

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Kvalita života seniorů se sníženou soběstačností

Quality of life of seniors with reduced self-sufficiency

Vedoucí práce:

Mgr. Hana Šimková

Autor:

Karolina Tumlířová

2012

Děkuji Mgr. Haně Šimkové za odborné vedení práce a její ochotu a zároveň také všem klientům a zaměstnancům domova pro seniory Slunečnice, Centra sociálních služeb Praha 2 a dalším zúčastněným osobám za pomoc při získávání dat potřebných k vypracování výzkumné části.

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Kvalita života seniorů se sníženou soběstačností“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze dne

Podpis

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života seniorů se sníženou soběstačností a je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Cílem práce je vymezit pojem „kvalita života“ a oblasti, které ho ovlivňují v kontextu změn, které s sebou přináší stáří a poukázat na možná zlepšení či kompenzace snížené soběstačnosti. Cílem výzkumné části je poukázat na vnímání oblastí ovlivňující kvalitu života u seniorů a porovnat spokojenost s těmito oblastmi u osob žijících v domácím prostředí a osob žijících v instituci. Metodou pro výzkumnou část byl zvolen zkrácený dotazník SQUALA využívaný pro kvantitativní výzkum kvality života.

Teoretická část obsahuje informace o odborném pojetí pojmu „kvalita života“ a o stáří jako vývojové fázi a poukazuje na negativa, která s sebou může přinášet a které ovlivňují kvalitu života. Především se zaměřuje na otázku soběstačnosti a možná řešení změn a omezení s ní spojených.

Klíčová slova

Stáří

Senior

Snížená soběstačnost

Sociální péče

Kvalita života

Annotation

The Bachelor thesis focuses at the quality of life of the senior citizens with reduced self-sufficiency and it is divided into a theoretical and a research part. The aim of the thesis is to determine the term 'quality of life' and areas which influence it within the context of changes brought about by old age, and to point out possible improvements or compensations for the reduced self-sufficiency. The aim of the research part is to call attention to the perception of areas influencing the quality of life of the elderly people, and to compare how satisfied with these areas are senior citizens living at home and those living in institutions. As a method for the research part a shortened questionnaire SQUALA was chosen, used for a quantitative research of life quality.

The theoretical part contains information about the technical concept of the term "quality of life" and about the old age as an evolution phase, referring to negatives which it can bring and which influence the quality of life. It mainly focuses on the issue of self-sufficiency and possible solutions of the changes and limitations associated with it.

Key words

Old age

Elderly people, senior citizens

Reduced self-sufficiency

Social care

Quality of life

Obsah

Úvod	7
1. Stáří a stárnutí	8
1.1. Vymezení pojmů stáří, gerontologie a geriatry	8
1.2. Dělení stáří	8
1.3. Změny ve stáří	10
1.3.1. Psychické změny	10
1.3.2. Fyzické změny	11
1.3.3. Sociální změny	12
1.4. Stáří a společnost	13
1.4.1. Mýty o stáří	13
1.4.2. Ageismus a vliv médií	14
1.4.3. Syndrom EAN	15
2. Soběstačnost	17
2.1. Hodnocení soběstačnosti	17
2.2. Příspěvek na péči	18
2.2.1. Průkaz osoby se zdravotním postižením	19
2.3. Ergoterapie	20
3. Péče o seniory v ČR	22
3.1. Sociální oblast	22
3.1.1. Pobytové služby	22
3.1.2. Terénní služby	24
3.1.3. Ambulantní služby	25
3.1.4. Standardy kvality	26
3.1.5. Důchodové pojištění	27
3.2. Zdravotní oblast	29
4. Kvalita života	30
4.1. Pojem „kvalita života“ a jeho rozsah	30
4.2. Dimenze kvality života	32
4.3. Měření kvality života	33
5. Výzkumná část	37
5.1. Cíle výzkumu, hypotézy, použitá metoda	37
5.2. Průběh výzkumu	38
5.3. Vyhodnocení výzkumu	40
5.3.1. Demografické údaje dotazovaných osob:	40
5.3.2. Výsledky - vnímání oblastí kvality života dotazovaných osob	42
5.4. Závěr výzkumu	51
Závěr	56
Zdroje	57
Seznam tabulek	60
Seznam grafů	60
Seznam příloh	60

Úvod

V dnešní době, zaměřené na práci, výkon, krásu a mládí, je otázka stáří a stárnutí často přehlížena. Je evidentní, že dnešní společnost má ze stáří velký strach a primárně si pod ním představují bolest a smrt. Dříve bylo běžné vícegenerační soužití a stáří i smrt přirozenou součástí života, se kterou měli lidé možnost se setkat a tudíž i snížit své obavy z nich. Přestože je stále větší tendencí udržovat co nejvíce lidí mimo institucionální péči, stále je mezigenerační propast velmi znatelná.

Se stárnutím naší populace je však nutné se nad stářím zamýšlet, připravovat se na něj a především hledat cesty, jak tuto přirozenou fázi života udělat pro člověka plnohodnotnou a příjemnou.

Předložená bakalářská práce specifikuje problémy, které mohou ovlivňovat kvalitu života ve stáří a zároveň předkládá možnosti, které může osoba pracující se seniorem využívat a svým klientům nabízet jako řešení či kompenzaci jejich obtíží.

Cílem této práce je vymezit pojem kvalita života a zaměřit se na faktory, které ho ovlivňují, v kontextu omezení a problémů, které s sebou může stáří přinášet a na základě provedeného výzkumu porovnat vnímání kvality života u seniorů žijících v institucích a žijících v domácím prostředí.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám stářím jako životní etapou a jeho specifiky, které mají vliv na kvalitu života. S kvalitou života v seniorském věku úzce souvisí otázka soběstačnosti, kterou přibližuji v druhé kapitole a zároveň i kompenzace ztracených sebeobslužných funkcí souvisejících s nabídkou sociální péče, kterou se zabývám v kapitole třetí. Soběstačnost je jedním z hlavních předpokladů spokojenosti jedince s kvalitou života, a proto je nutné se zabývat možnostmi, jak zmírňovat dopady, které s sebou její snížení přináší. O kvalitě života a především jeho měření je pak poslední kapitola teoretické části, která uzavírá teoretické informace potřebné pro pochopení výzkumné části, jenž zahrnuje informace o přípravě, průběhu i vyhodnocování získaných dat a předkládá celkové výsledky šetření. Tyto výsledky nám poukazují na rezervy institucionální péče, které jsou zároveň předpokladem stanovených hypotéz. Detailního vyhodnocení nám přibližuje vnímání oblastí zásadních pro spokojenost s kvalitou života u dotazovaných seniorů.

1. Stáří a stárnutí

Stáří je životní etapou, která s sebou přináší řadu sociálních, psychických, tělesných i ekonomických změn. Mění se životní styl, potřeby i hodnoty, což zapříčiňuje i změny ve vnímání kvality života. Díky poznatkům a možnostem, které máme dnes k dispozici, můžeme seniorům pomoci kvalitu života zlepšit a pracovat se složkami, které ji ovlivňují. Je nutné si však uvědomit, co si vlastně pod pojmem stáří představit a vnímat komplex všech specifik, které jsou s ním spojené.

1.1. Vymezení pojmů stáří, gerontologie a geriatrie

Stárnutí je neodvratitelný přirozený a také individuální proces každého jedince, který má biologické, psychické a sociální složky.

„Stáří je přirozenou a závěrečnou etapou v rámci ontogenetického vývoje člověka.“
(Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol, 2007, s 59)

„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života“
(Kalvach, 2004, s.47)

„Stáří- konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života“
(Hartl, Hartlová, 2004, s. 562)

Gerontologie: věda zabývající se stářím a stárnutím, je multidisciplinární.

Geriatricie: lékařský obor zabývající se specifiky onemocnění ve stáří a jejich prevencí

1.2. Dělení stáří

Pro lepší představu a samotném pojmu „stáří“ je nutné vymezit období života, které stáří zahrnuje.

Stáří rozdělujeme podle různých kritérií, která se vzájemně propojují. Nejčastěji se setkáváme s dělením na stáří kalendářní a biologické.

(Kalvach 2004)

Kalendářní stáří: je důležité pro administrativu, statistiku či demografické výpočty, protože je jednoznačně vymezený.

Dle Kalvacha lze stáří rozdělit do těchto kategorií:

Mladí senioři:- období spojené s přijetím nové sociální role, seberealizací a trávením volného času. Věkově je vymezeno na 65-74 let.

Staří senioři jsou potom vymezeni na 75-84 let věku, kdy se objevuje polymorbidita a různé atypické symptomy u nemocí, často dochází ke ztrátě životního partnera, což přináší osamělost a častější výskyt depresí.

Osoby ve věku 85 a více jsou označovány jako **velmi staří senioři**. V této části lidského života je nutné řešit otázky spojené s přicházející sníženou soběstačností, která přináší větší ekonomické zatížení.

Světová zdravotnická organizace WHO rozděluje stáří na:

Rané: 60-74 let

Vlastní: 74-89 let

Dlouhověkost: 90 a více

Sociální stáří: nastává se změnou sociálních rolí a změnou životního stylu. Za jeho začátek je považován odchod do důchodu, který přináší řadu ekonomických a sociálních změn. Souvisí s rizikem inkluze, osamělosti, ztráty soběstačnosti a změnou životní úrovně. Proto je v dnešní době důležité klást důraz na celoživotní vzdělávání a osobní rozvoj a koncept zdravého stárnutí, který nastiňuje stáří jako plnohodnotnou součást života, která může stále přinášet aktivní využívání volného času a kvalitní bio-psycho-sociální péči o člověka.

Sociální stáří souvisí s rozdělením života na:

První věk: období dětství, puberty a adolescence. V průběhu prvního věku člověk získává sociální dovednosti a zkušenosti a připravuje se na vykonávání své budoucí profese.

Druhý věk: je obdobím ekonomické a biologické produktivity.

Třetí věk: nastává s odchodem do penze a je spojován s termínem postproduktivní věk

Čtvrtý věk: období závislosti a nesoběstačnosti

Toto rozdělení životních etap je může vést k ageismu a diskriminaci seniorů kvůli jednoduchému rozdělování na produktivní a neproduktivní fáze, což vyvolává představy o zbytečnosti stáří a jeho zatěžujícím dopadu na společnost.

(Kalvach, 2004)

Jde o společností očekávané znaky přiřazené k určitému věku.

(Hamilton, 1999)

Biologický věk: vychází ze stupně stárnutí orgánů, který je u každého individuální a závisí na mnoha faktorech jako je dědičnost, prodělaná onemocnění či životní styl. Souvisí s poklesem funkcí orgánů a změnami objevujícími se ve stáří (viz. Kapitola 1.3.)

1.3. Změny ve stáří

Stáří je životní etapou, ve které se mění řada životních podmínek. Některé změny jsou přirozené, některé mohou být patologické. Je důležité tyto změny umět pojmenovat a uvědomovat si jejich možnou přítomnost, jelikož ovlivňují kvalitu života ve stáří, jenž by se měla navzdory přicházejícím negativům udržovat co nejvyšší.

1.3.1. Psychické změny

Psychologií stárnutí se zabývá vědní obor gerontopsychologie.

S přibývajícím věkem dochází ke snížení kognitivních funkcí. Prodlužuje se reakční čas, zpomaluje se psychomotorické tempo, u paměti se zhoršuje vstřípivost a vybavení. Snižuje se koncentrace a adaptabilita. (Hamilton, 1999)

Mění se žebříček hodnot a některé osobnostní rysy se zvýrazňují či mění.

Často dochází k emoční labilitě velmi roste výskyt depresí a suicidálního jednání. Deprese je „*chorobný smutek, duševní stav charakter. pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem.*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s.105)

Mezi fyzické projevy patří ztráta chuti k jídlu, únava, poruchy spánku, bolesti kloubů či jiné nevysvětlitelné somatické potíže. Senioři trpící depresí jsou často „odevzaní situací“, uzavření do sebe a zanedbávají osobní hygienu. Svě trápení si senioři často projektují do nějakých somatických potíží. „*Miloš Vojtěchovský se spolupracovníky analyzoval případy*

dokonaných sebevražd starých lidí. Došli k alarmujícímu závěru: většina seniorů, kteří spáchali sebevraždu, navštívila ještě několik dnů či týdnů před tímto zoufalým činem svého ošetřujícího lékaře.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003, s.48)

Je tedy velmi důležité se seniory komunikovat a nepřehlížet možné příznaky tohoto onemocnění. Léčba antidepresivy začíná být účinná již po 2-3 týdnech a je možným efektivním řešením těchto potíží. (Hartl, Hartlová, 2004)

Ve stáří se mohou objevovat delirantní stavy, jejichž příčinou je často infekce, srdeční selhání, bolest či senzorická deprivace.

Snížení psychických funkcí také často souvisí s degenerativním onemocněním mozku – demencí, jejíž nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba. Demence může být neurodegenerativní nebo vaskulární, například jako důsledek cévní mozkové příhody a s ní spojené narušení mozkové tkáně. Oba tyto typy jsou ireversibilní. Výjimkou je demence způsobená extrémní podvýživou. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003). Alzheimerova nemoc probíhá ve třech fázích. Dochází při ní k poklesu kognitivních schopností - paměť, myšlení, soustředění, orientace v prostoru a čase. Dochází k poruchám a změnám chování. Časem se začnou vyskytovat i obtíže s inkontinencí, halucinace a bludy a člověk se postupně stává více nesoběstačným a závislým na pomoci druhých. Pro seniory s touto diagnózou fungují domovy se speciálním režimem či denní stacionáře. V Praze zřizuje poradenství a péči o osoby s demencí a jejich příbuzné také Česká alzhaimerovská společnost.

1.3.2. Fyzické změny

Fyzické změny jsou jednou z hlavních příčin snižování soběstačnosti ve stáří a tudíž významně ovlivňují i vnímání kvality života.

Stárnou jednotlivé smysly a soustavy v lidském těle. Rychlost fyziologického stárnutí je ovlivněna mnoha různými aspekty jako je životní styl či životní prostředí. Pro stáří je typická polymorbidita (více závažných onemocnění, které spolu vzájemně nesouvisí).

V oběhovém systému může dojít ke snížení tepové frekvence, poruchám srdečního rytmu, hypertenzi, ateroskleróze a s přibývajícím věkem se i zvyšuje riziko infarktu myokardu a cévních mozkových příhod.

Pohybová soustava je často ovlivněna sarkopenií a častou osteoporózou či artrózou. Postatou sarkopenie je úbytek svalové hmoty, který stárnutí velmi často doprovází. S přibývajícím věkem se svalová hmota postupně přeměňuje na tukové tkáně a vazivo, což

má vliv na hrubou i jemnou motoriku, dýchací svalstvo a polykání. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

Osteoporóza je metabolické kostní onemocnění, jehož podstatou je řidnutí kostí způsobené nejčastěji nedostatkem vitamínu B a vápníku či nedostatkem pohybu. Často ji neprovází žádné projevy. Může se objevit shrbení páteře či bolesti zad a větší náchylnost ke zlomeninám krčku a zápěstí.

Artróza je degenerativní kloubní onemocnění, které může být způsobeno geneticky či jako sekundární projev vrozené vady, obezity či jiného nadměrného zatěžování. Nejčastěji postihuje kyčelní a kolenní klouby a klouby prstů. Artrózu v pokročilejších stádiích provází bolesti a tuhnutí kloubů.

Zpomaluje se peristaltika střev, takže dochází k častým zácpám a častým problémem jsou i poruchy polykání.

Až 20% mužů a 40% žen starších 65 let trpí inkontinencí, která může mít příčinu např. v infekci, překážce v odtoku moči či poruchách dráždivosti měchýře. Poruchy jsou často dobře léčitelné či je lze alespoň efektivně kompenzovat, problémem je však stud, který často pacienti s těmito obtížemi pocítují, proto je důležitý citlivý motivující přístup pracovníků.

Smyslové poruchy nejčastěji postihují zrak (presbyopatie, katarakta) a sluch (presbyakuze). Slábne chuť a také vnímání vlastního těla – propiocepce. (Holmerová, Jurašová, Zikmundová, 2003)

Kvůli špatnému prokrvení a výživě tkání jsou geriatřičtí pacienti ohroženi vznikem dekubitů- proleženin. Při tlaku podložky na predilekční místa (křížová kost, lokty, paty, obratle) může dojít k místní nekróze kůže a svalu. Rizikovými faktory jsou inkontinence a především imobilita pacientů. Při prevenci je důležitá správná výživa, polohování, antidekubitní pomůcky a dodržování hygieny.

Celkově dochází k oslabení imunitního systému, špatné hydratace organismu a jeho regulačních schopností. Objevuje se atrofie mozku, dušnost, poruchy spánku a termoregulace.

1.3.3. Sociální změny

Důležitou změnou je odchod do důchodu, se kterým jedinec opouští svou dosavadní sociální roli a jsou zpřetrhány některé sociální vazby.

Ve stáří se mění i struktura rodiny, například odchodem dětí, narozením vnoučat či smrtí partnera.

Velkým zásahem do života seniora je i případný odchod do institucionální péče a postupné zhoršování soběstačnosti vyžadující zvýšenou pomoc druhých.

Změny, které s sebou stáří přináší, mění u člověka potřeby a hodnoty a mohou ho činit závislým na pomoci druhých. Proto je nutné tyto možné změny znát a věnovat se snižování jejich negativního dopadu na seniory a pokud je to možné, věnovat se jejich prevenci.

1.4. Stáří a společnost

Vzájemným vztahem starého člověka a společnosti se zabývá sociální gerontologie. Integrace ve společnosti a uspokojivé sociální vztahy jsou jedním z měřítek kvality života a problémy s nimi mohou kvalitu snižovat. Dobré vztahy jsou pochopitelně pro seniora jednou ze základních potřeb, jak potvrzuje i tabulka 10. a 11. v kapitole 5.1. Problémy se mohou týkat širší sociální skupiny, se kterou senior přichází do styku, ale také nejbližších pečujících osob. V takovém případě jsou dopady na člověka velmi výrazné, ale zároveň je problematické jejich odhalování i řešení. Úkolem společnosti by měla být prevence těchto jevů, která by seniory ochránila před možnými důsledky sociálního vyloučení, týrání či zanedbávání.

1.4.1. Mýty o stáří

Mýty vznikají v důsledku stigmatizace společnosti, která si je vštípí jako danou skutečnost. Mýty o stáří dle Heleny Haškovcové:

Mýtus zjednodušené demografie označuje představu společnosti o tom, že člověk se stává „starým“ odchodem do penze, stává se „důchodcem“. Pojem „důchodce“, stejně jako „stáří“ je pak synonymem pro člověka bez smyslu života, nepotřebného a především nevýkonného. Mýtus nerespektuje fakt rozdílnosti mezi jednotlivými osobami, jejich životním stylem či produktivitou a ani fakt, že smysluplnost života na výkonu jedince nezávisí.

Na podobném principu stojí i **mýtus homogenity**, který označuje myšlenky, že všichni senioři jsou stejní - stejně vypadají, stejně reagují a mají stejné potřeby. Přitom je i z řad odborníků dokázáno, že nejvíce individuálních rozdílů v potřebách je právě u seniorů, což příkládají délce již prožitého života a tudíž největšímu prostoru mezi věkovými skupinami pro rozdílné zkušenosti, díky kterým vznikají i odlišnosti v požadavcích na život. Na mýtus homogenity navazuje i **mýtus o arterioskleróze**, kterým se označuje mínění, že všichni staří lidé trpí demencí a že k sobě stáří a demence prakticky neodmyslitelně patří.

Mýtus neúčinného času odráží všeobecné mínění, že kdo není produktivní na trhu práce, je vlastně nepotřebný, což souvisí s představou o celodenním nicnedělání seniorů a tudíž i jejich neúčinnosti pro společnost. Se starým člověkem se „nepočítá“ a tím se snižuje i respektování jeho práv a potřeb a vzniká tím další mýtus – **mýtus ignorace**.

Společnost často přehlíží seniory jako osoby s citovými a sexuálními potřebami, což přináší mýtus o úbytku sexu.

Rozdíly a nepochopení mezi generacemi jsou dnes velmi patrné, ale určitě ne neregulovatelné. Závisí na vzájemné toleranci a snaze se nezaměřovat na rozdíly mezi generacemi.

1.4.2. Ageismus a vliv médií

„Ageismus systematicky, na institucionální a individuální úrovni stereotypizuje a diskriminuje lidi na základě věku.“ (Sýkorová, 2007, s.50)

Ageismus se může projevovat mnoha způsoby, například zhoršením podmínek na trhu práce v důsledku vyššího věku či jen jednoduše pohrdavým a diskriminujícím přístupem mladších generací, které dávají najevo své přesvědčení o senilitě, neschopnosti a nepotřebnosti starší generace.

Určitou příčinou může být vliv médií, která seniory zmiňuje nejčastěji ve spojení s důchodovými reformami a zprávami o zatěžování zdravotního systému náklady na péči o ně. Stále se v médiích i v životě také můžeme setkat s nevhodným označováním a oslovováním seniorů jako „stařenka“ či „děda.“
(Haškvcová, 1990)

1.4.3. Syndrom EAN

Patologickým stavem seniora může být syndrom týraného a zanedbávaného starého člověka – elder abuse and neglect (EAN). Je to „*důsledek špatného chování nějaké osoby vůči člověku starému, který této osobě důvěřuje, nebo je na ni závislý*“ (Matoušek, 2008, s.221).

Týrání či zanedbávání probíhá v instituci nebo domácím prostředí.

Rozlišujeme týrání:

Fyzické (hrubé zacházení, bití, sprchování studenou či horkou vodou, vystavování chladu...)

Psychické (vydírání, slovní útoky, výčitky...)

Ekonomické (zamezení kontaktu s jeho majetkem a financemi, okrádání...)

Sexuální (kontaktní i bezkontaktní- narážky na sexualitu)

Zanedbávání (zanedbávání hygieny, výživy, polohování u závislého seniora...)

Je nutné si u seniorů všimnout nápadných odřenin, modřin, podlitin či popálenin které mohou signalizovat přítomnost fyzického týrání. Projevem týrání psychického je uzavření do sebe, úzkostlivost, depresivita.

Dalšími signály přítomnosti týrání či zanedbávání pro nás může být podvyživenost, zápach, vnější viditelné zanedbání, neadekvátní ošacení, nevysvětlitelný úbytek majetku i peněz či neochota příbuzných či pečujících seniora nechávat s někým jiným o samotě. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003)

Odhalení a řešení tohoto problému je velmi náročné, protože senioři nad tímto stavem cítí zodpovědnost a stud (například, že špatně vychovali své děti), svalují vinu na sebe.

V Praze funguje krizová linka pro seniory, kterou zřizuje organizace Život 90, kam se může týraný senior obrátit a kde dostane potřebné informace a kontakty pro řešení této situace.

Špatné sociální vztahy mohou zapříčinit u seniorů pocity méněcennosti, mají dopad na psychické zdraví a zároveň i na zdraví fyzické. Eliminování výše zmíněných jevů, jako jsou mýty o stáří či ageismus je nezbytné pro seniory i samotnou společnost, která má tvořit důstojné podmínky pro život všem jejím členům. Větší mezigenerační diskuse, kontakt a informovanost je jistě možností zlepšení vzájemných vztahů i cestou k vzájemné empatii a

toleranci. Vzájemné porozumění je důležité i při samotné péči o seniory, kde často postoj a přístup pracovníků seniora ovlivňuje velmi intenzivně. Nezbytnost důstojného přístupu a prevencí špatného zacházení se seniory v sociálních zařízeních proto zahrnuje Zákon č. 108/2006 o sociálních službách pomocí standardů kvality. (viz. kapitola 3.1.4.)

2. Soběstačnost

„Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí.“
(Kalvach, 2004, s. 196)

Soběstačnost je předpokladem pro samostatné fungování v přirozeném prostředí a nezávislosti na druhé osobě. Omezení sebeobslužných schopností působí negativně na psychiku seniorů a jejich sociální interakce, což způsobuje snížení spokojenosti a tím i kvality života. Úroveň soběstačnosti je posuzována z různých pohledů a její určení má určit v účelné pomoci a péči o seniory.

Je ovlivněna prostředím, ve kterém se osoba pohybuje a zdatností, dovednostmi a znalostmi osoby.

Tyto dva faktory (prostředí a schopnosti dané osoby) se vzájemně ovlivňují a odstraňování různých omezení u jednoho z nich může kompenzovat nedostatky u toho druhého.

2.1. Hodnocení soběstačnosti

V roce 1964 vytvořil S. Katz šesti položkový index nezávislosti ve všedních aktivitách označovaný jako **Katz ADL**(activity of daily living) , který hodnotí schopnost závislost/nezávislosti při koupání, oblékání, používání toalety, samostatný příjem potravy, přemísťování a zda je přítomna či nepřítomna inkontinence. Index je jednoduše bodován jedním či žádným bodem odpovědí ano/ne u jednotlivých položek. Jeho vyhodnocení:

6 bodů – **úplná nezávislost**

4 body – **lehčí závislost**

2 body – **těžká závislost**

0 bodů – **úplná závislost**

(Kalvach, 2004)

Dalším testem ADL je index **Barthelův**, který boduje zvládnutí či nezvládnutí u jídla, pití, oblékání, osobní hygieně, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po schodech a po rovině a přesunutí na židli či invalidní vozík. Výsledkem je určení jednoho ze stupňů závislosti:

Vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

Závislý

Závislost lehčího stupně

(Kalvach, 2004)

Obsáhlejší je **Lewtonova** škála hodnocení instrumentální ADL, která zahrnuje posuzování činností jako je obsluha telefonu, nakupování, příprava jídla a vaření, vedení domácnosti, užívání léků, cestování a nakládání s penězi.

K posuzování soběstačnosti patří také hodnocení náročnosti a bezpečnosti prostředí. Pozornost se věnuje kompenzačním pomůckám a jejich správné instalaci, protiskluzovým povrchům, osvětlení, vytápění, instalaci madel a celkové bezbariérovosti obydlí.

2.2. Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je pravidelně vyplácenou sociální dávkou, která má kompenzovat různé stupně snížení soběstačnosti zajištěním finančních prostředků na úhradu služeb a pomoci registrovaných sociálních služeb nebo osobám pečujícím o osobu blízkou.

Náklady na vyplácení této dávky se hradí ze státního rozpočtu a rozhoduje o něm obecní úřad obce s rozšířenou působností. Výše příspěvku se rozlišuje podle stupně závislosti a věku. Stupně závislosti dělíme na:

- I. stupeň – **lehká závislost**
- II. stupeň – **středně těžká závislost**
- III. stupeň – **těžká závislost**
- IV. stupeň – **úplná závislost**

Stupeň závislosti se určuje podle množství úkonů, při kterých osoba vyžaduje pomoc druhé osoby.

§9

(1) Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

a) mobilita

- b) orientace*
- c) komunikace*
- d) stravování*
- e) oblékání a obouvání*
- f) tělesná hygiena*
- g) výkon fyzické potřeby*
- h) péče o zdraví*
- i) osobní aktivity*
- j) péče o domácnost*

(zákon č.108/2006 o sociálních službách)

Pro schválení nároku na příspěvek na péči musí žadatel (či oprávněná osoba) projít sociálním šetřením, zdravotním vyšetřením a předložit informace o svých současných příjmech. Během pobírání příspěvku je pak povinen hlásit případné změny stavu, které jsou rozhodující pro nárok na příspěvek. Od roku 2012 se výše příspěvku pro první stupeň závislosti u osob starších 18 let snížila z 2000Kč na 800Kč, takže v současnosti je výše příspěvků:

- I. stupeň – 800Kč/ na měsíc
- II. stupeň – 4000Kč/ na měsíc
- III. stupeň – 8000Kč/ na měsíc
- IV. stupeň – 12000Kč/ na měsíc

Příspěvek na péči je určitou kompenzací problémů spojených se sníženou soběstačností, ale ne jejím řešením. Některé obtíže spojené se sníženou soběstačností vyřešit nelze, ale některé lze zlepšovat pomocí aktivizací, nácviku všedních dovedností a udržování duševní a fyzické kondice. Řešením není předložit seniorovi veškerý komfort a předpokládat, že nejhodnější je pro něj úplná pasivita a stálý odpočinek. Důležité je ponechat autonomii v co nejvíce možných úkonech.

2.2.1. Průkaz osoby se zdravotním postižením

S nárokem na příspěvek na péči vzniká automaticky nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením. Typy průkazů:

1. TP – náleží osobám, kterým je přiznán I. stupeň závislosti. Osoby mají nárok na přednostní projednávání svých záležitostí a místo k sezení ve veřejné dopravě.
2. ZTP – náleží osobám, kterým je přiznán II. stupeň závislosti. Osoby mají výhody, jež zahrnuje průkaz TP a bezplatné jízdné v místní veřejné dopravě.
3. ZTP/P – náleží osobám, kterým je přiznán III. či IV. Stupeň závislosti. Osoby mají výhody, které zahrnují průkazy TP a ZTP a bezplatné jízdné pro jejich průvodce.

(WWW.MPSV.CZ)

2.3. Ergoterapie

Jednou z možností, jak snížit problémy, které zapříčiňují sníženou soběstačnost je ergoterapie.

Ergoterapie „*se specificky zaměřuje na provádění činností, jež osoba považuje za užitečné nebo smysluplné.*“ (Jelínková, Křivošíková, Šajtarová, 2009, s. 14)

Jedná se o terapii, která se zaměřuje na provádění a nácvik všedních dovedností, které osoba nemůže provádět z důvodu onemocnění, zdravotního postižení či stáří. Je jednou z možností, jak snižovat u osob důsledky snížení soběstačnosti. Činnosti, které se nacvičují přispívají ke zlepšení zdravotního stavu, zlepšují kvalitu života a pomáhají při začleňování do společnosti. Činnosti vybrané klientem a terapeutem k nácviku by měly odpovídat klientovým sociálním, zdravotním, kulturním a ekonomickým potřebám. Ergoterapie vychází z poznatků medicíny a sociologie a z předpokladu, že člověk je aktivní bytostí, která se stále vyvíjí a je schopna se adaptovat na nové podmínky. Jednou z potřeb člověka je i pocit určité samostatnosti a seberealizace, který můžeme díky ergoterapii zlepšit.

Cílem je tedy udržet či obnovit schopnost provádět činnosti a zlepšit tím tak funkční stav osoby a podpořit její začlenění do společnosti. Česká asociace ergoterapeutů uvádí jako cíle ergoterapie podporu duševního a fyzického zdraví díky smysluplné aktivitě, zlepšování schopnosti činností všedního života, podpora v naplňování sociální role či umožnění setrvání osob v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Terapie u seniorů v institucionální péči většinou probíhají ve skupinách a mají za úkol podporovat klientovu soběstačnost, sociální interakci a smysluplné trávení volného času. Při skupinových terapiích se využívá reminiscence, paměťová cvičení spojená i s orientací v čase a místě, různé kulturní programy, které udržují sociální interakci a podporují člověka ve zvyklostech společenského života a etiky, pracovní a výtvarné terapie, pohybové aktivity jako je kondiční cvičení či tanec, ale také činnosti běžného života jako je vaření či pečení.

Senioři se při těchto činnostech aktivizují, cvičí jemnou i hrubou motoriku, udržují sociální kontakty a procvičují kognitivní schopnosti.

Při ergoterapii v domácím prostředí se terapeut zaměřuje především na nácvik všedních dovedností, který probíhá v přirozených podmínkách, což je velkou výhodou. Má možnost odhalovat možné bariéry a navrhnout vhodné kompenzační pomůcky, které budou v daném prostředí nejefektivnější. Součástí jeho práce je i komunikace s rodinou a její případné informování o potřebách seniora a zásadách pomoci a péče, kterou senior potřebuje.

(Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

3. Péče o seniory v ČR

Sociální a zdravotní péče je často pro zlepšování kvality života ve vyšším věku nezbytná. Jejím účelem je udržení seniorů v co nejlepším fyzickém a psychickém stavu a snaží se především umožnit člověku co nejdéle pobývat v jeho přirozeném domácím prostředí, které je ve většině případů pro seniora klíčovým faktorem pro jeho spokojenost. Je řešením i prevencí dopadů změn (viz. kapitola 1.3.), které s sebou stáří přináší.

3.1. Sociální oblast

System poskytování sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 sb. ze dne 14.března 2006 o sociálních službách. Ustanovuje zásady a náležitosti poskytování sociální pomoci a podpory osobám v nepříznivé životní situaci. Má za úkol navrátit jedince zpět do společnosti, působit jako prevence sociálního vyloučení a specifikovat předpoklady sociálního pracovníka. Při poskytování sociálních služeb se klade důraz na zachování důstojnosti osob, respekt

k jejich jedinečnosti, motivaci, rozvoj jejich samostatnosti a posilování sociálních dovedností.

Řeší nepříznivé životní situace vzniklé kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu, věku, konfliktům se společností a sociálnímu vyloučení.

Sociální služby se dělí na služby prevence, služby sociální péče a poradenství, na které má každá osoba právo a je bezplatné. Poskytují se jako služby ambulantní, terénní a pobytové.

Dle zákona č.108/2006 sb. O sociálních službách rozlišujeme následující služby:

3.1.1. Pobytové služby

„Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb“

(zákon č.108/2006 sb., §33)

Pobytové služby osobám zajišťují ubytování, stravu, prostředky pro osobní hygienu

a pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, kontakt se společenským prostředím a obstarávání osobních záležitostí.

Systém sociálních služeb zahrnuje tyto pobytové služby:

Odlehčovací (respitní) služba:

Poskytuje pobyt osobám se sníženou soběstačností, které žijí v domácím prostředí, poskytuje ji na dobu určitou a to maximálně na tři měsíce. Umožňuje odpočinek pečujícímu a je prevencí syndromu vyhoření.

Týdenní stacionáře:

Pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností. Osoby zde pobývají od pondělí do pátku, v některých případech i přes víkend.

Domovy se speciálním režimem:

Poskytují péči osobám se sníženou soběstačností, v tomto případě osobám s Alzheimerovou či jinou demencí. Chod zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám osob s tímto onemocněním.

Domovy pro seniory:

Dlouhodobá pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, kteří dosáhli důchodového věku a jejichž stav vyžaduje pomoc druhé osoby. Klienti jsou přijímáni na základě podání žádosti. Má podporovat soběstačnost a aktivní život a poskytovat ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

K odchodu z domácího prostředí do nějakého typu pobytového zařízení se senioři rozhodují z důvodů ekonomických, rodinných či zdravotních a ne vždy dobrovolně. Je to velmi radikální změna životního stylu vyžadující často delší čas na adaptaci v zařízení a je vždy dobré, pokud je senior na tuto změnu připraven a má čas přechod do zařízení v klidu naplánovat. Přechod mu může usnadnit i možnost výběru zařízení a předchozí seznámení s prostředím a podmínkami, do kterých se bude stěhovat. Po příchodu seniora by mu měl personál věnovat maximální pozornost a měl by ihned dostat svého klíčového pracovníka, který mu má být v zařízení osobou nejbližší. Personál začíná seniorovi vytvářet individuální

plán péče zahrnující informace o způsobu a cílech péče o něj a to s ohledem na jeho přání, potřeby, možnosti a individualitu. (Matoušek a kol.,2010)

Dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení s sebou může přinášet i některá rizika. Jedním z těchto rizik je hospitalismus, což je adaptace na život v zařízení a narušuje schopnost žít v „normálním“ domácím prostředí. Vzniká kvůli umělým podmínkám pro život, které donutí osobu k úplné pasivitě a odevzdanosti, protože nemusí vyvíjet žádné úsilí pro obstarávání základních potřeb - zajistí jí je personál zařízení (od praní, uklízení, vaření až po organizaci volného času). Takto omezené množství nároků a podnětů může způsobit ztrátu motivace, zájmů o své okolí, nepřírozně dlouhý spánek, zhoršené komunikační schopnosti a může dojít (a to i u starších osob) k regresi.

Dalším rizikem je tzv. ponorková nemoc, kdy dlouhodobé sžití se skupinou začne u osob vyvolávat agresi, vztahovačnost a mění se i chování (např. důraz na proxemiku – osobní teritorium). *„Stereotypní prostředí, z něhož se nedá uniknout, zvyšuje únavu a snižuje toleranci.“*

(Matoušek, 1995,s. 108).

Rizikem ústavní péče může být také vznik šikany či týrání a zneužívání ze strany personálu či samotných obyvatel zařízení.

(Matoušek, 1995)

3.1.2. Terénní služby

„Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.“ (zákon č.108/2006 sb., §33)

Rozlišujeme tyto terénní služby:

Osobní asistence:

Služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností bez časového omezení a v činnostech, které osoba potřebuje. Služba probíhá v přirozeném sociálním prostředí osob a zajišťuje pomoc při činnostech zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a zajišťování stravy, pomoc s činnostmi týkajícími se běžného chodu domácnosti, kontakt se společenským životem, sociálně terapeutické, vzdělávací a aktivizační činnosti a obstarávání osobních záležitostí.

Pečovateľská služba:

Služba určená osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc jiné osoby. Je časově vymezena. Poskytuje pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo zajištění prostředků pro ni, nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Služba může být poskytována také ambulantně.

Tísňová péče:

Služba určená osobám se stálým rizikem ohrožení zdraví či života přes nepřetržitou hlasovou a elektronickou komunikaci. Poskytuje zprostředkování okamžité pomoci, sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a zajišťování osobních záležitostí.

Průvodcovské a předčitatelské služby:

Umožňuje osobám se sníženou soběstačností a schopností orientace či komunikace vyřízení osobních záležitostí. Mohou být součástí jiných služeb. Zprostředkovávají osobám kontakt se společenským prostředím a pomáhají při uplatňování práv a zájmů při vyřizování osobních záležitostí. Mohou být poskytovány i ambulantně.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením:

Služby jsou určené osobám v seniorském věku nebo osobám se zdravotním postižením, ohroženým sociálním vyloučením a poskytují jim kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a zájmů při obstarávání osobních záležitostí.

3.1.3. Ambulantní služby

„Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.“

(zákon č.108/2006 sb., §33)

Patří sem tyto služby:

Centra denních služeb:

Poskytují služby osobám se sníženou soběstačností vyžadujícím pomoc druhé osoby ve specializovaném zařízení a působit preventivně proti sociálnímu vyloučení. Mají za cíl posílit soběstačnost a samostatnost. Zajišťují pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí prostředků pro ni, stravu, sociálně terapeutické, výchovné či aktivizační činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Denní stacionáře:

Poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc druhé osoby. Poskytují stejný výčet činností jako centra denních služeb.

Ambulantně lze vykonávat i tyto služby (zmiňované v kapitolách 3.1.1. a 3.1.2.):

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Pečovatelskou službu

Průvodcovské a předčitatelské služby

Odlehčovací službu

3.1.4. Standardy kvality

Se zákonem č.108/2006 sb. o sociálních službách byl specifikován způsob, jakým probíhá inspekce poskytovatelů sociálních služeb, která má za úkol kontrolovat dodržování podmínek pro registraci poskytovatelů sociálních služeb, plnění povinností poskytovatelů a kvalitu poskytovaných služeb. Kvalita služeb se ověřuje pomocí souboru kritérií- standardů kvality, které určují její úroveň. Standardy kvality specifikují oblast personální a provozní a vztah mezi provozovatelem a osobami a hodnotí se pomocí bodového systému. Definují způsob fungování zařízení jako celku i jeho jednotlivých složek. Obsahem standardů kvality jsou tyto zásady:

- Nutné definování poslání a cíle vykonávané služby a její cílovou skupinu osob (dále klientů), kterým vytváří příznivé podmínky pro řešení jejich nepříznivé sociální situace i dostatečný prostor pro vlastní rozhodování.

- Poskytovatel musí mít zpracovaná pravidla předcházející porušování základních lidských práv a svobod.
- Poskytovatel musí mít určený postup při jednání se zájemcem o službu, projednávání podmínek a možností služby a postup při případném odmítnutí zájemce.
- Vymezený postup při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby.
- Poskytovatel musí vést individuální plánování průběhu sociální služby, společně s klientem stanovit cíle a zajistit předávání těchto informací mezi ostatními zaměstnanci.
- Stanovená kritéria pro vedení osobní dokumentace
- Poskytovatel musí mít vymezený postup pro předkládání stížností na kvalitu či způsob poskytované služby.
- Poskytovatel musí klienty podporovat v kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a umožnit jim ho.
- Je nutné vypracování struktury pracovních míst, určení odpovídající kompetence a vzdělání zaměstnanců, jejich počet, v případě nutnosti zajištění jejich dalšího profesního růstu, vzdělávání a jejich pravidelné hodnocení.
- Podle druhu služby poskytovatel určuje dobu a rozsah provozované služby a zajišťuje přiměřené technické, materiální a hygienické podmínky a zajišťuje adekvátní prostředí pro vykonávání služby podle jejího charakteru.
- Poskytovatel musí mít definované možné havarijní situace a vypracovaný plán pro jejich řešení.

(vyhláška č. 505/2006)

Tyto zásady pomáhají zařízením rozpracovat důkladně jejich vnitřní pravidla a zároveň jim umožňují lepší možnosti řešení problémů, které snižují jejich celkovou kvalitu. Takováto organizace předpisů je také prevencí špatného zacházení s klienty sociálních služeb a pomáhá při jeho odhalování a následném řešení.

3.1.5. Důchodové pojištění

Finanční zajištění je nezbytné důstojný život a zajištění základních potřeb seniorů. Nedostatek peněz zapříčiňuje strach o vlastní existenci a výrazně snižuje životní úroveň i kvalitu života.

Důchodové pojištění je jednou ze součástí systému sociálního zabezpečení, poskytuje se ze sociálního pojištění a je právně upraveno v zákoně č. 155/1995 sb., o důchodovém pojištění účinným od 1. ledna 1996. Skládá se ze dvou částí:

- povinné základní důchodové pojištění, které je univerzální a týká se ekonomicky aktivní osoby.
- Penzijní připojištění se státním příspěvkem

Výše důchodu je stanovená pevnou částkou nezávislou na době pojištění a výši výdělků a procentuální výměrou. Důchodové pojištění je nutným zaopatřením a vzniká z důvodu stáří, invalidity či úmrtí živitele.

Základní důchodové pojištění zahrnuje důchod:

- **Starobní:** nárok vzniká splněním potřebné doby pojištění a dosažením stanoveného věku.
- **Invalidní:** nárok vzniká v případě, že se osoba stala invalidní v důsledku pracovního úrazu či osoba splnila potřebnou dobu pojištění, ale nedosáhla důchodového věku.
- **Vdovský/vdovecký:** nárok vdově/vdovci vzniká v případě, že zemřelý manžel/manželka pobírali invalidní či starobní důchod nebo splnili podmínky nároku na ně, pokud zemřel/la následkem pracovního úrazu, pečuje o nezaopatřené dítě či své rodiče nebo rodiče zemřelého/zemřelé. Důchod se pobírá po dobu jednoho roku.
- **Sirotčí:** nárok vzniká nezaopatřenému dítěti, kterému zemřel rodič či osvojitel.

O nároku na důchod rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení a v případě příslušníků obranných sil a složek ministerstvo vnitra, ministerstvo obrany a ministerstvo spravedlnosti.

Při splnění podmínek nároku na starobní a současně invalidní důchod se vyplácí pouze jeden, a to vyšší. Při současném splnění podmínek na starobní či invalidní důchod a vdovský/vdovecký či sirotčí důchod, vyplácí se nejvyšší a z ostatních polovina procentuální výměry.

(www.MPSV.cz)

3.2. Zdravotní oblast

Je nutné, aby péče byla koordinovaná a dokázala efektivně řešit rychlé změny zdravotního stavu seniorů.

Seniorům zdravotnický systém poskytuje primární péči (praktický lékař, gynekolog a stomatolog) a specializovanou ambulantní péči (neurologie, endokrinologie...). V rámci nemocnic jsou dnes také zřizována geriatrická oddělení, která pečují především o ohrožené seniory. Dále je poskytována domácí péče (homecare), která zajišťuje zdravotnické úkony v domácím prostředí vykonávané zdravotními sestrami. Tuto službu často zřizují gerontologická centra či agentury domácí péče.

Ústavní zdravotnická zařízení pro seniory:

- **Léčebna dlouhodobě nemocných:** poskytuje intenzivní rehabilitaci a ošetrovatelskou péči pro pacienty s chronickými chorobami vyžadujícími dlouhodobé léčení, se zlomeninami, po amputacích, s onkologickými diagnózami či po cévních mozkových příhodách. Pobyť není časově omezen
- **Oddělení následné péče:** poskytuje ošetrovatelskou a rehabilitační péči osobám po akutním onemocnění či operaci.
- **Hospic:** zařízení poskytující seniorům paliativní (tisíci) péči. Definice světové zdravotnické organizace z roku 2002: „*Paliativní péče je takový přístup, který zvyšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s životohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.*“ (Munzarová, 2005, s.62) Hospicová péče je poskytována také jako terénní služba či ve formě denního stacionáře. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003)

4. Kvalita života

Kvalita života je v dnešní době pojem využívaný pro subjektivní i objektivní posuzování různých složek lidského života jako je životní prostředí, zdraví, mezilidské vztahy či materiální zabezpečení a na tyto složky nahlíží jednotlivě i jako na celek. Pracují s ním obory typu sociologie, psychologie, medicína či ekologie. Dnes se zkoumá především v kontextu života s různými zdravotními potížemi jako jsou onkologické diagnózy, onemocnění pohybového aparátu či tělesná postižení. V souvislosti s výzkumem a měřením úrovně kvality života a jejího vyhodnocování máme možnost zlepšovat složky zdravotních či sociálních služeb, které mohou vnímání kvality života u osob s obtížemi zlepšit.

4.1. Pojem „kvalita života“ a jeho rozsah

Pojem se poprvé objevuje v roce 1920 v práci zabývající se sociálním zabezpečením a ekonomikou. S pojmem pak v druhé polovině 20. století začala pracovat nevládní organizace Říšský klub, která usilovala o potlačení vojenství, zbrojení a jaderných válek a snažila se zvyšovat životní úroveň a kvalitu života. Zaměřovala se také na řešení globálních problémů. Pojem kvalita života používala ve spojení s životním prostředím.

Později sestavil W. Forrester seznam faktorů ovlivňujících kvalitu života, s jehož pomocí v roce 1961 vytvořila OSN 12 faktorů, které označila jako „podmínky života.“

V ČR se s pojmem „kvalita života“ pracuje od 80 let a spojuje se s Psychiatrickým centrem a I. Lékařskou fakultou UK v Praze. (Vaňurová, Múhlpachr, 2005)

Teoretické vymezení je kvůli multidimenzionalitě a subjektivitě náročné a jednotlivé snahy o definování pojmu kvalita života vykazují značné rozdíly.

Velmi obecně, ale komplexně definoval pojem prof.PhDr.Rudolf Kohoutek,CSc. :
„Kvalita života je dána úrovní tělesné a duševní činnosti a pracovní výkonnosti a úrovní tělesné, duševní a sociální pohody.“ (<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/kvalita-zivota.cz>)

„Kvalita života – vyjádření pocitu životního „štěstí“, k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost.“ (Hartl, Hartlová, 2004, s.284)

„Kvalita života bývá vymezována nespočty způsoby, od velmi obecných definic, např. „schopnost vést normální život“, „seberealizace“, atd. až po komplexnější definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt kvality života.“ (Vařurová, Múhlpachr, 2005, s.13)

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako *„jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktorálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“ (Vařurová, Múhlpachr, 2005, s.11)*

Specifický pohled na pojem „kvalita života“ má pak sociologie, která ji staví do kontrastu s materiálními hodnotami a využívá ho ve čtyřech různých formách:

- jako odborný pojem : nejvíce se přibližuje ostatním definicím. Pracuje s takovými faktory, jako jsou například vztahy, zdraví či prostředí, ve kterém se „zkoumaný“ jedinec/skupina nachází.
- Jako politické heslo přesahující hodnoty státu.
- jako sociální hnutí: související s aktivitou hnutí proti konzumu, rasismu a hnutí ekologických.
- Jako reklamní slogan podporující co nejširší spektrum konzumu.

(Maříková, Petrušek, Vodáková, 1996)

Existují tři základní přístupy ke kvalitě života: psychologický, sociologický a medicínský.

Psychologický přístup se zaměřuje na zkoumání složek, které dělají člověka spokojeným a pracuje s pojmem subjektivní pohoda, který se skládá z racionálního hodnocení vlastního života a jeho emocionálního prožívání.

V **sociologickém přístupu** se pracuje s hodnotami společenského postavení a faktory, které ho utvářejí (vzdělání, majetek, sociální status a vztahy). Je také označován jako subjektivní.

V **medicíně** je posuzování kvality života složkou poměrně novou (od 70 let 20 století). Předmětem zkoumání tu je dopad jednotlivých onemocnění na život a omezení a změny, které onemocnění přináší a které mají vliv na psychiku pacienta.

(Payne, 2005)

Pro objektivní zkoumání kvality života je nutné do výzkumu zahrnovat všechny tyto přístupy. V průběhu života se dominance jednotlivých faktorů mění. V měření kvality života seniorů se do popředí dostává posuzování z medicínského hlediska.

Podle Engela a Bergsmana rozlišujeme tři odlišné hierarchické sféry kvality života:

- Makro rovina, která se zaměřuje na velké společenské celky jako jsou kontinenty nebo státy a je předmětem politických úvah (otázky zdravotnictví, zabezpečení, vzdělání)
- Mezo rovina označuje kvalitu života v malých sociálních skupinách, které fungují především v rámci různých institucí jako jsou školy, nemocnice či domovy pro seniory. Klade se zde důraz na respektování lidských práv a důstojnosti, sociální vztahy ve skupině, vzájemné sdílení a podporu.
- Osobní (personální) rovina se zaměřuje na jedince a jeho subjektivní hodnocení vlastní spokojenosti.

(<http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c/kvalita.html>)

4.2. Dimenze kvality života

Kvalita života má mnoho částí, které tvoří celkovou spokojenost osob.

Pro pojem „kvalita života“ můžeme použít tři základní rozdělení:

1. Rozdělení na subjektivní a objektivní dimenzi kvality života. Subjektivní dimenzí chápeme vnímání spokojenosti jedince v kontextu hodnot a sociálního postavení v dané kultuře. Objektivní dimenze označuje hodnoty, které lze, například porovnáváním, vyhodnocovat. Patří sem fyzické zdraví, sociální postavení, materiální zabezpečení či životní prostředí.
2. Rozdělení činitelů ovlivňujících kvalitu života na vnitřní a vnější. Vnitřní činitelé jsou fyzické a psychické vybavení jedince. Jako vnější činitele označujeme ekologické, kulturní, materiální a společenské podmínky, v nichž se jedinec nachází. Jsou propojeny s objektivní dimenzí kvality života.

3. Dle světové zdravotnické organizace (WHO) rozdělujeme kvalitu života na čtyři základní složky:

- fyzické zdraví a samostatnost jedince
- psychické zdraví a úroveň duchovního/spirituálního naplnění
- sociální vztahy
- Prostředí a zázemí, ve kterém jedinec žije

(Vařurová, Múhlpachr, 2005)

Pro kvalitní péči o seniory je nutné vnímat dimenze kvality života komplexně, jejich obsah propojovat a žádnou z nich neopomíjet.

4.3. Měření kvality života

Měření kvality života je prostředkem získávání informací o nedostatcích péče o seniory a tím možností, jak péči upravovat podle potřeb seniorů. Především získání dat od samotných seniorů napomáhá upravování péče podle představ jich samotných.

Metody měření kvality života můžeme rozdělit na tři základní skupiny:

- objektivní: hodnotícím je druhá osoba
- subjektivní: kvalitu hodnotí osoba sama
- smíšené: kombinace objektivní a subjektivní metody

Objektivní metody:

Hodnocení druhou osobou se často může rozcházet s názorem osoby hodnocené, tudíž jsou jeho výsledky stále jen orientační. Hodnotné mohou být především v lékařství, kde podle výsledků těchto testů díky porovnání lze orientačně určit například fázi onemocnění, ve které se pacient nachází.

Mezi objektivní metody patří například hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu Apache II. (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation system), který nahlíží na osobu čistě z fyziologického hlediska. (Křivohlavý, 2002, s.165) Tento test měří kvantitu odchylek a rozdílů nemocného pacienta od zdravého člověka a výsledek je

vyjádřen jedním číslem, jehož hodnota vyjadřuje míru pravděpodobnosti úmrtí. Metoda se využívá na jednotkách intenzivní péče při příjmu pacienta ve Velké Británii.

Dalším metodou, která hodnotí pouze fyzickou složku je Kornofský index. Tento index stanovuje lékař, výsledek je vyjádřen na procentuální škále, specifikující celkový zdravotní stav pacienta. Původně byl vytvořen pro posuzování stavu pacientů v paliativní péči. (Vaňurová, Múhlpachr, 2005)

Metodou hodnotící kvalitu života vícedimenzionálně je symbolické vyjádření, které zachycuje hodnoty pomocí soustavy křížků (čím více křížků, tím horší kvality života). Hodnotí se pacientova soběstačnost, komunikace a fyzická a psychická stránka.

Další možností je hodnocení slovní, které využívá například Index kvality života pacienta ILF, který hodnotí sociální oporu, soběstačnost, zvládání bolesti či psychický stav. Hodnotitelů je v tomto případě více, což přidává výsledku na objektivitě. Mezi metody využívající slovní hodnocení patří i jedna z nejpoužívanějších metod – systém W.O. Spitzera, který hodnotí soběstačnost, ekonomickou situaci pacienta, volnočasové aktivity, pracovní výkonnost, sociální vztahy, komunikaci, zvládání bolesti či informovanost o svém onemocnění.

(Křivohlavý, 2002)

Subjektivní metody:

Velmi rozšířenou metodou je systém individuálního hodnocení kvality života SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Vychází z předpokladu, že hodnocení kvality života je individuální, tudíž závisí čistě na hodnocené osobě a jejím hodnotovém systému. Každá osoba má představu o důležitosti hodnocených aspektů jinou a tato představa se v průběhu života mění. Metoda probíhá formou strukturovaného rozhovoru a zaměřuje se na životní cíle hodnocené osoby, jejichž podněty jsou nejčastěji zdraví, rodina, náboženství, vzdělání a finance. Měření začíná výběrem pěti nejzásadnějších cílů života a určení, do jaké míry jsou v životě osoby uspokojovány. Dále se mezi tyto cíle rozděluje 100% podle jejich důležitosti a posledním úkolem je zakreslení křížku do stupnice spokojenosti s vlastním životem.

Metodou SEIQoL se studoval vliv různých onemocnění na kvalitu života. Vnímání kvality života se s onemocněním mění a mění se i v jeho průběhu.

(Křivohlavý, 2002)

Od metody SEIQoL je odvozena metoda SEIQoL-DW (Direct Weighting), která probíhá formou polostandardizovaného rozhovoru. Na rozdíl od metody SEIQoL se věnuje pouze oblastem života, které si člověk uvědomuje. Tento test určuje spíše oblasti ovlivňující kvalitu života, než kvalitu života samotnou a zároveň je zaměřen více na faktory ovlivňující život pozitivně.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005)

Další subjektivní metodou je LQoLP (Lancashire Quality of life Profile), který zachycuje objektivní i subjektivní faktory ovlivňující kvalitu života.

Pracuje s následujícími oblastmi života:

- práce a vzdělání
- volný čas
- vyznání
- finance
- životní situace
- právní status a bezpečnost
- vztahy s rodinou
- sociální vztahy
- zdraví

U těchto složek se hodnotí spokojenost s nimi a dále se z rozhovoru zjišťuje spokojenost, sebehodnocení a pozitivní a negativní pocity. Test byl vytvořen pro pacienty s chronickým psychiatrickým onemocněním a má být nástrojem pro posuzování kvality péče.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005)

Metodou získávání podnětů pro zkvalitňování služeb je i dotazník SQULA (Subjective Quality of Life Analysis), který je inspirován Maslowou teorií potřeb. Jde o sebesposuzovací dotazník zahrnující 23 hodnocených oblastí. (Vařurová, Mühlpachr, 2005)

Dotazník zahrnuje demografické údaje, pohlaví, věk, informace o vzdělání, zaměstnání, rodině a finančních podmínkách. U hodnocených oblastí se uvádí vnímání důležitosti a spokojenosti. Tento dotazník je využit pro výzkumnou část této práce (viz. kapitola 5.)

Smíšené metody:

Smíšenou metodou je hodnocení kvality života MENSA, které bylo vytvořeno na univerzitě v Manchesteru. Zkoumá následující oblasti:

- zdravotní stav
- sebepojetí
- sociální vztahy
- rodinné vztahy
- bezpečí
- právní stav
- životní prostředí
- finance
- náboženství
- volný čas
- zaměstnání

Spokojenost s jednotlivými položkami se hodnotí na sedmistupňové škále. Výsledky testu se využívají často k řízení zdravotní a sociální politiky a diagnostice života občanů.

(Křivohlavý, 2002)

5. Výzkumná část

5.1. Cíle výzkumu, hypotézy, použitá metoda

Cílem výzkumné části práce je zjistit vnímání kvality života u seniorů se sníženou soběstačností a srovnání spokojenosti se složkami ovlivňujícími kvalitu života u seniorů žijících v instituci a v domácím prostředí.

Hypotézy stanovené pro výzkum:

1. Osoby žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než osoby žijící v instituci
2. S položkou „pocit bezpečí“ jsou více spokojeny osoby žijící v instituci
3. S položkou „koníčky“ jsou více spokojeny osoby žijící v domácím prostředí
4. Položku „peníze“ hodnotí jako více důležitou osoby žijící v domácím prostředí
5. Položku „být fyzicky soběstačný“ hodnotí jako více důležitou osoby žijící v instituci

Hypotézy jsou stanoveny na základě předpokladů, že instituce nemůže zcela simulovat domácí přirozené prostředí. S pocitem bezpečí jsou osoby žijící v instituci spokojenější, protože díky 24 hodinové péči nejsou na řešení těžkých situací (např. pády) sami a cítí stálou „kontrolu“. Se svými koníčky jsou spokojenější osoby žijící v domácím prostředí, kteří mají pro volnočasové aktivity více přirozeného prostoru a především možnost jejich volby. Položku peníze hodnotí osoby žijící v instituci jako méně důležitou, protože se díky jednorázové měsíční platbě za služby s manipulací s penězi již tak často nesetkají. Být fyzicky soběstačný pak hodnotí jako více důležité osoby žijící v instituci, kteří se v ní ocitly převážně právě kvůli snížení soběstačnosti.

Zvolenou metodou bylo dotazníkové šetření, které je metodou kvantitativní a časově úspornou. Nevýhodou je možné nepochopení otázek dotazovanou osobou a znemožnění rozšiřování a upřesňování získaných odpovědí. Důležitá je tedy pečlivá příprava a formulace otázek. (Ferjenčík, 2000)

Pro následující výzkum je použit zkrácený dotazník SQUALA, (viz. Kapitola 4.3. a příloha č.1.) díky své stručnosti a jednoduchému způsobu vyplňování dat, který je pro seniory se sníženou soběstačností snadno zvládnutelný a zároveň zahrnuje všechny oblasti, které život seniora nejvíce ovlivňují.

U jednotlivých položek dotazované osoby hodnotili jakou jim přisuzují v životě důležitost a jak jsou s nimi spokojeni. Položky zahrnují základní oblasti ovlivňující spokojenost s kvalitou života a umožňují tak vyhodnotit celkovou spokojenost dotazovaných osob co nejobjektivněji. Hodnoceny byly tyto položky:

- Zdraví
- Fyzická soběstačnost (sebeobsluha, samostatnost v běžném životě)
- Psychická pohoda (cítit se dobře)
- Příjemné prostředí a bydlení
- Rodinné vztahy
- Vztahy s ostatními lidmi
- Mít a vychovávat děti
- Víra (věřit v „něco“, náboženství)
- Koníčky
- Pocit bezpečí (necítit přímé ohrožení, nejistotu)
- Práce (dřívější zaměstnání, seberealizace v zaměstnání)
- Peníze (mít peníze, finanční zajištění)

V první část výzkumu zahrnuje demografické údaje o dotazovaných osobách pro lepší představu o výzkumné skupině. Dále jsou číselně a procentuelně vyjádřeny samotné výsledky pro jednotlivé položky dotazníku, které byly zodpovídaný na pětibodové škále (1- nejlepší, 2- nejhorší). Celkové výsledky výzkumu, jenž byly procentuelně vyhodnoceny, pak vyjadřují grafy, na kterých je pro lepší rozlišení rozdílů zkrácena číselná osa. Při hodnocení výsledků je kladen důraz především na části, které jsou obsahem hypotéz.

5.2. Průběh výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo celkem 60 osob, kterým je přiznán nárok na příspěvek na péči, tudíž mají v různé míře sníženou soběstačnost. 30 osob z celkového počtu žije v domácím prostředí a 30 osob žije v instituci a pro lepší objektivitu jsme tyto dvě skupiny měli v genderově rovnoměrném poměru – polovina mužů a polovina žen.

První institucí, ve které dotazované osoby pobývali, je Centrum sociálních služeb Praha 2 sídlící v Máchově ulici. Jejím zřizovatelem je městská část Prahy 2. Zařízení je domovem pro

seniory, které svým klientům zajišťuje bydlení, stravování a odbornou péči. Klienti mají možnost využívat rehabilitace a aktivizačních programů jako je canisterapie, felinoterapie, ruční práce, pečení, cvičení paměti či muzikoterapie. Klienti mohou docházet na pravidelné bohoslužby či kulturní akce a je jim poskytována individuální terapie. Kapacita zařízení je 44 míst.

Druhá část dotazovaných osob žijících v instituci pobývali v domově pro seniory Slunečnice, který je zřizován Magistrátem hlavního města Prahy. Zajišťuje klientům celoroční pobyt včetně stravování a potřebné péče. Nabízí řadu aktivit, terapií a kulturních programů či služby kosmetičky, kadeřnice a pedikérky. Areál je rozlehlý a obklopen zahradou, kterou mohou klienti plně využívat. Je zde keramická dílna, skleník, kulturní sál, terasa či knihovna s internetem. Kapacita zařízení je 258 míst.

(<http://www.ds-slunecnice.cz/>, <http://www.cssp2.cz/sluzby/>)

Dotazované osoby žijící v domácím prostředí byli vybírány zprostředkovaně přes jejich příbuzné a dále přes jejich známé.

V první fázi setkání s dotazovanými osobami bylo nutné se představit a pečlivě vysvětlit smysl a účel dotazníku. Kvůli zhoršené hrubé i jemné motorice seniorů musely být odpovědi často zaznamenávány osobou vedoucí výzkum. Stupňování hodnocení bylo pro některé osoby velmi těžko představitelné, takže pro získání adekvátních odpovědí bylo nutné použít částečně řízený rozhovor. Při komunikaci se seniorem je důležitá empatie, vstřícnost a především trpělivost. Kladené otázky senioři nevnímali nikterak negativně a na vše ochotně odpovídali.

5.3. Vyhodnocení výzkumu

5.3.1. Demografické údaje dotazovaných osob:

1. Pohlaví:

Tabulka 1. – Pohlaví

	Osoby žijící v instituci			Osoby žijící v domácím prostředí	
	Ženy	Muži		Ženy	Muži
počet	15	15	Počet	15	15
%	50%	50%	%	50%	50%

Z celkového počtu dotazovaných osob žijících v instituci bylo 15 žen a 15 mužů.

Z celkového počtu dotazovaných osob žijících v domácím prostředí bylo 15 žen a 15 mužů.

Stejněměrné zastoupení mužů a žen má zajistit objektivitu výzkumu a jeho výsledků.

2. Věk:

Tabulka 2. – Věk

	Osoby žijící v instituci			Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%		Počet	%
60-74 let	4	13,3%	60-74 let	7	23,3%
75-89 let	17	56,6%	75-89 let	18	59,9%
90 let a více	9	30%	90 let a více	5	16,6%

Rozdělení na věkové skupiny vychází z rozdělení stáří dle světové zdravotnické organizace WHO (viz. Kapitola 1.2.).

Mezi osobami žijícími v instituci byli 4 osoby ve věku mezi 60 a 74 lety, 17 osob ve věku mezi 75 a 89 lety a 9 osob starších 90 let.

Mezi osobami žijícími v domácím prostředí bylo 7 osob ve věku mezi 60 a 74 lety, 18 osob ve věku mezi 75 a 89 lety a 5 osob starších 90 let.

Průměrný věk dotazovaných žijících v domácím prostředí byl 81,4.

Průměrný věk dotazovaných žijících v instituci byl 84. (s rostoucím věkem začíná převažovat institucionální péče)

Celkový průměrný věk všech dotazovaných byl 82,7.

3. Ukončené vzdělání

Tabulka 3. – ukončené vzdělání

	Osoby žijící v instituci			Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%		Počet	%
Neukončené základní	1	3,3%	Neukončené základní	0	0%
Základní	7	23,3%	Základní	9	30%
Střední bez maturity	13	43,3%	Střední bez maturity	16	53,3%
Střední s maturitou	5	16,6%	Střední s maturitou	2	6,6%
Vysokoškolské	4	13,3%	Vysokoškolské	3	9,9%

Téměř polovina z celkového počtu dotazovaných měla střední vzdělání bez maturity.

Pouze jediný dotazovaný neměl dokončené základní vzdělání.

V porovnání se současností je patrný dřívější odlišný pohled na vzdělání, často omezené možnosti vzdělávání se, a to kvůli zakládání rodiny (které dnes obvykle přichází v pozdějším věku) či finančním důvodům (nutnost živit rodinu).

4. Rodinný stav

Tabulka 4. – rodinný stav

	Osoby žijící v instituci			Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%		Počet	%
Svobodný/á	2	6,6%	Svobodný/á	3	9,9%
Ženatý/vdaná, s druhem	3	63,3%	Ženatý/vdaná, s druhem	19	9,9%
Rozvedený/á	1	3,3%	Rozvedený/á	2	6,6%
Vdovec/vdova	8	26,6%	Vdovec/vdova	22	73,3%

Z celkového počtu dotazovaných bylo nejvíce osob vdovců a vdov.

Nejmenší počet dotazovaných potom byli rozvedení, což ukazuje na významnou proměnu vnímání hodnoty manželství u dalších generací.

Výrazný rozdíl v počtu ženatých/vdaných osob u dotazovaných žijících v instituci a v domácím prostředí je celkem logický. Ztráta životního partnera je právě často prvním impulsem k odchodu do instituce.

5. Děti

Tabulka 5. – děti 1.

	Osoby žijící v instituci			Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%		Počet	%
Ano	28	93,3%	Ano	30	100%
Ne	2	6,6%	Ne	0	0%

Téměř všichni dotazovaní uvedli, že mají děti, což se odráží i na níže zmiňovaných výsledcích hodnocení důležitosti a spokojenosti s položkou „děti“.

5.3.2. Výsledky - vnímání oblastí kvality života dotazovaných osob

1. Zdraví

Tabulka 6. – Zdraví

Důležitost	Osoby žijící v instituci				Osoby žijící v domácím prostředí				Spokojenost	Osoby žijící v instituci				Osoby žijící v domácím prostředí			
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí		Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí		Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Nezbytné	26	86,6%	27	89,9%	Zcela spokojen	6	20%	9	30%								
Velmi důležité	4	13,3%	3	9,9%	Velmi spokojen	2	6,6%	2	6,6%								
Středně důležité	0	0%	0	0%	Spíše spokojen	13	43,3%	9	30%								
Málo důležité	0	0%	0	0%	Nespokojen	7	23,3%	6	20%								
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	2	6,6%	4	13,3%								

Oblast zdraví hodnotí většina dotazovaných jako nezbytnou (26 osob žijících v instituci a 27 osob žijících v domácím prostředí).

Rozdíly ve spokojenosti se zdravím u dotazovaných osob žijících v instituci a žijících v domácím prostředí nejsou příliš výrazné.

2. Fyzická soběstačnost

Tabulka 7. – Fyzická soběstačnost

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	23	76,6%	20	66,6%	Zcela spokojen	4	13,3%	10	33%
Velmi důležité	6	19,9%	7	23,3%	Velmi spokojen	2	6,6%	4	13,3%
Středně důležité	1	3,3%	3	9,9%	Spíše spokojen	13	43,3%	12	39,9%
Málo důležité	0	0%	0	0%	Nespokojen	6	19,9%	3	9,9%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	5	16,6%	1	3,3%

Fyzická soběstačnost je nezbytná pro 23 dotazovaných osob žijících v instituci a 20 dotazovaných osob žijících v domácím prostředí. Velmi důležitá je pro 6 dotazovaných osob žijících v instituci a 7 žijících v domácím prostředí. Pro 1 osobu žijící v instituci a 3 osoby žijící v domácím prostředí je středně důležitá.

S fyzickou soběstačností jsou spokojeni více dotazované osoby žijící v domácím prostředí.

3. Psychická pohoda

Tabulka 8. – Psychika

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	25	83,3%	26	86,6%	Zcela spokojen	15	49,9%	13	43,3%
Velmi důležité	5	16,6%	4	13,3%	Velmi spokojen	5	16,6%	8	26,6%
Středně důležité	0	0%	0	0%	Spíše spokojen	6	19,9%	3	9,9%
Málo důležité	0	0%	0	0%	Nespokojen	3	9,9%	3	9,9%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	1	3,3%	3	9,9%

Cítit se psychicky dobře je nezbytné pro 25 dotazovaných osob žijících v instituci a pro 26 dotazovaných osob žijících v domácím prostředí. Pro 5 osob žijících v instituci a 4 osoby žijící v domácím prostředí je to velmi důležité.

S psychikou je zcela spokojeno 15 dotazovaných osob žijících v instituci a 13 osob žijících v domácím prostředí. Nespokojeny jsou 3 osoby žijící v instituci a 3 osoby žijící v domácím prostředí, velmi zklamána je 1 osoba žijící v instituci a 3 osoby žijící v domácím prostředí. Nejčastěji uváděnými důvody k nespokojenosti osob byly zdravotní problémy a osamělost.

4. Příjemné prostředí a bydlení

Tabulka 9. – Prostor a bydlení

Důležitost				Spokojenost					
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	4	13,3%	8	26,6%	Zcela spokojen	24	79,9%	19	63,3%
Velmi důležité	19	63,3%	15	49,9%	Velmi spokojen	3	9,9%	5	16,6%
Středně důležité	7	23,3%	5	16,6%	Spíše spokojen	2	6,6%	5	16,6%
Málo důležité	0	0%	2	6,6%	Nespokojen	1	3,3%	0	0%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	0	0%	1	3,3%

Příjemné prostředí a bydlení je nezbytné pro 4 dotazované osoby žijící v instituci a pro 8 osob žijících v domácím prostředí, velmi důležité je pro 19 osob žijících v instituci a 15 osob žijících v domácím prostředí, středně důležité je pro 7 osob žijících v instituci a 5 osob žijících v domácím prostředí a pro 2 osoby žijící v domácím prostředí je málo důležité.

Více než polovina dotazovaných osob je s prostředím a bydlením zcela spokojena. 1 osoba žijící v instituci je nespokojena a 1 osoba žijící v domácím prostředí je velmi zklamána.

5. Rodinné vztahy

Tabulka 10. – Rodinné vztahy

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	28	93,3%	30	100%	Zcela spokojen	22	73,3%	24	79,9%
Velmi důležité	2	6,6%	0	0%	Velmi spokojen	0	0%	4	13,3%
Středně důležité	0	0%	0	0%	Spíše spokojen	5	16,6%	0	0%
Málo důležité	0	0%	0	0%	Nespokojen	2	6,6%	2	6,6%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	1	3,3%	0	0%

Rodinné vztahy jsou nezbytné pro 28 dotazovaných osob žijících v instituci pro 30 osob žijících v domácím prostředí. Pro 2 osoby žijící v instituci jsou velmi důležité.

Většina dotazovaných osob je s rodinnými vztahy zcela spokojena (22 osob žijících v instituci a 24 osob žijících v domácím prostředí). 2 osoby žijící v instituci a 2 osoby žijící v domácím prostředí jsou nespokojené a 1 osoba žijící v instituci je rodinnými vztahy velmi zklamána.

6. Vztahy s ostatními lidmi

Tabulka 11. – Vztahy s ostatními lidmi

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	10	33%	13	43,3%	Zcela spokojen	17	56,6%	14	46,6%
Velmi důležité	14	46,6%	8	26,6%	Velmi spokojen	9	29,9%	15	49,9%
Středně důležité	6	19,9%	9	29,9%	Spíše spokojen	3	9,9%	1	3,3%
Málo důležité	0	0%	0	0%	Nespokojen	1	3,3%	0	0%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	0	0%	0	0%

Vztahy s ostatními lidmi považuje 10 dotazovaných osob žijících v instituci a 13 dotazovaných osob žijících v domácím prostředí za nezbytné, 14 osob žijících v instituci a 8 osob žijících v domácím prostředí za velmi důležité a 6 osob žijících v instituci a 9 osob žijících v domácím prostředí za středně důležité.

Zcela spokojena se vztahy s ostatními je polovina dotazovaných osob, 1 osoba žijící v instituci je nespokojena.

7. Mít a vychovávat děti

Tabulka 12. – Děti 2.

Důležitost	Osoby žijící v instituci				Osoby žijící v domácím prostředí				Spokojenost	
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí		Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Nezbytné	29	96,6%	28	93,3%	Zcela spokojen	20	66,6%	24	79,9%	
Velmi důležité	0	0%	1	3,3%	Velmi spokojen	6	19,9%	2	6,6%	
Středně důležité	0	0%	1	3,3%	Spíše spokojen	0	0%	1	3,3%	
Málo důležité	1	3,3%	0	0%	Nespokojen	4	13,3%	2	6,6%	
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	0	0%	1	3,3%	

Mít a vychovávat děti je nezbytné pro 29 dotazovaných osob žijících v instituci a 28 osob žijících v domácím prostředí, velmi důležité je pro 1 osobu žijící v domácím prostředí, středně důležité je pro 1 osobu žijící v domácím prostředí a málo důležité je pro 1 osobu žijící v instituci.

Spokojena s dětmi je většina dotazovaných osob bez rozdílu mezi osobami žijícími v instituci a osobami žijícími v domácím prostředí.

8. Víra

Tabulka 13. – Víra

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	4	13,3%	6	19,9%	Zcela spokojen	12	39,9%	14	46,6%
Velmi důležité	7	23,3%	7	23,3%	Velmi spokojen	8	26,6%	7	23,3%
Středně důležité	11	36,6%	4	13,3%	Spíše spokojen	3	9,9%	0	0%
Málo důležité	2	6,6%	4	13,3%	Nespokojen	5	16,6%	3	9,9%
Bezvýznamné	6	19,9%	9	29,9%	Velmi zklamán	2	6,6%	6	19,9%

Mít víru je nezbytné pro 4 dotazované osoby žijící v instituci a 6 osob žijících v domácím prostředí, bezvýznamné je pro 6 osob žijících v instituci a 9 osob žijících v domácím prostředí.

Zcela spokojeno s vírou je 12 osob žijících v instituci a 14 osob žijících v domácím prostředí. Osoby odpovídající „nespokojen“ a „velmi zklamán“ na spokojenost s vírou většinou zdůrazňovali svou určitou lhostejnost k náboženství.

9. Koničky

Tabulka 14. – Koničky

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	5	16,6%	8	26,6%	Zcela spokojen	4	13,3%	9	29,9%
Velmi důležité	17	56,6%	16	53,3%	Velmi spokojen	11	36,6%	11	36,6%
Středně důležité	8	26,6%	6	19,9%	Spíše spokojen	2	6,6%	5	16,6%
Málo důležité	0	0%	0	0%	Nespokojen	6	19,9%	3	9,9%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	7	23,3%	2	6,6%

Mít koníčky je nezbytné pro 5 dotazovaných osob žijících v instituci a 8 osob žijících v domácím prostředí, velmi důležité pro 17 osob žijících v instituci a 16 osob žijících v domácím prostředí a středně důležité pro 8 osob žijících v instituci a 6 osob žijících v domácím prostředí

Více spokojeni se svými koníčky jsou osoby žijící v domácím prostředí. Jako důvod nespokojenosti osoby uváděli znemožnění věnování se svému koníčku kvůli místu bydliště, zhoršené jemné či hrubé motorice a chybějícím příležitostem pro vykonávání oblíbené činnosti.

10. Pocit bezpečí

Tabulka 15. – Bezpečí

Důležitost	Osoby žijící v instituci				Osoby žijící v domácím prostředí				Spokojenost
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí		Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí		
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%	
Nezbytné	27	89,9%	29	96,6%	Zcela spokojen	13	43,3%	10	33%
Velmi důležité	3	9,9%	1	3,3%	Velmi spokojen	10	33%	7	23,3%
Středně důležité	0	0%	0	0%	Spíše spokojen	6	19,9%	11	36,6%
Málo důležité	0	0%	0	0%	Nespokojen	1	3,3%	2	6,6%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	0	0%	0	0%

Být v bezpečí je nezbytné pro 27 dotazovaných osob žijících v instituci a 29 osob žijících v domácím prostředí, velmi důležité je to pro 3 osoby žijící v instituci a 1 osobu žijící v domácím prostředí.

Spokojenost s bezpečím je vyšší u osob žijících v instituci. Uváděným důvodem k nespokojenosti s pocitem bezpečí byl strach z krádeží a násilí páchaného na seniorech, o kterém se v současnosti často dozvídáme z médií.

11. Práce

12.

Tabulka 16. – Práce

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	13	43,3%	10	33%	Zcela spokojen	21	69,9%	19	63,3%
Velmi důležité	16	53,3%	18	59,9%	Velmi spokojen	4	13,3%	3	9,9%
Středně důležité	1	3,3%	1	3,3%	Spíše spokojen	3	9,9%	5	16,6%
Málo důležité	0	0%	1	3,3%	Nespokojen	2	6,6%	3	9,9%
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	0	0%	0	0%

Práci považuje za nezbytnou 13 dotazovaných osob žijících v instituci a 10 osob žijících v domácím prostředí, za velmi důležitou ji považuje 16 osob žijících v instituci a 18 osob žijících v domácím prostředí, středně důležitá je pro 1 osobu žijící v instituci a 1 osobu žijící v domácím prostředí a pro 1 osobu žijící v domácím prostředí je málo důležitá.

Více než polovina dotazovaných osob je s prací zcela spokojena. Osoby uváděli, že jejich zaměstnání je bavila a měli k ní kladný vztah.

13. Peníze

Tabulka 17. – Peníze

Důležitost					Spokojenost				
	Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí			Osoby žijící v instituci		Osoby žijící v domácím prostředí	
	Počet	%	Počet	%		Počet	%	Počet	%
Nezbytné	4	13,3%	9	29,9%	Zcela spokojen	19	63,3%	14	46,6%
Velmi důležité	17	56,6%	15	49,9%	Velmi spokojen	6	19,9%	6	19,9%
Středně důležité	7	23,3%	6	19,9%	Spíše spokojen	3	9,9%	5	16,6%
Málo důležité	2	6,6%	0	0%	Nespokojen	2	6,6%	4	13,3
Bezvýznamné	0	0%	0	0%	Velmi zklamán	0	0%	1	3,3%

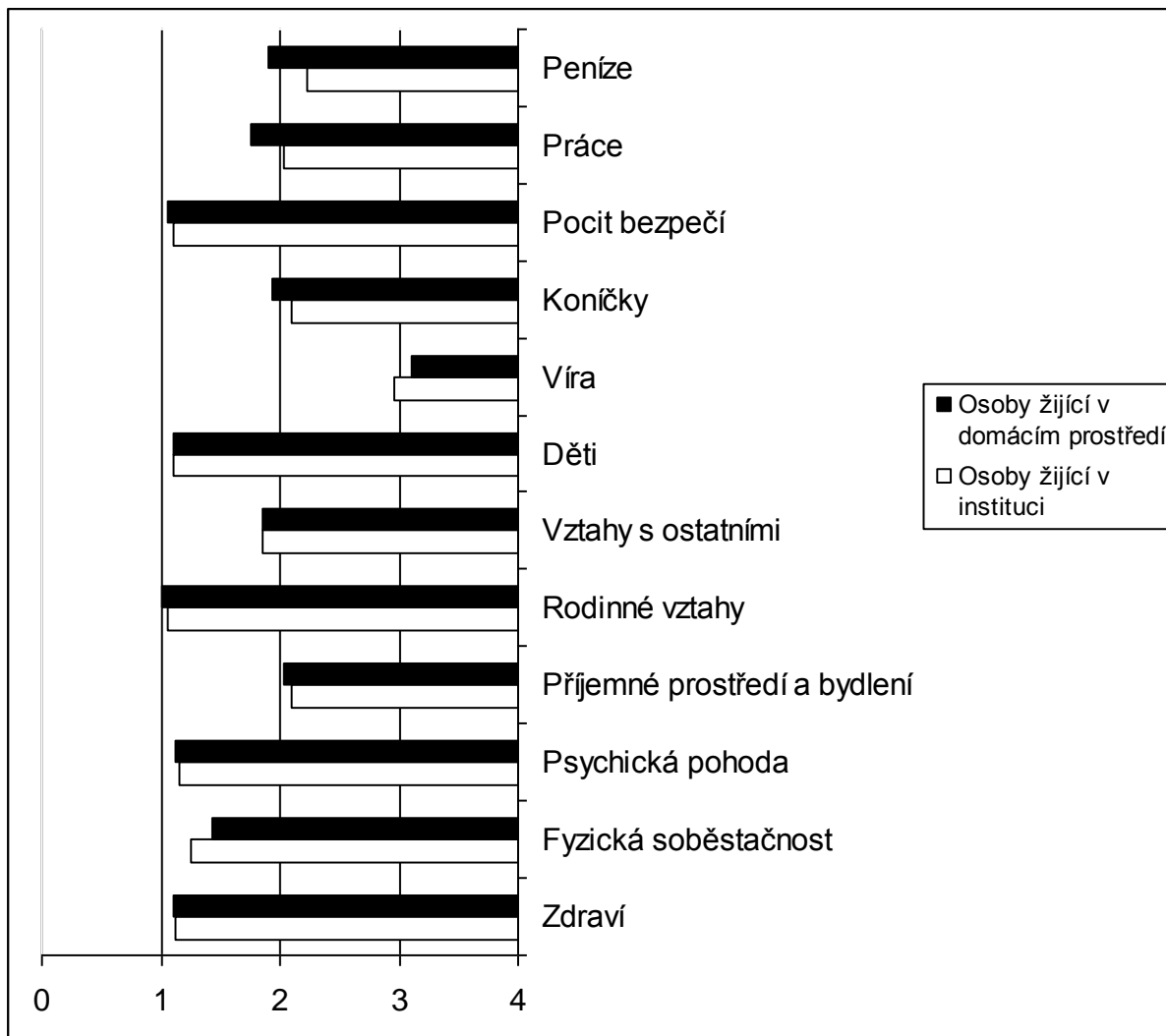
Peníze jsou pro polovinu dotazovaných osob velmi důležité (17 osob žijících v instituci a 15 osob žijících v domácím prostředí), pro 4 osoby žijící v instituci a 9 osob žijících v domácím prostředí jsou nezbytné, středně důležité jsou pro 7 osob žijících v instituci a 6 osob žijících v domácím prostředí a pro 1 osobu žijící v instituci jsou málo důležité.

S penězi jsou celkově spokojenější osoby žijící v instituci. Více než polovina dotazovaných osob je s penězi zcela spokojena.

5.4. Závěr výzkumu

Porovnání hodnocení důležitosti:

Graf 1. - Důležitost

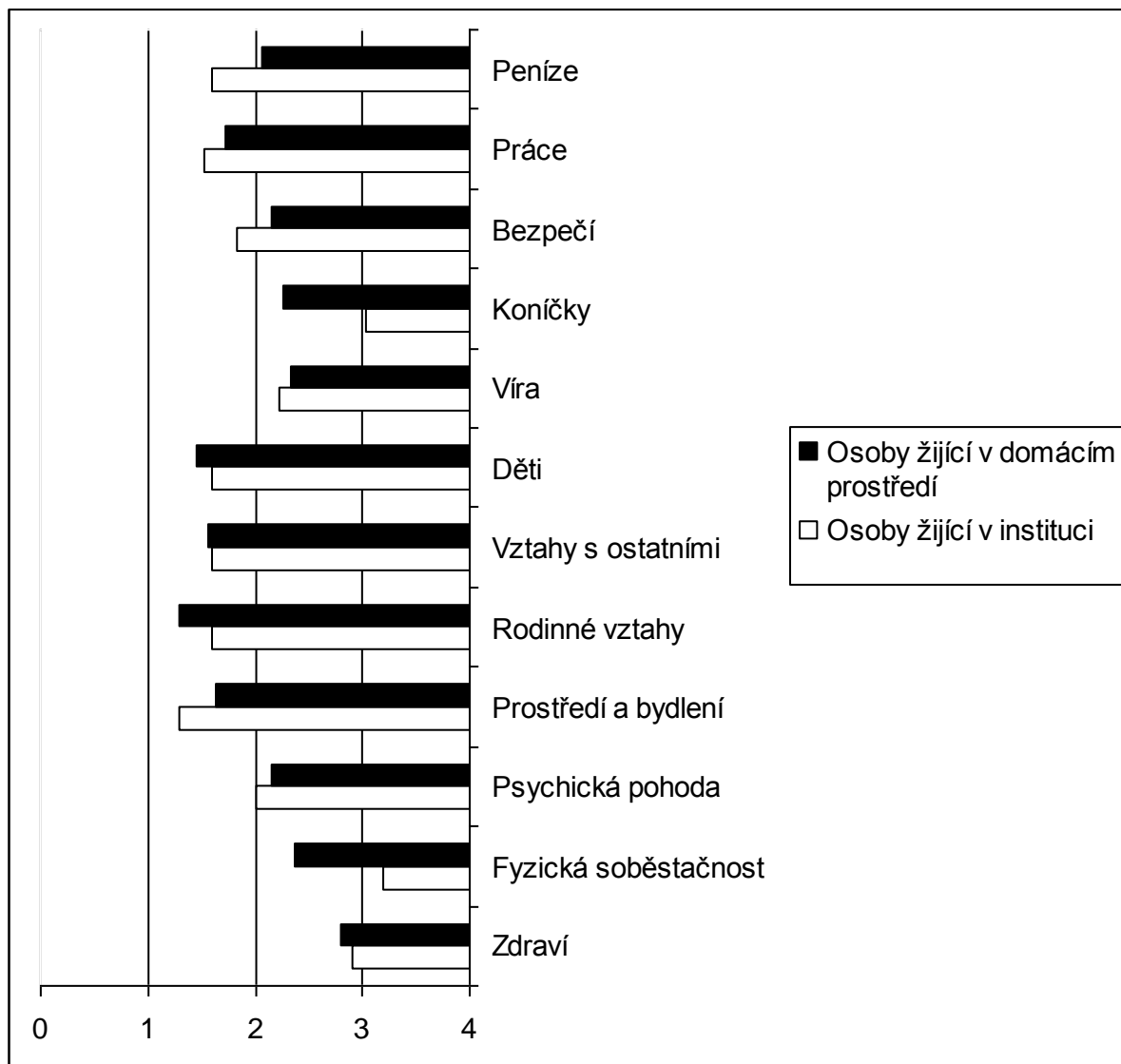


Jak vyplývá z grafu, oblastmi, které jsou pro dotazované osoby hodnoceny jako nejdůležitější jsou pocit bezpečí, děti, rodinné vztahy, psychická pohoda a zdraví. Rozdíly v hodnocení důležitosti oblastí ovlivňujících kvalitu života mezi osobami žijícími v instituci a žijícími v domácím prostředí byly znatelné u položky peníze, která je důležitější pro osoby žijících v domácím prostředí a u položky fyzická soběstačnost, která je důležitější pro osoby žijících v instituci.

Tyto hodnoty nám ukazují, co je nutné brát při práci za seniory jako klíčové. Při práci se seniory v instituci i se seniory žijícími samostatně je důležitá snaha o vytvoření harmonického, klidného prostředí, podpora maximálního kontaktu s rodinou (což zahrnuje i práci s ní), zajištění vhodných kompenzačních pomůcek a kvalitní zdravotnické péče.

Porovnání hodnocení spokojenosti:

Graf 2. – Spokojenost



Položkami, se kterými byli dotazované osoby nejvíce spokojeni jsou rodinné vztahy, děti a prostředí a bydlení. Největší rozdíly ve spokojenosti u osob žijících v domácím prostředí a osob žijících v instituci byly u položek fyzická soběstačnost, peníze a koníčky. Větší nespokojenost s fyzickou soběstačností u osob žijících v instituci je samozřejmě podmíněná samotnou nutností pobytu v instituci (nesoběstačnost je u seniorů velmi často uváděným důvodem pobytu v instituci). Na nespokojenost osob s fyzickou soběstačností žijících v instituci nelze nahlížet jako na samozřejmost, ale je nutné vyvíjet úsilí o její zlepšení, kterého lze docílit pravidelnou fyzioterapií či ergoterapií.

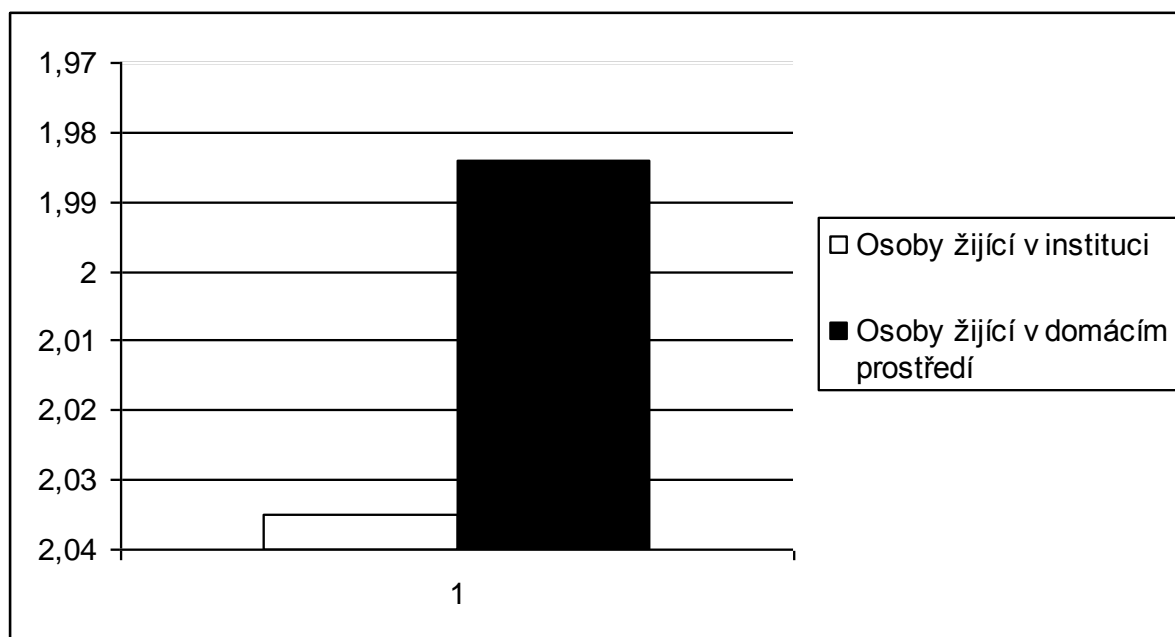
Osoby žijící v domácím prostředí jsou méně spokojeny s položkou peníze. Při vyplňování dotazníku často odůvodňovali svou nespokojenost starostmi a zmatky, které souvisí s manipulací s penězi a samozřejmě nedostatkem financí. Osoby žijící v instituci nemusejí

s penězi manipulovat tak často (díky jednorázové platbě pobytu přímo z důchodů) a tudíž je jejich nespokojenost s penězi menší.

Nejvýraznější rozdíl ve výsledku je u položky koníčky, se kterou jsou osoby žijící v instituci výrazně nespokojenější. Smysluplné trávení volného času je však velmi důležité pro psychickou pohodu seniora, podporuje jeho pocit důležitosti a může být jeho cestou k seberealizaci. V institucích se dnes setkáváme s poměrně velkým výběrem možností trávení volného času (pohybová cvičení, zooterapie, kulturní program, reminiscenční terapie...), ale stále chybí prostor pro intenzivní individuální přístup, který by umožnil pracovníkovi zjistit zájmy jednotlivých seniorů, kterým se ve svém životě věnovali, a v rámci možností jim umožnit znovu se těmto zájmům, třeba jen pasivně, věnovat (např. formou knih, obrázků...). Aktivita jsou v institucích organizovány, aby dokázali pojmout co nejvíce osob najednou, ale již nezahrnují činnosti, se kterými se senioři setkávali celý život. Nejlépe senioři hodnotí aktivity jako jsou ruční práce či kurzy vaření, které sice vyžadují více individuální pomoci, ale zároveň mají největší hodnotu. Pobyt v instituci je výrazný zásah do života seniora, na který je složité se adaptovat. Umožnění kontaktu s co nejvíce známými předměty či osobami proces adaptace může seniorovi výrazně ulehčit a podpořit v něm pocit jistoty a bezpečí.

Porovnání celkové spokojenosti:

Graf 3. – celková spokojenost



Průměrná spokojenost dotazovaných osob žijících v institucích je nižší než spokojenost osob žijících v domácím prostředí, což je ukazatelem pro přetrvávání současných snah

podporovat domácí péči a omezovat počet osob žijících v institucích. Pobyt v instituci by měl být krajním řešením, protože nikdy nemůže zcela nahradit pobyt v domácím, přirozeném prostředí, na které je senior zvyklý a cítí se v něm jistě a bezpečně. Zároveň je důležité věnovat pozornost kvalitě péče v institucích, zaměřovat se zde na individuální potřeby seniorů a jejich uspokojování a na zachování důstojnosti a autonomie seniorů a tím zvyšovat i jejich kvalitu života.

Hypotézy:

1. Hypotéza

Osoby žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější než osoby žijící v instituci.

Z grafu 3. vyplývá, že osoby žijící v domácím prostředí jsou celkově spokojenější, než osoby žijící v instituci.

Potvrzeno

2. Hypotéza

S položkou „pocit bezpečí“ jsou více spokojeny osoby žijící v instituci.

Tabulka 15. ukazuje, že s položkou „pocit bezpečí“ jsou více spokojeny osoby žijící v instituci.

Potvrzeno

3. Hypotéza

S položkou „koníčky“ jsou více spokojeny osoby žijící v domácím prostředí.

Z tabulky 14. vyplývá, že s položkou „koníčky“ jsou více spokojeny osoby žijící v domácím prostředí.

Potvrzeno

4. Hypotéza

Položku „peníze“ hodnotí jako více důležitou osoby žijící v domácím prostředí.

Tabulka 17. vypovídá o tom, že položku „peníze“ hodnotí jako více důležitou osoby žijící v domácím prostředí.

Potvrzeno

5. Hypotéza

Položku „být fyzicky soběstačný“ hodnotí jako více důležitou osoby žijící v instituci.

Z tabulka 7. vyplývá, že položku „být fyzicky soběstačný“ hodnotí jako více důležitou osoby žijící v instituci.

Potvrzeno

Závěr

Stáří je obdobím života, se kterým je nutné počítat a připravovat se na něj. Rozhodně na něj nesmíme pohlížet jako na dobu bolesti a čekání na smrt, ale jako na plnohodnotnou součást naší cesty, o kterou musíme pečovat stejně jako o všechny předešlé. Stáří je životní etapou přinášející řadu změn v potřebách a hodnotách člověka, ale také v životním stylu, který kvůli nastávajícím zdravotním a pohybovým omezením vyžaduje specifické podmínky.

Je velmi důležité stále dbát na spokojenost seniorů a jejich kvalitu života. Nároky na kvalitu života a představy o ní jsou u každého člověka individuální a proto je nutný při práci se seniory i individuální přístup.

Práce předkládá informace o zásadních změnách a rizicích, které s sebou přináší stáří a nahlíží na kvalitu života jako komplex kritérií, jenž společně utvářejí celkovou spokojenost seniora. Zabývá se možnostmi sociální a zdravotní péče, které jsou mnohdy pro seniory nutností. V dnešní době je preferována péče domácí, která zajišťuje klientovi sociálních či zdravotních služeb jistotu přirozeného a známého prostředí, jenž zpravidla prosazují. V případě nutnosti péče institucionální však nemusí jít jen o „nutné zlo“, ale o přátelské pečující prostředí přinášející klientovi možnosti aktivizace, společenského vyžití i příjemného zázemí. S novým zákonem č. 108/2006 sb. O sociálních službách byla zavedena řada změn, které péči zkvalitňují, ale stále je nezbytná snaha o další zlepšení služeb, které zajistí klientům větší spokojenost.

Cílem práce bylo porovnání spokojenosti u seniorů v domácí a institucionální péči. Výzkumná část prokázala u dotazovaných osob v institucionální péči vnímání spokojenosti s oblastmi ovlivňujícími kvalitu života nižší, než u osob žijících v domácím prostředí, což by mělo být impulsem pro snahu o další zlepšování podmínek života v instituci. Z vlastní zkušenosti za zásadní problém považují především nedostatek personálu v zařízeních a tím malý prostor pro intenzivní individuální péči o seniory, která by mohla odhalit možnosti pro zkvalitnění jejich života a úzkostnou snahu dodržovat zásady předložené zákony, čímž je jsou u seniorů přehlíženy právě potřeby individuální.

Zdroje

Seznam použité literatury

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., MOTLOVÁ, L., PAPEŽOVÁ, H., KOŽNÁROVÁ, R., ŠRÁMKOVÁ, T. *Squala*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-47-6

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-3676-6

HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

HARTL, HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Česká alzhaimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-5837

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0

LANGMAIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006.

ISBN 80-247-1284-9

MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník I. II.*
Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, 2008.
ISBN 978- 80-7367-502-8

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce.* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče.* Praha: Sociologické nakladatelství, 1995.
ISBN 80-85850-08-7

PACOVSKÝ, V. *O stáří a stárnutí.* Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-6570

SÝKOVÁ, D. *Autonomie ve stáří, kapitoly z gerontosociologie.* Praha: Slon, 2007.
ISBN 978-80-86429-62-5

VAĎUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. *Kvalita života.* Brno: Masarykova univerzita, 2005.
ISBN 80-210-3754-7

Seznam použitých prací

HRABOVSKÁ, P. *Kvalita života seniorů,* diplomová práce, Masarykova univerzita Brno,
vedoucí práce doc. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D., Brno: 2006

Internetové zdroje

Centrum sociálních služeb Praha 2 [online], poslední úpravy 3.4. 2012 [čerpáno 8.2. 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.cssp2.cz/sluzby/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], poslední úpravy 6.4. 2012 [čerpáno 16.2. 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/>

Slovník ABZ online, poslední úpravy nevedeno čerpáno 22.1. 2012. Dostupné z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

Slunečnice, domov pro seniory [online], poslední úpravy nevedeno [čerpáno 8.2. 2012]. Dostupné z WWW: <http://www.ds-slunecnice.cz/>

Legislativa

ČR. *Zákon o sociálních službách*. In Sbíрка zákonů. Zákon č.108/2006 Sb.

ČR. *Prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách*. In Sbíрка zákonů. Vyhláška č. 505/2006 Sb.

ČR. *Zákon o důchodovém pojištění*. In sbírka zákonů. Zákon č. 155/1955 Sb.

Sociální zabezpečení 2012, úplné znění. ISBN 978-80-7208-900-0

Seznam tabulek

- Tabulka 1. Pohlaví
- Tabulka 2. Věk
- Tabulka 3. Ukončené vzdělání
- Tabulka 4. Rodinný stav
- Tabulka 5. Děti 1.
- Tabulka 6. Zdraví
- Tabulka 7. Fyzická soběstačnost
- Tabulka 8. Psychika
- Tabulka 9. Prostředí a bydlení
- Tabulka 10. Rodinné vztahy
- Tabulka 11. Vztahy s ostatními lidmi
- Tabulka 12. Děti 2.
- Tabulka 13. Víra
- Tabulka 14. Koníčky
- Tabulka 15. Bezpečí
- Tabulka 16. Práce
- Tabulka 17. Peníze

Seznam grafů

- Graf 1. Důležitost
- Graf 2. Spokojenost
- Graf 3. Celková spokojenost

Seznam příloh

- Příloha 1. Dotazník SQUALA
- Příloha 2. Zkrácený dotazník SQUALA použitý pro výzkumnou část práce

Příloha 1.

Dotazník kvality života (SQUALA)

Pořadové číslo ____

Id. Číslo ____

Vážený pane, vážená paní,

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku Vás prosíme, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme Vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

muž.....1

žena.....2

2) VĚK __

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel1

městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2

městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3

velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

- neukončené základní..... 1
- základní..... 2
- střední bez maturity..... 3
- střední s maturitou..... 4
- vysokoškolské..... 5

5) ZAMĚSTNÁNÍ

- a) Jste soukromník?.....ano – ne
- b) Zaměstnáváte další osoby?...ano – ne
- c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

- studující..... 1
- mateřská dovolená..... 2
- v domácnosti..... 3
- důchodce (neprac.)..... 4
- v invalidním důchodu..... 5
- t.č. nezaměstnaný/á
- hledající práci..... 6
- voják zákl. služby..... 7
- jiné..... 8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné	mírně podprůměrné	průměrné	mírně nadprůměrné	výrazně nadprůměrné
------------------------	----------------------	----------	----------------------	------------------------

7) RODINNÝ STAV

- svobodný/á..... 1
- ženatý/vdaná, s druhem..... 2
- rozvedený/á..... 3
- vdovec/vdova..... 4

8) MÁTE DĚTI?

ano – ne
pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi ____

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1) být zdravý					
2) být fyzicky soběstačný					
3) cítit se psychicky dobře					
4) příjemné prostředí a bydlení					
5) dobře spát					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními lidmi					
8) mít a vychovávat děti					
9) postarat se o sebe					
10) milovat a být milován					
11) mít sexuální život					
12) zajímat se o politiku					
13) mít víru (např. náboženství)					
14) odpočívat ve volném čase					
15) mít koníčky ve volném čase					
16) být v bezpečí					
17) práce					
18) spravedlnost					
19) svoboda					
20) krása a umění					
21) pravda					
22) peníze					
23) dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Ne- spokojen	Velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními					
31) děti					
32) péče o sebe sama					
33) láska					
34) sexuální život					
35) účast v politice					
36) víra					
37) odpočinek					
38) koníčky					
39) pocit bezpečnosti					
40) práce					
41) spravedlnost					
42) svoboda					
43) krása a umění					
44) pravda					
45) peníze					
46) jídlo					

Příloha 2.

Dotazník kvality života

SQUALA

Domácí prostředí/Instituce ____

Vážený pane, vážená paní,

Cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku Vás prosíme, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme Vám za spolupráci na naší výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

muž.....1

žena.....2

2) VĚK

3) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní..... 1

základní..... 2

střední bez maturity.....3

střední s maturitou.....4

vysokoškolské.....5

4) RODINNÝ STAV

svobodný/á..... 1
ženatý/vdaná, s druhem.....2
rozvedený/á..... 3
vdovec/vdova.....4

5) MÁTE DĚTI?

ano – ne

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1) Být zdravý					
2) Být fyzicky soběstačný					
3) Cítit se dobře psychicky					
4) Příjemné prostředí a bydlení					
5) Rodinné vztahy					
6) Vztahy s ostatními lidmi					
7) Mít a vychovávat děti					
8) Mít víru (např. náboženství)					
9) Mít koníčky					
10) Být v bezpečí					
11) Práce					
12) Peníze					

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespo- kojen	Velmi Zklamán
13) Zdraví					
14) Fyzická soběstačnost					
15) Psychická pohoda					
16) Prostředí a bydlení					
17) Rodinné vztahy					
18) Vztahy s ostatními					
19) Děti					
20) Víra					
21) Koničky					
22) Pocit bezpečí					
23) Práce					
24) Peníze					