

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KADEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELŮ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY

Bakalářská práce

Obor studia: Sociální práce

Autor: Denisa Héjarová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Silvie Kotherová, Ph.D.

Olomouc 2021

Obsah

Úvod.....	6
1. Kvalita života	8
1.1 Vymezení pojmu kvalita života	8
1.2 Subjektivní kvalita života	9
1.3 Měření kvality života.....	9
1.4 Nástroje měření kvality života.....	10
2. Pečovatelská služba.....	12
2.1 Vymezení pojmu pečovatelská služba	12
2.2 Skupiny, jimž je poskytována pečovatelská služba.....	13
2.3 Pečovatelská služba v rámci Charity ČR.....	13
2.4 Pečovatelská služba Charity Olomouc	14
3. Senioři a lidé zdravotně znevýhodnění	16
3.1 Vymezení pojmu starý člověk	16
3.2 Vymezení pojmu člověk se zdravotním znevýhodněním	16
3.3 Vliv sociální práce na kvalitu života	17
3.4 Sociální služby pro staré a zdravotně znevýhodněné lidi.....	18
4. Vliv prostředí na kvalitu života ve stáří	21
4.1 Česká studie poukazující na možný vliv prostředí	21
4.2 Faktory sehrávající důležitou roli v kvalitě života	22
4.3 Americká studie poukazující na možný vliv prostředí	23
4.4 Porovnání výsledků české a americké studie	25
5. Empirická část.....	28
5.1 Cíl práce, výzkumné otázky	28
5.2 Metoda sběru dat	29
5.3 Popis zkoumaného vzorku.....	31
5.4 Průběh výzkumu.....	35
5.5 Analýza dat	35
5.6 Shrnutí výsledných zjištění.....	41
Závěr	43
Seznam použité literatury a zdrojů.....	45
Seznam grafů a tabulek	48
Seznam příloh.....	49

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života uživatelů pečovatelské služby“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 12. 12. 2021

Podpis

Anotace

Jméno a příjmení:	Denisa Hénarová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociální práce
Obor obhajoby práce:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. Silvie Kotherová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022
Název práce:	Kvalita života uživatelů pečovatelské služby
Anotace práce:	<p>Cílem mé práce je zjistit a porovnat kvalitu života uživatelů pečovatelské služby ve městě a na venkově. Předmětem mého empirického šetření je zjistit, jak uživatelé pečovatelské služby subjektivně vnímají kvalitu svého života. Kvalitu života ovlivňuje několik faktorů. Mezi tyto faktory patří fyzické zdraví, prožívání (psychické zdraví), sociální vztahy a také prostředí, ve kterém uživatel žije. Cílem mé práce je zjistit, jak jsou uživatelé spokojeni s těmito faktory, které ovlivňují kvalitu jejich života. Cílem mé práce je také zjistit, jaký je rozdíl ve spokojenosti s těmito faktory u uživatelů žijících ve městě a na venkově. Jako hlavní metodu svého kvalitativního šetření jsem použila standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, protože v pečovatelské službě jsou jak senioři, tak i mladší dospělý uživatelé. Dotazník obsahuje 24 položek, které jsou sdružené do čtyř faktorů (domén). Jsou to fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dále obsahuje dvě samostatné položky, kde respondent hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Cílem mé práce bude zjistit, které výše zmíněné faktory dominují ve dvou podmínkách (město, venkov). Data budou sbírána v pečovatelské službě na venkově a ve městě, která je součástí Charity Olomouc. Z empirického šetření vyplývá, že mezi uživateli žijícími ve městě a na venkově jsou nepatrné rozdíly ve spokojenosti s oblastmi, které ovlivňují kvalitu jejich života.</p>
Klíčová slova:	kvalita života, subjektivní kvalita života, pečovatelská služba, starý člověk, člověk zdravotně znevýhodněný
Title of Thesis	Quality of life of care service users
Annotation:	<p>The aim of my work is to find out and compare the quality of life of users of care services in the city and in the countryside. The subject of my empirical research is to find out how users of the care service subjectively perceive the quality of their lives. Quality of life is affected by several factors. These factors include physical health, experience (mental health), social relationships and also the environment in which the user lives. The aim of my work is to find out how satisfied users are with these factors that affect their quality of life. The aim of my work is also to find out the difference in satisfaction with these factors for users living in the city and in the countryside. I used the standardized WHOQOL-BREF questionnaire as the main method of my qualitative survey, because both seniors and younger adult users are in the care service. The questionnaire contains 24 items, which are grouped into four factors (domains). These are</p>

	physical health, experience, social relationships and the environment. It also contains two separate items, where the respondent evaluates the overall quality of life and health status. The aim of my work will be to find out which of the above mentioned factors dominate in two conditions (city, countryside). Data will be collected in the care service in the countryside and in the city, which is part of Caritas Olomouc. Empirical research shows that there are slight differences in satisfaction between users living in urban and rural areas with areas that affect their quality of life.
Keywords:	quality of life, subjective quality of life, care service, old person, handicapped person
Název příloh vázaných v práci:	Přílohy: č.1 Dotazník, č. 2 Souhlas s provedením výzkumu kvality života uživatelů pečovatelské služby
Počet literatury a zdrojů:	23
Rozsah práce:	55 s. (85 008 znaků včetně mezer)

Úvod

Bakalářská práce se bude zabývat kvalitou života uživatelů pečovatelské služby. Závěrečná práce bude členěna na teoretickou a empirickou část. Cílem mé práce je zjistit a porovnat kvalitu života uživatelů pečovatelské služby ve městě a na venkově. Ve své práci chci vyšetřit, jak uživatelé pečovatelské služby sami vnímají a hodnotí kvalitu svého života. Kvalita života je ovlivňována různými faktory. K těmto faktorům patří fyzické zdraví, prožívání (psychické zdraví), sociální vztahy a také prostředí, kde uživatel žije. Ve své práci se také budu věnovat tomu, jak jsou uživatelé spokojeni s faktory, které ovlivňují kvalitu jejich života a jestli existuje rozdíl ve spokojenosti s těmito faktory u uživatelů, kteří žijí ve městě a na venkově. Zjištění spokojenosti s různými faktory, které ovlivňují kvalitu života, může pracovníkům pečovatelské služby pomoci s tím, na jaké oblasti se mají při péči o své uživatele zaměřit, aby kvalita jejich života byla co nejvyšší.

Teoretická část bude rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole se budu věnovat kvalitě života. V této kapitole bude vymezen pojem kvalita života a subjektivní kvalita života, který je pro mou práci velmi důležitý, protože tato práce se bude zabývat tím, jak oblasti, které ovlivňují kvalitu života, hodnotí sami uživatelé. Dále zde budou popsány možnosti měření kvality života a nástroje, které lze použít při měření kvality života. Druhá kapitola bude věnována pečovatelské službě. V této kapitole bude vymezen pojem pečovatelská služba. Budou zde popsány skupiny, jimž je poskytována. Jedna z podkapitol bude pojednávat o pečovatelské službě v rámci Charity ČR. Poslední podkapitola se bude věnovat přímo pečovatelské službě Charity Olomouc, protože zde budu realizovat svoje šetření. Třetí kapitola bude věnována seniorům a lidem zdravotně znevýhodněným, kteří jsou uživateli pečovatelské služby a budou respondenty v mém šetření. V této kapitole bude vymezen pojem starý člověk a člověk se zdravotním znevýhodněním. Těmto pojmům se zde budu věnovat, jelikož uživateli pečovatelské služby jsou staří lidé i mladší dospělí lidé se zdravotním znevýhodněním. Dále se tato kapitola bude věnovat vlivu sociální práce na kvalitu života seniorů a zdravotně znevýhodněných. Poslední podkapitola bude sloužit jako přehled sociálních služeb, které mohou využívat staří lidé a lidé se zdravotním znevýhodněním. Čtvrtá kapitola se bude zabývat vlivem prostředí na kvalitu života ve stáří. V této stěžejní kapitole poukážu na různé faktory, které mohou sehrávat důležitou roli v životě seniorů. Dále zde zmíním českou a americkou studii, které se zabývaly kvalitou života seniorů. Pro svou práci jsem

vybrala tyto studie, protože porovnávají kvalitu života českých a amerických seniorů na venkově a ve městě. Jiné studie, které jsem k tomuto tématu našla, se zabývaly pouze venkovem nebo městem. Všechny studie se zabývají kvalitou života seniorů, jelikož většina uživatelů pečovatelské služby je již v seniorském věku. V poslední podkapitole budou shrnuty výsledky těchto dvou studií.

Jako hlavní metodu svého empirického šetření použiji standardizovaný dotazník v českém prostředí WHOQOL-BREF, protože v pečovatelské službě jsou jak senioři, tak i mladší dospělí uživatelé. Data pro mé šetření budou sbírána v pečovatelské službě, která je součástí Charity Olomouc a pomáhá uživatelům na venkově i ve městě.

1. Kvalita života

V této kapitole se budu zabývat tím, co je kvalita života, jak se měří a také tím, jaké nástroje se na měření kvality života používají. Vymeším zde také pojem subjektivní kvalita života. Subjektivní kvalita života je pro mou práci stěžejní, protože chci ve své práci zjistit, jak uživatelé pečovatelské služby subjektivně kvalitu svého života vnímají.

1.1 Vymezení pojmu kvalita života

Poprvé se termín kvalita života objevil už ve 20. letech 20. století. Byl myšlen jako podpora státu lidí z nižších společenských vrstev. (Wood-Dauphinee, 1999, podle Hnilicová, 2005, s. 205). Znovu se tento termín objevil v 60. letech 20. století, kdy si americký prezident Johnson kladl jako jeden z cílů své politiky zlepšení kvality života Američanů. Myslel tím to, „*jak dobře se lidem za určitých podmínek žije*“ (Hnilicová, 2005, s. 205). V 70. letech poprvé proběhlo v USA celonárodní šetření kvality života, které mělo zjistit subjektivní faktory, jak lidé hodnotí svůj život. (Campbell et al, 1976, podle Hnilicová, 2005, s. 206). V této době se začíná termín kvalita života používat ve výzkumu (Hnilicová, 2005, s. 205). Zjistilo se, že kvalitu života lidí v určitém prostředí např. venkov nebo město nelze popsat jen pomocí objektivních ukazatelů, hlavně ekonomických, ale je třeba brát v potaz i další sociální ukazatele. V současné době při výzkumu kvality života hledáme faktory, které vedou k „*dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí*“ (Hnilicová, 2005, s. 206). V literatuře již bylo napsáno mnoho definic kvality života, ale žádná z nich není všeobecně akceptovaná (Hnilicová, 2005, s. 207). Podle Světové zdravotnické organizace kvalita života v dnešní době vypovídá o tom, jaký má vliv zdravotní stav a podmínky života na člověka. Další definici kvality života uvádí Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu: „*Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“ (Hnilicová, 2005, s. 208). Lze říct, že kvalita života má dvě úrovně. Je to subjektivní kvalita života a objektivní kvalita života. Subjektivní kvalita života zahrnuje spokojenost jedince se životem a citové prožívání života, jak ho hodnotí on sám. Objektivní spokojenost zahrnuje materiální a sociální podmínky života, sociální status ve společnosti a fyzické zdraví (Centrum pro výzkum kvality života, 2002, podle Hnilicová, 2005, s. 207).

1.2 Subjektivní kvalita života

Subjektivní kvalita života je to, „*jak jedinec vnímá a hodnotí své postavení v světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu*“ (Vymětal, 2010, s. 215). Jestli je člověk spokojený nebo nespokojený souvisí s jeho zdravotním stavem, s jeho mezilidskými vztahy a smysluplností jeho života (Vymětal, 2003, s. 215). Pro subjektivní vnímání kvality života je důležité kognitivní hodnocení a prožívání emocí vlastního života, což nemusí přímo souviset s ekonomickým statutem ani s biologickým zdravím (Berg, 1976, Schmale et al, 1983, podle Hnilicová, 2005, s. 206). Berg ve výzkumu spolu se svými spolupracovníky vytvořil sadu 50 položek. Respondenti hodnotili tyto položky na stupnici 0 až 10. Otázky byly zaměřené na hodnocení kvality a smyslu života. Nejvyšší hodnotu měla položka „*Být schopen používat své duševní schopnosti*“. Nejmenší hodnotu měla položka „*Být schopen jít do kina*“ (Berg et al., 1976, s. 392). Výsledky ukázaly, že kognitivní, emocionální a sociální funkce byly trvale respondenty hodnoceny jako nejdůležitější (Berg et al., 1976, s. 393). Kvalita života je tedy „*subjektivní a individuální*“ a definuje ji to, jak kvalitu života vnímá každý jednotlivý člověk. Subjektivní kvalita života ukazuje nesoulad mezi očekáváním a realitou nebo možnostmi a skutečností člověka. V různých životních etapách a situacích se může kvalita života velmi lišit (Hudáková & Majerníková, 2013, s. 39). Je zaměřená hodnotově, propojuje spokojenost s hodnocením důležitosti. Zvýrazňuje důležitost osobních hodnot a preferencí, což souvisí s uspokojováním potřeb (Hudáková & Majerníková, 2013, s. 40).

1.3 Měření kvality života

Kvalita života může být měřena ze tří různých úhlů. Je to „*objektivní měření sociálních ukazatelů možností, bariér a zdrojů okolí, subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi*“ (Kirby, 1994, podle Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 10). Ukazatele objektivního měření je lépe použít v případě, že měříme kolektivní kvalitu života nebo porovnáváme různé skupiny obyvatel. Nehodí se použít v případě jednotlivců. Patří sem např. ukazatele jako vzdělání nebo stabilita rodiny. Celková spokojenost se životem představuje „*výsledek osobních hodnot a životního stylu*“, kterým se jedinec snaží tyto hodnoty naplnit. Subjektivní spokojenost s jednotlivými životními oblastmi zahrnuje např. fyzickou kondici, trávení volného času, prožívání atd. (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 10). Subjektivní

spokojenost tvoří základ nejen pro měření kvality života, ale i pro měření subjektivní pohody. Nástroje na měření kvality života i subjektivní pohody obsahují otázky, které vypovídají o spokojenosti s různými oblastmi života (Gurková, 2011, s. 39). Ve svém výzkumu kvality života se chci zaměřit na subjektivní spokojenost uživatelů pečovatelské služby s různými oblastmi jejich života. Z této subjektivní spokojenosti lze zjistit, jaká je kvalita jejich života. Z vnějšího pohledu může život uživatelů pečovatelské služby vypadat, že je kvalitní a nic jim nechybí. Většinou všichni mají rodinu, zázemí, materiální zajištění a někteří uživatelé během návštěvy pečovatelské služby ani nedávají najevo, že jim něco chybí. Nebo naopak může život uživatelů pečovatelské služby vypadat z vnějšího pohledu jako nekvalitní, protože uživatel např. jenom leží na lůžku. Záleží ovšem na každém jedinci, jak svou situaci hodnotí. Zjistit, jak se každý uživatel cítí, můžeme pomocí dotazníku, který se zabývá subjektivní spokojeností s různými oblastmi života, které ovlivňují kvalitu života.

1.4 Nástroje měření kvality života

Na zjištění kvality života se nejčastěji používají dotazníky a strukturované rozhovory. Dotazníky mohou být všeobecné nebo speciální. Speciální dotazníky jsou určeny pro pacienty, kteří mají určité specifické potíže a jsou v nich obsažené položky, které zjišťují, jak tyto obtíže ovlivňují kvalitu života pacienta (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 10). „*U každého dotazníku je uvedena zkratka, plný název, autoři, účel měření, cílová populace, způsob administrace, počet položek, původní jazyk, ověřené jazykové verze a další informace*“ (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 11). Při výběru nástroje na měření kvality života je důležitá jeho dostupnost v češtině. Většina nástrojů kvality života jsou totiž dotazníky, které byly vytvořeny a následně validizovány v angličtině. S rozvojem mezinárodních klinických studií se začínají využívat i v jiných jazycích. Přesto se může výzkumník dostat do situace, kdy je nástroj dostupný jenom v anglickém jazyce a nemá jeho překlad v cílovém jazyce. Potom může použití a kvalitu dotazníku ovlivnit jeho překlad (Gurková, 2011, s. 122). V ČR jsou nejvíce využívány dotazníky WHOQOL-BREF, SF-36 a EQ-5, které jsou dostupné v českém i slovenském překladu. Dotazník SF-36 hodnotí zdravotní stav a využívá se např. při zjišťování zdravotního stavu obyvatel (Gurková, 2011, s. 145). Dotazník EQ-5 hodnotí také zdravotní stav, a to pomocí dvou ukazatelů. Je to subjektivní a objektivní ukazatel. Objektivní ukazatel se skládá z pěti položek. Patří sem např. pohyblivost, sebez péče. Subjektivní ukazatel je analogová škála,

na které respondent označí svůj subjektivně vnímaný zdravotní stav (Gurková, 2011, s. 146). Dotazník WHOQOL-BREF zkoumá čtyři oblasti, které mohou mít vliv na kvalitu života. Je to fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy a prostředí (Gurková, 2011, s. 148). Dalším dotazníkem, který se zabývá kvalitou života je dotazník PGWB. Tento dotazník hodnotí interpersonální a emocionální stavy, které ukazují aktuální stav subjektivní pohody (Gurková, 2011, s. 146). Zatímco dotazníky SF-36 a EQ-5 se zabývají pouze zdravotní stránkou kvality života, dotazník PGWB hodnotí zase pouze subjektivní pohodu. Dotazník WHOQOL-BREF se zabývá, jak zdravotní stránkou, tak i dalšími oblastmi lidského života, které také ovlivňují kvalitu života. Tento dotazník hodnotí kvalitu života ve více oblastech než předchozí dotazníky a je dostupný v českém jazyce i s příručkou pro jeho vyhodnocení, proto jsem ho zvolila pro své šetření.

V první kapitole jsem se zabývala klíčovým pojmem kvalita života, jak se měří a také tím, jaké nástroje se měření kvality života používají. Vymezila jsem pojem subjektivní kvalita života, který je pro mou práci také velmi důležitý, protože ve své práci zkoumám subjektivní kvalitu života uživatelů pečovatelské služby, tedy to, jak ji hodnotí sami uživatelé.

2. Pečovatelská služba

Druhá kapitola se bude zabývat pojmem pečovatelská služba. Jejím vymezením a skupinám, kterým je poskytována. Dále se tato kapitola bude zabývat pečovatelskou službou v rámci Charity ČR a pečovatelskou službou Charity Olomouc, ve které budu provádět výzkum pro tuto práci.

2.1 Vymezení pojmu pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osoby nebo zařízeních sociálních služeb. Poskytuje se jako terénní nebo ambulantní. Pečovatelská služba pomáhá osobám při osobní hygieně nebo poskytuje podmínky pro osobní hygienu, pomáhá při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomáhá při zajištění chodu domácnosti, pomáhá při zajištění stravy nebo stravu poskytuje. Dále může také zprostředkovat kontakt se společenským prostředím (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 40).

Pečovatelská služba může být poskytována obcí, církevními právníckými osobami, nestátní neziskovou organizací a fyzickou osobou. Obec má několik možností, jak pečovatelskou službu zřídit. Obec sama může poskytovat pečovatelskou službu, může zřídit příspěvkovou organizaci nebo právníckou osobu, která pečovatelskou službu vykonává. Obec může také zadat poskytování pečovatelské služby na svém území jiným registrovaným poskytovatelům. Na území obce může současně fungovat více poskytovatelů pečovatelské služby, které obec podporuje a nezadá ji jen vybraným poskytovatelům (Vítová, 2010, s. 34). Církev poskytovala od středověku nejstarší organizovanou pomoc potřebným. Byly to řádové nemocnice a útulky pro staré, chudé, zmrzačené, sirotky atd. (Kodymová, 2012, s. 111). Církevní právnícké osoby mají velké zkušenosti s poskytováním pečovatelské služby, protože ve své práci navazují na tyto své předchůdce. Většinou se jedná o velké organizace, které kromě pečovatelské služby nabízejí i další sociální služby. Mezi tyto služby patří například domácí ošetrovatelská péče nebo domácí hospicová péče. Služby církevních organizací nabízejí uživatelům navíc duchovní podporu. Nestátní neziskové organizace, které provozují pečovatelskou službu, jsou hlavně obecně prospěšné společnosti a občanská sdružení. U těchto organizací je většinou motivem pro založení pečovatelské služby dobročinnost, rozvoj nebo doplnění služeb. Tyto organizace nemají zřizovatele, proto je pro ně těžší překlenout

období, kdy je zhoršené financování těchto služeb. Všechna rizika, která plynou z poskytování služby, jsou na těchto organizacích. Fyzické osoby mají také možnost poskytovat pečovatelskou službu. Mohou poskytovat ošetrovatelskou i pečovatelskou službu zároveň. Menší poskytovatelé mají větší problém, aby splnily všechny povinnosti, které jim ukládá zákon, což fyzické osoby často od provozování pečovatelské služby odrazuje (Vítová, 2010, s. 35).

Mezi zásady poskytování pečovatelské služby patří *„zachování lidské důstojnosti, individuálně určené potřeby, aktivní působení, podpora rozvoje samostatnosti, motivace, posilování sociálního začlenění a dodržování lidských práv a základních svobod“* (Kainráthová, 2010, s. 232).

2.2 Skupiny, jimž je poskytována pečovatelská služba

Pečovatelská služba *„je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby“* (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 40). Nejvíce je pečovatelská služba poskytována seniorům, zdravotně postiženým a lidem, kteří jsou chronicky nemocní. Pečovatelská služba může mít stanovenou i *„negativní cílovou skupinu“*. To je skupina osob, které sice splňují požadavky na poskytování sociální služby, ale z nějakého důvodu jim nemůže být poskytnuta. Může to být z důvodu, že uživatel například ohrožuje sebe nebo okolí nebo má nestabilizovanou duševní nemoc (Kainráthová, 2010, s. 232).

2.3 Pečovatelská služba v rámci Charity ČR

Charitní pečovatelská služba úzce spolupracuje s charitní ošetrovatelskou službou a zajišťuje *„co nejdelší setrvání uživatelů služeb ve vlastním sociálním prostředí a využívání jejich vlastní vztahové sítě tím, že uspokojuje jejich bio-psycho-sociální a duchovní potřeby“* (Hofmanová, 2010, s. 365). Charitní pečovatelská služba zajišťuje základní činnosti, fakultativní činnosti, doplňkové činnosti a půjčovnu pomůcek. Mezi základní činnosti patří např. pomoc zvládnout běžné úkony při péči o vlastní osobu, pomoc zvládnout hygienu atd. Mezi fakultativní činnosti patří např. výchovně vzdělávací činnosti, základní poradenství atd. K doplňkovým činnostem se řadí např. doprava. Součástí péče o uživatele je také spolupráce s dobrovolníky. Dobrovolníky má na starosti

konkrétní zaměstnanec, který před zahájením práce dobrovolníky zaškolí (Hofmanová, 2010, s. 372). Charitní pečovatelská a ošetrovatelská služba spolupracuje ve prospěch uživatele s praktickým lékařem, duchovním, psychologem, lůžkovými zařízeními, ústavy sociální péče, rodinnými příslušníky a ostatními zdravotně sociálními zařízeními Charity i mimo Charitu (Hofmanová, 2010, s. 376).

2.4 Pečovatelská služba Charity Olomouc

V této podkapitole chci představit pečovatelskou službu Charity Olomouc, ve které bude probíhat mé šetření. Pečovatelská služba Charity Olomouc je terénní služba, která je poskytována uživatelům v místě jejich bydliště. Služba nabízí podporu v dosavadním způsobu života dospělým a seniorům. Pomáhá jim s činnostmi, které sami nezvládají. Jde o péči o vlastní osobu a domácnost (Pravidla pečovatelské služby Charity Olomouc, 2019, s. 1). Cílem pečovatelské služby je „*podporovat uživatele, aby mohli zůstat ve svém domácím prostředí, podporovat uživatele v soběstačnosti tím, že jsou jim poskytnuty takové pečovatelské úkony, které sami nezvládají a podporovat uživatele v kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*“ (Matulka, 2016, s. 3). Cílovou skupinou této služby jsou senioři a dospělí lidé, kteří si vzhledem ke svému věku, nemoci či postižení nemohou sami zajistit běžné denní činnosti v péči o sebe a svoji domácnost. Do této cílové skupiny patří osoby s kombinovaným postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se zdravotním postižením a senioři. Mezi zásady, kterými se řídí pečovatelská služba Charity Olomouc, patří respekt k soukromí uživatele, svobodné rozhodnutí uživatele, profesionalita, individuální přístup, lidská důstojnost a úcta k člověku, podpora samostatnosti uživatele a naplňování duchovních potřeb. Služba se poskytuje každý den i o víkendech a svátcích od 7:00 do 20:00h. (Pravidla pečovatelské služby Charity Olomouc, 2019, s. 1). „*Všichni zaměstnanci pečovatelské služby plně respektují přání uživatelů. Od začátku spolupráce je služba nastavena dle přání a potřeb každého člověka*“ (Matulka 2016, s. 3).

Každý uživatel má právo na individuální přístup. Rozsah a průběh péče plánuje společně s uživatelem jeho klíčový pracovník. Péči plánuje tak, aby byly naplňovány osobní cíle uživatele. K tomuto účelu slouží Individuální plán uživatele, který obsahuje časové vymezení návštěv, rozsah sjednané služby, důležitá specifika služby a další potřebné skutečnosti. Individuální plán uživatel spolu s klíčovým pracovníkem pravidelně přehodnocuje (Pravidla pečovatelské služby Charity Olomouc, 2019 s. 2).

Všichni uživatelé pečovatelské služby mají nějaké postižení, které musí překonávat. Pečovatelská služba Charity Olomouc se snaží jim s tímto postižením pomoci a zachovat jim kvalitu života, případně ji zvyšovat svou pomocí. Také se snaží o zachování jejich soběstačnosti a pomáhat jim jen s tím, co sami nezvládnou, čímž se mohou cítit užiteční. Myslím si, že nejvíce uživatelům pečovatelské služby chybí sociální kontakt a možnost si popovídat. Rodina na ně často nemá tolik času, kolik by si uživatelé přáli. Pečovatelky si s uživateli během služby povídají, ale musí také hospodařit s časem a někdy nemohou být u každého uživatele tak dlouho, jak by si přál. Mají i další uživatele, kteří potřebují pomoc. Přítomnost pečovatelky se platí a každý uživatel nemá tolik finančních prostředků, aby mohl mít na návštěvě pečovatelku delší čas. Pečovatelská služba Charity Olomouc také využívá dobrovolníky, kteří přispívají k vyšší kvalitě života uživatelů. Náplní dobrovolnické činnosti v pečovatelské službě je především dělat uživateli společnost, případně procházky s uživatelem. Podle vedoucí pečovatelské služby pomáhá 5 dobrovolníků ve městě pravidelně a dlouhodobě navštěvuje uživatele v domácnosti. Na venkově žádný. Ve venkovském prostředí je však těžké najít dobrovolníka pro určitého uživatele a dojíždění z jiné obce nebo města může být pro dobrovolníka problém. Větší přítomnost dobrovolníků by mohla zvýšit kvalitu života uživatelů pečovatelské služby. Kvalitu života pomáhá zlepšit také edukační místnost, ve které si uživatelé a jejich rodiny mohou prohlédnout a vyzkoušet různé kompenzační pomůcky. Tyto pomůcky si také mohou zapůjčit v půjčovně kompenzačních pomůcek, která je hned vedle edukační místnosti. Ke zvýšení kvality života uživatelů pořádá pečovatelská služba na Vánoce posezení pro uživatele s cimbálovou hudbou a 2x ročně výlet pro uživatele.

Tato kapitola se zabývala pečovatelskou službou. Jejím vymezením a skupinám, kterým je poskytována. Dále se tato kapitola zabývala pečovatelskou službou v rámci Charity ČR a pečovatelskou službu Charity Olomouc, ve které budu provádět šetření pro tuto práci.

3. Staří lidé a lidé zdravotně znevýhodnění

Ve třetí kapitole objasním pojmy starý člověk a člověk zdravotně znevýhodněný, protože tyto lidé jsou uživateli pečovatelské služby a současně byli respondenty mého výzkumu. Jedna z podkapitol se bude věnovat vlivu sociální práce na kvalitu života. V poslední podkapitole představím přehled sociálních služeb, které mohou využít obě skupiny.

3.1 Vymezení pojmu starý člověk

Světová zdravotnická organizace rozděluje vyšší věk na čtyři etapy: 45-59 let střední věk, 60-74 let vyšší věk, 75-89 let stařecký věk, 90 let a výše dlouhověkost (Haškovcová, 2002, s. 10).

Podle Matouška (2016, s. 214) věkové období stáří začíná v západní kultuře v 60-65 letech. Je to období, kdy lidé odcházejí do důchodu. V tomto období někteří z těchto lidí potřebují více zdravotní péči a postupně ztrácí soběstačnost. Jen málo lidí, kteří se dožijí 80 let je zdravých a soběstačných.

Člověk v tomto období bývá označován pojmem důchodce, který se považuje za neaktivního a neproduktivního člověka. Také se u něj předpokládají zdravotní problémy, které mohou mít za následek ztrátu soběstačnosti a funkčních schopností. Staří lidé, ale nejsou stejná skupina bez individuálních rozdílů. Značný počet seniorů i v důchodu přispívá společnosti. Stejně tak věk seniora neznamena, že senior potřebuje větší péči. Sociální práce se zaměřuje hlavně na seniory, kteří jsou nějakým způsobem ohroženi. Mohou to být staří lidé, kteří žijí osaměle, jsou propuštěni z nemocnice, jsou dlouhodobě nemocní atd. (Janečková, 2010, s. 163).

3.2 Vymezení pojmu člověk se zdravotním znevýhodněním

Pečovatelská služba nepomáhá jenom seniorům. Pomáhá i mladším lidem se zdravotním postižením, kteří se o sebe nebo svou domácnost sami nedokážou postarat.

V současné době neexistují přesné informace o tom, kolik je v populaci zdravotně znevýhodněných. Je to dáno tím, že zdravotní a sociální služby si nepředávají informace, ve statistikách se nevidují všechny druhy postižení a kvůli ochraně osobních dat se vedou statistiky jen u nemocí, které mají epidemiologický charakter. Pro odhad počtu zdravotně znevýhodněných mohou sloužit hlavně statistiky, které vykazují poskytnutou sociální péči nebo pomoc. V ČR existuje řada klasifikačních kritérií zdravotního znevýhodnění,

kteřou lidé se zdravotním znevýhodněním kritizují a požadují, aby byla vypracována jednotná definice zdravotního postižení (Kodymová & Koláčková, 2010, s. 89-90).

Dle různých provedených výzkumů by zdravotně znevýhodnění nechtěli žít v ústavech ani v nemocnicích a nestojí o soucit. „*Stejně jako všichni ostatní lidé chtějí žít ve společnosti nejbližších tam, kde se narodili, vést normální osobní i rodinný život, žít ve vlastním bytě, mít zaměstnání, rozhodovat sami, jak budou trávit čas*“ (Starová, 2003, podle Kodymová & Koláčková, 2010, s. 90).

3.3 Vliv sociální práce na kvalitu života

Sociální práce zajišťuje pomoc těm seniorům, kterým se zhoršil zdravotní stav a poklesly jejich funkční schopnosti a jejich soběstačnost (Janečková, 2010, s. 163). Senior nemůže uspokojovat své každodenní potřeby tak, jak byl zvyklý, což významně snižuje kvalitu jeho života (Janečková, 2010, s. 164). Člověk, který je zvyklý si všechno obstarat sám, toho najednou není schopný. Obrací se na pečovatelskou službu, aby mu pomohla s běžnými činnostmi, které dříve zvládal sám. Takto postižený člověk je vystaven psychickému vypětí, které má následně vliv na kvalitu jeho života. Může mu pomoci také rodina. V dnešní době, kdy se odchod do důchodu stále posouvá, rodinní příslušníci mohou být zaměstnaní a nemají čas se ještě starat o člena své rodiny. Bez sociální pomoci pečovatelské služby by tento člověk nemohl dále zůstat v domácím prostředí. Někteřím seniorům nevádí pobyt v domově pro seniory a v případě, že se rodina o něho nemůže starat, tam rádi odcházejí. Někteří by rádi zůstali v domácím prostředí, a pokud se o ně nemůže starat nikdo z rodiny, pomáhá jim pečovatelská služba.

Terénní sociální práce se starými lidmi je jednak práce s uživatelem a jednak práce s jeho rodinou v jeho přirozeném domácím prostředí. Sociální práce se snaží o jeho začlenění do společnosti a zachování jeho dobré fyzické kondice a aktivity (Janečková, 2010, s. 171). Je důležité, aby sociální pracovník dobře znal potřeby rizikových starých osob a nabídl jim služby, které jim mohou pomoci řešit jejich těžkou životní situaci, která vznikla ze sociálních, zdravotních nebo ekonomických důvodů. Terénní sociální práce musí dobře zmapovat situaci starých lidí ve svém okolí, protože někteří staří lidé nechtějí nebo neumějí dát najevo své potřeby. Nejvíce ohroženi bývají staří lidé žijící osaměle, chudí, čerstvě propuštění z nemocnice atd. Sociální pracovník využívá k hodnocení potřeb starého člověka rozhovor, pozorování jeho chování a prohlédnutí jeho životního

prostředí. Při zavádění sociální služby je také důležité zjistit funkčnost rodiny, míru soběstačnosti a aktivity starého člověka, vhodnost domácího prostředí atd. (Janečková, 2010, s. 172).

Každý uživatel by měl mít *svého „klíčového pracovníka“*. Ten zjistí, jaké jsou potřeby uživatele, poskytne mu informace o možných službách a pomůže mu spolu s jeho rodinou sestavit *„balíček potřebných služeb“*. V domácím prostředí by rizikový senior, který potřebuje sociální službu, měl mít také svůj *„individuální plán péče“*. Tento plán je třeba v průběhu péče v pravidelných intervalech vyhodnocovat a upravovat podle potřeb uživatele a podmínek, ve kterých uživatel žije. Cílem sociální práce se starými lidmi v domácím prostředí je, aby v tomto prostředí zůstali, co nejdéle. Dalším cílem je podporovat rodinu v její péči o uživatele (Janečková, 2010, s. 173).

Pečovatelská služba neposkytuje svou pomoc jen seniorům, ale i mladším dospělým uživatelům, kteří mají nějaké zdravotní postižení a nejsou schopni se sami postarat o svou osobu nebo o svou domácnost. V posledních letech se sociální práce se zdravotně znevýhodněnými zaměřuje na jejich v ideálním případě inkluzi nebo alespoň integraci do společnosti. Při integraci zdravotně znevýhodněných jde hlavně o jejich úspěšné začlenění do společnosti. Oba tyto procesy se snaží o společný život zdravotně znevýhodněných a zdravých lidí, který bude plnohodnotný a bude respektovat jejich individuální schopnosti a možnosti rozvoje (Kodymová & Koláčková, 2010, s. 97). Začlenění zdravotně znevýhodněných uživatelů pečovatelské služby do společnosti, kteří nejsou v seniorském věku, je složitější. Pokud tyto uživatele potřebují pomoc pečovatelské služby, mají již vážné zdravotní postižení nebo nemoc, která jim brání začlenit se do společnosti. V pečovatelské službě Charity Olomouc mají uživatelé většinou roztroušenou sklerózu v pokročilém stádiu nebo těžší postižení po mozkové mrtvici. Tito uživatelé mají plný invalidní důchod. Sociální práce s nimi probíhá jako se seniory. Sociální pracovnice spolu s uživatelem sepíše individuální plán péče a pomůže mu vybrat služby, které potřebuje.

3.4 Sociální služby pro staré lidi a zdravotně znevýhodněné

V této podkapitole bych ráda představila přehled sociálních služeb, které mohou v České republice staří a zdravotně znevýhodnění využívat. Nemusí využívat pouze pečovatelskou službu, i když tato služba je společná pro obě skupiny. Chci zde ukázat, jak široká je síť sociálních služeb pro tyto skupiny.

Sociálních služby pro seniory:

1. „*Domovy – penziony pro důchodce*“: senioři, kteří jsou zdraví a soběstační si zde pronajímají byt a k tomu si mohou zaplatit některé služby např. úklid, nákupy, stravování
2. „*Domy s pečovatelskou službou*“: tato zařízení nabízejí byty do pronájmu, kromě bydlení poskytují také pečovatelskou službu, která je zde v pracovní dny trvale přítomna (Janečková, 2010, s. 178).
3. „*Domovy důchodců*“: nabízejí trvalé ubytování a další různé služby např. péči o domácnost, aktivizační programy, ošetrovatelskou a rehabilitační péči (Janečková, 2010, s. 179).
4. „*Pečovatelská služba*“: zajišťuje pomoc seniorům v jejich domácnosti
5. „*Zařízení pro denní pobyt (domovinky)*“: jsou to zařízení určená pro seniory, kteří mají omezené fyzické nebo psychické schopnosti a potřebují denní péči (Jarošová, 2006, s. 49).
6. „*Přechodné pobyty*“: jsou pro seniory, o které se rodina na určitou dobu nemůže postarat
7. „*Kluby důchodců*“: jsou určeny pro seniory se stejnými potřebami, kteří jsou lokálně a zájmově spojeni
8. „*Osobní asistence*“: tato služba chce pomoci uživateli žít co nejdéle v domácím prostředí (Jarošová, 2006, s. 50).
9. „*Svépomocné skupiny pro rodiny pečující o seniory*“
10. „*Poradenské služby nemocným s demencí a jejich rodinám*“ (Matoušek, 2011, s. 102).

Zdravotně postiženým lidem jsou poskytovány hlavně tyto sociální služby:

1. „*Domovy pro osoby se zdravotním postižením*“
2. „*Chráněné bydlení*“: je to bytová služba, která uživateli zajišťuje ubytování a stravu, ale také pomáhá a podporuje uživatele při péči o domácnost a v dalších aktivitách
3. „*Podpora samostatného bydlení*“: lidem, kteří žijí ve vlastní domácnosti, nabízí pomoc a podporu při péči o domácnost a v dalších aktivitách
4. „*Centra denních služeb*“: mohou uživateli pomoci s hygienou, poskytnout mu stravování, také mohou pořádat různé činnosti, které uživatele vzdělávají nebo ho aktivují
5. „*Pečovatelská služba*“: je to nejčastěji poskytovaná sociální služba v ČR seniorům a zdravotně postiženým. Pečovatelská služba pomáhá uživateli v jeho domácnosti s úkony, které sám nezvládne. Pečovatelky pomáhají uživatelům s oblékáním, s osobní hygienou, zařizují jim nákupy, mohou jim dovést oběd atd.

6. „*Odlehčovací (respitní) služby*“: tato služba se snaží o to, by si rodina uživatele odpočinula od péče o jeho osobu. Buď se o uživatele starají v domácím prostředí jen pečovatelé, nebo je uživatel převezen do pobytového zařízení, kde se o něj postarají. Péče bývá sjednána na určitou dobu (Matoušek, 2011, s. 107).

7. „*Průvodcovské a předčitatelské služby*“

8. „*Osobní asistence*“: asistent pomáhá uživateli s úkony, které by si udělal sám, pokud by neměl zdravotní postižení

9. „*Sociálně terapeutické dílny*“: tato služba je určena lidem, kteří nejsou schopni chodit do běžného zaměstnání, snaží se u uživatele podpořit pracovní návyky a rozvíjet jeho pracovní schopnosti

10. „*Sociálně aktivizační služby*“: asistent spolu s uživatelem dochází do běžného zaměstnání a pomáhá mu zvládnout v něm práci (Matoušek, 2011, s. 108).

11. „*Svépomocné skupiny*“

12. „*Poradenská centra pro zdravotně postižené*“: zřizují je některé kraje v ČR jako nestátní organizace, které pomáhají zdravotně postiženým a jejich rodinám obhájit svá práva (Matoušek, 2011, s. 109).

V této kapitole jsem se věnovala vymezení pojmu starý člověk a člověk zdravotně znevýhodněný, protože tyto lidé jsou uživateli pečovatelské služby. Představila jsem možnosti sociální práce se starými a zdravotně znevýhodněnými lidmi v domácím prostředí. Představila jsem také možnosti sociálních služeb pro obě skupiny.

4. Vliv prostředí na kvalitu života ve stáří

Ve čtvrté kapitole se budu zabývat studií, která píše o rozličných faktorech, které sehrávají roli v kvalitě života. Dále zde představím dvě studie, které se zabývaly rozdíly ve kvalitě života seniorů žijících ve městě a na venkově, jelikož většina uživatelů pečovatelské služby je v seniorském věku. Na konci této kapitoly budou shrnuty výsledky obou studií.

4.1 Studie o rozličných faktorech, které sehrávají roli v kvalitě života

Psychiatrické centrum Praha se v letech 2001–2004 zapojilo do mezinárodního projektu „*Měření kvality života seniorů a její vztah ke zdravému stárnutí*“. Do tohoto projektu se zapojilo 23 výzkumných center ze čtyř kontinentů (Dragomirecká & Šelepová, 2004, s. 91). Studie chtěla zjistit, zda je pojem kvalita života ve stáří v každé kultuře specifický a které faktory jsou společné pro všechny kultury. Kvalita života seniorů je často vnímána jako schopnost vést nezávislý život a hodnocení se soustředí jen na schopnost provádět běžné denní činnosti. Funkční schopnosti jsou určitě velmi důležité pro kvalitu života, ale existuje i mnoho dalších faktorů psychologických a sociálních, které přispívají ke kvalitnímu životu (Dragomirecká & Šelepová, 2004, s. 92). Mezi sociální faktory, kterými se tato studie zabývala, patří sociální vztahy (rodina, přátelé, společnost, postoje), životní podmínky (zdravotní a sociální péče, doprava, bezpečnost, peníze), aktivita (denní činnosti, práce, koníčky) a zdraví (emocionální – pozitivní myšlení, fyzické) (Dragomirecká & Šelepová, 2004, s. 95).

V tomto projektu byly využity řízené skupinové rozhovory (Focus groups). Tyto rozhovory sloužily k hledání témat, která jsou důležitá pro kvalitu života seniorů. Nejčastěji uváděné negativní aspekty, které mají vliv na kvalitu života ve starším věku byla diskriminace, zdravotní péče (cena léků), finance, nevýhody velkoměsta (bezpečí, doprava, fyzické bariéry), úraz, nemoc, ztráta partnera, ztráta kontaktů. V oblasti mezilidských vztahů to byly špatné vztahy mezi starými lidmi, ztráta sousedské pospolitosti a ztráta mezigenerační vzájemnosti (Dragomirecká & Šelepová, 2004, s. 94). Ke kvalitě života naopak přispívá aktivita (práce, zájmy, plány), svoboda vybírat a rozhodovat (volný čas, informace, plány), zájem a podpora rodiny (být užitečný, těšit se na něco), zachované duševní schopnosti, soběstačnost a schopnost vyrovnat se s nepříznivými podmínkami. Témata, která byla diskutována bylo možné rozdělit do čtyř oblastí. A to psychologické, biologické, sociální a životní podmínky. Do kategorie zdraví

bylo zahrnuto hlavně duševní zdraví. Fyzické zdraví nebylo spojeno přímo s kvalitou života, i když se považuje také za důležité (Dragomirecká & Šelepová, 2004, s. 95).

Všichni účastníci skupinových rozhovorů byli senioři žijící v ČR. Ve věku 60-79 let bylo 11 osob bylo zdravých a 8 osob nemocných, aktivních, žijících v domácím prostředí. Ve věku 80 a více let bylo 5 osob nemocných, kteří byli na rehabilitačním pobytu a 4 zdravé ženy, které docházejí do Domu aktivního stáří (Dragomirecká & Šelepová, 2004, s. 94). Výsledkem této etapy projektu bylo, že témata, která byla diskutována v rámci skupinových rozhovorů odpovídají obvyklému vymezení kvality života. Účastníci se nechtěli zabývat otázkami sexuality a smrti. Důležitá pro ně byla subjektivní povaha kvality života. Podle nich zdravotní stav a finanční situace kvalitu života ovlivňuje nepřímo, protože záleží na postoji a adaptaci člověka. Nejdůležitější pro ně byly mezilidské vztahy. Mladší účastníci (60-79 let) zmiňovali problémy spojené s odchodem do důchodu a negativní postoje mladé generace. Starší účastníci (80 a více let) naopak oceňovali pomoc mladší generace. Za důležité považovali sílu překonávat problémy a být aktivní (Dragomirecká & Šelepová, 2004, s. 95-96).

4.2 Česká studie poukazující na možný vliv prostředí

Studie socioložky Lucie Vidovičové, s názvem „*Vybrané rozdíly v kvalitě života českých seniorů ve městě a na venkově*“, která vyšla v roce 2018, zkoumá rozdíly v kvalitě života seniorů ve městě a na venkově. Tato studie zahrnuje 46 položek, které jsou rozděleny do 8 dimenzí. Výsledkem tohoto výzkumu je, že u 17 položek (37 %) mají města i vesnice stejné hodnoty. U 9 položek (20 %) mají města lepší podmínky pro kvalitu života a u 20 položek (43 %) je to venkov. Pokud bychom se nezabývali těmi položkami, které mají stejnou nebo podobnou hodnotu, „*pak bychom mohli říct, že kvalitu života na venkově poskytují dvě třetiny námi zvolených indikátorů (69 %)*“ (Vidovičová, 2018, s. 4). Tento poměr může ovlivňovat to, že ve studii nejsou rozlišena jednotlivá města, ani jednotlivé typy vesnického prostředí, teoretická volba dimenzí a indikátorů. Na druhou stranu počet zvolených indikátorů nám dává jistotu, že studie postihuje široce definovanou kvalitu života (Vidovičová, 2018, s. 4).

První zkoumanou dimenzí jsou „*Vztahy s rodinou a přáteli*“. V této dimenzi bylo zjištěno, že senioři žijí na venkově ve vícečlenných domácnostech a pozitivně hodnotí blízké i sousedské vztahy, což je u seniorů ve městě významně méně. Ovšem v míře subjektivní osamělosti se hodnocení nelišilo. Druhou zkoumanou dimenzí je

„*Emocionální well-being*“. V této dimenzi měli u položky osobní štěstí vyšší skóre vesničtí senioři, zatímco městští senioři měli vyšší skóre u položky pocitu užitečnosti. V ostatních dvou položkách se hodnoty nelišily (Vidovičová, 2018, s. 4-5). Třetí zkoumanou dimenzí je „*Materiální well-being*“. V této dimenzi venkovští senioři hodnotí výrazně pozitivně své materiální zajištění. To může být dáno tím, že na venkově jsou levnější náklady na bydlení a rodiny mají více členů, kteří si mohou vzájemně pomoci. Čtvrtou zkoumanou dimenzí je „*Zdraví*“. V této dimenzi se senioři, kteří žijí na venkově cítí subjektivně zdravější i méně často navštěvují lékaře. U položky podpora při chůzi byly hodnoty u seniorů ve městě i na venkově stejné. Pátou zkoumanou dimenzí je „*Ekonomická aktivita*“. V této dimenzi senioři, kteří žijí ve městě častěji a větší míře pracují, ale rozdíly mezi městem a venkovem nejsou tak velké. Šestou zkoumanou dimenzí je „*Pocit přináležení k lokální komunitě*“. Z šesti položek, které jsou v této dimenzi jsou tři ve prospěch vesnice a tři jsou neutrální. Senioři, kteří žijí na vesnici se častěji cítí ve svém prostředí jako doma a jsou více spokojeni se svým okolím. Sedmou dimenzí je „*Osobní bezpečí*“. V této dimenzi bylo respondentovo susedství hodnoceno tak, zda je bezpečné i za pobytu v noci. Podle předpokladu bylo lépe hodnoceno venkovské prostředí (Vidovičová, 2018, s. 5). Poslední dimenzí je „*Mobilita*“. Tato dimenze měla 10 položek, což je nejvíce ze všech dimenzí. V této dimenzi bylo zjištěno, že senioři ve městě více využívají hromadnou dopravu. Větší podíl seniorů na venkově má někoho, kdo je v případě potřeby odveze a také častěji řídí auto. Větší podíl seniorů musí ve městě překonávat schody při výstupu z obydlí. U přiznaných pádů se obě skupiny příliš neliší, pouze ve městě přiznávají horší následky (Vidovičová, 2018, s. 5-6). Senioři žijící ve městě jsou spokojenější s dostupností obchodů a služeb (Vidovičová, 2018, s. 7).

Podle výsledků této studie se senioři na venkově cítí subjektivně zdravější, mají vyšší příjmy a nižší výdaje na bydlení, mají lepší vztahy ve svém okolí, ve kterém mají pocit bezpečí. Senioři ve městě mají lepší dopravní infrastrukturu a víc příležitostí pro kulturní aktivity. Nejzajímavějším výsledkem této studie je fakt, že nejsou významnější rozdíly mezi městem a venkovem a v mnoha ohledech se život seniorů ve městě a na venkově neliší (Vidovičová, 2018, s. 6).

4.3 Americká studie poukazující na možný vliv prostředí

Studie s názvem „*Kvalita života u dospělých na venkově a ve městech ve věku 65 let a starších: zjištění z průzkumu národního průzkumu zdraví a výživy*“ se také zabývá kvalitou života seniorů žijících ve městě a na venkově. Výzkum proběhl v USA. V tomto výzkumu byly zkoumány souvislosti mezi třemi dimenzemi kvality života. Tyto dimenze jsou kvalita života související se zdravím, sociální fungování a emoční pohoda. Dále bylo zkoumáno zdravotní chování a potřebné faktory. Národní centrum pro Systém vzdáleného přístupu propojilo data z průzkumu Národního zdravotního a výživového šetření 2005-2006 se souborem dat Area Resources z roku 2007, který obsahuje zeměpisné údaje, aby bylo možno rozlišit městské a venkovské lokality. Tato data byla hodnocena podle venkovských, přilehlých a městských lokalit (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose & Mattos, 2012, s. 339).

„*HQOL (Zdravotní kvalita života)*“ byla měřena podle počtu fyzicky a duševně nezdravých dnů v posledním měsíci. U této položky bylo skóre 0-5, kdy nejvyšší skóre znamenalo 30 nezdravých dnů. „*Social functioning (Sociální fungování)*“ bylo hodnoceno dvěma položkami, a to počtem blízkých přátel a frekvencí, s nimiž osoba navštěvovala kostel nebo jiné náboženské služby. Skóre pro sociální fungování bylo 0-7, přičemž vyšší skóre představovalo lepší sociální fungování. „*Emotional well-being (Emocionální pohoda)*“ byla také hodnocena dvěma položkami. Položky byly vybrány tak, aby z odpovědí bylo cítit, zda senioři mají podporu a zažívají pocit emocionální pohody. První položka se ptala, jestli existuje někdo, kdo by jim byl emocionální podporou. Druhá položka se ptala, jestli v posledním roce potřebovali více emocionální podporu. Skóre pro emocionální pohodu bylo 0-2, kdy vyšší skóre znamenalo lepší emocionální pohodu (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose & Mattos, 2012, s. 341).

„*Health behaviors (Zdravotní chování)*“ bylo měřeno pomocí fyzické aktivity a využívání zdravotní péče. U fyzické aktivity byla měřena její úroveň v průměru každý den. Skóre hodnocení bylo 1-4, přičemž vyšší skóre znamenalo vyšší fyzickou aktivitu. Využití zdravotní péče bylo skórováno 0-5, přičemž vyšší skóre znamenalo 13 a více návštěv lékaře. „*Need factors (Potřebné faktory)*“ zahrnovaly počet chronických onemocnění, schopnost sebeobsluhy a psychický stav. Schopnost sebeobsluhy měla skóre 1-4, kdy nejvyšší skóre znamenalo neschopnost. Psychický stav byl měřen pomocí problémů s pamětí a depresí (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose & Mattos, 2012, s. 342).

Výzkumný vzorek obsahoval 911 dospělých ve věku 65 let a více. „*HQOL (Zdravotní kvalita života)*“ měla ve venkovských oblastech nižší skóre, což znamená, že lidé žijící na venkově zažili méně nezdravých dnů než lidé žijící ve městě. Lidé ve venkovských oblastech měli výrazně nižší „*Social functioning (Sociální fungování)*“ než lidé v městských oblastech, což naznačuje, že méně lidí ve venkovských oblastech mělo nejméně dva blízké přátele a navštěvovalo kostel nebo jiné náboženské služby více než jednou za poslední rok. Skóre u „*Emotional well-being (Emocionální pohoda)*“ bylo u lidí žijících na venkově téměř stejné jako u lidí žijících ve městě, což naznačuje, že většina lidí měla někoho, kdo jim dal veškerou emocionální podporu, kterou potřebovali v uplynulém roce (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose, Mattos & 2012, s. 342).

Výzkumem v oblasti „*Need factors (Potřebné faktory)*“, bylo zjištěno, že lidé žijící na venkově měli více chronických onemocnění, jejich schopnost sebeobsluhy byla nižší, hlásily více problémů s pamětí a měli častěji pocit deprese než lidé žijící ve městě. U „*Health behaviors (Zdravotní chování)*“ bylo zjištěno, že lidé žijící ve venkovských oblastech mají vyšší úroveň fyzické aktivity a dostávalo se jim více zdravotní péče než lidem žijícím ve městě (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose, Mattos & 2012, s. 342).

4.4 Shrnutí výsledků studií

V oblasti „*emocionální pohody*“ měli v české studii vesničtí senioři vyšší skóre u položky osobní štěstí a městští senioři u položky pocitu užitečnosti. V ostatních položkách se hodnoty příliš nelišily (Vidovičová, 2018, s. 4-5). V americké studii se v oblasti emocionální pohody spokojenost venkovských i městských seniorů výrazně neliší (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose, Mattos & 2012, s. 342).

V oblasti „*zdraví*“ se čeští senioři žijící na venkově subjektivně cítí zdravější a méně často navštěvují lékaře než ve městě. Podporu při chůzi potřebuje stejné množství seniorů ve městě jako na venkově (Vidovičová, 2018, s. 5). V americké studii měli naopak senioři žijící na venkově více zdravotních problémů a dostávalo se jim více zdravotní péče a jejich schopnost sebeobsluhy je nižší. Méně fyzicky a duševně nezdravých dnů zažili lidé na venkově (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose, Mattos & 2012, s. 342).

V oblasti „*sociální fungování*“ hodnotili čeští venkovští senioři více pozitivně blízké i sousedské vztahy než senioři ve městě. Při hodnocení subjektivní osamělosti se data ve městě a na venkově nelišila (Vidovičová, 2018, s. 5). V americké studii měli lidé

žijící na venkově naopak méně sociálních vztahů než senioři ve městě (Baernholdt, Yan, Hinton, Rose, Mattos & 2012, s. 342).

V oblasti „*prostředí*“ hodnotili v české studii vesničtí senioři pozitivně materiální zajištění. Ve prospěch vesnice jsou také tři položky z dimenze pocit přináležení k lokální komunitě a také bylo na venkově lépe hodnocena dimenze osobní bezpečí (Vidovičová, 2018, s. 5). V oblasti „*mobility*“ muselo více seniorů ve městě překonávat schody a více využívají MHD. Naproti tomu senioři na venkově většinou sami řídí auto nebo mají někoho, kdo je v případě potřeby odveze (Vidovičová, 2018, s. 5-6). Senioři žijící ve městě jsou spokojenější s dostupností obchodů a služeb (Vidovičová, 2018, s. 7). Americká studie se těmito otázkám nevěnovala.

V obou studiích se výsledky v oblasti „*emocionální pohody*“ příliš nelišily. Myslím si, že tento výsledek odpovídá tomu, že zda žijete ve městě nebo na venkově nemá příliš velký vliv, jak jste spokojená sama se sebou, jestli vám život dává smysl nebo máte potěšení ze života.

V oblasti „*zdraví*“ je zajímavé, že v české a americké studii byly výsledky odlišné. Myslím si, že výsledky české studie odpovídají mé zkušenosti se seniory. Na venkově není lékař tak dostupný jako ve městě, proto ho uživatelé na venkově navštěvují méně a raději se cítí zdravější. Návštěva lékaře ve městě je pro ně často vyčerpávající. V americké studii se naopak seniorům na venkově dostávalo více zdravotní péče.

V oblasti „*sociálního fungování*“ se výsledky české a americké studie také lišily. V české studii hodnotili senioři na venkově více pozitivně blízké a sousedské vztahy. Myslím si, že senioři žijící na venkově často žijí ve společném domě se svou dcerou nebo synem, a proto hodnotí více pozitivně blízké a sousedské vztahy. Lidé na venkově také více znají své sousedy. Zatímco lidé ve městě žijí častěji sami ve svém bytě a rodina za nimi jen dochází. Výsledky v hodnocení pocitu osamělosti se podle mě na venkově i ve městě nelišily, protože staří lidé se často cítí sami, i když rodina žije s nimi. Pracují v pečovatelské službě většina našich uživatelů se cítí sama. Rodina jim sice pomůže se spoustou věcí a má s uživatelem dobré vztahy, ale už nemá čas s uživatelem delší dobu posedět a povídat si s ním. V americké studii měli senioři na venkově méně sociálních vztahů než v městě, což může být způsobeno tím, že zde lidé na venkově žijí ve větších vzdálenostech od sebe.

Podle české studie v oblasti „*prostředí*“ má život na venkově i ve městě svá pozitiva. Myslím si, že senioři na venkově lépe hodnotili materiální zajištění, protože na venkově žijí většinou ve vlastním domě a nemusí tedy platit nájem jako ve městě. Také

lépe znají okolí, ve kterém se cítí bezpečněji než senioři žijící ve městě. Senioři žijící ve městě zase mohou využívat MHD a mohou více navštěvovat kulturní aktivity. Pro seniory žijící ve městě jsou také dostupnější obchody a služby. Senioři na venkově musí buď sami řídit auto nebo potřebují někoho, kdo je odveze např. k lékaři. Proto musí mít také dobré vztahy se svou rodinou. Americká studie tyto otázky neřešila.

Ve této kapitole jsem představila studii, která píše o rozličných faktorech, které sehrávají roli v kvalitě života. Dále jsem zde představila studie, které se zabývaly rozdíly ve kvalitě života seniorů žijících ve městě a na venkově, jelikož většina uživatelů pečovatelské služby je v seniorském věku. Na konci této kapitoly byly shrnuty výsledky obou studií.

5. Empirická část

V této části své práce představím cíl své práce a výzkumné otázky. Bude zde popsána metoda sběru dat a výzkumný vzorek respondentů. V další části této kapitoly bude popsán průběh výzkumu a analýza dat. Poslední podkapitola se bude věnovat shrnutí výsledných zjištění.

5.1 Cíl práce, výzkumné otázky

Cíl práce: zjistit a porovnat kvalitu života uživatelů pečovatelské služby ve městě a na venkově.

Předmětem mého empirického šetření je zjistit, jak uživatelé pečovatelské služby subjektivně vnímají kvalitu svého života. Předchozí studie se zabývaly kvalitou života seniorů ve městě a na venkově, ale nerozlišovaly, zda jsou respondenti uživateli pečovatelské služby. Mezi respondenty byli zdraví i nemocní lidé v seniorském věku. Pečovatelská služba pomáhá uživatelům, kteří jsou nemocní nebo mají zdravotní postižení. Tato služba pomáhá uživatelům ve městě i na venkově. Ve své práci jsem se snažila zjistit, s jakými oblastmi života a s jakými položkami jsou uživatelé nejméně spokojeni, aby mohla pečovatelská služba svým uživatelům v této oblasti více pomoci a tím zvýšit kvalitu jejich života. Mé šetření rovněž sledovalo zda, zde existuje významný rozdíl mezi spokojeností uživatelů ve městě a na venkově v oblastech ovlivňujících jejich kvalitu života. Ve své práci jsem vymezila základní faktory ovlivňující kvalitu života. Mezi tyto faktory patří fyzické zdraví, prožívání (psychické zdraví), sociální vztahy a také prostředí, ve kterém uživatel žije. Cílem mé práce pak bylo zjistit, jak jsou uživatelé spokojeni s těmito faktory. Znalost spokojenosti uživatelů pečovatelské služby s různými faktory, které ovlivňují kvalitu jejich života, může zaměstnancům pečovatelské služby pomoci zaměřit se na faktory a položky, se kterými jsou jejich uživatelé méně spokojeni. Tím, že se zaměří na tyto oblasti a položky mohou zvyšovat kvalitu života svých uživatelů.

Výzkumné otázky:

Jaký je rozdíl ve spokojenosti mezi městskými a venkovskými uživateli pečovatelské služby?

S jakou doménou života jsou uživatelé pečovatelské služby nejméně spokojeni?

Jak jsou uživatelé pečovatelské služby spokojeni s faktory, které ovlivňují kvalitu jejich života?

5.2 Metoda sběru dat

Pro výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu a jako techniku jsem si vybrala standardizovaný dotazník v českém prostředí WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100, který obsahuje sto položek a ukázal se pro klinickou praxi velmi dlouhý. Dotazník WHOQOL-BREF obsahuje celkem 26 položek. Z toho 24 položek, které jsou sdružené do čtyř oblastí (domén) (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 14). Mezi tyto čtyři domény patří fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dvě položky jsou samostatné. Samostatné položky hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 17). Dotazník WHOQOL-BREF jsem zvolila, protože v pečovatelské službě Charity Olomouc jsou jak senioři, tak i mladší dospělí uživatelé a je vhodný pro obě skupiny. Dotazník postihuje více oblastí, které mohou ovlivňovat kvalitu života.

Tabulka 1

Domény a položky dotazníku WHOQOL-BREF

Domény	Položky
1. fyzické zdraví	bolest a nepříjemné pocity (otázka č. 3)
	závislost na lékařské péči (otázka č. 4)
	energie a únava (otázka č. 10)
	pohyblivost (otázka č. 15)
	spánek (otázka č. 16)
	každodenní činnosti (otázka č. 17)
	pracovní výkonnost (otázka č. 18)
2. prožívání	potěšení ze života (otázka č. 5)
	smysl života (otázka č. 6)
	soustředění (otázka č. 7)
	přijetí tělesného vzhledu (otázka č. 11)
	spokojenost se sebou (otázka č. 19)
	negativní pocity (otázka č. 26)
3. sociální vztahy	osobní vztahy (otázka č. 20)
	sexuální život (otázka č. 21)
	podpora přátel (otázka č. 22)
4. prostředí	osobní bezpečí (otázka č. 8)
	životní prostředí (otázka č. 9)
	finanční situace (otázka č. 12)
	přístup k informacím (otázka č. 13)
	záliby (otázka č. 14)
	prostředí v okolí bydliště (otázka č. 23)
	dostupnost zdravotní péče (otázka č. 24)
	doprava (otázka č. 25)
2 samostatné položky	kvalita života (otázka č. 1)
	spokojenost se zdravím (otázka č. 2)

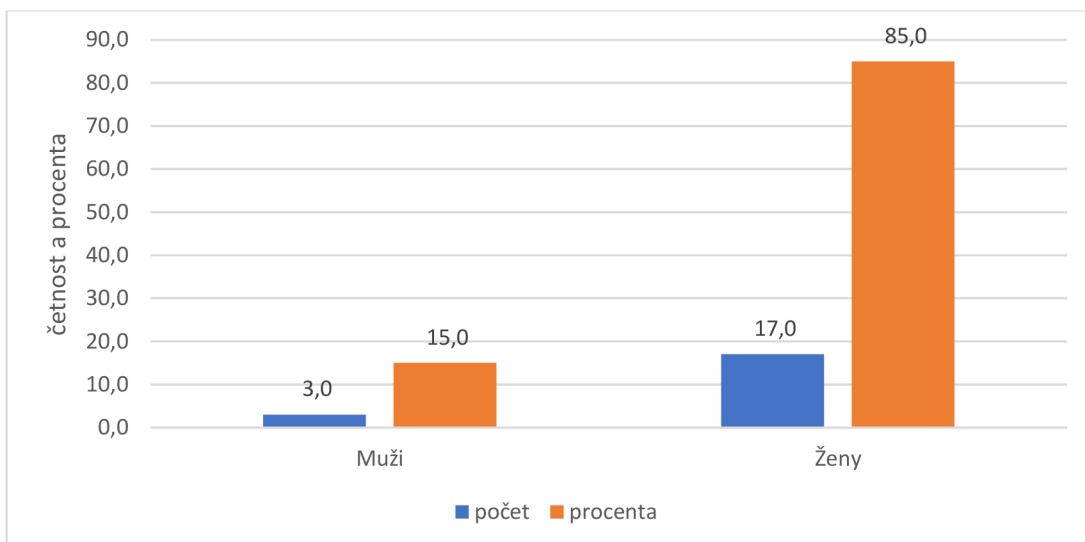
Administrace a vyhodnocení

Dotazník může respondent vyplnit samostatně nebo může být v případě potřeby předkládán formou rozhovoru. Ve své práci jsem zvolila samostatné vyplnění. Samostatné vyplnění trvá přibližně 5 minut. Některým uživatelům, kteří nebyli schopni sami číst nebo psát, jsem odpovědi do dotazníku zaznamenala. Vyplnění dotazníku trvalo také 5 minut jako při samostatném vyplnění a bylo anonymní. Dotazník obsahuje základní demografické údaje, kterými jsou pohlaví, věk, rodinný stav a bydliště (venkov nebo město). S uživateli, kteří nebyli schopni své odpovědi zaznamenat do dotazníku, jsem

dotazník vyplňovala u nich v domácnosti, kde byl na vyplnění klid, protože většina uživatelů žije sama. Během vyplňování dotazníku jsem respondenta neovlivňovala, v dotazníku jsem nic neměnila, otázky jsem nevysvětlovala a nekomentovala respondentovi odpovědi. Při měření kvality života použitím dotazníku WHOQOL-BREF je nutné, abychom spočítali průměrné hrubé skóry jednotlivých domén. Tyto hrubé skóry jednotlivých domén jsou vlastně standardizované průměrné hodnoty položek příslušných domén. U domény fyzické zdraví se bude průměrný hrubý skór počítat ze sedmi položek, u domény prožívání ze šesti položek, u domény sociální vztahy ze tří položek a u domény prostředí z osmi položek. Průměrné hrubé skóry domén jsou standardizovány tak, že rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje od minima 4 do maxima 20. Vyšší číslo znamená, že kvalita života je lepší (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, s. 23). Při tvorbě skóru jsem použila počítačovou aplikaci EXCEL.

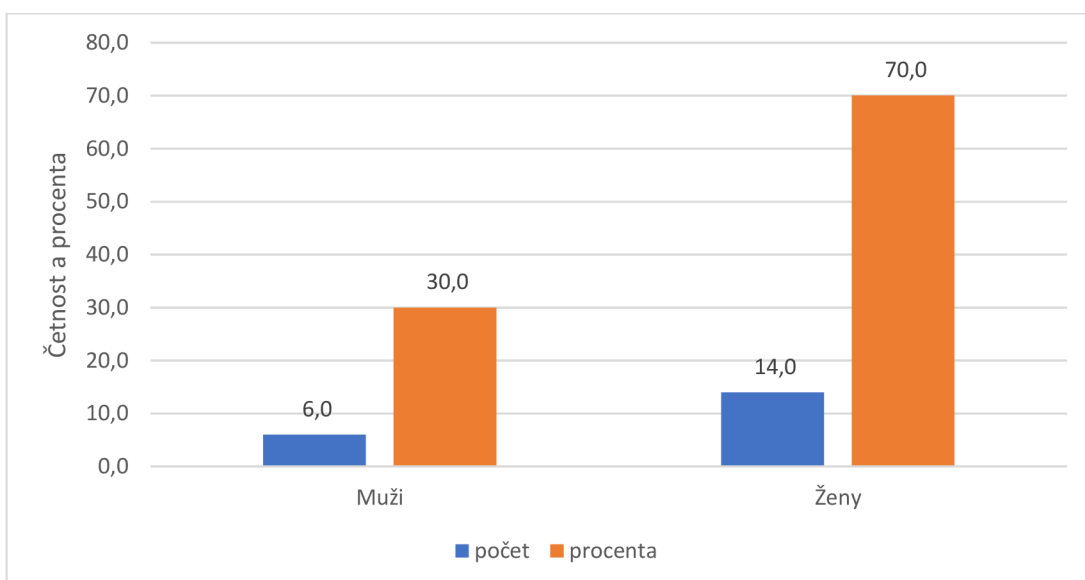
5.3 Popis zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek byli uživatelé pečovatelské služby Charity Olomouc. Výzkumného šetření se zúčastnilo 40 uživatelů pečovatelské služby Charity Olomouc. Byli to dospělí uživatelé ve věku 42-97 let, kteří z důvodu věku nebo zdravotního postižení potřebují pomoc pečovatelské služby. Dotazník vyplnilo 20 uživatelů na venkově a 20 uživatelů, kteří žijí ve městě Olomouci a ve městě Velká Bystřice. Uživatelé, kteří dotazník vyplnili, netrpí žádnou duševní poruchou a byli schopni dotazník vyplnit sami nebo s mou pomocí. Má pomoc spočívala v tom, že někteří uživatelé nebyli vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopni psát nebo číst, proto jsem jim otázky přečetla a jejich odpovědi do dotazníku zaznamenala. Toto vyplnění dotazníku trvalo 5 minut stejně jako při samostatném vyplnění a bylo anonymní. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a vyplnili jej pouze uživatelé, kteří měli zájem dotazník vyplnit. Výsledný zkoumaný vzorek je takto malý, protože se mi nepodařilo získat více respondentů. Někteří uživatelé nebyli schopni dotazník vyplnit z důvodu psychické nemoci nebo neschopnosti verbální komunikace. Také ne všichni uživatelé pečovatelské služby měli zájem dotazník vyplnit.



Graf 1

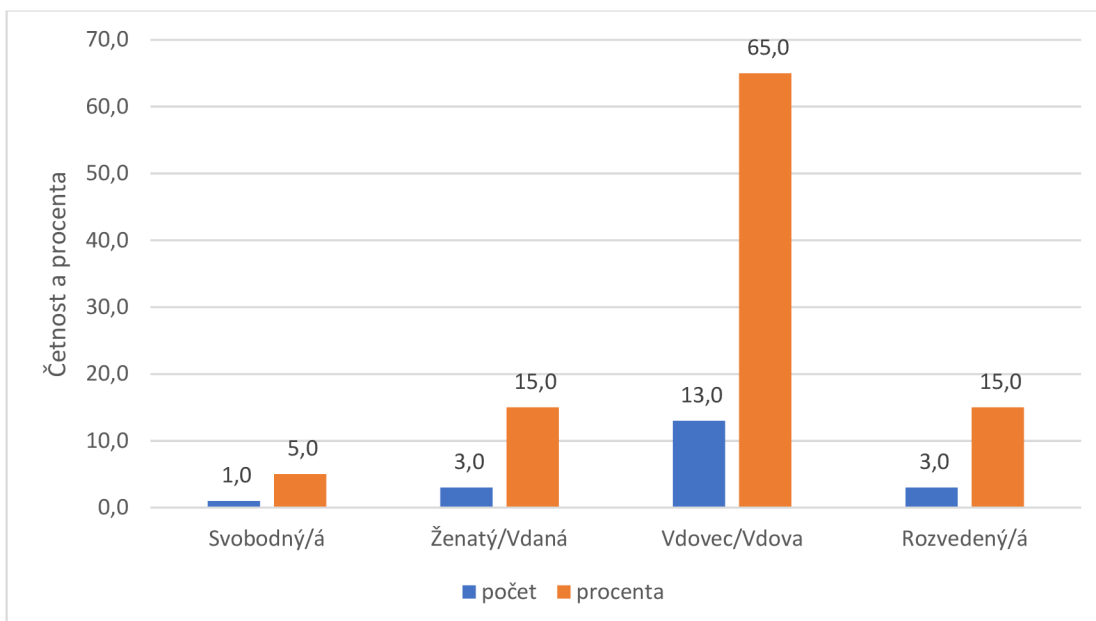
VENKOV – pohlaví



Graf 2

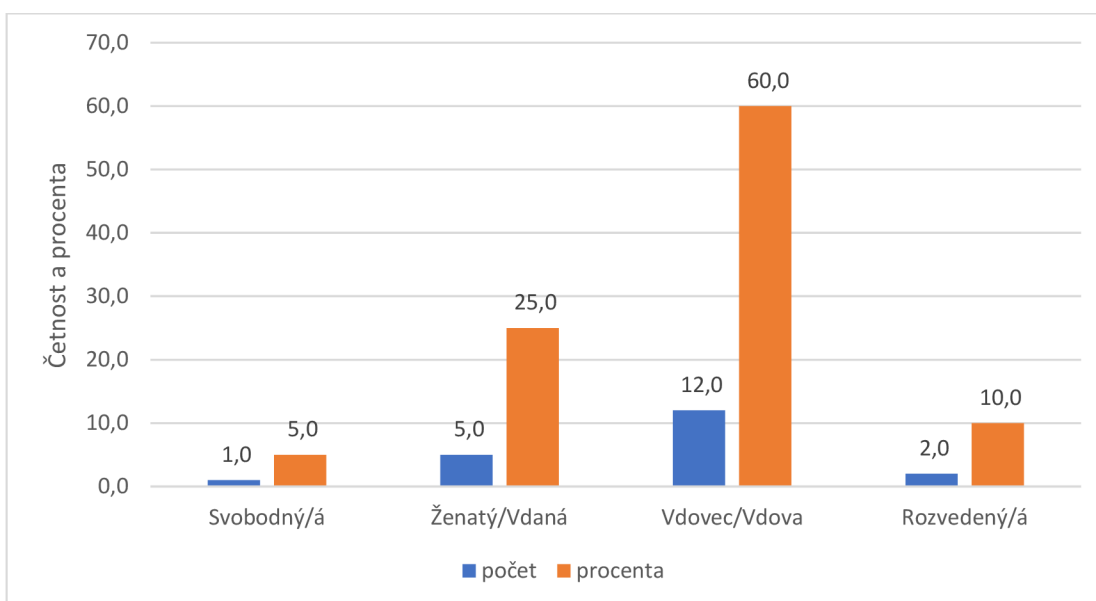
MĚSTO – pohlaví

Na venkově i ve městě byly mezi respondenty zastoupeny více ženy než muži. Na venkově to bylo 17 žen (85 %) a 3 muži (15 %). Ve městě 14 žen (70 %) a 6 mužů (30 %). Toto zjištění odpovídá tomu, že ženy se průměrně se dožívají vyššího věku než muži.



Graf 3

VENKOV – rodinný stav

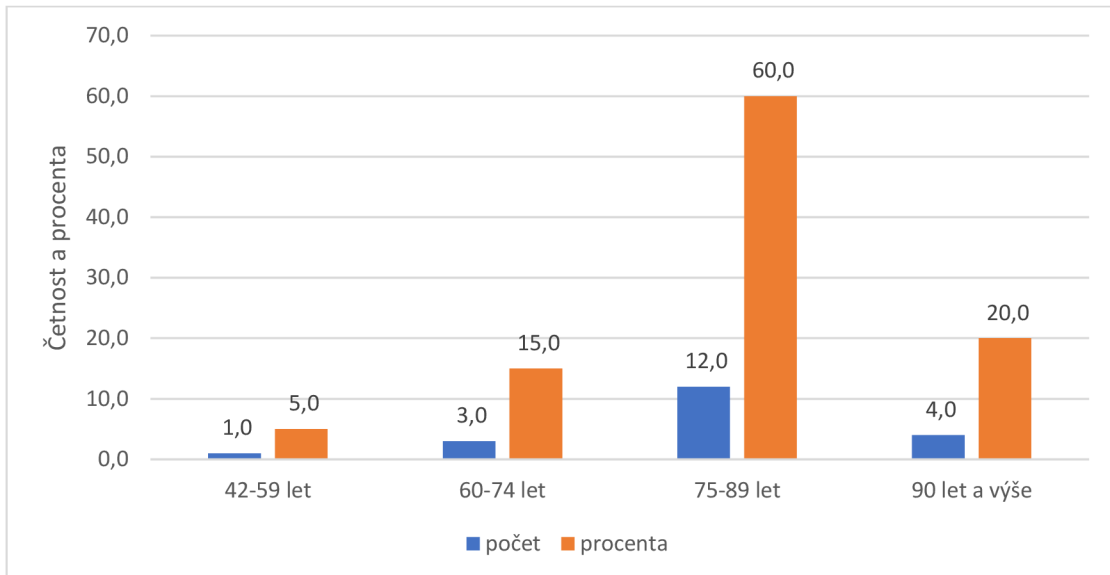


Graf 4

MĚSTO – rodinný stav

Ve městě i na venkově bylo nejméně respondentů, kteří uvedli rodinný stav svobodný/á. Na venkově i ve městě to byl pouze jeden respondent (5 %). Nejvíce respondentů na venkově i ve městě uvedlo rodinný stav vdovec/vdova. Na venkově to bylo 13 respondentů (65 %) a ve městě 12 respondentů (60 %). Tři respondenti (15 %) na venkově

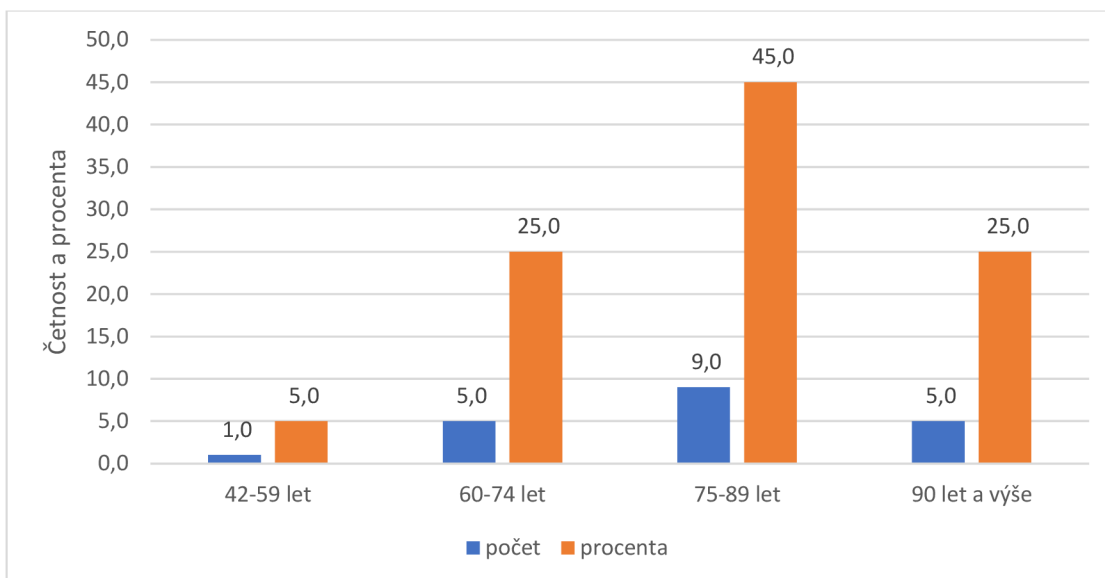
byli rozvedení, ve městě to byli dva respondenti (10 %). Rodinný stav ženatý/vdaná uvedli na venkově tři respondenti (15 %) a ve městě 5 respondentů (25 %).



Graf 5

VENKOV – věk

Na venkově měl nejmladší respondent 52 let a nejstarší 93 let. Nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii 42–59 let. Byl to pouze 1 respondent (5 %). Naopak nejvíce bylo respondentů ve věkové kategorii 75–89 let a to 12 respondentů (60 %). Ve věkové kategorii 60–74 let to byli 3 respondenti (15 %). Ve věkové kategorii 90 let a výše to byli 4 respondenti (20 %).



Graf 6

MĚSTO – věk

Ve městě měl nejmladší respondent 42 let a nejstarší 97 let. Ve městě bylo také nejméně respondentů ve věkové kategorii 42–59 let. Byl to také 1 respondent (5 %). Nejvíce bylo také respondentů ve věkové kategorii 75–89 let a to 9 respondentů (45 %). Ve věkové kategorii 60–74 let bylo respondentů stejně jako ve věkové kategorii 90 let a výše, a to 5 respondentů (25 %).

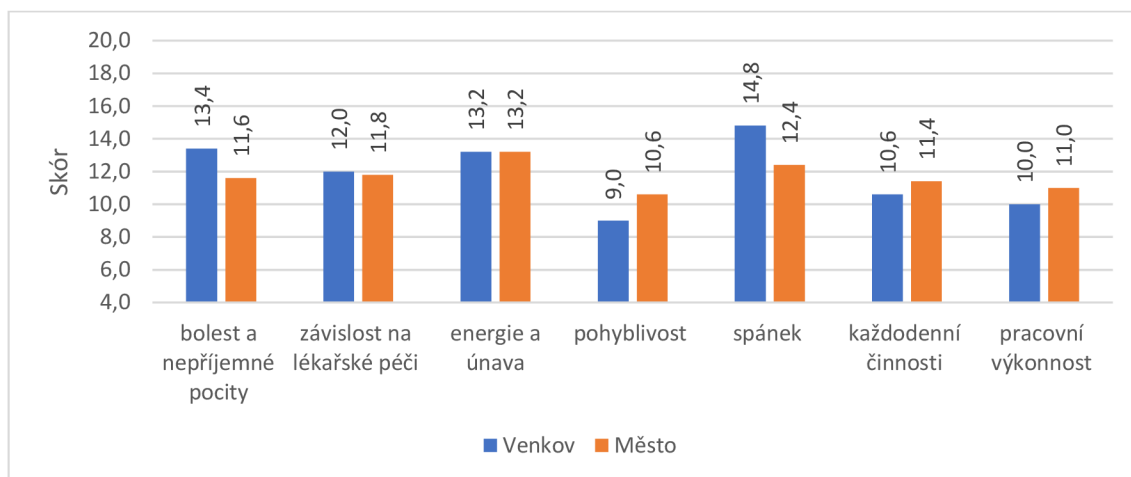
5.4 Průběh výzkumu

Předvýzkum v mém šetření nebyl proveden, protože dotazník WHOQOL-BREEF je standardizovaný dotazník v českém prostředí, ve kterém nelze nic měnit. Nelze měnit pořadí otázek, ani jejich znění a také nelze respondentům otázky vysvětlovat. Výzkum proběhl v prosinci 2020 a lednu 2021. Osloveni byli uživatelé, kteří netrpí duševní poruchou a jsou schopni verbální komunikace. Respondenti dotazník vyplnili většinou samostatně. Někteří respondenti měli již problém se psaním nebo čtením. Těmto respondentům jsem otázky z dotazníku přečetla a jejich odpovědi do dotazníku zaznamenala. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Před výzkumem jsem u respondentů nezjišťovala, jak jednotlivé položky v dotazníku vnímají.

5.5 Analýza dat

První zkoumanou doménou dotazníku kvality života byla oblast fyzického zdraví u uživatelů pečovatelské služby žijících na venkově a ve městě. Oblast fyzického zdraví se

skládala ze sedmi položek. Jsou to položky bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energie a únava, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a pracovní výkon.

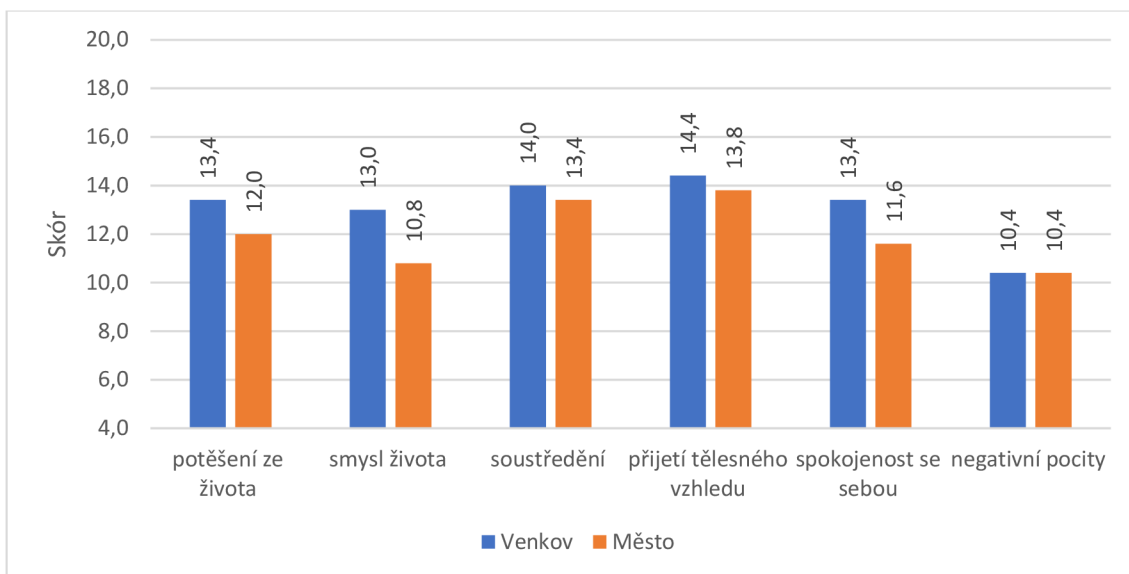


Graf 7

Spokojenost v oblasti fyzického zdraví

Nejnižšího skóru dosáhla u uživatelů ve městě i na venkově položka pohyblivost. Ve městě byl u této položky skór 10,6 a na venkově byl skór 9. Následovala položka pracovní výkonnost, kde byl u uživatelů ve městě se skór 11 a u uživatelů na venkově byl skór 10. Dále to byla položka každodenní činnosti, kde dosáhli uživatelé žijící ve městě skóru 11,4. Na venkově byl skór 10,6. Položka závislost na lékařské péči dosáhla na venkově skóru 12 a ve městě 11,8. U položky energie a únava byl skór u uživatelů žijících na venkově stejný jako u uživatelů žijících ve městě 13,2. U položky bolest a nepříjemné pocity byl skór byl 13,4 u uživatelů na venkově, u uživatelů ve městě byl skór 11,6. U uživatelů ve městě i na venkově dosáhla nejvyššího skóru položka spánek, na venkově byl skór 14,8. Ve městě byl skór 12,4.

Druhou zkoumanou doménou kvality života uživatelů pečovatelské služby žijících na venkově a ve městě byla doména prožívání. Oblast prožívání se skládala ze šesti položek. Patří sem položka potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a negativní pocity.

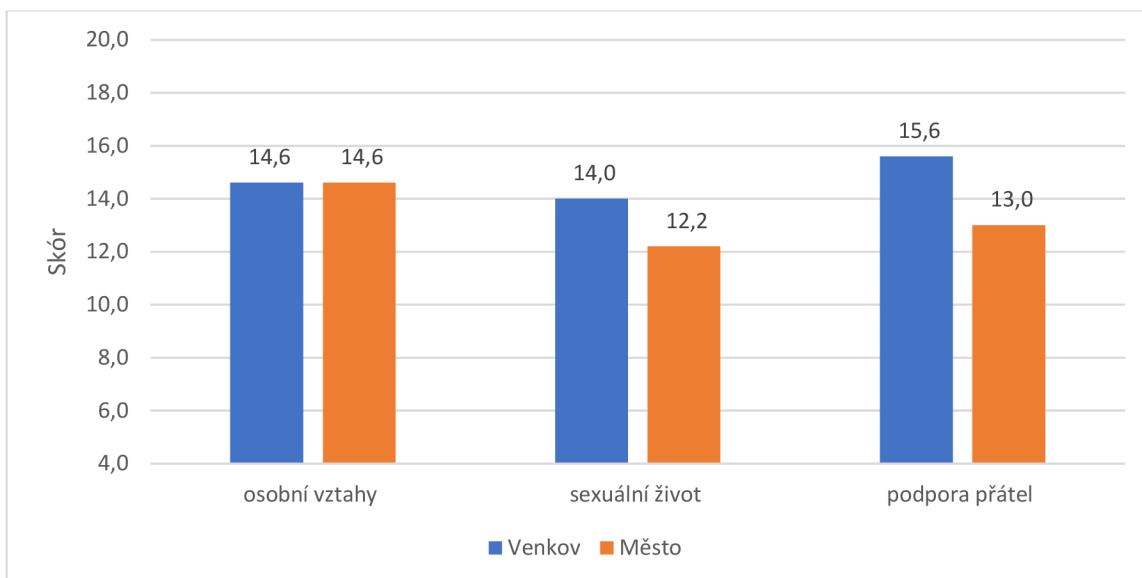


Graf 8

Spokojenost v oblasti prožívání

Nejnižšího skóru u uživatelů žijících na venkově i ve městě dosáhla položka negativní pocity. Hodnota skóru na venkově i ve městě byla 10,4. Následovala položka smysl života se skórem na venkově 13 a ve městě 10,8. Další byla položka spokojenost se sebou, kde byl na venkově skór 13,4. U uživatelů žijících ve městě byl skór 11,6. Dále následovala položka potěšení ze života, kde byl skór u uživatelů na venkově 13,4 a ve městě 12. U položky soustředění byl skór u uživatelů na venkově 14 a u uživatelů ve městě byl skór 13,4. Nejvyššího skóru u uživatelů na venkově i ve městě dosáhla položka přijetí tělesného vzhledu. U uživatelů na venkově byl skór 14,4 a u uživatelů ve městě byl skór 13,8.

Třetí zkoumanou doménou kvality života uživatelů pečovatelské služby žijících na venkově a ve městě byla oblast sociálních vztahů. Oblast sociálních vztahů se skládala ze tří položek. Tyto položky jsou osobní vztahy, sexuální život a podpora přátel.

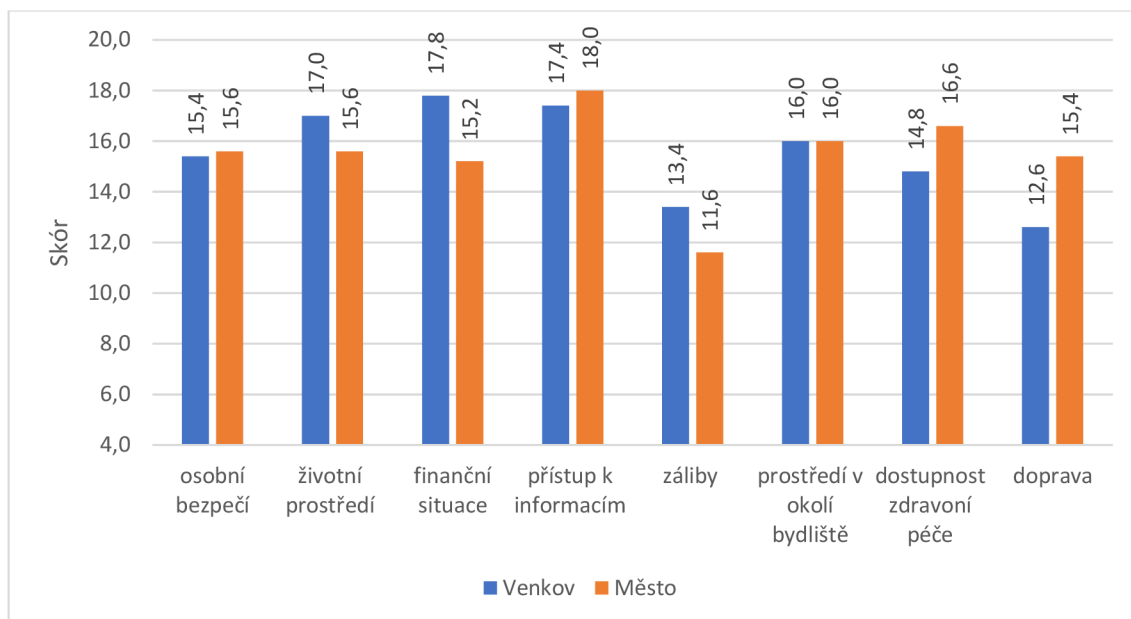


Graf 9

Spokojenost v oblasti sociálních vztahů

Nejnižšího skóru dosáhla u uživatelů žijících na venkově i ve městě položka sexuální život. U uživatelů na venkově byla hodnota skóru 14 a ve městě 12,2. Dále následovala položka osobní vztahy. Hodnota skóru na venkově i ve městě byla 14,6. Nejvyššího skóru dosáhla u uživatelů na venkově i ve městě položka podpora přátel. U uživatelů na venkově byla hodnota skóru 15,6 a u uživatelů ve městě 13.

Čtvrtou a poslední zkoumanou doménou kvality života uživatelů pečovatelské služby žijících na venkově a ve městě byla oblast prostředí. Oblast prostředí se skládá z nejvíce položek. Těchto položek je sedm. Patří sem osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situace, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a doprava.

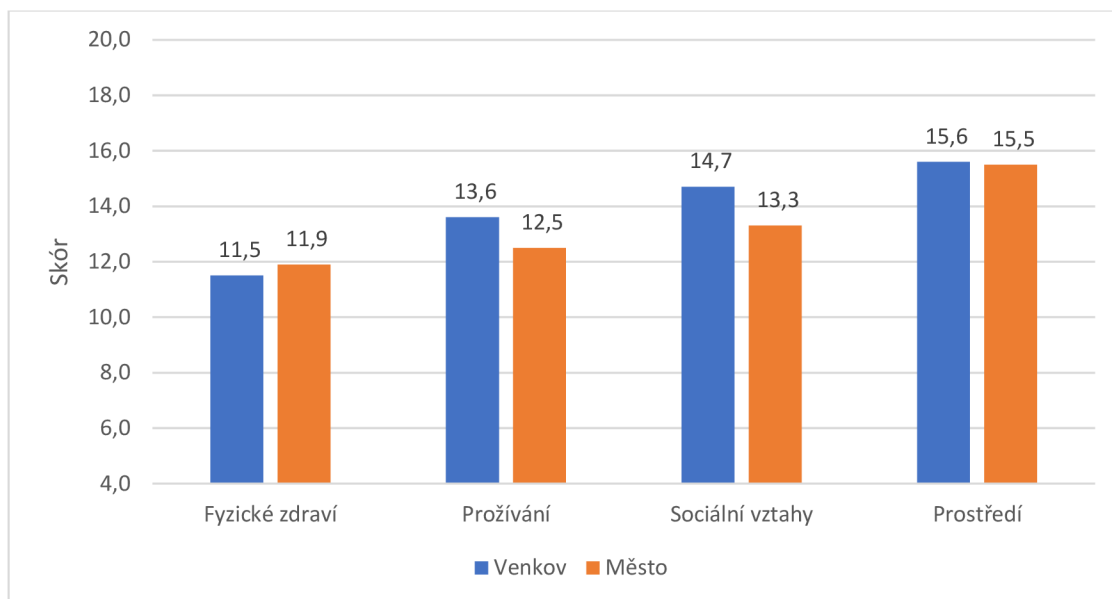


Graf 10

Spokojenost v oblasti prostředí

Nejnižšího skóru u uživatelů ve městě i na venkově dosáhla položka záliby, kde byla hodnota skóru 13,4 a u uživatelů ve městě 11,6. Další v pořadí byla položka doprava, kde byla hodnota skóru u uživatelů ve městě 15,4 a u uživatelů na venkově byla hodnota skóru 12,6. Další byla položka osobní bezpečí, kde byla na venkově hodnota skóru 15,4 a ve městě 15,6. Následovala položka dostupnost zdravotní péče, kde byla hodnota skóru u uživatelů ve městě 16,6. Na venkově byla hodnota skóru 14,8. Další byla položka prostředí v okolí bydliště, kde byla u uživatelů na venkově hodnota skóru 16 stejně jako u uživatelů ve městě. Dále následovala položka životní prostředí, kde hodnota skóru u uživatelů na venkově byla 17 a u uživatelů ve městě 15,6. Následovala položka finanční situace, kde byla hodnota skóru u uživatelů na venkově 17 a u uživatelů ve městě 15,6. Nejvyššího skóru dosáhla u uživatelů ve městě i na venkově položka přístup k informacím, kde byla u uživatelů ve městě hodnota skóru 18 a u uživatelů na venkově byla hodnota skóru 17,4

Pokud porovnáme všechny čtyři domény celkově, tak uživatelé ve městě i na venkově byli nejméně spokojeni s doménou fyzického zdraví. Mezi tyto čtyři domény patří fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

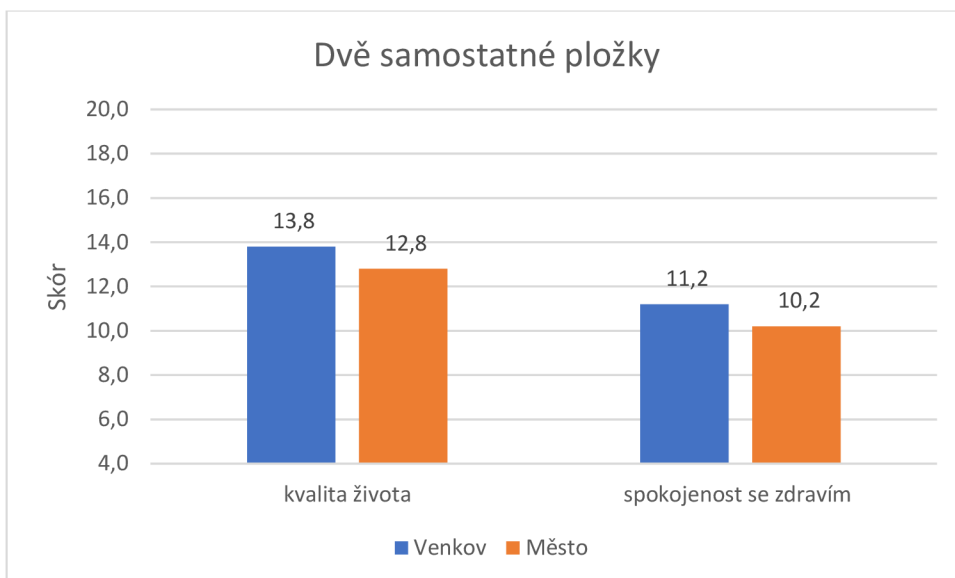


Graf 11

Spokojenost ve všech doménách

Nejméně byli uživatelé žijící ve městě i na venkově spokojeni s doménou fyzického zdraví, kde byla jejich hodnota skóru ve městě 11,9 a na venkově byla hodnota 11,5. Následovala doména prožívání, kde byla hodnota skóru na venkově 13,6. Hodnota skóru uživatelů ve městě byla 12,5. Dále následovala doména sociální vztahy, kde byla hodnota skóru 14,7. Ve městě byla hodnota skóru 13,3. Nejvíce byli uživatelé ve městě i na venkově spokojeni s doménou prostředí, kde byla hodnota skóru na venkově 15,6 a u uživatelů ve městě 15,5.

V dotazníku WHOQOL-BREF jsou hodnoceny ještě dvě samostatné položky. Je to položka kvalita života a spokojenost se zdravím. Uživatelé ve městě i na venkově byli méně spokojeni s položkou spokojenost se zdravím, kde byla hodnota skóru u uživatelů na venkově 11,2 a u uživatelů ve městě 10,2. U kvality života byla hodnota skóru u uživatelů na venkově 13,8 a ve městě 12,8.



Graf 12

Spokojenost s položkou kvalita života a spokojenost se zdravím

5.6 Shrnutí výsledných zjištění

Vyhodnocením zjištěných dat mělo toto empirické šetření odpovědět na tyto výzkumné otázky:

Jaký je rozdíl ve spokojenosti mezi městskými a venkovskými uživateli pečovatelské služby?

Empirickým šetřením byly zjištěny nějaké rozdíly mezi městskými a venkovskými uživateli pečovatelské služby. Tyto rozdíly jsou velmi malé, proto se nedá říct, že tyto rozdíly mezi městskými a venkovskými uživateli pečovatelské služby ve spokojenosti jsou významné, což mohlo být způsobeno tím, že se šetření nezúčastnili všichni uživatelé pečovatelské služby. Někteří uživatelé trpí psychickými problémy nebo nejsou schopni verbální komunikace a vyplnění dotazníku pro ně nebylo možné. Také někteří uživatelé neměli zájem dotazník vyplnit. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné.

S jakou doménou života jsou uživatelé pečovatelské služby nejméně spokojeni?

Při porovnání všech čtyř domén, jsou nejméně uživatelé pečovatelské služby ve městě i na venkově spokojeni s doménou fyzického zdraví. V oblasti fyzického zdraví byli uživatelé pečovatelské služby ve městě i na venkově nejméně spokojeni s položkou pohyblivost, za kterou hned následuje položka pracovní výkonnost a položka každodenní činnosti viz Graf 7. Tyto položky spolu souvisí. Pokud má uživatel špatnou pohyblivost, špatně se mu pracuje, a také každodenní činnosti jsou pro něj složité. Pro pečovatelskou

službu může být odpověď na tuto otázku přínosná v tom, že se může zaměřit na pohyblivost svých uživatelů. Pohyblivost uživatelů by se dala zlepšit cvičením a nácvikem různých pohybů, jak má uživatel např. správně vstávat z postele, chodit s hůlkou nebo s chodítkem, jak se správně přesadit na vozík atd. Pomoci by jim v tom mohl odborný fyzioterapeut. Uživatelé se často vracejí z nemocnice domů a neví, jak mají ve své domácnosti fungovat. Pro uživatele pečovatelské služby je také důležité cvičení. Pokud uživatel necvičí, jeho svaly ochabují, je méně pohyblivý a musí více spoléhat na pečovatelskou službu. Zhoršuje se jeho soběstačnost a tím je také jeho život méně kvalitní, když se sám nemůže ani posadit a musí čekat, až přijde pečovatelská služba. Každá pečovatelská služba by měla mít svého fyzioterapeuta, který by se staral o její uživatele.

Jak jsou uživatelé pečovatelské služby spokojeni s faktory, které ovlivňují kvalitu jejich života?

Nejspokojenější byli uživatelé ve městě i na venkově s doménou prostředí. V oblasti prostředí dosáhla nejnižšího skóru položka záliby a nejvyššího skóru položka přístup k informacím viz Graf 10. Následovala doména sociální vztahy. V této oblasti dosáhla nejnižšího skóru položka sexuální život. Nejvyššího skóru dosáhla položka podpora přátel viz Graf 9. Dále následovala doména prožívání. V této oblasti dosáhla nejnižšího skóru položka negativní pocity, za kterou následovala položka smysl života. Tyto dvě položky spolu souvisí, pokud člověk často prožívá negativní pocity, jeho život ztrácí smysl. Nejvyššího skóru dosáhla položka přijetí tělesného vzhledu viz Graf 8. Nejméně byli uživatelé spokojeni s doménou fyzické zdraví viz Graf 11. V této oblasti dosáhla nejnižšího skóru položka pohyblivost a nejvyššího skóru položka spánek. Při porovnání dvou samostatných položek byli uživatelé více spokojeni s položkou kvalita života a méně spokojeni s položkou spokojenost se zdravím viz Graf 12. U starších lidí je větší pravděpodobnost, že se budou cítit osaměle, protože se v jejich životě udály důležité změny (Wolf, 2017, s. 156). Vědecké výzkumy prokázaly, že pocity osamělosti se často vyskytují u lidí, u kterých jsou také přítomny negativní postoje (Wolf, 2017, s. 155). Aby byl starý člověk spokojenější a překonal negativní pocity a pocit osamělosti nemusí pouze navázat kontakt s ostatními lidmi, může se také zabývat vlastními zájmy a koníčky (Wolf, 2017, s. 157). U položky záliby by mohla pečovatelská služba pomoci svým uživatelům tím, že by se snažila získat více dobrovolníků, kteří by pomáhali uživatelům věnovat se jejich zálibám. Hlavně na venkově, kde je dobrovolníků nedostatek. Tím by se také mohla zvýšit kvalita jejich života.

Závěr

Má bakalářská práce se zabývala kvalitou života uživatelů pečovatelské služby. Závěrečná práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Cílem mé práce bylo zjistit a porovnat kvalitu života uživatelů pečovatelské služby ve městě a na venkově. Šetřením byly zjištěny velmi malé rozdíly mezi uživateli žijícími ve městě a na venkově. Tyto rozdíly byly tak malé, že se o nich nedá říct, že by byly významné, jelikož se mého šetření zúčastnilo jen 20 uživatelů žijících ve městě a 20 uživatelů žijících na venkově. V této práci jsem chtěla také zjistit, jak uživatelé pečovatelské služby subjektivně vnímají kvalitu svého života. Kvalita života je ovlivňována různými faktory. K těmto faktorům patří fyzické zdraví, prožívání (psychické zdraví), sociální vztahy a také prostředí, kde uživatel žije. Ve své práci jsem zjistila, že uživatelé pečovatelské služby ve městě i na venkově jsou nejméně spokojeni s doménou fyzického zdraví. Z této oblasti to bylo s položkou pohyblivost. Nejvyšší skór měla položka spánek. Následovala doména prožívání, kde dosáhla u uživatelů nejnižšího skóru položka negativní pocity a nejvyššího skóru položka přijetí tělesného vzhledu. Dále následovala doména sociálních vztahů, kde dosáhla nejnižšího skóru položka sexuální život a nejvyššího skóru položka podpora přátel. Nejvíce byli uživatelé pečovatelské služby spokojeni s doménou prostředí, kde nejnižšího skóru dosáhla položka záliby a nejvyššího skóru položka přístup k informacím.

Teoretická část byla rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole jsem se věnovala kvalitě života. V této kapitole byl vymezen pojem kvalita života a subjektivní kvalita života. Dále zde byly popsány možnosti měření kvality života a nástroje, které je možno použít na měření kvality života. Druhá kapitola byla věnována pečovatelské službě. V této kapitole byl vymezen pojem pečovatelská služba a jaká je její cílová skupiny. Jedna z podkapitol se věnovala pečovatelské službě v rámci Charity ČR. Poslední podkapitola se věnovala přímo pečovatelské službě Charity Olomouc, kde byl proveden výzkum. Třetí kapitola se věnovala seniorům a lidem zdravotně znevýhodněným, kteří jsou uživateli pečovatelské služby. V této kapitole byl vymezen pojem starý člověk a člověk se zdravotním znevýhodněním. Dále se tato kapitola věnovala sociální práci se starými a zdravotně znevýhodněnými lidmi v domácím prostředí. Popsala jsem zde také, jaké sociální služby mohou tyto lidé v ČR využít. Čtvrtá kapitola se zabývala vlivem prostředí na kvalitu života ve stáří. Byla zde popsána studie, která se zabývala různými faktory, které sehrávají roli v kvalitě života. Dále zde byla popsána česká a americká studie, které

se zabývaly kvalitou života ve stáří, protože většina uživatelů pečovatelské služby jsou staří lidé. V poslední podkapitole této kapitoly byly shrnuty výsledky těchto dvou studií.

Jako hlavní metodu mého empirického šetření jsem vybrala standardizovaný dotazník v českém prostředí WHOQOL-BREF, protože v pečovatelské službě jsou jak senioři, tak i mladší dospělí uživatelé. Data byla sbírána v pečovatelské službě na venkově a ve městě, která součástí Charity Olomouc v prosinci 2020 a lednu 2021.

Seznam použité literatury a zdrojů

Baernhold, M., Yan G., Hinton, I., Rose, K., & Mattos, M. (2012). Quality of Life in Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the national Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Rural Health*, 28(4), 339-347. Dostupné: <http://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2011.00403.x>

Berg, R. L., Hallauer, D. S., & Berk, S. N. (1976). Neglected aspects of the quality of life. *Health services research*, 11(4), 391-395. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071940/>

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum

Dragomirecká, E., & Šelepová, P. (2004). Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. In H. Hnilicová (Ed.), *Kvalita života*, (s. 91-102). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf>

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada

Haškovcová, H. (2002). *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně

Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. *Kvalita života a zdraví* (s. 208-216). Praha: Triton

Hofmanová, M. (2010). Komplexní terénní péče v rámci Charity ČR. In Kolektiv autorů *Pečovatelská služba v České republice* (s. 361-384). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Hudáková, A. & Majerníková L. (2013). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada

Charita Olomouc. (2019). Pravidla pečovatelské služby Charity Olomouc – pracoviště Velká Bystřice. Dostupné z: <https://www.olomouc.charita.cz/>

Janečková, H. (2010). Sociální práce se starými lidmi. In O. Matoušek, P. Kodymová, & J. Kolářková (eds.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (s. 163-193). Praha: Portál

Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita

Kainráthová, R. (2010). Příprava poskytovatele na jednání se zájemcem o sociální službu. In Kolektiv autorů *Pečovatelská služba v České republice* (s. 229-246). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Kodymová, P. & Kolářková, J. (2010). Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In O. Matoušek, P. Kodymová, & J. Kolářková (eds.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (s. 89-109). Praha: Portál

Matoušek, O. (2016). *Slovník sociální práce* (3. vyd.). Praha: Portál

Matoušek, O. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* (2. vyd.). Praha: Portál

Matoušek, O. (2012). *Základy sociální práce* (3. vyd.). Praha: Portál

Matulka, P. (2016). *Standard č. 1 – Cíl a způsob poskytování sociální služby*. Olomouc: Charitní pečovatelská služba Olomouc

Vidovičová, L. (2018). Vybrané rozdíly v kvalitě života českých seniorů ve městě a na venkově. *Fórum sociální politiky*, 12(3), 2-8. Dostupné z: <https://www.muni.cz/vyzkum/publikace/1422242>

Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3. vyd.). Praha: Grada

Vítová, M. (2010). Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR. In Kolektiv autorů *Pečovatelská služba v České republice* (s. 31-38). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Wolf, D. (2017). Překonávání osamělosti. In Wolf, D., Peláková, L., & Merkle, R. *Jak překonat negativní emoce a myšlenky: cesta k duševní pohodě*. (s. 153-161). Praha: Grada

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

Seznam použitých grafů a tabulek

Seznam grafů

Graf 1 - *VENKOV – pohlaví*

Graf 2 - *MĚSTO – pohlaví*

Graf 3 - *MĚSTO – rodinný stav*

Graf 4 - *MĚSTO – rodinný stav*

Graf 5 - *VENKOV – věk*

Graf 6 - *MĚSTO – věk*

Graf 7 - *Spokojenost v oblasti fyzického zdraví*

Graf 8 - *Spokojenost v oblasti prožívání*

Graf 9 - *Spokojenost v oblasti sociálních vztahů*

Graf 10 - *Spokojenost v oblasti prostředí*

Graf 11 - *Spokojenost ve všech doménách*

Graf 12 - *Spokojenost s položkou kvalita života a spokojenost se zdravím*

Seznam tabulek

Tabulka 1 - *Domény a položky dotazníku WHOQOL-BREF*

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Souhlas s provedením výzkumu kvality života uživatelů pečovatelské služby

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,
tento dotazník zjišťuje, jaký je rozdíl ve spokojenosti mezi městskými a venkovskými uživateli pečovatelské služby. Jeho vyplnění je anonymní. Získaná data budou použita v mé bakalářské práci a pro Charitu Olomouc. Děkuji za jeho pravdivé vyplnění.
Denisa Hénarová

Osobní údaje:

Pohlaví:	muž	x	žena
Věk:			
Bydliště:	venkov	x	město
Rodinný stav:	svobodný/á		
	ženatý/vdaná		
	vdovec/vdova		
	druh/družka		
	rozvedený/á		

KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ
ORAGANIZACE
WHOQOL-BREEF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---------------------------------------------------------------	------------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne ①	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------------------------------------------------------	------------------	-------------	--------------	------------	----------------

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

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

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojena
	1	2	3	4	5

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5

11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

15. Jak se dokážete pohybovat?	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
	1	2	3	4	5

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

	velmi nespokojen /a	nespokojen /a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen /a	velmi spokojen /a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/a se sebou?	1	2	3	4	5

20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha 2 – Souhlas s provedením výzkumu kvality života uživatelů pečovatelské služby

Charita Olomouc
Pečovatelská služba
Wurmova 588/5
779 00 Olomouc

Denisa Hénarová
Bělkovice – Lašťany 321
783 16 Dolany

Žádost o souhlas s provedením výzkumu kvality života uživatelů pečovatelské služby

Jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociální práce, který studuji na Filozofické fakultě Univerzity Palackého. Chci s uživateli pečovatelské služby realizovat dotazníkové šetření. Data získaná výzkumem použiji ve své bakalářské práci. Při zpracování dat budu postupovat v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Děkuji.

S pozdravem

Denisa Hénarová

Souhlasím s výše uvedenou žádostí.

Mgr. Alena Pírková
Koordínátorka pečovatelské služby

charita OLMOUC
Wurmova 5 > 779 00 Olomouc
IČ: 44936427 | DIČ: CZ44936427 | 6 |