-related quality of life

MMSE - Mini – Mental State Examination

MPSV - Ministerstvo prací a sociálních věcí

MR - Magnetická rezonance

PNB - Psychiatrická nemocnice Bohnice

QQL - Quality of life

S.R.O. – Společnost s ručením omezeným

WHO - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb	42
Obrázek 2: Zahrada v Domově pro seniory	III
Obrázek 3: Vybavenost pokojů v domově pro seniory	III
Obrázek 4: Jídelna v domově pro seniory	IV
Obrázek 5: Konferenční místnost pro společenské akce	IV
Obrázek 6: Pečení	V
Obrázek 7: Arteterapie a výtvarná činnost na zdravotně- sociálních lůžkách Bohnice..	VI
Obrázek 8: Pečení a vaření na zdravotně-sociálních lůžkách Bohnice	VI
Obrázek 9: Kino sál na zdravotně-sociálních lůžkách Bohnice	VII
Obrázek 10: Individuální terapie – nácvik jemné a hrubé motoriky	VII
Obrázek 11: Práce na zahradě – mužská aktivita	VIII

Seznam tabulek

Tabulka 1: Model kvality života	43
Tabulka 2: Věkové rozmezí	58
Tabulka 3: Dosažené vzdělání seniorů	59
Tabulka 4: Rodinný stav	60
Tabulka 5: Doba strávená v domově pro seniory a na zdravotně sociálních lůžkách	61
Tabulka 6: Soužití osob na pokoji	62
Tabulka 7: Rodinný příslušníci	63
Tabulka 8: Zdravotní problémy	64
Tabulka 9: Reakce na stěhování	66
Tabulka 10: Pomocná ruka při stěhování	67
Tabulka 11: Adaptační proces	68
Tabulka 12: Cena ubytování	69
Tabulka 13: Změny v zařízení	70
Tabulka 14: Aktivity	71
Tabulka 15: Záliby	72
Tabulka 16: Návštěvy rodin v rezidenčním bydlení	73

Tabulka 17: Život v domácím prostředí	74
Tabulka 18: Aktivity seniorů	75
Tabulka 19: Umístění v rámci zdravotního stavu do dané instituce	79
Tabulka 20: Zvládnutí adaptace seniora	80
Tabulka 21: Finance.....	81
Tabulka 22: Dopláčení za pobyt	82
Tabulka 23: Smíření s pobytem	83
Tabulka 24: Návštěvy	84
Tabulka 25: Smíření se zdravotním stavem.....	85
Tabulka 26: Hledání zařízení	86

Seznam grafů

Graf 1: Věk	59
Graf 2: Vzdělání.....	60
Graf 3: Rodinný stav	61
Graf 4: Pobyt v domově seniorů a na zdravotně-sociálních lůžkách.....	62
Graf 5: Počet osob na pokoji.....	63
Graf 6: Děti	64
Graf 7: Zdravotní stav	65
Graf 8: Smíření s přestěhováním	66
Graf 9: Pomoc při stěhování	67
Graf 10: Adaptace	68
Graf 11: Finanční cena pobytu.....	69
Graf 12: Změny v bydlení.....	70
Graf 13: Oblíbená aktivita	71
Graf 14: Zájmy.....	72
Graf 15: Návštěvnost rodinných příslušníků	73
Graf 16: Návratnost do domácího prostředí	74
Graf 17: Odpolední aktivita	75
Graf 18: Zařazení dle zdravotního stavu do dané instituce	79
Graf 19: Adaptace.....	80
Graf 20: Finanční situace	81
Graf 21: Dopláčení za pobyt seniora v určitém zařízení	82

Graf 22: Smíření s pobytem v dané instituci	83
Graf 23: Návštěvnost seniora.....	84
Graf 24: Smířenost se zdravotním stavem seniora	85
Graf 25: Hledání zařízení v blízkosti bydliště	86

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B - Fotodokumentace Domov seniorů Dřevčický park.....	III
Příloha C - Fotodokumentace zdravotně- sociální lůžka Bohnice	VI
Příloha D - Rozhovor	IX

Příloha A - Dotazník

Dotazník rodina

Vážená paní / pane

Jmenuji se Renáta Flanderová a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského v Praze, obor speciální pedagogika. Ráda bych vás požádala o vyplnění anonymního dotazníku, který bude použit k závěru diplomové práce „Kvalita života seniorů v rezidenčním bydlení“. Můžete si zvolit mezi odpovědí ano či ne. Na uvedou odpověď odpovězte zakroužkováním jedné z možností.

Děkuji za Vaší ochotu a spolupráci,

Bc. Renáta Flanderová

1. Bylo rozhodnutí dát do dané instituce vašeho rodinného příslušníka, z důvodu zdravotního stavu?

Ano

Ne

2. Zvládl váš příbuzný dobře adaptaci v novém zařízení mimo domov?

Ano

Ne

3. Je Vaše finanční situace únosná, aby rodinný příslušník mohl pobývat v této dané instituci?

Ano

Ne

4. Dopláčíte za rodinného příslušníka určitou finanční částku za pobyt v zařízení?

Ano

Ne

5. Je rodinný příslušník smířen, že již po zbytek života bude bydlet v této instituci?

Ano

Ne

6. Jak často navštěvujete rodinného příslušníka v domově senioru nebo na zdravotně-sociálních lůžkách?

denně

alespoň 1krát za týden

alespoň 1 krát za měsíc

7. Smířili jste se zdravotním stavem vašeho rodinného příslušníka?

Ano

Ne

8. Hledali jste dané zařízení poblíž vašeho bydliště či bydliště rodinného příslušníka?

Ano

Ne

Příloha B - Fotodokumentace Domov seniorů Dřevčický park

Obrázek 2: Zahrada v Domově pro seniory



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 3: Vybavenost pokoje v domově pro seniory



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 4: Jídelna v domově pro seniory



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 5: Konferenční místnost pro společenské akce



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 6: Pečení



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Příloha C - Fotodokumentace Zdravotně- sociální lůžka Bohnice

Obrázek 7: Arteterapie a výtvarná činnost na zdravotně-sociálních lůžkách Bohnice



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 8: Pečení a vaření na zdravotně-sociálních lůžkách Bohnice



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 9: Kino sál na zdravotně-sociálních lůžkách Bohnice



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 10: Individuální terapie – nácvik jemné a hrubé motoriky



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Obrázek 11: Práce na zahradě – mužská aktivita



Zdroj: autor práce, 2014 (vlastní šetření)

Příloha D - Rozhovor

Rozhovor s paní C.

T = autor, tazatel

C = paní C

T: Dobrý den, paní učitelko C.C., mohu Vám položit pár otázek, které potřebuji do svého výzkumu pro svou diplomovou práci. Vše, co si tady budeme spolu povídat, zůstane mezi námi a v mé práci budete uváděna pod šifrovanými slovy C.C. Mohu se tedy zeptat, jaké máte zdravotní problémy?

C: No, mě netrápí momentálně nic, je mi dobře, sama si všude dojdu, akorát mě bolí ta ruka. Ale problémy mám jako každý, vysoký tlak, cukrovka a toho je... (smích)

T: A ta ruka Vás v něčem omezuje, třeba při jídle, oblékání nebo v něčem jiném?

C: No, při stravě ani ne, ale při oblékání svršku, to musím si vždy zavolat nebo počkat na sestru.

T: A trápí Vás ještě nějaké jiné problémy?

C: Trápí mě to časté zapomínání, někam jdu a v tu chvíli zapomenu, proč jsem tam vůbec šla. No, jo už stárnu a blbnu (*smích*).

T: Tak já bych Vám položila další otázku, jaký jste měla důvod k přestěhování na zdravotně-sociální lůžka?

C: Co mě vedlo, ani nevím, rozhodla za mě má dcera. Jelikož jsem zde v areálu nemocnice ubytovaná už pár let, je to takový můj přechodný domov. Ale domů jezdím, tak mi to ani nepřijde, že jsem ubytovaná někde jinde.

T: Tak to zde berete jako odpočinek?

C: Ano, dá se to taky tak říct, ale já půjdu brzo domů.

T: A těšíte se? A na co?

C: Ano, moc se těším, no hlavně na dceru a na děti do školy.

T: Učíte ve škole? Co učíte za předmět?

C: Ano, učím první stupeň. Učím matematiku a český jazyk.

T: Tak to klobouk dolů, to já český jazyk a matematiku moc nezvládala a dodneška nezvládám (*smích*).

C: Však taky, každý máme vklady pro něco jiného. Vás baví práce tady jako sestry a to já bych zase nezvládla (*smích*). A jste velmi vnímavá k lidem, už jsem si toho všimla a ráda si s vámi povídám, beru vás jako moji dceru.

T: Mohu se zeptat, víte, jak dlouho jste ubytovaná zde na tomto pavilonu? A pomohl vám někdo se stěhováním sem?

C: Já ani neví, ale pár měsíců to už bude, ale kolik, to vám nepovím. No, mě sem přivezla do nemocnice sanitka, a tak jsem se nestěhovala. Věci, co potřebuji, mi sem donese vždycky dcera, když potřebuji něco. Ale já toho moc nepotřebuji.

T: To nevádí, ale líbí se Vám tady? Co tak nejčastěji potřebujete přinést od dcery?

C: Ano, líbí, jsou zde příjemné a ochotné sestřičky, které mi pomůžou, když něco potřebuji. No, co potřebuji? Tak to jsou hygienické potřeby a něco dobrého na zub, ať mám z toho života taky něco sladkého (*smích*).

T: (*smích*) Ano, sladké je dobré, třeba nějaké dortíky z cukrárny, jako třeba větrník (*smích*). Co vy máte ráda za sladké?

C: (*smích*) Ano, větrník je dobrý, ale já radši dorty ovocné, ty mám nejraději.

T: Jak dlouho trvalo, než jste si zde zvykla?

C: Chvilku, já jsem takový nezmar a všude si zvyknu.

T: Víte, kolik stojí pobyt v tomto zařízení?

C: To bohužel nevím. Dcera mi vždy řekne, že na to moje měsíční penze stačí. Tak snad mluví pravdu (*smích*). Nepřála by si, aby za mě pobyt musela doplácet má vlastní rodina, tam jsou ty peníze potřebnější.

T: Změnila byste něco v oblasti bydlení či ve stravě?

C: V bydlení bych změnila, aby měl každý vlastní pokoj. Jelikož nás je na pokoji šest a stává se mi, že mi nějaká paní z pokoje vždy něco ukradne z mé skříně jako

jsou sladkosti. Říkám jí pořád, že to nesmí dělat, a ona mi lže do očí, že mi nic nevzala, a to jsem ji kolikrát načapala u skříně. Strava je zde dobrá, tu bych neměnila. Akorát mi chybí zde ovoce a zelenina čerstvá, ale tu mi donáší má dcera.

T: To mě mrzí. A řekla jste to sestřičkám? Je zde v zařízení nějaká oblíbená aktivita, která vás baví? A jaké byly vaše zájmy dříve, co jste ráda dělala?

C: Neřekla, tohle si vyřeším sama, nebudu do toho tahat další osoby. No, mě dříve bavilo cestování po České republice. Ráda luštím křížovky a čtu historické romány. A tady ráda navštěvuji ranní cvičení, trénování paměti, kde trošku musím přemýšlet (*smích*). Člověk by neřekl, jak všechno pomalu a jistě zapomíná.

T: Povídala jste, že Vás navštěvuje dcera je ještě někdo jiný, kdo Vás navštěvuje? A jak často?

C: Navštěvuje mě pouze dcera a to vždy v pátek po práci.

T: Chtěla byste se vrátit domů?

C: Ano, a to hned. Ale teď nemohu, jsem v nemocnici, až se uzdravím, tak půjdu domů.

T: Co dnes plánujete dělat?

C: Teď si půjdu lehnout a pak půjdu na odpolední kavárnu posedět u dortíka, co jsme dopoledne pekli, a poslechnout si hudbu.

T: Děkuji Vám moc za spolupráci, paní učitelko, při odpovídání, přeji vám krásné odpoledne a dobrou chuť při zákusku.

C: Nemáte za co děkovat, rádo se stalo. Mějte se krásně, paní učitelko.

Poznámka: Rozhovor s klientkou byl proveden víckrát. Odpovědi se nějak moc nelišily, ale klientka žije v domnění, že je v nemocnici pouze na léčení s cukrovou, či s vysokým tlakem. Věří, že až se uzdraví, nastoupí zpět do školy učit.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Renáta Flanderová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Kvalita života seniorů v rezidenčním bydlení

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 96

Celkový počet stran příloh: 16

Počet titulů českých použitých zdrojů: 27

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.