

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Porovnání kvality života seniorů v institucionálním zařízení v časovém  
období dvou let**  
(diplomová práce)

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Jana Šemberová, CSc.

2007

Autor:

Bc. Jana Kortusová

## **Comparing the quality of senior citizens' life in institutional facilities within the period of two years.**

The topic of old age and ageing is wide-ranging. The position of senior citizens within a society and the solution of the questions connected with the consequences of their growing age represents an integral part of the natural life cycle. Apart from their material security the quality range of senior citizens' life is made up of their state of health, accessibility of both public and private health, social and other services, marital status, the quality of housing, the chance of further education and developing social contacts. The quality of life is a very subjective and individual phenomenon. It involves different impulses for various people in different periods. There is a general tendency towards rising demands on the quality of life within the population and it the same with the oncoming generation of senior citizens. It is always necessary to ask oneself a question whether the quality of senior citizens' lives in institutional facilities is on an appropriate level and which are the factors influencing the quality of their lives. Evaluating the quality of life can be also looked upon as a subjective individual's view of the individual aspects of his life. However, it is highly important that the living environment meets and satisfies the senior citizens' corporal, psychic, social and spiritual needs.

This diploma thesis represents a continuation of the bachelor's thesis: The quality of senior citizens' life in institutional facilities. The basic aim is to compare the quality of senior citizens' life in the institutional facility – the Old People's Home of Kúsov within a period of two years. I have chosen the topic of the thesis because I have been working in an institutional facility for more than 21 years, and the quality of senior citizens' life has made me think about this problem more thoroughly.

The diploma thesis includes the present state of affairs of the problems in question, the specification of hypotheses, methodology, the results of the research, discussion, conclusion, the list of the sources, key words and supplements.

The description of the present state of affairs comprises the characteristic features of the senior citizens' population, senior citizens' state of health, their self-

sufficiency and activities. Another concept is the quality of life. Provided that we combine the word quality with that of life, we will face the fact that various people can have and usually do have different ideas about what in fact comprises the meaning of their life, what makes their life of high quality. The quality of life is looked upon as a multi-dimensional quantity and is usually defined as a “subjective appraisal of one’s own conditions of life”. Further on there are institutional facilities and the new Social Care Act No. 108/2006 digest mentioned in this part.

There have two hypotheses been specified in this thesis, which have been confirmed by the research. The original research sample of the year 2004 included 100 respondents: 40 men and 60 women. Within the period of two years 22 respondents died, 8 men and 14 women. These respondents were taken away from the total sample and, as a result, a new representative sample has come into being comprising 78 respondents, 32 men and 46 women.

The research was carried out by means of the method of a controlled dialogue, using a questionnaire for the users of the old people’s home, the standardized SEIQoL questionnaire and an ADL test.

The results were compiled in tabular and chart form, and subsequently processed by means of the STATISTICA statistical programme.

The discussion includes a summary of the research knowledge in comparison with the sources used. The conclusion comprises a summary of the complete research part.

The diploma thesis could significantly influence the quality of the social services offered in the Old people’s home, especially of those concerning the bio-psycho-social needs of the senior citizens. We can conclude that nowadays the quality of life in an institutional facility can reach a high level.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Porovnání kvality života seniorů v institucionálním zařízení v časovém období dvou let“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejnění své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25. 05. 2007

Podpis studenta .....



## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Janě Šemberové, CSc. za odborné vedení a za ochotnou konzultaci všech problémů této diplomové práce. Dále bych také chtěla poděkovat uživatelům služeb Domova pro seniory Stachy-Kůsov za jejich ochotu a vstřícnost při rozhovorech a vyplňování dotazníků. Poděkování náleží i mé rodině za její trpělivost.

# Obsah

Úvod

<b>1. Současný stav</b>	8
1.1. Stárnutí a stáří	10
1.1.1. Charakteristika seniorské populace	12
1.1.2. Zdravotní stav seniorů	13
1.1.3. Soběstačnost	17
1.1.4. Aktivity ve stáří	18
1.2. Kvalita života seniorů	19
1.2.1. Přístupy k měření kvality života	21
1.3. Institucionální zařízení	23
1.3.1. Dějiny českého ústavnictví	24
1.3.2. Nové pojetí sociálních služeb – zákon č. 108/2006 Sb.	26
1.3.3. Domovy pro seniory	30
1.3.4. Domovy se zvláštním režimem	30
1.3.5. Domovy pro osoby se zdravotním postižením	31
1.3.6. Adaptace seniora na institucionální zařízení	31
<b>2. Cíl práce a hypotézy</b>	33
<b>3. Metodika</b>	35
3.1. Charakteristika sledovaného souboru respondentů	35
3.2. Charakteristika použitých metod	35
3.3. Charakteristika institucionálního zařízení	37
3.4. Sběr a způsob zpracování dat	41
<b>4. Výsledky</b>	42
4.1. Identifikace souboru respondentů	42

4.2. Porovnání kvality života v dvouletém časovém období	48
4. 3. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu	59
4. 4. Míra soběstačnosti dle ADL	62
4. 5. Sociální kontakty	65
4. 6. Volnočasové aktivity a koníčky	67
<b>5. Diskuze</b>	71
<b>6. Závěr</b>	79
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b>	82
<b>8. Klíčová slova</b>	89
<b>9. Přílohy</b>	90

## Úvod

Díky stále se prodlužující střední délce života představuje v moderní společnosti etapa stáří časově delší, a tak i významnější fází života člověka, než tomu bylo v minulosti. Období stáří tak v lidském životě nabývá na důležitosti a rozhodně ho nelze brát jako pouhé předznamenání konce životní cesty. Naopak seniorský věk dnes skýtá celou řadu možností, jak být i nadále platným členem společnosti a prožívat každý den aktivně a smysluplně.

Populační stárnutí představuje obrovskou výzvu a je na společnosti i na každém z nás, jak se k této výzvě postavíme. Domnívám se, že správným začátkem je poznání života, problémů i radostí našich seniorů, již budou v budoucnu tvořit stále větší část populace. V souvislosti s anticipací důsledků současného a budoucího populačního vývoje se otázka stárnutí a stáří stala všestranně aktuálním tématem.

Téma diplomové práce jsem si vybrala záměrně, neboť pracuji již řadu let v Domově pro seniory venkovského typu v Kúsově. S našimi seniory a jejich rodinami často sdílím pocity odloučení od původního domova a jeho ztráty, vykořenění z něho, ale také drobné radosti a pocity štěstí. Kvalita života je velmi subjektivní a velmi individuální. Kromě věku, zdravotního stavu, fyzické a psychické výkonnosti se do posuzování kvality života promítají další faktory, jako je pohlaví, rodinná situace, sociální úroveň, vzdělání. Zajímá mě, do jaké míry tyto aspekty kvalitu života ovlivňují.

Cílem mé diplomové práce je poskytnout alespoň omezený náhled na skupinu seniorů v institucionálním zařízení a porovnat kvalitu jejich života v časovém období dvou let.

## 1. Současný stav

Světová populace stárne. Lidé se dožívají vysokého věku a současně klesá počet narozených dětí. Obyvatelstvo v České republice je na počátku jedenadvacátého století nejstarší v celé své historii. Dlouhý život přestává být privilegiem jedinců a naopak se stává masovým, a tudíž normálním jevem. Nárůst natality za druhé světové války a zvýšená poválečná natalita znamená pro období let 2015 – 2020 nárůst obyvatel starších sedmdesáti let. Klasický strom života (věková pyramida) vyjadřující vzájemný poměr různých věkových skupin populace se dramaticky změnil a převrátil. Nedojde-li k výrazné změně v porodnosti či zvýšené imigraci cizinců mladších věkových skupin do České republiky, nastane v letech 2030 – 2050 závažná situace, neboť počet seniorů bude tvořit více jak polovinu všech obyvatel (Schneiderová, 2002). Podle údajů statistického úřadu OSN má v roce 2050 podíl šedesátiletých a starších lidí v populaci činit přibližně čtyřicet procent.

Jedním z faktorů, který přispívá k populačnímu stárnutí, je snižování úmrtnosti a tento fakt je třeba chápat jako další historický úspěch civilizačního vývoje (Kalvach, 2004).

Podle statistiky Českého statistického úřadu bylo koncem roku 2004 v České republice více než 143 tisíc osob starších šedesáti pěti let. Tato skupina představuje přibližně 14 % obyvatel České republiky. Populaci České republiky můžeme z demografického hlediska považovat za starou. Podle definice OSN se za starou společnost považuje ta, v níž podíl osob starších šedesáti pěti let dosáhne minimálně 7 %. Do roku 2030 předpokládá střední varianta prognózy Českého statistického úřadu nárůst na 24 % (2,33 milionu osob starších 65 let), do roku 2050 pak střední varianta projekce katedry demografie UK očekává další zvýšení tohoto podílu na 33 %, což by mělo představovat asi 3,1 milionu osob. Česká republika se tak z hlediska úrovně stárnutí zařadí na jedno z předních míst v Evropě. Svědky tohoto prudkého stárnutí české společnosti jsme díky nízké úrovni porodnosti a postupně se zvyšující střední délky života. V roce 1996 poprvé v historii Česká republika překročila střední délku života mužů 70 let a u žen přesáhla 77 let. Do roku 2003 bylo zaznamenáno další

zvýšení na 72 let u mužů a 78,5 let u žen. S nárůstem podílu osob ve věku 65 let se pochopitelně promění složení dětské složky obyvatelstva ve věku 0 – 14 let a obyvatelstva ve věku ekonomické aktivity. Podstatným prvkem bude nepřehlédnutelný podíl starších seniorů (Vohradílková, Rabušic, 2004).

„Současní senioři se stávají silnou sociální skupinou, která se chce zapojit do společnosti, která má své nároky a potřeby, svůj styl života. Seniorský věk dnes skýtá řadu možností, jak být platným členem společnosti a prožívat dny aktivně a smysluplně. Senioři představují zatím nedoceněnou zásobu dovedností, zkušeností a znalostí. Bylo by proto vhodné pozměnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Stárnutí populace je třeba pojmout jako příležitost, kterou mohou využít všechny generace“ (Vohradílková, Rabušic, 2004, s. 4). Důležitým předpokladem úspěšného stárnutí a stáří je zůstat nadále tělesně i duševně aktivní. To může zprostředkovat jakákoliv činnost. Jen je potřeba, aby přinášela pocity uspokojení (Rheinwaldová, 1999).

„Kvalitní program je nutným doplňkem péče o seniory. Je důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje seniorům nutnou fyzickou činnost, adekvátní stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný“ (Rheinwaldová, 1999, s. 12).

Demografické výhledy obyvatelstva v České republice budou ovlivňovat poptávku po sociálních službách, a tudíž i po službách pobytových. Největší zastoupení v pobytových sociálních službách mají senioři ve věkové kategorii 75 let a výše. Zároveň zvýšení průměrného věku bude znamenat i prodloužení průměrné doby poskytování sociálních služeb (Pavlovičová, 2001).

Pro kvalitu života ve stáří a pro zachování soběstačnosti je rozhodující stupeň zachování pohyblivosti. Vohradílková a Rabušic uvádějí, že u žen je postižení lokomoce statisticky významně častější a závažnější než u mužů. Samotná přítomnost nemoci není rozhodující pro kvalitu života. Rozhodující je stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Snížení soběstačnosti je nejzávažnějším důsledkem nemoci ve stáří. Může vést ke stavu vyžadujícímu soustavnou pomoc druhé osoby (Vohradílková, Rabušic, 2004).

## ***1.1. Stárnutí a stáří***

Stárnutí a stáří je natolik významným fenoménem života, že zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech, zájem o oddálení této nepominutelné části lidského života provází lidstvo po celou dobu jeho existence (Kalvach, 2004).

Stárnutí je nevratný, přirozený, univerzální, i když druhově specifický biologický proces, který je součástí kontinuální proměny (Topinková, 2005). Tento proces je považován za závěrečnou fázi ontogenetického vývoje v přirozeném běhu života, který souvisí s předcházejícími fázemi, které stáří vtiskly svou pečeť (Pacovský, 1990).

Na otázku, kdy začíná člověk stárnout, uvádí Křivohlavý dvě odpovědi. Z biologického hlediska stárnutí začíná ukončením procesu tělesného zrání a diferenciací. Z hlediska vývojové psychologie je stáří sestupnou periodou vývoje a začíná již v dřívějších vývojových stádiích (Křivohlavý, 2002).

Proces stárnutí bývá značně individuální. Je závislý na vzájemném působení genetických předpokladů a vlivu důsledků různých prostředí, které na člověka během jeho života působily (Vágnerová, 2000).

Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, nesouvislý, fyziologický a zákonitý, tudíž se mu nikdo živý nemůže vyhnout. Fyziologické stárnutí je přijímáno jako nezbytná skutečnost, ve které je zachována praktická soběstačnost. Ta je ohrožena či přechodně nebo trvale ztracena, pokud je proces stárnutí komplikován nemocí (Haškovcová, 2004).

Stárnutí též provází stoupající pravděpodobnost úmrtí. Také se zvyšuje výskyt chyb, zhoršuje se spolehlivost fungování organismu, odolnost, adaptabilita a regulační schopnosti. Stárnutí je proces multifaktorový. Výsledkem stárnutí je stáří, tj. senium (Kalvach, 2004).

Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka a odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to biologický a nevratný proces. Otázky stárnutí a stáří zajímaly lidstvo odnepaměti, stáří jako takové se stávalo stále častěji objektem zkoumání

filozofů, přírodovědců a lékařů. Existuje řada teorií o stárnutí (Gruberová, 1998, Topinková, Neuwirth, 1995).

Věda, která se zabývá problematikou stáří a stárnutí, se nazývá gerontologie. Jde o multidisciplinární vědu, protože stáří a stárnutí jsou vystaveny rozdílným vlivům, a proto musí být pozorovány a analyzovány ze zorného úhlu různých vědeckých disciplín. Gerontologie se zabývá popisem, vysvětlením a modifikací tělesných, psychických, sociálních, historických aspektů stárnutí a stáří (Backes, 2003).

Stáří je kategorií multidimenzionální. Ovlivňují ho biologické, psychologické, politicko-ekonomické, společenské a medicínské kategorie.

Dle WHO se stáří počítá od šedesáti let. V současné době se používá patnáctiletá periodizace lidského věku, a to v obdobích od 65-74 (mladší), od 75-84 (starší) a do 85 let a více (velmi staří). Stáří lze členit i podrobněji. Stáří je také označováno jako třetí věk, který následuje za dětstvím, dospíváním a dospělostí (Topinková, 1995). Čtvrtý věk je pak období, kdy je člověk při zajišťování svých základních potřeb odkázán na druhé (Stuart-Hamilton, 1999). Stáří je též možné rozlišovat na stáří kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří je jednoznačně vymezené datem narození, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. Za počátek stáří se dnes považuje věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod. Kalendářní stáří se pak člení na mladé seniory, staré seniory a velmi staré seniory. Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Důležitým bodem počátku stáří je zde společenský konsenzus. Biologické stáří označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince (Pacovský, 1990).

Lze si položit otázku, odkdy je člověk považován za starého? Stanovit jasný věk, odkdy je jedinec považován za seniora, není jednoduché. V populaci seniorů existuje řada výrazných rozdílů. Zatímco někteří si zachovávají svěžest, duševní a tělesnou zdatnost do vysokého věku, jiní vykazují známky stárnutí velmi brzy. Vývojem společnosti dochází k výraznému posunu hranice stáří. Člověk se stává starým v momentě, kdy je okolím za starého považován. Počátkem devatenáctého století byl za starého považován člověk čtyřicetiletý, koncem dvacátého století byl jako kmet vnímán



padesátník. V současné době za dolní hranici stáří považujeme věk šedesát pět let (Langmeier, 1998).

Stáří má svá negativa, ale také svá pozitiva. Dochází celkově ke zklidnění a zmoudření. Zvyšuje se trpělivost a přesnost činností, dochází k větší empatii pro problémy druhých (Štílec, 2003).

### ***1.1.1. Charakteristika seniorské populace***

V národním programu přípravy na stárnutí populace v České republice je pojem senior specifikován. Jde o člověka nebo osoby, které jsou ve věku stanovené věkové hranice odchodu do starobního důchodu a starší (Národní program přípravy na stárnutí). Tato konvence vyjadřuje potřebu administrativy sociálního státu tuto hranici věkově vymezit. V současné době se pracuje s věkovou hranicí 60 nebo 65 let. Tato hranice nemůže odrážet individuální diferenciaci fyzických a psychických charakteristik a také samotné subjektivní percepce věku stáří u každého jednotlivce (Rabušic, 1995).

Skupina seniorů je velmi heterogenní, zejména díky věkovému rozpětí, které seniorské období zahrnuje. Dále díky poměru mužů a žen, liší se rodinný stav či úroveň vzdělání. V seniorské populaci je více početně zastoupeno ženské pohlaví. Tato převaha se udržuje po celé dvacáté století. Výrazná převaha žen je ve starších věkových skupinách seniorů (nad 85 let). V roce 2002 ženy tvořily téměř 55 % všech seniorů ve věku 60 až 65 let, ve věkové skupině 70 až 84 let podíl žen dosáhl téměř 63 % a ve věku nad 85 let dokonce přesáhl 73 % celé seniorské populace. Převaha žen má rozsáhlé důsledky pro nejrůznější oblasti každodenního života. Ovlivňuje rodinné struktury, formy bydlení, finanční stránku nebo způsob trávení volného času.

Podle rodinného stavu v celé populaci seniorů převažují ti, kteří žijí v manželství, a ti, kteří ovdověli. Tento stav je značně variabilní v závislosti na věku a pohlaví. U mužů až do vysokého věku převažují ženatí, u žen podíl vdaných rychle klesá, a vzrůstá tak zastoupení vdov. Tyto rozdíly podle rodinného stavu jsou dány jednak mužskou nadúmrtností, jednak má podíl i věk manželských partnerů a nižší intenzita opakovaných sňatků (častěji následuje život s družkou či druhem). Život

v manželství má výrazný vliv na kvalitu života seniorů, a to především z pohledu ekonomického a duševního.

Úroveň vzdělání českých seniorů se ve druhé polovině dvacátého století začala zvyšovat. Mezi dnešními seniory je převažujícím vzděláním u mužů vyučení bez maturity a asi pětina mužů má jen základní vzdělání. Vzdělanostní úroveň u starších žen je ještě výrazně nižší. Každá druhá starší šedesáti let má pouze základní vzdělání. Vysokoškolské vzdělání má dnes z řad seniorů asi 10 % mužů a jen 3 % žen. U seniorů lze předpokládat vzestup úrovně vzdělanosti. Dojde ke zvýšení počtu seniorů se středním vzděláním a pozvolna se začne zvyšovat i podíl seniorů vysokoškolsky vzdělaných. Bude s tím souviset i změna struktury potřeb duševního rázu u seniorské populace. Zvýší se zájem o další vzdělávání, kulturu a cestování (Vohradílková, Rabušic, 2004, Zavázalová, 2001).

### ***1.1.2. Zdravotní stav seniorů***

Zdraví a zdravotní stav má velký vliv na kvalitu života seniora. Ve stáří přibývají zdravotní problémy a zdravotní stav se s přibývajícím věkem zhoršuje. Se snižováním soběstačnosti vzrůstá závislost, ze které má senior největší obavy. Dle těchto aspektů lze říci, že zdraví a nemoc budou vždy ovlivňovat život ve stáří a tím i subjektivní kvalitu života (Kuchařová, 2002).

S nastupujícím věkem se snižuje výměna látková, spotřeba kyslíku, zpomaluje se syntéza bílkovin. Morfologické změny vedou k funkčním poruchám. V první řadě je to snížení výkonnosti a hlavně snížená adaptace na zátěž. Senior se snáze unaví. Je u něho snížena odolnost proti infekcím, úprava zdravotního stavu po prodělaném onemocnění nebo operaci je mnohem zdlouhavější. Je změněná i reakce na léky (Jedlička, 1991). Choroby ve stáří mají četné zvláštnosti. Mezi nejčastější patří polymorbidita, tedy že senior trpí současně větším počtem různých chorob, většinou chronického rázu. Podle epidemiologických studií trpí téměř 90 % osob nad 75 let jednou či více chronickými chorobami (Topinková, 2005). Klinické příznaky jsou nevýrazné a situaci komplikuje skutečnost, že senior své potíže nesignalizuje jako

příznaky onemocnění. Většina příznaků je atypických. Pro stáří je charakteristické, že v popředí klinického obrazu jsou někdy příznaky od jiných orgánů než orgánu postiženého. Akutní choroba trvá déle a často přechází do chronicity. Choroby ve stáří mají tendenci ke komplikacím. Každým závažným onemocněním se může výrazně urychlit proces stárnutí a zhoršit funkční potenciál seniora. Existuje vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace. Senior dosud soběstačný a nezávislý se rázem stane odkázán na různé druhy pomoci (Pacovský, 1994, Baštecký, 1993).

Stárnutí a stáří je charakterizováno i úbytkem psychických sil. Nejvýznamnější skutečností v procesu stárnutí je neschopnost organismu přizpůsobit se stresu ve stejném rozsahu a kvalitě jako v mládí. Adaptace na zátěž a stres je u seniora nedokonalá a pomalá (Jedlička, 1991).

Duševní oblast seniorů je snížena z důvodů zpomalené aktivity mozkových buněk. Dalším rysem stáří je špatné snášení změn. Senior má rád svůj pořádek v čase i prostoru. Čím je senior starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování nebo jiná životní změna (Pacovský, 1994).

Některé psychické funkce zůstávají stejné, některé mají sestupnou a některé dokonce vzestupnou tendenci. Věkem se nemění slovní zásoba a jazykové znalosti. Intelukt dosažený na úrovni zralého věku se též nemění. Senior, který se cítí zdravý a v dobré formě, bude mít větší sebedůvěru, a proto i vyšší motivaci k dobrému výkonu v psychických činnostech (Gruberová, 1998).

U psychických změn sestupné povahy dochází k postupnému oslabování kognitivních funkcí, zpomaluje se psychomotorické tempo, jsou pomalejší reakce na podněty. Zpomaluje se rychlost slovní reakce, odpověď na otázku. Typické pro stáří je snížení vstřípivosti a výbavnosti. Seniori si stěžují, že si nevybavují názvy květin, jména známých osob, jména měst. Mají potíže se zafixováním nových jmen, nevybaví si název nového léku, který dostali u lékaře. Senior musí vyvinout daleko větší úsilí, aby si zafixoval nové poznatky, aby se naučil něčemu novému. Zhoršená novopaměť kontrastuje s neporušenou pamětí dlouhodobou a snadným vybavováním starých zážitků, především z dětství a mládí. Pokles tempa a rychlosti seniora má za následek pokles adaptability. Senior je více konzervativní, lpí na zaběhlém stereotypu, většinou

nerad řeší komplikované aktuální události, nerad se přizpůsobuje novému prostředí. Snižuje se koncentrace, což souvisí se zvýšenou únavností.

Emoční labilita je pro stáří typická. Senioři snadno podléhají dojetí, dochází ke střídání nálad a sklonu k úzkosti. Jsou citově snadno zranitelnější, mají větší potřebu náklonnosti a očekávají ohledy a porozumění od okolí. Povaha seniora se často mění. Obecně negativní vlastnosti se stářím akcentují, i když tomu tak být nemusí. Kdo byl v mládí šetrným, bývá ve stáří lakomý, naopak u někoho může dojít v tomto období k požitkářství a utrácení peněz. Z úzkostného člověka se může stát hypochondr, sobecký člověk se stává egocentrickým. Často bývá u seniorů tvrdohlavost a svéhlavost. Takoví senioři vyžadují trvalé ohledy a nepřiznají evidentní chybu. Introvertní člověk se může ve stáří stát až samotářem, extrovert může být mnohomluvný. Někteří lidé se dostanou ve stáří k vnitřnímu klidu a určitému nadhledu. Člověk teprve ve stáří ukáže, jakým byl na dně své duše. Moudrý, ohleduplný a laskavý člověk zůstává většinou takový i ve stáří.

U psychických změn vzestupné povahy se s přibývajícím věkem zvyšuje rozvaha, vytrvalost a trpělivost. Seniorům nevádí, a někdy je dokonce i vítána jistá stereotypie v práci. Zvyšuje se tolerance k druhým lidem (Gruberová, 1998).

Osobnost seniora je výsledkem celého předchozího vývoje a adaptace na nezbytné obtíže ve vyšším věku. Lze vyčlenit pět typů strategií vyrovnání se s vlastním stářím: konstruktivní strategie, strategie závislosti, obranná, hostility a sebenávisti.

Konstruktivní strategie představuje vyrovnání se člověka s realitou vyššího věku. Senior je stále aktivní, nepřestává mít radost ze života a z vřelých citových vztahů k blízkým lidem. Má vyhlídky do budoucnosti, akceptuje však také i eventualitu smrti a přijímá ji bez strachu a zoufalství. Je snášenlivý, pružný v myšlení a přizpůsobování se novým okolnostem. V anamnéze těchto lidí se odráží zpravidla šťastné dětství a spokojeně prožitá dospělost, šťastné manželství a rodičovství.

Strategie závislosti je u lidí, kteří mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých. Raději přenechávají odpovědnost i povinnosti mladším a uchylují se do svého soukromí.

Strategie obranná se projevuje méně příznivou, přehnanou aktivitou, která má zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost životního konce. Tito lidé se zpravidla nadměrně kontrolují a jednají podle přísně zavedených zvyků a vynikají až pedantičností.

Strategií hostility je nepřátelství, až hněvivost vůči druhým. Lidé tohoto typu mají sklon svalovat vinu ne druhé nebo na nepříznivé okolnosti. Jsou často agresivní, podezřívají, stále si na něco stěžují.

Při sebenenávisti senioři obracejí agresivitu sami vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí. Vidí svůj osud jako naprosté selhání. V anamnéze pak nalézáme často ambivalentní vztahy vůči rodičům, neuspokojivý manželský život a stále provázející pocit osamělosti a vlastní neužitečnosti. Smrt je anticipována jako milosrdné vysvobození z velmi neuspokojivého života (Langmeier, Krejčířová, 2000).

Ve skutečnosti existuje daleko větší variabilita strategií vyrovnání se s vlastním stářím, ale způsob zvládání změn je vždy zcela individuální. Každý jedinečný způsob, pokud odpovídá osobnosti seniora, by mělo okolí akceptovat (Gruberová, 1998, Halík, 2000).

Ve stáří dochází i ke změnám v sociálním chování. Senioři bývají ve větší míře izolováni, mají méně sociálních kontaktů, přesto kontakt s lidmi je pro ně velmi důležitý. Senioři se snaží vyhledávat různé způsoby kontaktů, a tak se vyhnout samotě a opuštěnosti. Touhou seniorů je žít v blízkosti vlastních dětí, být s nimi v pravidelném kontaktu, ale nebýt přítom na nich závislí, udržet si vlastní intimitu. V odborných publikacích se hovoří o intimitě s odstupem. Jejich zájem o problémy rodiny je velký i ve vysokém věku, ale očekávají i zájem o vlastní osobu ze strany rodiny (Vohradílková, Rabušic, 2004). Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná problém jeho reakce a adaptace na stáří. Důležitým sociálním mezníkem je odchod do starobního důchodu. Senior se musí adaptovat na nový denní režim, musí se naučit využívat volný čas, kterého má více než dříve. Senior se musí častěji vyrovnávat s odchodem nebo ztrátou svých nejbližších (Haškovcová, 1990).

### ***1.1.3. Soběstačnost***

Důležitým faktorem ve stáří, který úzce souvisí se zdravotním stavem, je soběstačnost, vyjadřující schopnost samostatné existence v daném prostředí. Má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou.

Soběstačnost nejčastěji ovlivňují chronické choroby se zvýšenými nároky na ošetření, úpravu životosprávy, používání kompenzačních pomůcek. Je také ovlivňována vysokým věkem, osamělostí a nevyhovujícími bytovými podmínkami (byt bez telefonu, bez výtahu, s topením na tuhá paliva). Dalším faktorem ovlivňujícím soběstačnost je ztížená dostupnost zdravotnických a sociálních služeb. Za nejzávažnější lze označit situaci, kdy se kumuluje špatný zdravotní stav s vysokým věkem a osamělým způsobem života. Spojení těchto rizik vyústí v neschopnost postarat se odpovídajícím způsobem o sebe a svoji domácnost – v nesoběstačnost (Juřeníková, Hůstková, 1999). Pro kvalitu každodenního života seniora však není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Nejzávažnějším důsledkem nemoci ve vyšším věku je snížení soběstačnosti, které může vést k bezmoci vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. Toto vše podstatně snižuje kvalitu života seniora. Soběstačnost můžeme chápat jako schopnost člověka uspokojovat své základní potřeby, především vykonávat všední denní činnosti. Při její ztrátě je nutno zajistit systém služeb buď ambulantních, které jsou pro seniora výhodnější (možnost setrvání ve svém přirozeném sociálním prostředí), nebo ústavních. Soběstačnost v běžných denních činnostech patří k vysoce ceněným hodnotám. Seniori se velmi často obávají její ztráty (Kalvach, 2004).

K hodnocení míry soběstačnosti se využívají testy – IADL (test instrumentálních všedních činností) a ADL (Barthelův test základních všedních činností). Za rizikové skupiny se považují seniori, kteří nejsou schopni se rychle přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek či zdravotního stavu. U poměrně vysokého procenta lidí nad šedesát let dochází ke sdružování rizikových faktorů (Zavázalová, 2001).

#### ***1.1.4. Aktivita ve stáří***

Nejvýznamnější prevencí předčasného stárnutí je kromě zdravého způsobu života také aktivní využívání zkušeností a schopností, které člověk získal během svého života. Aktivita je pro člověka prostor, kde se projevuje jeho osobnost (Zavázalová, 2001). Období stárnutí nebude pro starší populaci jenom životní fází pouhého dožívání nebo dokonce čekání na smrt, nýbrž obdobím uvolnění k realizaci různých zájmů, na které jim dříve nezbýval čas (Kotýnková, Červenková, 2001). Aktivita ve stáří by měla být součástí komplexní péče o seniory. Kvalitní program je vysoce terapeutický a důležitý pro duševní a fyzický stav. Programy, které dávají možnost uplatnit se, ve kterých se uživatelé dostane ocenění a uznání jeho lidské hodnoty, jsou zdrojem pocitu vlastní ceny a tím i životní energie. Tento pocit je nutný ke zdravému stárnutí a k vědomí smyslu života. Kvalitní program poskytuje seniorům nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka důležitý (Rheinwaldová, 1999).

Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí v materiálním, psychologickém, sociálním a duchovním smyslu. Skutečná podpora uživatele služby znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí, dává mu smysl. Aktivita má přirozeným způsobem navázat na to, co bylo přerušeno nemocí nebo institucionalizací. Aktivita naplňuje seniora pocitem smysluplné existence a sebeúcty. Aktivita pro seniory v institucionálním zařízení by měly co nejvíce představovat aktivity každodenního života staršího člověka v domácím prostředí. Program by měl vycházet z individuálního plánu uživatele služby. Při sestavování programů je důležitá podpora každodenních, běžných činností, které senioři dělají a dělat chtějí, které umějí. Senior musí vědět, proč činnost dělá. Účel prováděné činnosti si však nachází každý sám. Činnosti si mají senioři dobrovolně vybrat, rozhodnout se pro ně. Aktivita mají být příjemné a měly by se odehrávat v nerušeném prostředí. Musí posilovat důstojnost a sebepojetí toho, kdo ji vykonává. Důležitým momentem jednotlivých činností je výsledek a prožitek úspěchu. Tak, jak se snižuje funkční kapacita člověka, je třeba zvyšovat podporu jeho aktivity.

Důležitým nástrojem je promyšlené využívání přirozených stimulů a pokynů (Kalvach, 2004, Dušová, 2004).

## ***1.2. Kvalita života seniorů***

Kvalita života patří k širokým a velmi frekventovaným pojmům. Tento koncept nabývá stále na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. Tak je tomu i u seniorské populace.

Pojem kvalita života se začíná ve společenských vědách používat ve druhé polovině dvacátého století. Za prvního autora, který tento pojem použil v roce 1958, je považován americký ekonom a sociolog J. K. Galbraith (Tokárová, 2002).

Podle sociologického slovníku lze kvalitu života chápat jako míru seberealizace a duševní harmonie, tedy míru životní spokojenosti a nespokojenosti, vyjádření pocitu životního štěstí (Hartlová, 2004). Úroveň kvality života seniorů nepochybně souvisí s odlišnými životními podmínkami seniorů. Kvalita jejich života je ovlivňována jednak zdravotními aspekty (zdravotní stav, úroveň mobility), ale i aspekty psychickými (paměťové schopnosti, nálady) a v neposlední řadě i aspekty sociálními (sociální kontakty, volnočasové aktivity, prostředí) (Mohylová, 2003).

Posuzování kvality života má význam jak pro nemocného či postiženého člověka, tak pro sledování průběhu nemoci, úrovně poskytované péče, stanovení aktivit, hodnocení úrovně a kvality vztahů. Cílená pomoc by měla přispívat k tomu, aby se člověk subjektivně cítil dobře, nebo by měla minimalizovat pocity označované jako špatné. V každém jednotlivém případě musíme vycházet z konkrétního fyzického a psychického stavu daného člověka. Tento stav se však může den ode dne měnit, takže subjektivně prožívaná kvalita života může mít v důsledku toho proměnlivý charakter. S problematikou kvality života úzce souvisí, jak člověk na svůj život pohlíží. Jinak se bude cítit ten, kdo bere svůj život jako realitu, již sám aktivně z větší části vytváří, do níž dokáže integrovat svá omezení způsobená věkem, nemocemi, postižením, než člověk s pasivním přístupem k životu. Aktivita tak přispívá k vyšší životní spokojenosti a subjektivnímu prožitku vyšší kvality života. Významnou roli zde pak sehrává



posilování fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti a dalších schopností seniora. Motivovat seniory k aktivitám je rovněž nezbytnou prevencí proti snižování kvality jejich života. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. Naplnění základních fyziologických potřeb je předpokladem aktualizace a uspokojování potřeb vyšších. Na kvalitu života je pohlíženo vícerozměrovou veličinou a obvykle je definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Zahrnuje pocit fyzického zdraví, psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženství a ekonomické aspekty. Mezi další ovlivňující faktory patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, kulturní zázemí (Kopecká, 2002, Mohylová, 2003, Payne, 2005).

Spokojenost s kvalitou života souvisí s hierarchií hodnot. Hodnotový systém je nedělitelnou součástí člověka. Hodnoty tvoří podstatu kultury a ozřejmují ji jako tvůrčí oblast. Hodnoty jsou tím, co dělá z jednání člověka kulturní záležitost. Každý hodnotový systém je svou povahou systémem plurativním, dává prostor různě orientovanému jednání, poukazuje na hodnotovou orientaci jako na problém volby a rozhodování. Hodnotová orientace je projevem osobní angažovanosti jedince na určitých hodnotách. Smyslem hodnotové orientace je porozumět hodnotové povaze skutečnosti způsobem, který člověku umožní rozhodnout se o svém subjektivním vztahu k ní. Člověk vytváří hodnoty tak, že usiluje o jejich realizaci. Hodnotami jsou podle Schelera zvláštní vlastnosti, které existují vedle nehmotných vlastností. Ve vztahu k hodnotám se musí člověk vždy něčeho vzdát, aby mohl něco přijmout, na něco rezignovat, aby o jiné mohl usilovat, ale každá hodnotová orientace je podmíněna uplatněním kritérií, které tento výběr umožňují (Dorotíková, 1998).

V psychologii je používána definice, která říká, že hodnota je to, čeho se člověk snaží dosáhnout – dostat nebo mít to. Hodnoty jsou uspořádány podle nadřazenosti a podřazenosti, z čehož vyplývá žebříček hodnot. Ukazuje se, že hodnoty jsou tím, co nejvýrazněji odlišuje jednoho člověka od druhého. Hodnoty a zvláště pak jejich hierarchie ukazují, v čem je daný člověk „unikátní“, jedinečný. Je to dáno tím, že neexistují dva lidé, kteří by měli naprosto stejnou hierarchii hodnot. Hodnotová hierarchie není stálá, v průběhu života se mění, i když některé hodnoty (morální kód) zůstávají poměrně trvalé po celý život (Křivohlavý, 2004).

Klíčovými hodnotami kvalitního života jsou zdraví, sociální vztahy a aktivita (Kalvach, 2004). Ve všech lidských kulturách bylo a je zdraví kladeno na přední místo v hierarchii hodnot a zaujímá nejstabilnější pozici. Zdraví umožňuje naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a pocitu štěstí. Součástí obsahu zdraví není jenom pouhá nepřítomnost choroby, ale též funkční zdatnost organismu, jeho tělesná i duševní způsobilost včetně schopností navazovat a rozvíjet vztahy k druhým lidem (Kebza, 2005). Pro seniorskou populaci má hodnota zdraví zvýšený význam, neboť s přibývajícím věkem přibývají i těžkosti a nemoci a z nich vyplývající omezení. Tato omezení pak způsobují ztrátu soběstačnosti a vznik závislosti na svém okolí (Semešiová, 2003).

Druhým nejdůležitějším atributem ve stáří je zaměřenost na rodinu, na vztahy k dětem, příbuzným a sociální okolí. Pozice rodiny a její jednotlivé součásti hrají velmi důležitou úlohu v hodnotovém světě seniorů. Z tohoto důvodu můžeme označit rodinu za univerzální hodnotovou prioritu. Rodina a bezprostřední sociální okolí uspokojují seniorovi psychické potřeby. Dávají mu pocit jistoty a bezpečí, potřebnosti a symbolického zázemí (Vágnerová, 2000).

Aktivita je třetím atributem kvality života. Proto je důležité vytvořit si program pro svůj volný čas, udržovat či navazovat nové kontakty jak v rámci své generace, tak mezi generacemi svých dětí a vnoučat. Jakákoliv aktivita ať již fyzická, psychická či sociální dává stáří smysl a naplnění. Bohatší a spokojenější život žijí bezesporu senioři zapojení do společenských vztahů a rozmanitých osobních aktivit (Zavázalová, 2001).

### ***1.2.1. Přístupy k měření kvality života***

Metody lze rozdělit do třech skupin:

- a) Metody měření kvality života, kdy tuto kvalitu hodnotí druhá osoba
- b) Metody měření kvality života, kdy hodnotitelem je sama daná osoba
- c) Metody smíšené, vzniklé kombinací předchozích metod

Mezi metody měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba patří APACHE (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Je používána především na jednotkách intenzivní péče v oblasti Spojeného království Velké Británie. Český překlad APACHE vyjadřuje hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Metoda je založena na měření odchylek od abnormálních fyziologických funkcí. Výsledek tvoří jedno číslo v rozmezí 0 – 71 bodů. Platí zde, že čím je vyšší číselný údaj, tím větší je pravděpodobnost úmrtí klienta.

Jinou metodou je Karnofskyho index. Lékař jím vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav klienta k danému datu. Index je vyjádřen vždy v procentech, kdy 100 % je normální stav bez obtíží a 0 % je klientova smrt.

Další metodou je vizuální škálování celkového stavu klienta. Jde o viditelnou analogickou škálu tzv. VAS (Visual Analogous Scale). Stupnici představuje 10 centimetrů dlouhá vodorovná nebo lépe v úhlu 45° stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy. Extrémy vyjadřují: celkový klientův stav je velice dobrý a celkový klientův stav je mimořádně špatný. Hodnotitel dle svého subjektivního uvážení vyznačí na stupnici křížek v místě, kde se domnívá, že se klient v dané chvíli nachází.

Symbolické vyjádření kvality života je zaměřeno na hodnocení samoobslužnosti klienta, na schopnosti komunikace s obsluhujícím personálem a na hodnocení jeho celkového psychického stavu. Metoda se hodnotí pomocí křížků. Čím více křížků, tím horší kvalita klientova života.

Slovní vyjádření kvality života lze považovat za pokrok ve snaze o vyjádření kvality klientova života. Jako příklad lze uvést Index kvality života pacienta (ILF). V této metodě byla předem stanovena kritéria jako sebeobslužnost klienta, sociální opora klienta a jeho celkový emocionální stav.

V hodnocení kvality života docházelo ke značným rozdílům, proto vznikla nutnost vytvořit metodu, která bude zaměřena na subjektivní hodnocení kvality života. Mezi nejrozšířenější metody, kdy hodnotitelem je sama daná osoba, můžeme zařadit metodu SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života). Metoda je založená na osobnostních představách dotazovaného, na tom, co on považuje za důležité a do jaké míry je

spokojen. Mezi základní navrhované myšlenkové linie této metody patří individuální pojetí kvality života. Záleží na vlastním systému hodnot, určování aspektů života, které se mohou v průběhu života měnit.

Mezi smíšené metody řadíme metodu MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Jde o krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Hodnotí se zde celková spokojenost se životem a spokojenost s řadou předem definovaných dimenzí života (finanční situace, rodinné vztahy, sociální vztahy). K hodnocení těchto dimenzí se používá metodika LSS (Life Satisfaction Scale – Škála životního uspokojení), kterou lze najít v metodě MANSA ve variaci LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile). Cílem této metody je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v daný okamžik (Křivohlavý, 2002).

### ***1.3. Institucionální zařízení***

Pokud nejsou senioři již schopni sami se o sebe postarat, mají omezenou soběstačnost, nastupuje funkce institucionální péče, která má své kořeny v padesátých letech minulého století, kdy u nás vznikl program budování domovů důchodců, jejichž zřizovatelem se stal stát. V současné době dochází v péči o seniory k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. Vytvářejí se Standardy kvality sociální péče. Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb. Vznikají nová soukromá zařízení, modernizují se stávající státní zařízení, péče je zaměřena více na individuální potřeby seniorů. Domov pro seniory by měl být pro seniora skutečným domovem, kde by se neměl cítit odtržen. Jeho biologické, psychosociální a spirituální potřeby by měly být vyváženě uspokojeny. Důležitá je nejen stoprocentní vybavenost zařízení, ale hlavně jistá dávka lidskosti, upřímnosti a empatie ze strany ošetřujícího personálu. Je třeba zdůraznit, že domovy pro seniory a

ani žádná jiná institucionální zařízení nemohou být univerzálním řešením života starých lidí (Kalvach, 2004).

Při tvorbě systému zdravotně sociální péče o seniory je nezbytné vycházet z velké heterogenity této populace. Z tohoto důvodu je nutná individualizace přístupu k potřebám seniorů. Vytváření indikátorů potřeby péče, sledování konkrétního cíle u daného uživatele (Pavlovičová, 2001).

### ***1.3.1. Dějiny českého ústavnictví***

Geriatrickou ústavní péčí je třeba chápat v kontextu jak geriatric, tak ústavnictví. Institucionalizace je specifický způsob řešení problémů, které z určitých důvodů nejsou či nemohou být řešeny v přirozeném prostředí. Důvody, které vedou k volbě ústavní formy řešení v přirozeném prostředí, jsou dány buď zájmy společnosti, nebo zájmy jednotlivců.

„Dějiny českého ústavnictví kopírují až do poloviny dvacátého století vývoj v Evropě, především v kontextu středoevropského regionu a katolického vidění světa“ (Kalvach, 2004, s. 491). Lékařská zdravotní péče byla až do osvícenského rozvoje přírodních věd záležitostí ambulantní, probíhající převážně v domácnostech pacientů. Jen výjimečně přicházeli lékaři do špitálů, které plnily funkci sociálně-ošetrovatelskou. V českých zemích byl výjimkou v Praze Na Františku špitál milosrdných bratří, kteří se specializovali na odbornou zdravotní péči. Špitály byly především malé – nerozlišovaly sociální situaci od nemoci. Zakládání místních špitálů bylo posíleno institutem domovského práva, které v celoevropském kontextu přenášelo odpovědnost za sociálně handicapované, nemajetné, nesoběstačné osoby na jejich domovské obce.

V souvislosti se vznikem novodobé medicíny byly zakládány všeobecné nemocnice nového typu orientované na léčení, nikoli na azylovou pomoc a měly sloužit výhradně pacientům s akutním onemocněním. Kromě chorobinců vznikaly v 18. století i starobince, chudobince či nalezince jako předchůdci dnešních léčeben pro dlouhodobě nemocné, domovů důchodců, ústavů sociální péče.

Po vzniku Československé republiky byla vytvořena správa pro otázky sociální péče a místo malých špitálů byly zakládány zaopatřovací ústavy. Z nich byl největší zaopatřovací ústav v Praze-Krči, tzv. Masarykovy domovy, dnešní Thomayerova nemocnice.

Po 2. světové válce byla nejprve veškerá ústavní péče podřízena ministerstvu zdravotnictví. V roce 1954 převzal řízení ústavů sociální péče včetně domovů odpočinku Státní úřad důchodového zabezpečení a rozvinul koncepci domovů důchodců s důrazem na hmotné zabezpečení jejich obyvatel. Domovy důchodců měly sloužit zcela nebo prakticky zdravým, soběstačným občanům.

Rozvojem klasických domovů důchodců byla 50. až 70. léta 20. století. I když nebyla kapacita DD dostatečná, podmínky pro jejich činnost byly relativně příznivé. Od 70. let 20. století se v našich podmínkách začala projevovat krize tradičních domovů důchodců. Zlepšení bytových podmínek obyvatelstva umožnilo zachování soběstačnosti osob do pokročilých fází úbytku funkční zdatnosti. I při hraniční soběstačnosti pomáhaly zachovat zabezpečení obyvatel nastupující terénní služby - pečovatelská služba a sestry pro návštěvní službu u starých a dlouhodobě nemocných. Lidé přicházeli do DD v pozdějším stadiu nezdatnosti, v horším stavu. Funkce zařízení typu DD se s růstem životní úrovně a kultury bydlení změnila. Změna byla podpořena vznikem již zmíněných služeb. Tento trend byl v ČR podtržen značnou zastaralostí budov, v nichž byly DD zřizovány. V 70. a 80. letech 20. století byl vývoj DD dále deformován výstavbou „megadomovů“ pro několik set obyvatel. Tyto domovy měly řešit tíživý nedostatek míst pro seniory a snížit přehušťováním obyvatel investiční náklady i za cenu odosobněného prostředí.

Oproti původnímu schématu DD pro zdravé a LDN pro nemocné seniory tak vyvstala potřeba jiného dělení a přístupu odpovídajícího zkušenostem hospodářsky vyspělých zemí. Na jedné straně bylo potřeba humanizovat bydlení těch seniorů, kteří si již nepřejí vést svou dosavadní domácnost a dávají přednost chráněnému bydlení se soustředěnými službami, ovšem bez zpochybnění soukromí a nezávislosti. Šlo o nahrazení tradičních DD zařízeními typu domů s pečovatelskou službou či domovů - penzionů pro důchodce. Na druhé straně bylo třeba sloučit problematiku nezdatných,

závislých obyvatel DD s problematikou pacientů LDN vytvářením a rozvojem ošetrovatelských oddělení a ústavů a v nich usilovat pokud možno o zcivilnění provozu, o přiblížení těchto zařízení atmosféře domova a přirozené komunity (Kalvach, 2004).

### ***1.3.2. Nové pojetí sociálních služeb – Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách***

V loňském roce byl schválen Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, včetně poskytování sociální dávky – příspěvku na péči. Zákon dále upravuje podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Zákon nabyl účinnosti od 1. ledna 2007. Náklady na příspěvek na péči se hradí ze státního rozpočtu. Tento zákon přinesl mnoho změn, které se týkají jak poskytovatelů, tak uživatelů sociálních služeb.

Prostředí sociálních služeb je charakterizováno množstvím vztahů mezi lidmi a institucemi, které mají významný vliv na kvalitu života lidí. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje zákonnou oporu z důvodu ochrany práv a oprávněných zájmů těch lidí, kteří jsou oslabeni ve schopnosti je prosazovat.

Hlavním cílem tohoto zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti.

Sociální služby umožňují člověku, který je ohrožen sociálním vyloučením, participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání, kulturnímu a společenskému životu.

K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí zákon zásadní nástroje:

- každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství
- lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby ve zvládnutí péče o sebe a v soběstačnosti, je poskytována státem sociální dávka „příspěvek na péči“

- lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí své rodiny a jiných blízkých osob, nabízí sociální služby, které si mohou svobodně vybírat dle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí
- zákon garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu
- zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji

Zákon vymezuje tři základní oblasti služeb:

- sociální poradenství jako nedílnou součást všech sociálních služeb
- služby sociální péče, jejímž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěni bez péče jiné osoby
- služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy

Sociální služby jsou též členěny dle místa jejich poskytování:

- terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije
- za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře či kontaktní centra
- pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije. Jde především o domovy pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením, ale také o tzv. chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením či azylové domy

Nový systém umožňuje poskytovatelům přesnější vymezení rozsahu služeb, které poskytují. Zároveň dává uživatelům možnost výběru takového poskytovatele, který nabízí pro uživatele nejvhodnější sociální službu.

V zařízení sociálních služeb s pobytovými službami jsou poskytovány sociální služby také lidem se stabilně zhoršeným zdravotním stavem, kterým musí být zajištěna



zdravotní péče. Zákon tak stanovuje poskytovatelům těchto druhů služeb povinnost zajistit potřebnou zdravotní péči.

Každý ze žadatelů o službu si může vybrat pro sebe tu nejvhodnější, která mu pomůže podpořit vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé situace. Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných osob.

Mezi služby sociální péče můžeme zařadit osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, odlehčovací služby, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory. Sociální prevence zahrnuje ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity a sociální rehabilitaci.

Zásadní změna nastala ve financování sociálních služeb. Pobyťová zařízení přestala být příjemci dotacemi na lůžko, vyplácenými ze státního rozpočtu, které kryly náklady zařízení sociální péče. Základním nástrojem pro fungování sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Jde o nově zavedenou státní sociální dávku, která posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. Tento příspěvek nahradil tzv. zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci druhé osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péči o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačnost zahrnuje úkony umožňující se účastnit sociálního života, tj. komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek náleží člověku, o kterého je pečováno. Schopnost zvládnout péči o sebe a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci někoho jiného, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. O příspěvek lze požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt.

Další podstatnou změnou je úhrada zdravotní a ošetrovatelské péče. Její rozsah je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Podmínkou pro tuto úhradu je uzavření smlouvy s pojišťovny. Z toho vyplývá, že ta část péče, která je zdravotní, je hrazena ze zdravotního pojištění. Péče, která je poskytována jako sociální, je hrazena z příspěvku na péči.

O vybranou sociální službu je žádán přímo poskytovatel, přičemž mezi poskytovatelem a uživatelem je uzavírána smlouva v písemné formě. Poskytování sociálních služeb je založeno na smluvním principu. Sjednávání druhu služby a rozsahu poskytovaných služeb podle individuálních potřeb osob ve smlouvě je významným krokem směřujícím k uplatnění svobodné vůle lidí, kterým jsou služby poskytovány. Smlouva současně uživateli služeb umožňuje vymáhat sjednaný rozsah služby a poskytovatele zavazuje k poskytování služby takovým způsobem, který je pro uživatele bezpečný a profesionální. Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb, pokud neposkytuje službu, o kterou žadatel žádá, nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby a zdravotní stav žadatele vylučuje poskytnutí takové sociální služby. Při odmítnutí uzavření smlouvy ze strany poskytovatele vydá o tom osobě žadatele na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí uzavření smlouvy. Smlouva o poskytování sociálních služeb je výhradně uzavírána mezi uživatelem služby (nebo zákonným zástupcem) a poskytovatelem, který je pro daný druh služby registrován.

Důležitým momentem je registrace, jejíž podmínky jsou uvedeny v paragrafu 78 Zákona o sociálních službách. Tento paragraf říká, že sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Toto oprávnění vzniká na základě rozhodnutí o registraci. O registraci rozhoduje krajský úřad nebo MPSV.

Z tohoto zákona vyplývá spravedlnost systému. Díky vyšším příspěvkům na péči by totiž o lidi s nižším stupněm závislosti mělo být jednodušší pečovat doma v jejich přirozeném prostředí. Do institucionálního zařízení by se pak dostávali lidé, kteří potřebují takovou péči, kterou jim není možné doma poskytnout. Dojde k rozšíření nabídky terénních služeb, které zajišťují pomoc přímo v domácnosti ( Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, Stručný průvodce zákonem o sociálních službách, 2006).

### ***1.3.3. Domovy pro seniory***

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Domovy pro seniory představují klasickou formu institucionální péče o seniory nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb, a to péče o domácnost uživatele, přes nejrůznější programy až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající (Matoušek, 2005).

### ***1.3.4. Domovy se zvláštním režimem***

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- poskytování ubytování

- poskytování stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

### ***1.3.5. Domovy pro osoby se zdravotním postižením***

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

### ***1.3.6. Adaptace seniora na institucionální zařízení***

Umístění do institucionálního zařízení představuje pro seniora zásadní změnu jeho životního stylu, která je spojena se ztrátou zázemí, známého prostředí. Vzniká zátěžová situace, jejíž intenzita závisí na mnoha okolnostech. Dochází ke ztrátě autonomie a soběstačnosti. Pro někoho může být umístění do ústavního zařízení

chápano i jako signál blížícího se konce života, život v instituci „je poslední fází“, po níž přichází jen smrt. Návrat do domácího prostředí je prakticky již nemožný.

Změna způsobu života seniora, který přichází do ústavního zařízení, je spojena se ztrátou samostatnosti a soukromí. Orientace v novém prostředí může být pro seniora obtížná, protože senior je zvyklý na jiné prostředí a jiný způsob života. Zejména senior méně pohyblivý či jinak limitovaný mnohdy zůstává izolován, a ztrácí tak kontakt s okolním světem. Může dojít i ke ztrátě pocitu jistoty a bezpečí; o to více dochází k fixaci na vlastní rodinu, která představuje zbytek sociálního zázemí. Důležitá je aktivizační činnost, která by měla být smysluplná. Seniori si při nástupu do zařízení plně uvědomují, že život v instituci je poslední fází, po níž může následovat jen smrt. Opouštějí určitý způsob života, a ztrácejí tak svou roli alespoň formálně soběstačného člověka. Získávají novou roli uživatele domova pro seniory. Tato změna je definitivní a předurčuje jejich budoucnost, která jim ještě zbývá (Vágnerová, 2000, Haškovcová 1998).

Při nedobrovolném umístění seniora mohou nastat tři fáze připomínající dětskou separační úzkost. Senior je násilně separován od svého zdroje jistoty a bezpečí, od zázemí svého domova. Fáze odporu se projevuje negativismem, agresí, hostilitou vůči okolí, nejčastěji vůči personálu. Poté následuje fáze apatie a zoufalství, když senior zjistí, že jeho odpor nevede k žádoucímu efektu. Na tuto situaci reaguje útlumem a apatií. Často dochází k rezignaci a ke ztrátě zájmu o vše, ba i o vlastní život. Ve třetí fázi dochází k vytvoření pozitivní vazby, která pomáhá dávat seniorovi nový smysl k životu.

Adaptaci na dobrovolný odchod do domova pro seniory provází daleko méně problémů, ale i tak nese s sebou své obtíže. První je fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu – senior se nejdříve orientuje, získává nové informace o způsobu života v zařízení. V této etapě bývají seniori přecitlivělí a mnohem častěji se vynořují různé vzpomínky na minulost. Dochází k bilancování a srovnávání, co je horší a co lepší. Druhou a konečnou fází je vlastní přizpůsobení a přijetí nového životního stylu. Senior se po určité době smiřuje se svojí situací a postupně získá i nové sociální kontakty (Vágnerová, 2000).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1. Cíle práce**

Problematika stáří a stárnutí je velmi rozsáhlá. Postavení seniorů ve společnosti a řešení otázek spojených s důsledky jejich přibývajícím věku jsou nedílnou součástí přirozeného životního cyklu. Rámec kvality života seniorů tvoří vedle jejich materiálního zabezpečení zdravotní stav, dostupnost zdravotně sociálních a dalších veřejných i soukromých služeb, rodinný stav a situace (např. přítomnost partnera, ochota dětí a vnuků o ně pečovat a je navštěvovat atd.), kvalita bydlení, možnost dalšího vzdělávání a rozvíjení sociálních kontaktů. Kvalita života je velmi subjektivní a velmi individuální. Představuje různé podněty pro různé lidi v různém čase. Požadavky na kvalitu života se v populaci obecně stupňují, nejinak je tomu i v nastupující generaci seniorů. Stále je zapotřebí klást si otázku, zda senioři v institucionálním zařízení prožívají stáří s patřičnou kvalitou a co kvalitu jejich života ovlivňuje. Hodnocení kvality života je možno pojmout také jako subjektivní náhled jedince na jednotlivé stránky jeho života. Velmi důležité však je, aby prostředí, kde senior žije, naplňovalo a saturovalo jeho fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby.

Diplomová práce si klade za cíl posoudit kvalitu života seniorů v institucionálním zařízení Domov pro seniory venkovského typu v Kúsově v časovém období dvou let (2004 – 2006). V tomto zařízení pracuji již dvacet roků a práce se seniory je mi velmi blízká. Snahou všech zaměstnanců Domova pro seniory je zajištění co nejvyšší kvality života seniorů.

Navazuji tímto na bakalářskou práci „Kvalita života seniorů v institucionálním zařízení“.

Díličními cíli diplomové práce jsou:

- porovnat subjektivní kvalitu života seniorů v časovém období dvou let
- porovnat a zhodnotit míru soběstačnosti seniorů v časovém období dvou let

## ***2.1. Hypotézy***

### Hypotéza 1

Subjektivní hodnocení kvality života podmiňuje aktuální zdraví seniorů, zejména míra jejich soběstačnosti, psychický stav a sociální zázemí včetně sociálních kontaktů.

### Hypotéza 2

Míra a stupeň soběstačnosti ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality života seniorů.

### **3. Metodika**

#### ***3.1. Charakteristika sledovaného souboru respondentů***

Výzkum byl realizován v Domově pro seniory Kůsov u Vimperka na Šumavě. Proběhl v měsících září a říjnu 2004 a následně pak ve stejném období v roce 2006. Do výzkumného souboru v roce 2004 byli zařazeni respondenti, kteří v této době žili v Domově pro seniory, byli schopni komunikovat a vyjádřit své subjektivní pocity. Soubor zahrnoval respondenty obojího pohlaví: vzhledem k demografické struktuře společnosti to bylo v roce 2004 40 mužů a 60 žen. Ve dvouletém období zemřelo 22 respondentů, 8 mužů a 14 žen. Pro výzkum v roce 2006 vznikl tedy nový reprezentativní soubor, který tvořilo 32 mužů a 46 žen, celkem 78 respondentů.

#### ***3.2. Charakteristika použitých metod***

K dosažení výzkumných cílů byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu. Metodou výzkumu byl rozhovor (interview), dotazník (příloha č.1) a standardizovaná metoda SEIQoL (příloha č. 2) a Barthel test míry soběstačnosti (příloha č.3).

„Základem metodologie SEIQoL (Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life) je strukturovaný rozhovor. Daná osoba je požádána, aby uvedla pět životních cílů, které ona sama považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější. Ne více a ne méně než pět. Uvede-li jich více, bere se v úvahu pět nejdůležitějších životních cílů“ (Křivohlavý, 2003, s. 244).

„U každého z pěti uvedených životních cílů se uvádí i míra uspokojování dané osoby s tímto podnětem. Dotazovaná osoba uvede míru uspokojení s dosahováním daného životního cíle v procentech, kde dolní hranice („nejsem vůbec spokojen/a s daným cílem“) je rovna 0 % a horní hranice („jsem zcela – úplně spokojen/a s dosahováním daného cíle“) je rovna 100 %“ (Křivohlavý, 2003, s. 246).

„Vyhodnocení SEIQoL se provádí tak, že se u každého tématu násobí jeho důležitost mírou spokojenosti. Výsledná hodnota se rovná součtu takto zjištěných



součinů pro všech pět řádek. Tento součet se dělí stem, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí od 0 do 100“ (Křivohlavý, 2003, s. 247).

Dotazník byl sestaven specificky pro účel výzkumu. Obsahoval celkem 21 položek (otevřené, uzavřené a výběrové otázky), pomocí nichž byla zjišťována data týkající se několika oblastí života seniorů (spokojenost se sociálními kontakty, spokojenost se zdravotním stavem, nabídkou aktivit v Domově pro seniory). Otázky byly formulovány tak, aby byly srozumitelné pro všechny oslovené respondenty.

Barthel test základních všedních činností se všeobecně používá k hodnocení celkových funkčních schopností. Test ukazuje, zda je zkoumaná osoba schopna samostatně, nebo s pomocí, či není vůbec schopna provést těchto deset činností:

- najedení, napití
- oblékání
- koupání
- osobní hygiena
- kontinence moče
- kontinence stolice
- použití WC
- přesun židle – lůžko
- chůze po rovině
- chůze po schodech

Hodnocení tohoto testu je založeno na vyjádření testovaného nebo pečující osoby, částečně i na přímém pozorování při vyšetření testovaného.

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů vysoký stupeň závislosti
- 45 – 60 bodů střední stupeň závislosti
- 65 – 95 bodů lehký stupeň závislosti
- 100 bodů nezávislý

### ***3.3. Charakteristika institucionálního zařízení***

V péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být poskytovány současně. Cílem služeb je co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti.

Domov pro seniory Kůsov se nachází v části šumavské obce Stachy. Jde o příspěvkovou organizaci, jejímž zřizovatelem je Krajský úřad v Českých Budějovicích. Stojí na základech staré zemědělské usedlosti. S přestavbou se začalo v roce 1960, přičemž úplného dokončení a kolaudace se Domov pro seniory dočkal v roce 1962; tím se začala de facto psát jeho historie.

Dnem 1. ledna 1963 byl Domov pro seniory uveden do provozu. Postupně byly prováděny další stavební úpravy, které zcela změnilы původní vzhled stavby. Důvodem bylo zejména rozšíření lůžkové kapacity, sociálního a provozního zařízení.

Od prosince 1962, tedy od samých začátků Domova, zde působily sestry z řádu Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Významnou měrou přispěly k udržení domácího, pro uživatele důvěrně známého prostředí. Jejich činnost byla ukončena červenci roku 1991 a dodnes nikdo takový v tomto zařízení nepůsobí.

Domov pro seniory má celkem 56 zaměstnanců a poskytuje sociálně zdravotní služby.

#### *Základní činnosti poskytovaných služeb:*

1. Ubytování, popřípadě přenocování
2. Strava nebo pomoc při zajištění stravy
3. Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
4. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
5. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
6. Sociálně terapeutické činnosti
7. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
8. Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

### *Další činnost poskytovaných služeb*

Poskytování služeb dle individuálních potřeb uživatelů: odborná ošetrovatelská péče, ošetrovatelská činnost pro uživatele bez příspěvku na péči (nebo kde je žádost o příspěvek v řízení); doprovod při odborném vyšetření; zajišťování dovozu léků a vyúčtování jejich doplatků; pomoc při pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru na invalidním vozíku; administrativní agenda spojená s přijetím a propuštěním uživatele; vedení depozit a vkladních knížek uživatelů; úschova věcných depozit; agenda spojená s dědickým řízením; zajištění kulturních akcí, výletů; doručení soukromé korespondence na pokoj; zajištění nákupu osobních potřeb; zprostředkování oprav soukromé elektroniky a předmětů uživatelů; značení a drobné opravy osobního prádla na žádost uživatele; zajištění pastorační péče; vyřízení pohřbu na žádost uživatele; doprovod na úřady; doplňkové pedikérské a kadeřnické služby.

### *Cílovou skupinu tvoří*

1. Senioři
2. Osoby s chronickým onemocněním
3. Osoby s chronickým duševním onemocněním
4. Osoby se zdravotním postižením
5. Osoby s tělesným postižením
6. Osoby s mentálním postižením
7. Osoby se zrakovým postižením
8. Osoby s kombinovaným postižením
9. Osoby s jiným zdravotním postižením

### *Popis cílové skupiny*

Cílovou skupinou jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby; dále senioři s různým stupněm soběstačnosti, uživatelé mentálně a tělesně postižení, kteří z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro svou krizovou sociální situaci a pro

sociálně znevýhodňující prostředí potřebují každodenní pomoc nebo dohled při péči o vlastní osobu a soběstačnost.

Vyhodnocení využívání poskytovaných služeb v Domově pro seniory bylo následující. Ve věkové skupině do 64 let využívá služby 23 uživatelů, do 80 let 56 uživatelů a nad 80 let 56 uživatelů. Průměrný věk uživatelů je 76,5 roku. Většina uživatelů pracovala v zemědělství, proto vyplácené důchody mají podstatně nižší současní senioři. V průměru 30 uživatelů nemá finanční prostředky na zaplacení 100 % stanovené úhrady za poskytované sociální služby.

#### *Zaměření činnosti instituce*

Jde o poskytování pobytových služeb občanům, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu. Ti pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při péči o vlastní osobu, která jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče. Dále jde o poskytnutí služeb pro občany, kteří umístění do Domova pro seniory potřebují z jiných vážných důvodů.

Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Službou se rozumí poskytování zejména ubytování, úklid, praní ložního a osobního prádla, žehlení, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při běžných úkonech osobní hygieny, podpora a pomoc při kontaktu s rodinou. Poskytování sociálně terapeutických činností vede k rozvoji nebo k udržení osobních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

#### *Popis realizace poskytování sociální služby*

Uživatelům služby je podle jejich zdravotního stavu poskytována ošetrovatelská a zdravotní péče. Z kapacity 140 lůžek na pěti odděleních je 49 lůžek pro ošetřování uživatelů převážně nebo zcela upoutaných na lůžko, vyžadujících náročnou ošetrovatelskou péči. Touto péčí se rozumí pravidelná pomoc při hlavních nebo všech životních úkonech.

Ubytování je poskytováno ve 14 jednolůžkových, 33 dvoulůžkových, 18 třílůžkových pokojích a jednom pokoji šestilůžkovém. V současné době je připraven projekt na přístavbu jednoho podlaží včetně evakuačního výtahu. Po provedené přístavbě se zásadně zlepší úroveň ubytování. Cílem je zajistit ubytování na jedno a dvoulůžkových pokojích, vytvořit další společenské prostory a zajistit větší bezbariérovost jednotlivých oddělení.

Uživatelům je poskytována pomoc při osobní hygieně s ohledem na jejich zdravotní stav a individuální potřeby. K hygienické péči patří ranní a večerní toaleta, celková koupel a péče o čisté osobní prádlo. Cílem péče v našem Domově pro seniory je spokojenost uživatele s prováděnými úkony a on sám musí mít pocit pohodlí a spokojenosti jako v domácím prostředí. Na každém oddělení je vybavená koupelna, která odpovídá zdravotnímu stavu uživatelů (zvedací vana, sprchovací lůžko, sedací vana, zvedací vozík). Na oddělení pro uživatele s úplnou soběstačností jsou na pokojích sprchovací kouty. Celková osobní hygiena probíhá dle stanovených harmonogramů. Důležitá je též prevence dekubitů a odstranění faktorů, které ovlivňují jejich vznik. Je zajištěno holení uživatelů, pedikúra, kadeřnictví.

Základem pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu je podpora soběstačnosti a pohybové aktivity uživatele. Pohybová aktivita zlepšuje zdravotní stav, zvyšuje výkonnost orgánů, navozuje pozitivní emoce a zlepšuje duševní zdraví. Je podporována mobilizace uživatelů – vstávání z lůžka, posazování do křesla, nácvik chůze. Patří sem také pohyb na lůžku, např. otáčení, zvedání, změna polohy. Při manipulaci s uživatelem je nutné brát ohled jeho zdravotní a duševní stav, stupeň dovolené námahy a bolesti.

V oblasti oblékání je kladen důraz na schopnost uživatele obléci se sám nebo naučit se používat kompenzačních pomůcek tak, aby dosáhl optimální nezávislosti.

Zdravotnickou odbornou péči poskytuje uživatelům praktický lékař pro dospělé, který ordinuje dvakrát v týdnu a v případě nutné potřeby kdykoliv. Dvakrát za měsíc do Domova pro seniory psychiatr. Odborná vyšetření a ošetření jsou zajišťována v odborných ordinacích ve Vimperku nebo v Nemocnici v Prachaticích. V případě nutnosti je volána RZP z Vimperka.

Podporu a pomoc při uplatňování práv uživatelů, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí zajišťují dvě sociální pracovnice.

Aktivizační činnost je rozvíjena na základě individuálních plánů pomocí motivace při respektování možností a přání každého uživatele.

Celodenní strava je zajištěna ve vlastní kuchyni Domova pro seniory. Uživatelé mají pravidelně k dispozici stravu, která je pro ně přiměřená a je v souladu s jejich zdravotním stavem. Všem uživatelům je tato strava předepisována na základě jejich nutričních potřeb, včetně racionální stravy, dietního stravování a enterální výživy. Jsou dodržovány platné hygienické předpisy a kontrolní systém HACCP.

Praní a žehlení osobního a ložního prádla je zajištěno vlastní prádelnou Domova pro seniory.

#### ***3.4. Sběr a způsob zpracování dat***

Návratnost dotazníkového šetření byla stoprocentní, protože dotazníkové formuláře byly zadávány a vyplňovány při osobním kontaktu s každým respondentem. Důvodem vysoké návratnosti je skutečnost, že v tomto zařízení pracuji a aktivně jsem se na zajištění návratnosti dotazníků podílela.

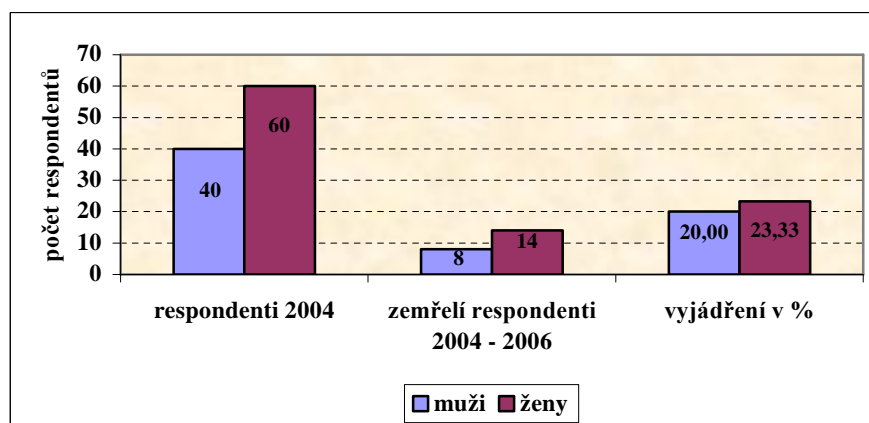
Zjištěná data byla vyhodnocena procentuálně. Zpracování výsledků výzkumu bylo realizováno tabulkovým procesorem Microsoft Excel 2000 a následně statistickým programem STATISTICA.

## 4. Výsledky

### 4.1. Identifikace souboru respondentů

Graf č.1

Původní soubor respondentů v roce 2004

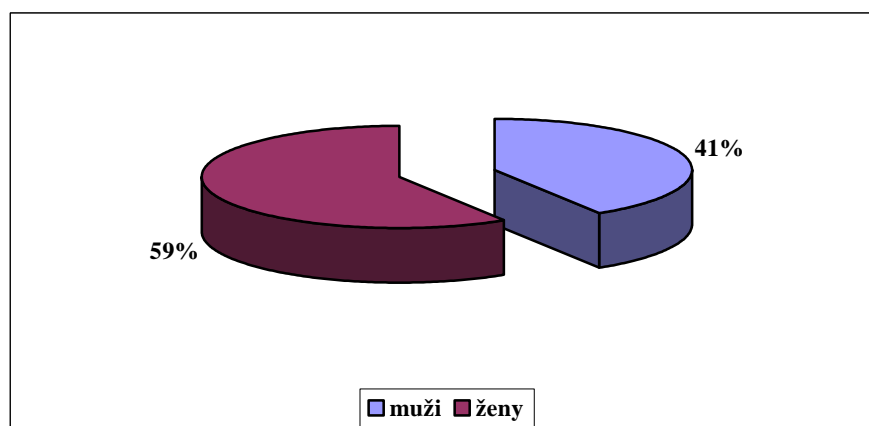


Zdroj: Kortusová, 2007

Původní soubor v roce 2004 tvořilo 100 respondentů, 40 mužů a 60 žen. Během dvouletého období zemřelo 22 respondentů, 8 mužů a 14 žen.

Graf č. 2

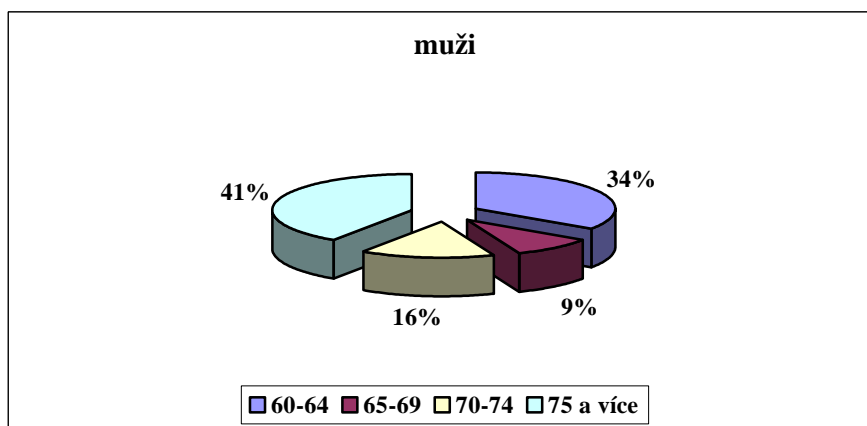
Rozložení zkoumaného souboru podle pohlaví respondentů



Zdroj: Kortusová, 2007

Nový výzkumný soubor je složen ze 78 respondentů, přičemž 41 % tvoří skupina mužů (n = 32) a 59 % skupina žen (n = 46).

**Graf č. 3**  
**Rozložení souboru podle věku – muži**



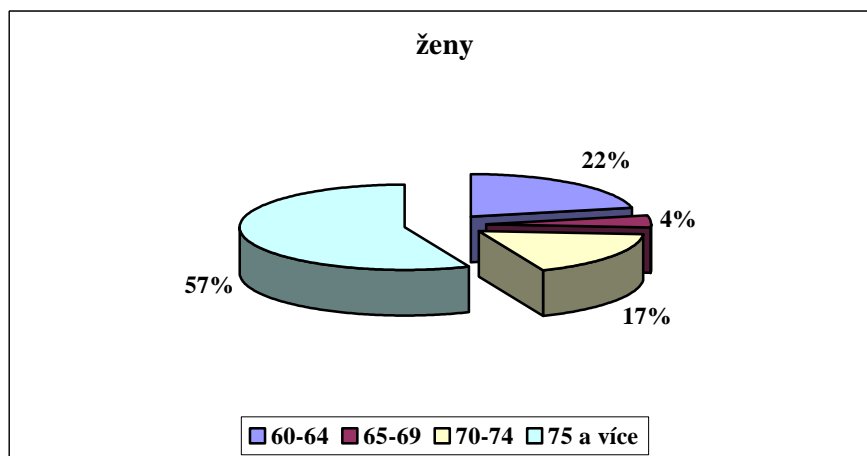
Zdroj: Kortusová, 2007

Věk respondentů je rozdělen do věkových kategorií po pěti letech, začíná věkem od 60 let a končí věkem nad 75 let.

Ve skupině 60 - 64 let je zastoupeno 34 % mužů (n = 11), ve skupině 65 – 69 let je 9 % mužů (n = 3), ve skupině 70 – 74 let je 16 % mužů (n = 5) a ve skupině 75 a více let je zastoupeno 41 % mužů (n = 13). Nejpočetnější je tedy věková skupina 75 a více let.



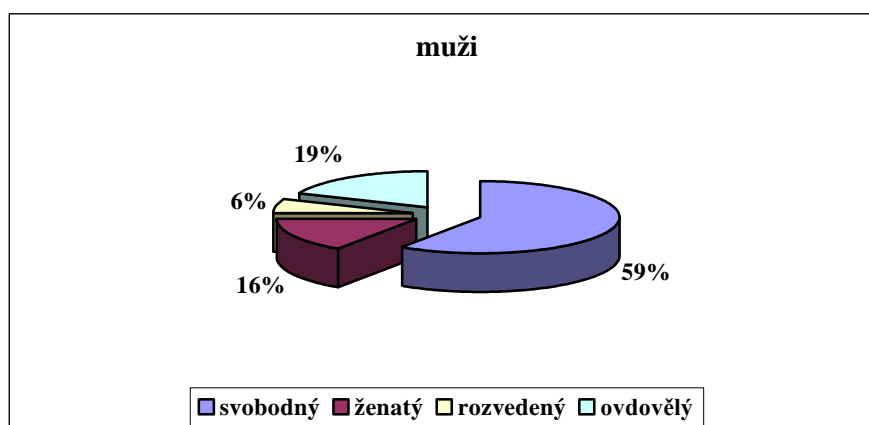
**Graf č. 4**  
**Rozložení souboru podle věku – ženy**



Zdroj: Kortusová, 2007

Ve skupině 60 – 64 let je zastoupeno 22 % žen ( $n = 10$ ), ve skupině 65 – 69 let jsou 4 % žen ( $n = 2$ ), ve skupině 70 – 74 let je 17 % žen ( $n = 8$ ) a ve skupině 75 a více let je 57 % žen ( $n = 26$ ). Z grafů je zřejmé, že se ženy, ve srovnání s muži dožívají vyššího věku. Rozdíl v průměrné délce života mužů a žen se tedy promítá výrazně do převahy žen v populaci staršího věku.

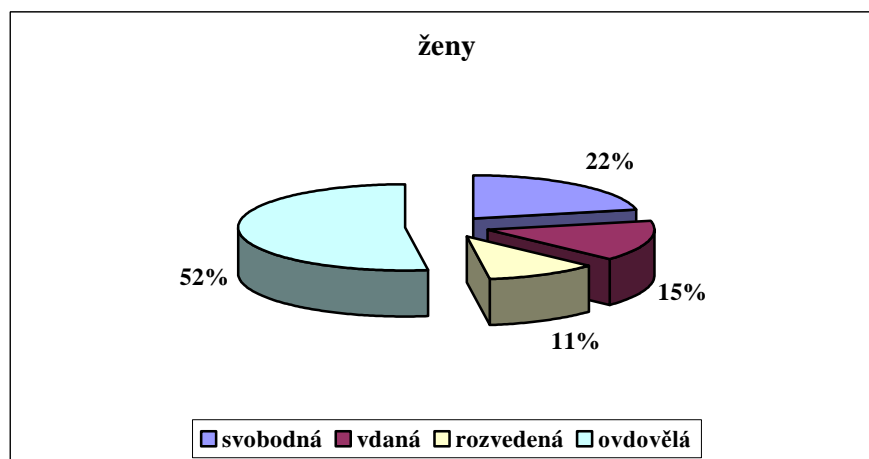
**Graf č. 5**  
**Rodinný stav respondentů - muži**



Zdroj: Kortusová, 2007

Nejvíce mužů je svobodných 59 % (n = 19), 19 % mužů je ovdovělých (n = 6), 16 % mužů je ženatých (n = 5), rozvedených je 6 % mužů (n = 2).

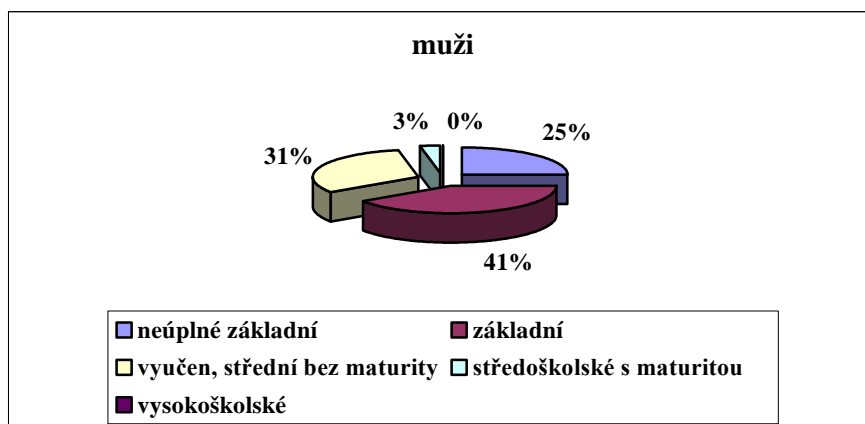
**Graf č. 6**  
**Rodinný stav respondentů - ženy**



Zdroj: Kortusová, 2007

52 % žen je ovdovělých (n = 24), 22 % žen je svobodných (n = 10), 15 % žen je vdaných (n = 7) a 11 % je rozvedených žen (n = 5).

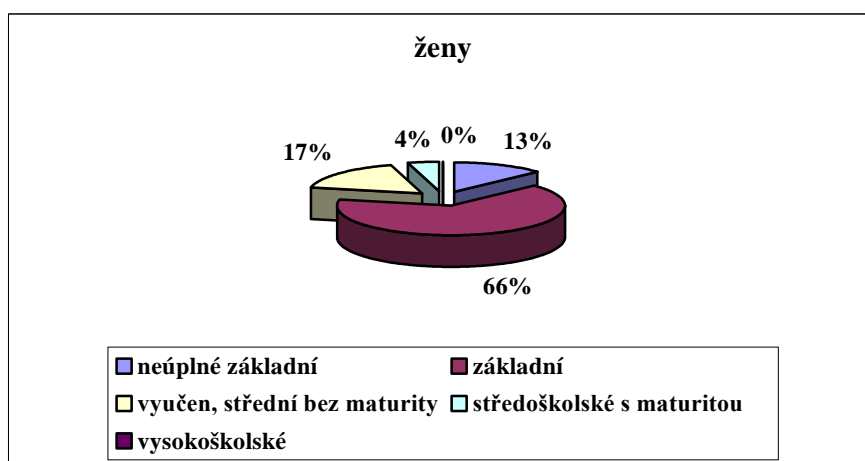
**Graf č. 7**  
**Vzdělání respondentů - muži**



Zdroj: Kortusová, 2007

Nejvíce respondentů – mužů je se základním vzděláním 41 % (n = 13), 31 % (n = 10) mužů je vyučeno, 25 % (n = 8) je s neúplným základním vzděláním a středoškolské vzdělání má 3 % (n = 1) mužů, vysokoškolské vzdělání nemá žádný respondent.

**Graf č. 8**  
**Vzdělání respondentů - ženy**

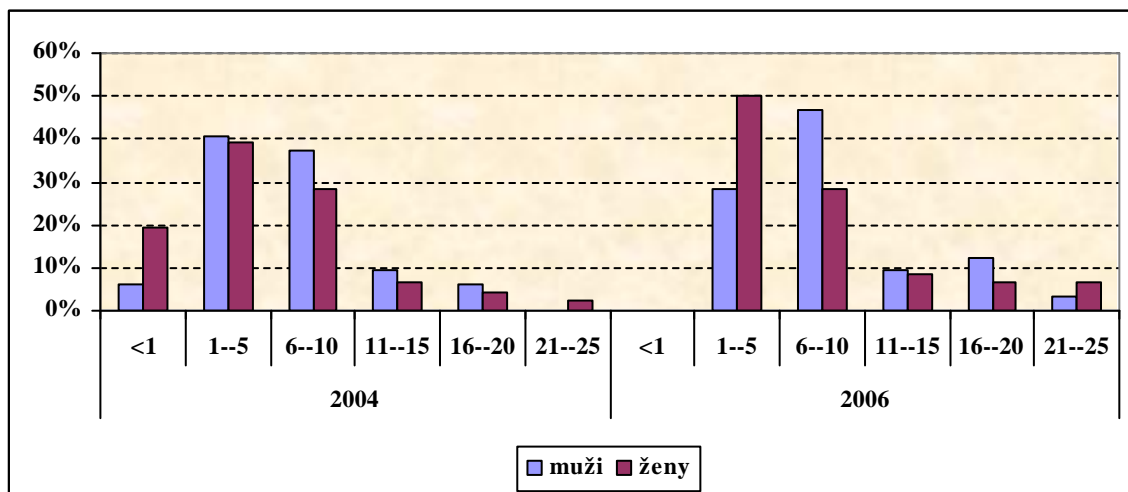


Zdroj: Kortusová, 2007

Nejvíce respondentů – žen je se základním vzděláním 66 % (n = 30), 17 % (n = 8) žen je vyučeno, 13 % (n = 6) je s neúplným základním vzděláním a středoškolské vzdělání má 4 % (n = 2) žen, vysokoškolské vzdělání nemá žádná respondentka.

Graf č. 9

Délka pobytu respondentů mužů a žen v Domově pro seniory



Zdroj: Kortusová, 2007

V roce 2004 bylo do 1 roku 6,3 % mužů a 19,6 % žen, od 1 – 5 roků bylo 40,6 % mužů a 39,1 % žen. V časovém rozmezí od 6 – 10 roků bylo 37,5 % mužů a 28,3 % žen, od 11 – 15 roků bylo 9,4 % mužů a 6,5 % žen. V období 16 – 20 roků bylo 6,2 % mužů a 4,4 % žen. Od 21 – 25 roků bylo pouze 2,2 % žen.

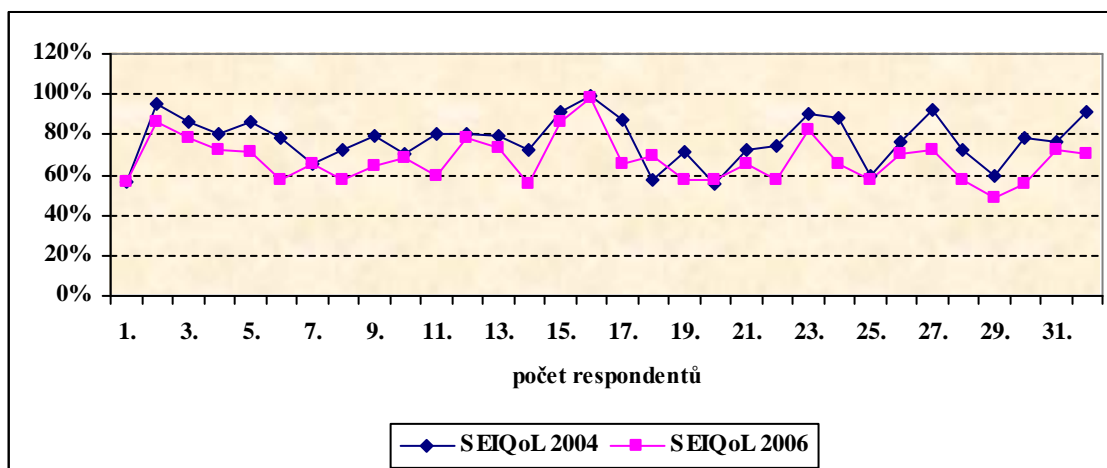
V roce 2006 bylo od 1 – 5 roků bylo 28,1 % mužů a 50,0 % žen. V dalším časovém rozmezí od 6 – 10 roků bylo 46,9 % mužů a 28,3 % žen, od 11 – 15 roků bylo 9,4 % mužů a 8,7 % žen. V období 16 – 20 roků bylo 12,5 % mužů a 6,5 % žen. Od 21 – 25 roků bylo 3,1 % mužů a 6,5 % žen.

Nejvíce respondentů je s délkou pobytu od 1 – 10 roků.

#### 4.2. Porovnání kvality života respondentů ve dvouletém časovém období

Graf č. 10

##### Porovnání kvality života metodou SEIQoL v roce 2004 a v roce 2006 - muži



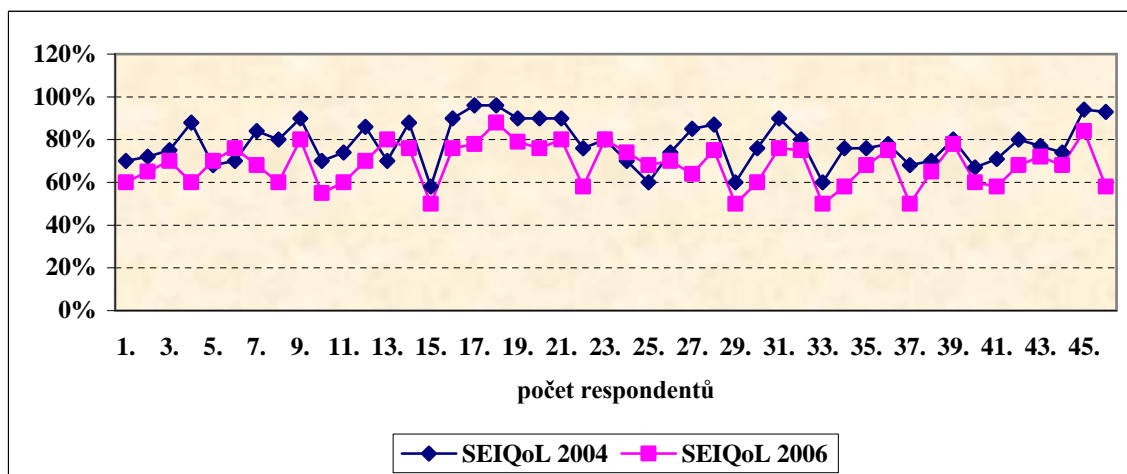
Zdroj: Kortusová, 2007

Z grafu je patrné, že v časovém období dvou let nedošlo k výrazné změně v hodnocení kvality života mužů metodou SEIQoL.

Jsou zaznamenány mírné rozdíly, ale v tomto hodnocení kvality života vždy vystupuje subjektivní složka. S hodnocením kvality života úzce souvisí skutečnost, jak na svůj život respondent právě pohlíží, v jakém zdravotním a psychickém stavu a v jaké sociální situaci se právě nachází.

Graf č. 11

Porovnání kvality života metodou SEIQoL v roce 2004 a v roce 2006 – ženy



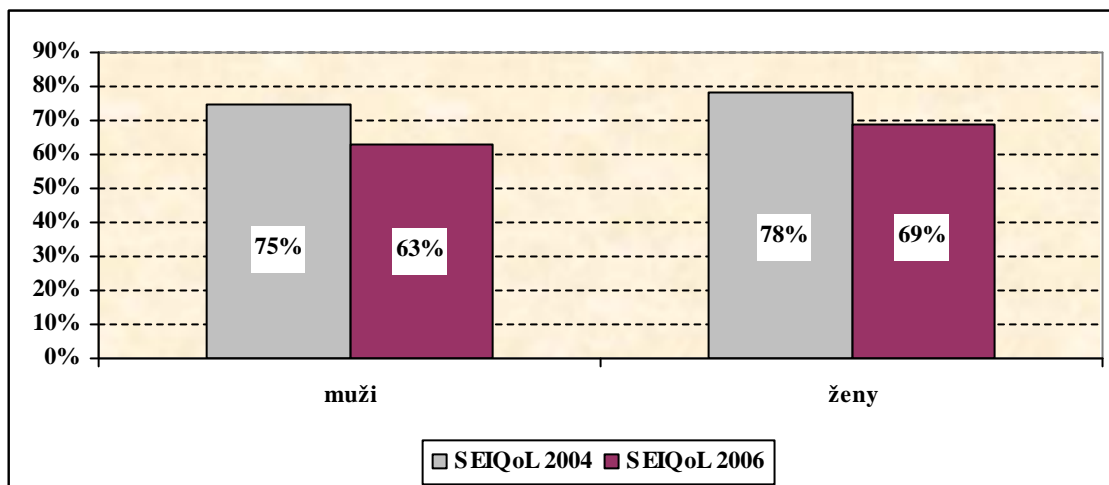
Zdroj: Kortusová, 2007

Z grafu je patrné, že v časovém období dvou let nedošlo k výrazné změně v hodnocení kvality života žen metodou SEIQoL.

Jsou zaznamenány mírné rozdíly, ale v tomto hodnocení kvality života vždy vystupuje subjektivní složka. S hodnocením kvality života úzce souvisí skutečnost, jak na svůj život respondent právě pohlíží, v jakém zdravotním a psychickém stavu a v jaké sociální situaci se právě nachází.

Graf č. 12

Výsledná kvalita života respondentů - mužů a žen v roce 2004 a 2006

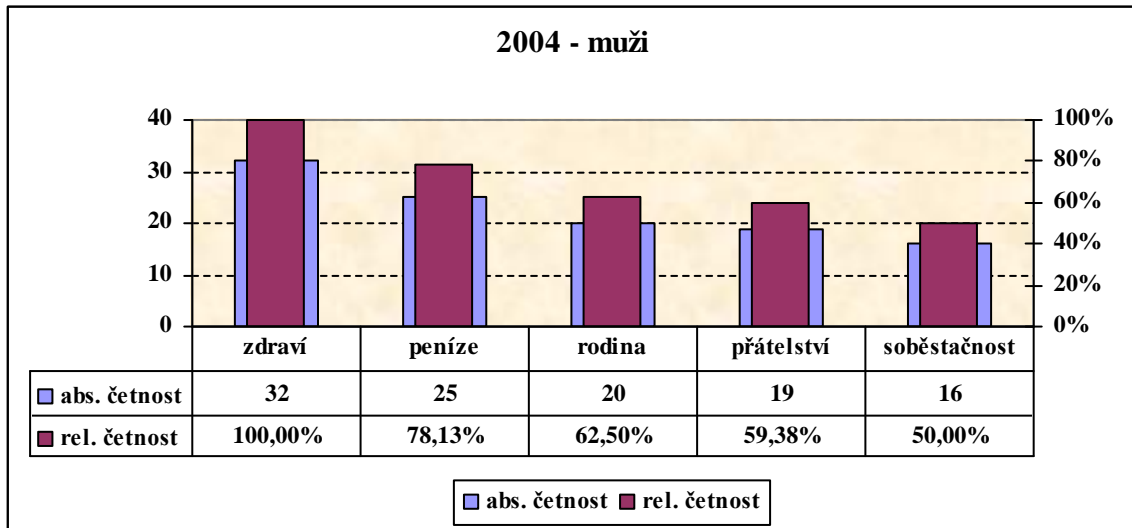


Zdroj: Kortusová, 2007

V období dvou let došlo k poklesu výsledné kvality života u mužů o 12 % a u žen o 9 %. Výsledná hodnota kvality života je vyšší u žen než u mužů. Ženy vykazují vyšší spokojenost se životem než muži jak v roce 2004 tak v roce 2006.

Graf č. 13

Hierarchie hodnot podle četností v roce 2004 - muži



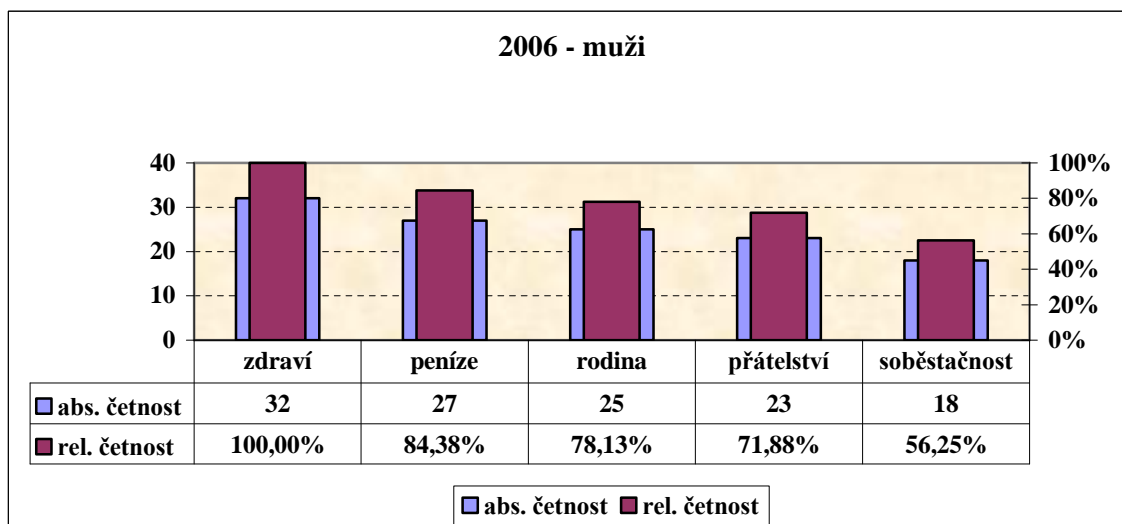
Zdroj: Kortusová, 2007

V grafu jsou uvedena životní zaměření seřazená podle četností, kterou jim respondenti – muži připisují v roce 2004. Mezi nejčastěji uváděnou hodnotu patří zdraví, kterou mezi pět nejdůležitějších hodnot zařadilo 32 mužů, tj. 100 %. Zdraví patří mezi nejvýše postavenou hodnotu jak z hlediska četnosti, tak míry důležitosti. Je z toho patrné, že zdraví je nejstabilnější složkou hierarchie hodnot. Hodnota peněz byla uvedena 25 muži, tj. 78,13 % a umístila se tak na druhém místě. Hodnota rodiny byla uvedena na třetím místě 20 muži, tj. 62,50 %. Rodina poskytuje seniorům zázemí, jistotu a sociální oporu. Kontakt s přáteli a udržování sociálních kontaktů je v pořadí čtvrtou hodnotou v celkové hierarchii hodnot. Zařadilo ji 19 mužů, tj. 59,38 %. Soběstačnost zařadilo mezi pět nejdůležitějších hodnot 16 mužů, tj. 50 % na páté místo.



Graf č. 14

Hierarchie hodnot podle četností v roce 2006 - muži



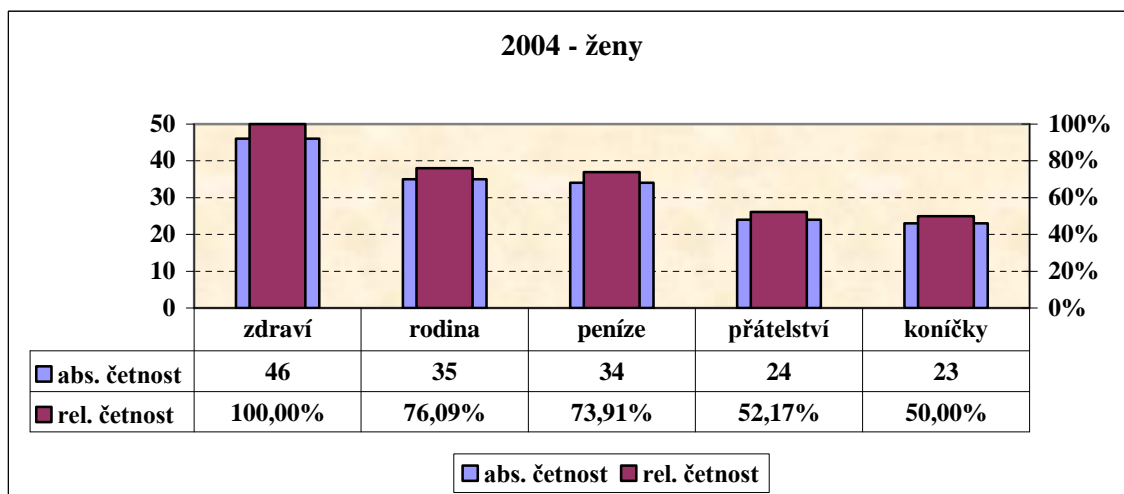
Zdroj: Kortusová, 2007

V grafu jsou uvedena životní zaměření seřazená podle četností, kterou jim respondenti – muži připisují v roce 2006. Mezi nejčastěji uváděnou hodnotu patří zdraví, kterou mezi pět nejdůležitějších hodnot zařadilo 32 mužů, tj. 100 %. Zdraví patří mezi nejvýše postavenou hodnotu jak z hlediska četnosti, tak míry důležitosti. Je z toho patrné, že zdraví je nejstabilnější složkou hierarchie hodnot. Hodnota peněz byla uvedena 27 muži, tj. 84,38 % a umístila se tak na druhém místě. Hodnota rodiny byla uvedena na třetím místě 25 muži, tj. 78,13 %. Rodina poskytuje seniorům zázemí, jistotu a sociální oporu. Kontakt s přáteli a udržování sociálních kontaktů je v pořadí čtvrtou hodnotou v celkové hierarchii hodnot. Zařadilo ji 23 mužů, tj. 71,88 %. Soběstačnost zařadilo mezi pět nejdůležitějších hodnot 18 mužů, tj. 56,25 % na páté místo.

V roce 2006 se zvýšila u mužů hodnota peněz a soběstačnosti o 6,25 %, hodnota rodiny o 15,63 % a hodnota přátelství o 12,5 %.

Graf č. 15

Hierarchie hodnot podle četností v roce 2004 - ženy

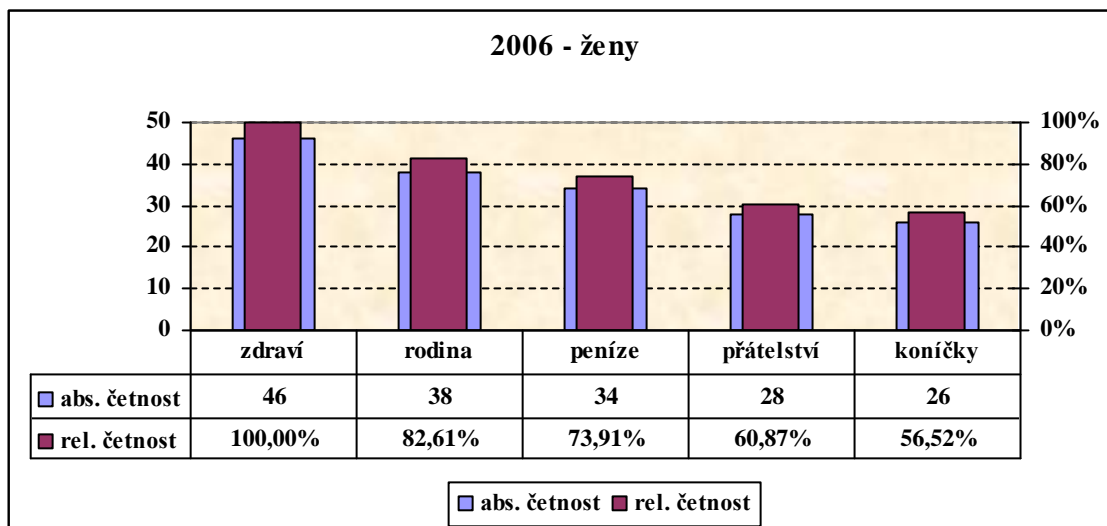


Zdroj: Kortusová, 2007

V grafu jsou uvedena životní zaměření seřazená podle četností, kterou jim respondenti – ženy připisují v roce 2004. Mezi nejčastěji uváděnou hodnotu patří zdraví, kterou mezi pět nejdůležitějších hodnot zařadilo 46 žen, tj. 100 %. Zdraví patří mezi nejvýše postavenou hodnotu jak z hlediska četnosti, tak míry důležitosti. Je z toho patrné, že zdraví je nejstabilnější složkou hierarchie hodnot. Hodnota rodiny byla uvedena 35 ženami, tj. 76,09 % a umístila se tak na druhém místě. Rodina poskytuje seniorům zázemí, jistotu a sociální oporu. Hodnota peněz byla uvedena na třetím místě 34 ženami, tj. 73,91 %. Kontakt s přáteli a udržování sociálních kontaktů je v pořadí čtvrtou hodnotou v celkové hierarchii hodnot. Zařadilo ji 24 žen, tj. 52,17 %. Koníčky zařadilo mezi pět nejdůležitějších hodnot 23 žen, tj. 50 % na páté místo. Koníčky a aktivita je prostředkem pro zkvalitnění života, náplní volného času.

Graf č. 16

Hierarchie hodnot podle četností v roce 2006 - ženy



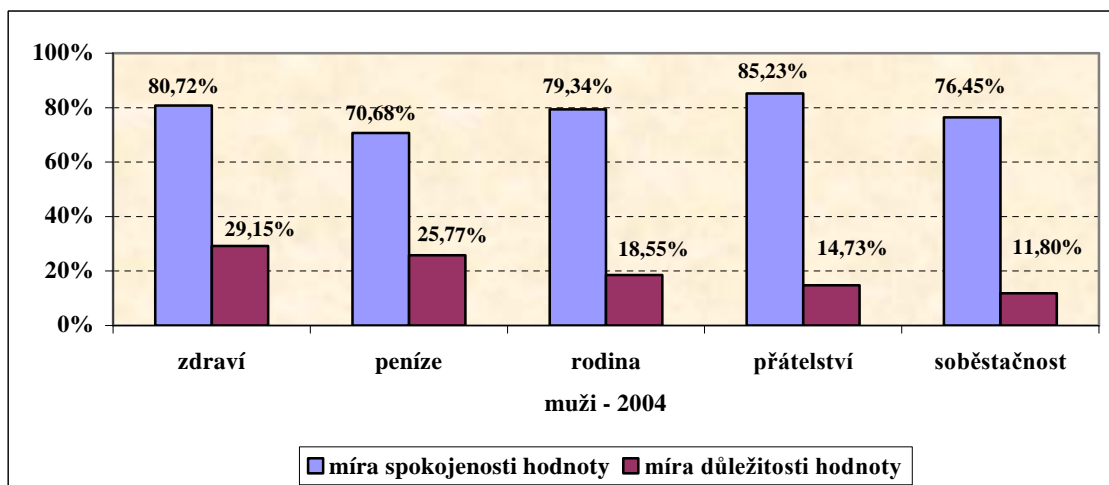
Zdroj: Kortusová, 2007

V grafu jsou uvedena životní zaměření seřazená podle četností, kterou jim respondenti – ženy připisují v roce 2006. Mezi nejčastěji uváděnou hodnotu patří zdraví, kterou mezi pět nejdůležitějších hodnot zařadilo 46 žen, tj. 100 %. Zdraví patří mezi nejvýše postavenou hodnotu jak z hlediska četnosti, tak míry důležitosti. Je z toho patrné, že zdraví je nejstabilnější složkou hierarchie hodnot. Hodnota rodiny byla uvedena 38 ženami, tj. 82,61 % a umístila se tak na druhém místě. Rodina poskytuje seniorům zázemí, jistotu a sociální oporu. Hodnota peněz byla uvedena na třetím místě 34 ženami, tj. 73,91 %. Kontakt s přáteli a udržování sociálních kontaktů je v pořadí čtvrtou hodnotou v celkové hierarchii hodnot. Zařadilo ji 28 žen, tj. 60,87 %. Koníčky zařadilo mezi pět nejdůležitějších hodnot 26 žen, tj. 56,52 % na páté místo. Koníčky a aktivita je prostředkem pro zkvalitnění života, naplní volného času.

V roce 2006 se u žen zvýšila hodnota rodiny a koníčků o 6,52 %, hodnota přátelství o 8,7 %.

Graf č. 17

Hierarchie hodnot podle míry důležitosti v roce 2004 - muži



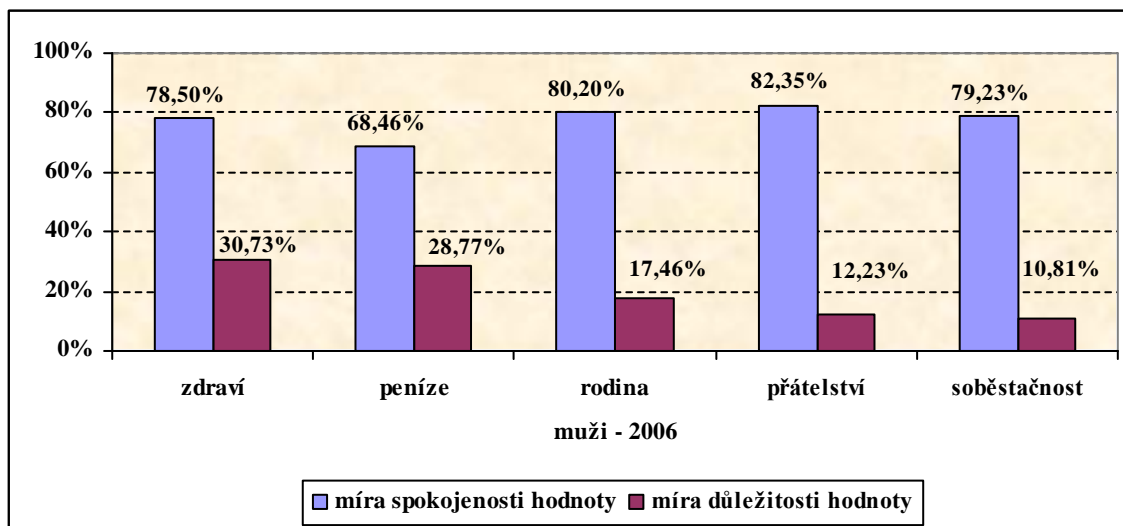
Zdroj: Kortusová, 2007

V případě seřazení hodnot podle míry důležitosti, kterou muži hodnotám dávají, zaujímá první místo v hierarchii životních cílů zdraví s mírou důležitosti 29,15 %. Zdraví je společně s hodnotou peněz nejstabilnějším životním tématem v hierarchii hodnot zkoumaného souboru mužů. Rodina je umístěna na třetím místě s mírou důležitosti 18,55 %. Čtvrté místo zaujímá přátelství s mírou důležitosti 14,73 % a na posledním pátém místě je soběstačnost s mírou důležitosti 11,80 %.

Nejvíce jsou muži spokojeni s hodnotou přátelství, která dosahuje 85,23 %. Pak následuje spokojenost se zdravím 80,72 %. Třetí místo z pohledu spokojenosti s hodnotou zaujímá rodina, čtvrté soběstačnost. Nejmenší míra spokojenosti byla zaznamenána u životního cíle peněz.

Graf č. 18

Hierarchie hodnot podle míry důležitosti v roce 2006 - muži



Zdroj: Kortusová, 2007

V případě seřazení hodnot podle míry důležitosti, kterou muži hodnotám dávají, zaujímá první místo v hierarchii životních cílů zdraví s mírou důležitosti 30,73 %. Zdraví je společně s hodnotou peněz nejstabilnějším životním tématem v hierarchii hodnot zkoumaného souboru mužů. Rodina je umístěna na třetím místě s mírou důležitosti 17,46 %. Čtvrté místo zaujímá přátelství s mírou důležitosti 12,23 % a na posledním pátém místě je soběstačnost s mírou důležitosti 10,81 %.

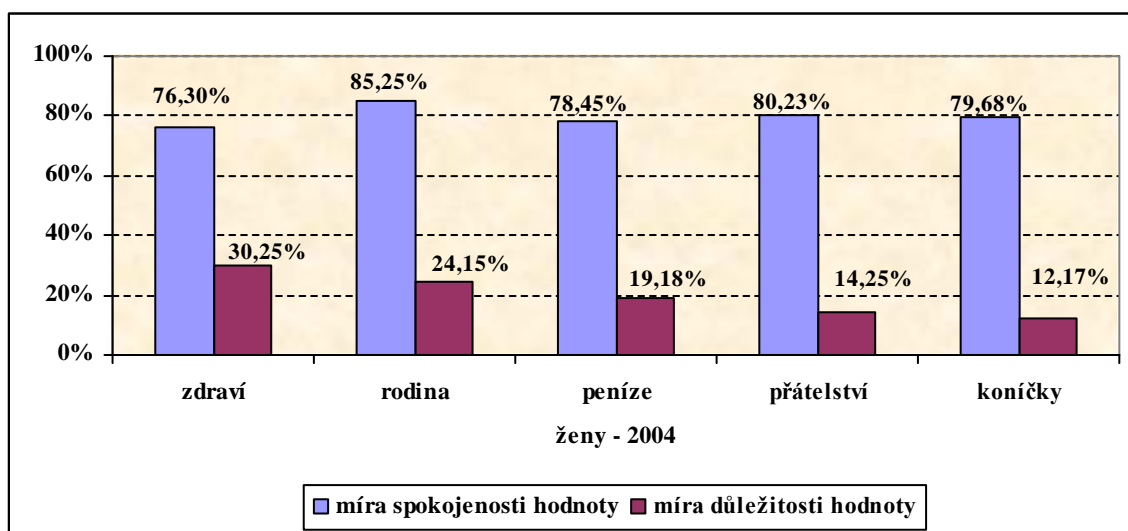
Nejvíce jsou muži spokojeni s hodnotou přátelství, které dosahuje 82,35 %, pak následuje hodnota rodiny s 80,20 %. Třetí místo z pohledu spokojenosti s hodnotou zaujímá soběstačnost s 79,23 %, čtvrté místo hodnota zdraví s 78,50 %. Nejmenší míra spokojenosti byla zaznamenána u životního cíle peněz s 68,46 %.

V roce 2006 dosáhlo zdraví v míře důležitosti vyšší hodnoty o 1,58 %, hodnota peněz byla vyšší o 3 %, hodnota rodiny byla nižší o 1,09 %, hodnota přátelství se snížila o 2,5 % a soběstačnost se v míře důležitosti snížila o 0,99 %. U spokojenosti s jednotlivými hodnotami byla hodnota zdraví nižší o 2,22 %, hodnota peněz byla nižší o 2,22 %, hodnota rodiny byla vyšší o 0,86 %, hodnota přátelství se snížila o 2,88 %.

Spokojenost s hodnotou soběstačnosti se zvýšila o 2,78 %. Zvýšení spokojenosti se soběstačností odpovídá celkovému zlepšení míry soběstačnosti v dvouletém období.

**Graf č. 19**

**Hierarchie hodnot podle míry důležitosti v roce 2004 - ženy**



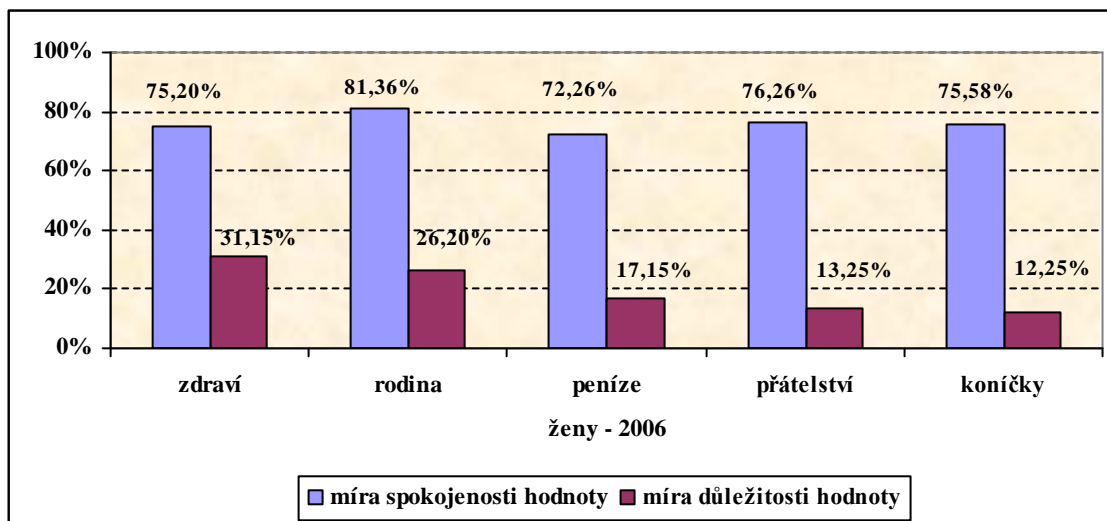
Zdroj: Kortusová, 2007

V případě seřazení hodnot podle míry důležitosti, kterou ženy hodnotám dávají, zaujímá první místo v hierarchii životních cílů zdraví s mírou důležitosti 30,25 %. Zdraví je společně s hodnotou rodiny nejstabilnějším životním tématem v hierarchii hodnot zkoumaného souboru žen. Peníze jsou umístěny na třetím místě s mírou důležitosti 19,18 %. Čtvrté místo zaujímá přátelství s mírou důležitosti 14,25 % a na posledním pátém místě jsou koníčky s mírou důležitosti 12,17 %.

Nejvíce jsou ženy spokojeny s hodnotou rodiny, která dosahuje hodnot 85,25 %. Pak následuje spokojenost s přátelstvím 80,23 %. Třetí místo z pohledu spokojenosti s hodnotou zaujímají koníčky, čtvrté peníze. Nejmenší míra spokojenosti byla zaznamenána u životního cíle zdraví.

Graf č. 20

Hierarchie hodnot podle míry důležitosti v roce 2006 - ženy



Zdroj: Kortusová, 2007

V případě seřazení hodnot podle míry důležitosti, kterou ženy hodnotám dávají, zaujímá první místo v hierarchii životních cílů zdraví s mírou důležitosti 31,15 %. Zdraví je společně s hodnotou rodiny nejstabilnějším životním tématem v hierarchii hodnot zkoumaného souboru žen. Peníze jsou umístěny na třetím místě s mírou důležitosti 17,15 %. Čtvrté místo zaujímá přátelství s mírou důležitosti 13,25 % a na posledním pátém místě jsou koníčky s mírou důležitosti 12,25 %.

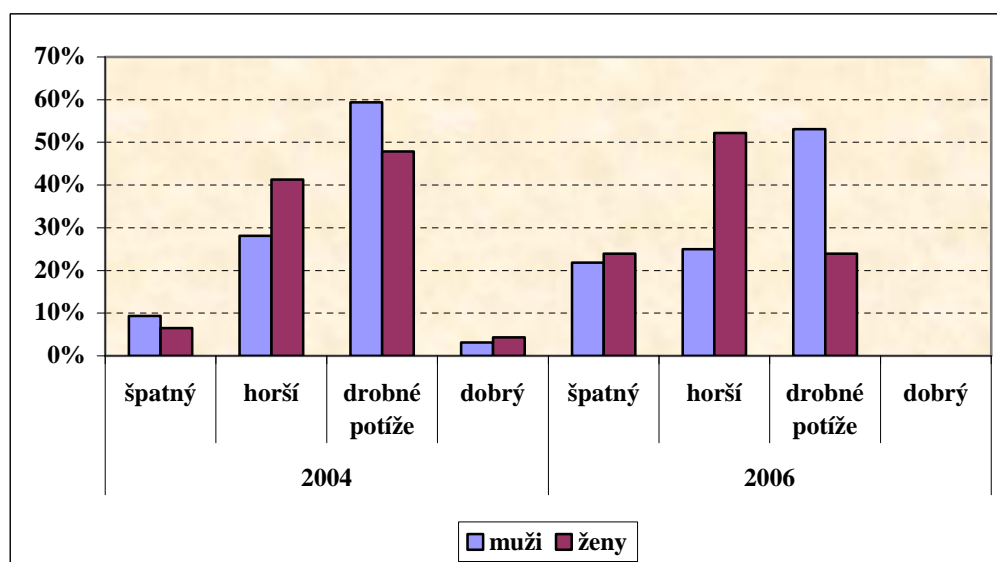
Nejvíce jsou ženy spokojeny s hodnotou rodiny 81,36 %, dále následuje hodnota přátelství 76,26 %, pak hodnota koníčků 75,58 %. Na čtvrtém místě je zdraví 75,20 %. Nejmenší míra spokojenosti je zaznamenána u životního cíle peníze 72,26 %.

V roce 2006 došlo v míře důležitosti u hodnoty zdraví ke zvýšení o 0,9 %, u hodnoty rodiny ke zvýšení o 2,05 %, u hodnoty peněz ke snížení o 2,03 %. Hodnota přátelství se snížila o 1 %, koníčky se zvýšily o 0,08 %. Míra spokojenosti byla u všech pěti hodnot nižší. Nejvyššího poklesu dosáhla míra spokojenosti s hodnotou peněz o 6,19 %.

### 4.3. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondentů

Graf č. 21

#### Subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondentů – mužů a žen a porovnání roku 2004 a 2006



Zdroj: Kortusová, 2007

V roce 2004 uvedlo svůj subjektivní zdravotní stav: „drobné potíže“ 59,38 % (n = 19) mužů, „horší“ 28,13 % (n = 9) mužů, „špatný“ 9,38 % (n = 3) mužů a „dobrý“ 3,11 % (n = 1) mužů.

V roce 2006 označilo svůj subjektivní zdravotní stav: „drobné potíže“ 53,14 % (n = 17) mužů, „horší“ 25 % (n = 8) mužů a „špatný“ 21,86 % (n = 7) mužů.

V roce 2004 uvedlo svůj subjektivní zdravotní stav: „drobné potíže“ 47,83 % (n = 22) žen, „horší“ 41,30 % (n = 19) žen, „špatný“ 6,52 % (n = 3) žen a „dobrý“ 4,35 % (n = 2) žen.

V roce 2006 označilo svůj subjektivní zdravotní stav „horší“ 52,17 % (n = 24) žen, „drobné potíže“ 23,92 % (n = 11) žen a „špatný“ 23,91 % (n = 11) žen.

Dle grafu je patrné zhoršení subjektivního zdravotního stavu u respondentů – mužů a žen v časovém období dvou let. „Horší“ zdravotní stav hodnotí více ženy.



**Tabulka č. 1****Korelační koeficient zdravotního stavu v roce 2004 a v roce 2006 – muži**

Zdravotní stav - muži		2004	2006
2004	Spearman Correlation	1	-0,863**
	Sig. (2-tailed)	,	0
	N	2	32
2006	Spearman Correlation	-0,863**	1
	Sig. (2-tailed)	0	,
	N	32	32

Zdroj: Kortusová, 2007

Korelační koeficient -0,86\*\* naznačuje vysokou míru souvislosti mezi rokem 2004 a 2006. Se zvyšujícím se časovým obdobím muži označují svůj subjektivní zdravotní stav jako zhoršený. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

**Tabulka č. 2****Korelační koeficient zdravotního stavu v roce 2004 a v roce 2006 – ženy**

Zdravotní stav – ženy		2004	2006
2004	Spearman Correlation	1	-0,739**
	Sig. (2-tailed)	,	0
	N	46	46
2006	Spearman Correlation	-0,739**	1
	Sig. (2-tailed)	0	,
	N	46	46

Zdroj: Kortusová, 2007

Korelační koeficient -0,74\*\* naznačuje vysokou míru souvislosti mezi rokem 2004 a 2006. Se zvyšujícím se časovým obdobím ženy označují svůj subjektivní zdravotní stav jako zhoršený. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

**Tabulka č. 3**

**Korelační koeficient subjektivního zdravotního stavu a kvality života měřenou metodou SEIQoL – muži**

2006		SEIQoL	zdravotní stav
SEIQoL	Spearman Correlation	1	-0,513**
	Sig. (2-tailed)	,	0
	N	32	32
zdravotní stav	Spearman Correlation	-0,513**	1
	Sig. (2-tailed)	0	,
	N	32	32

Zdroj: Kortusová, 2007

Korelační koeficient -0,51\*\* naznačuje střední míru souvislosti mezi vnímáním subjektivního zdravotního stavu a výsledným hodnocením kvality života mužů. Zhoršuje-li se subjektivní zdravotní stav, klesá i výsledná hodnota kvality života. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

**Tabulka č. 4**

**Korelační koeficient subjektivního zdravotního stavu a kvality života měřenou metodou SEIQoL – ženy**

2006		SEIQoL	zdravotní stav
SEIQoL	Spearman Correlation	1	-0,405**
	Sig. (2-tailed)	,	0
	N	46	46
zdravotní stav	Spearman Correlation	-0,405**	1
	Sig. (2-tailed)	0	,
	N	46	46

Zdroj: Kortusová, 2007

Korelační koeficient -0,41\*\* naznačuje střední míru souvislosti mezi vnímáním subjektivního zdravotního stavu a výsledným hodnocením kvality života žen. Zhoršuje-li se subjektivní zdravotní stav, klesá i výsledná hodnota kvality života. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

#### 4.4. Míra soběstačnosti - ADL

Tabulka č. 5

#### Barthelův test

Činnost	Stupeň hodnocení	Muži 2004		Muži 2006		Ženy 2004		Ženy 2006	
		abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
<b>1. Najedení, napití</b>	samostatně bez pomoci (10)	23	71,9	28	87,5	38	82,6	41	89,1
	s pomocí (5)	5	15,6	3	9,4	7	15,2	4	8,7
	neprovede (0)	4	12,5	1	3,1	1	2,2	1	2,2
<b>2. Oblékání</b>	samostatně bez pomoci (10)	12	37,5	19	59,4	10	21,8	19	41,3
	s pomocí (5)	13	40,6	9	28,1	26	56,5	20	43,5
	neprovede (0)	7	21,9	4	12,5	10	21,7	7	15,2
<b>3. Koupání</b>	samostatně bez pomoci (10)	4	12,5	9	28,1	4	8,7	8	17,4
	s pomocí (5)	16	50	13	40,6	16	34,8	14	30,4
	neprovede (0)	12	37,5	10	31,3	26	56,5	24	52,2
<b>4. Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí (5)	24	75	28	87,5	31	67,4	36	78,3
	neprovede (0)	8	25	4	12,5	15	32,6	10	21,7
<b>5. Kontinence moče</b>	plně kontinentní (10)	28	87,4	25	78,1	11	23,9	8	17,4
	občas inkontinentní (5)	2	6,3	5	15,6	25	54,3	28	60,9
	inkontinentní (0)	2	6,3	2	6,3	10	21,8	10	21,7
<b>6. Kontinence stolice</b>	plně kontinentní (10)	29	90,6	21	75	27	58,7	24	52,2
	občas inkontinentní (5)	1	3,1	9	18,7	7	15,2	10	21,7
	inkontinentní (0)	2	6,3	2	6,3	12	26,1	12	26,1
<b>7. Použití WC</b>	samostatně bez pomoci (10)	16	50	21	65,7	23	50	27	58,7
	s pomocí (5)	10	31,3	8	25	7	15,2	7	15,2
	neprovede (0)	6	18,7	3	9,3	16	34,8	12	26,1
<b>8. Přesun na lůžko - židle</b>	samostatně bez pomoci (10)	15	46,9	19	59,4	13	28,3	22	47,8
	s malou pomocí (5)	12	37,5	10	31,3	18	39,1	14	30,4
	vydrží sedět (0)	5	15,6	3	9,3	15	32,6	10	21,8
<b>9. Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m (15)	12	37,5	20	62,5	15	32,6	21	45,7
	s pomocí 50 m (10)	9	28,1	7	21,9	20	43,5	17	37
	na vozíku 50 m (5)	7	21,9	3	9,3	1	2,2	1	2,2
	neprovede (0)	4	12,5	2	6,3	10	21,7	7	15,1
<b>10. Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci (10)	15	46,9	20	62,5	13	28,3	19	41,3
	s pomocí (5)	8	25	5	15,6	7	15,2	3	6,5
	neprovede (0)	9	28,1	7	21,9	26	56,5	24	52,2

Zdroj: Kortusová, 2007

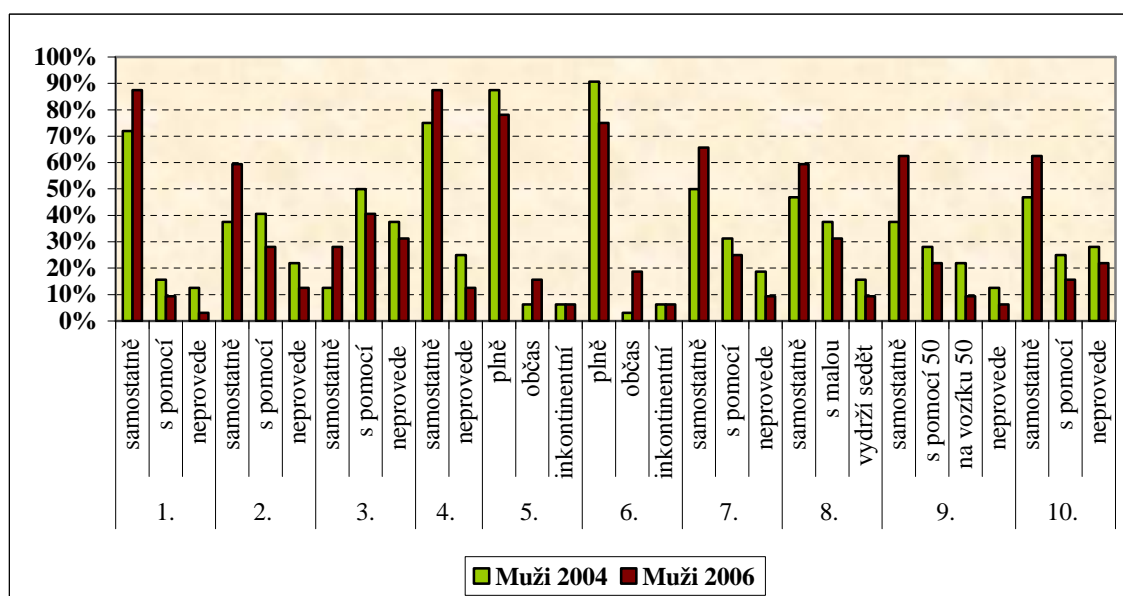
Tabulka zachycuje jednotlivé všední činnosti, jejich stupeň hodnocení a porovnání roku 2004 a 2006 u respondentů – mužů a žen.

Dle stupně hodnocení jednotlivých činností došlo ke zlepšení v oblasti: najedení, napití, oblékání, koupání, osobní hygieně, použití WC, přesun na lůžko - židli, chůze po

rovině, chůze po schodech. Zlepšení nevykazuje kontinence moče a stolice. Lze tedy říci, že došlo ke zlepšení u těch činností, které lze ovlivnit vnějšími faktory (důsledným nácvikem, motivací, ošetrovatelskou a rehabilitační péčí). Důležitá je též potřeba dohledu a posilování.

**Graf č. 22**

**Porovnání míry soběstačnosti v roce 2004 a v roce 2006 u mužů**



Zdroj: Kortusová, 2007

Legenda ke grafu:

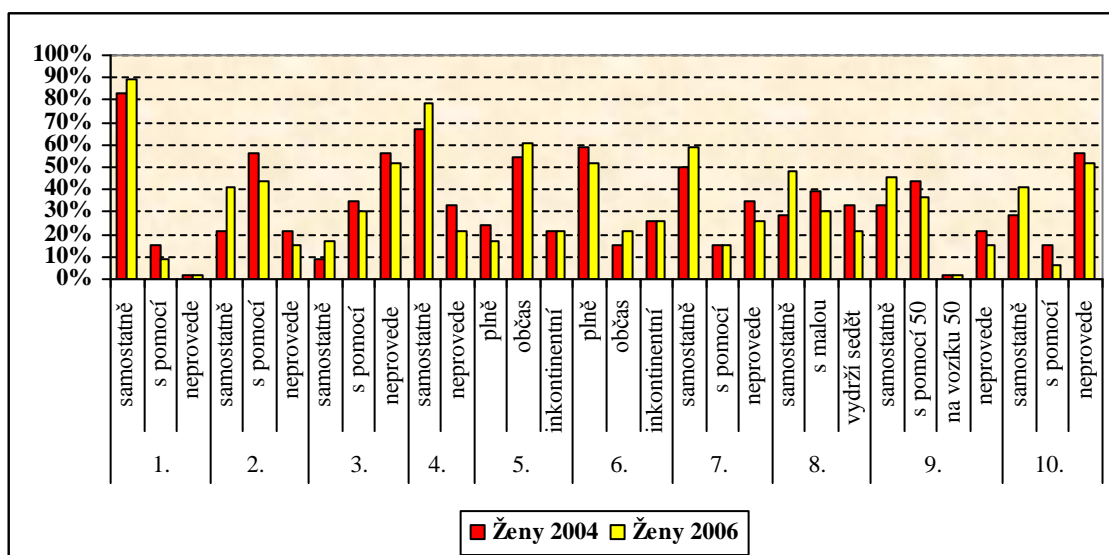
1. Najedení, napití, 2. Oblékání, 3. Koupání, 4. Osobní hygiena, 5. Kontinence moče, 6. Kontinence stolice, 7. Použití WC, 8. Přesun na lůžko – židle, 9. Chůze po rovině, 10. Chůze po schodech.

Z grafu je patrné zlepšení v činnostech, spojených se soběstačností u mužů. Pouze dvě činnosti nevykazují zlepšení – kontinence moče a stolice, která úzce souvisí s aktuálním zdravotním stavem. Důležitá je skutečnost osvojování si návyků, dovedností v sebeobsluze a v jednotlivých činnostech. Je zde závislost na dohledu,

dopomoci a posilování u seniorů. Zdraví souvisí se soběstačností. Soběstačnost je zaměřena na seniora, může jej podporovat a motivovat.

**Graf č. 23**

**Porovnání míry soběstačnosti v roce 2004 a v roce 2006 u žen**



Zdroj: Kortusová, 2007

Legenda ke grafu:

1. Najedení, napití, 2. Oblékání, 3. Koupání, 4. Osobní hygiena, 5. Kontinence moče, 6. Kontinence stolice, 7. Použití WC, 8. Přesun na lůžko – židle, 9. Chůze po rovině, 10. Chůze po schodech.

Z grafu je patrné zlepšení v činnostech, spojených se soběstačností u žen. Pouze dvě činnosti nevykazují zlepšení – kontinence moče a stolice, která úzce souvisí s aktuálním zdravotním stavem. Důležitá je skutečnost osvojování si návyků, dovedností v sebeobsluze a v jednotlivých činnostech. Je zde závislost na dohledu, dopomoci a posilování u seniorů. Zdraví souvisí se soběstačností. Soběstačnost je zaměřena na seniora, může jej podporovat a motivovat.

Tabulka č. 6

Korelační koeficient kvality života a míry soběstačnosti

2006		SEIQoL	Barthel
SEIQoL	Spearman Correlation	1	-0,456**
	Sig. (2-tailed)	,	0,025
	N	78	78
Barthel	Spearman Correlation	-0,456**	1
	Sig. (2-tailed)	0,025	,
	N	78	78

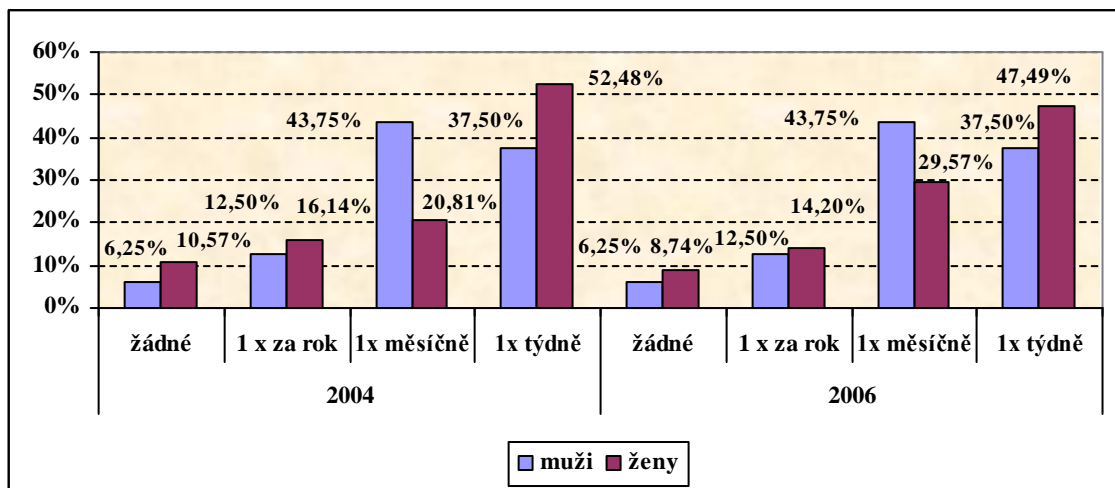
Zdroj: Kortusová, 2007

Významným determinantem ovlivňující kvalitu života je míra soběstačnosti. Korelační koeficient kvality života a míry soběstačnosti dosahuje hodnoty -0,46\*\* . Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01. Respondenti, kteří mají nižší míru soběstačnosti vyjadřují také snížené hodnocení kvality života.

4.5. Sociální kontakty

Graf č. 24

Četnost sociálních kontaktů respondentů



Zdroj: Kortusová, 2007

Ve sledovaném roce 2004 mělo návštěvu 1x měsíčně 43,75 % (n = 14) mužů, 1x týdně 37,50 % (n = 12) mužů, 1x za rok 12,50 % (n = 4) mužů, návštěvu nemělo 6,25 %

(n = 2) mužů. V roce 2006 mělo návštěvu 1x měsíčně 43,75 % (n = 14) mužů, 37,50 % (n = 12) mužů 1x týdně, 12,50 % (n = 4) mužů mělo návštěvu 1x za rok a 6,25 % (n = 2) mužů nemělo návštěvu vůbec.

V roce 2004 mělo 52,48 % (n = 24) žen návštěvu 1x týdně, návštěvu 1x měsíčně uvedlo 20,81 % (n = 10) žen. Návštěvu 1x za rok mělo 16,14 % (n = 7) žen a 10,57 % (n = 5) žen nemělo návštěvu vůbec.

V roce 2006 mělo návštěvu 1x týdně 47,49 % (n = 22) žen, návštěvu 1x za měsíc uvedlo 29,57 % (n = 13) žen. Návštěvu 1x za rok mělo 14,20 % (n = 7) žen a žádné návštěvy nemělo 8,74 % (n = 4) žen.

Z grafu vyplývá poměrně vysoká četnost sociálních kontaktů u respondentů – mužů a žen. Senioři se nejčastěji stýkají se svými blízkými 1x týdně a 1x měsíčně. Sociální kontakty jsou u respondentů poměrně stabilní, neboť sociální skupina je homogenní a je v zařízení již delší časové období.

**Tabulka č. 7**

**Korelační koeficient kvality života a sociálních kontaktů respondentů**

		<b>SEIQoL</b>	<b>sociální kontakty</b>
SEIQoL	Spearman Correlation	1	0,652**
	Sig. (2-tailed)	,	0
	N	78	78
sociální kontakty	Spearman Correlation	0,652**	1
	Sig. (2-tailed)	0	,
	N	78	78

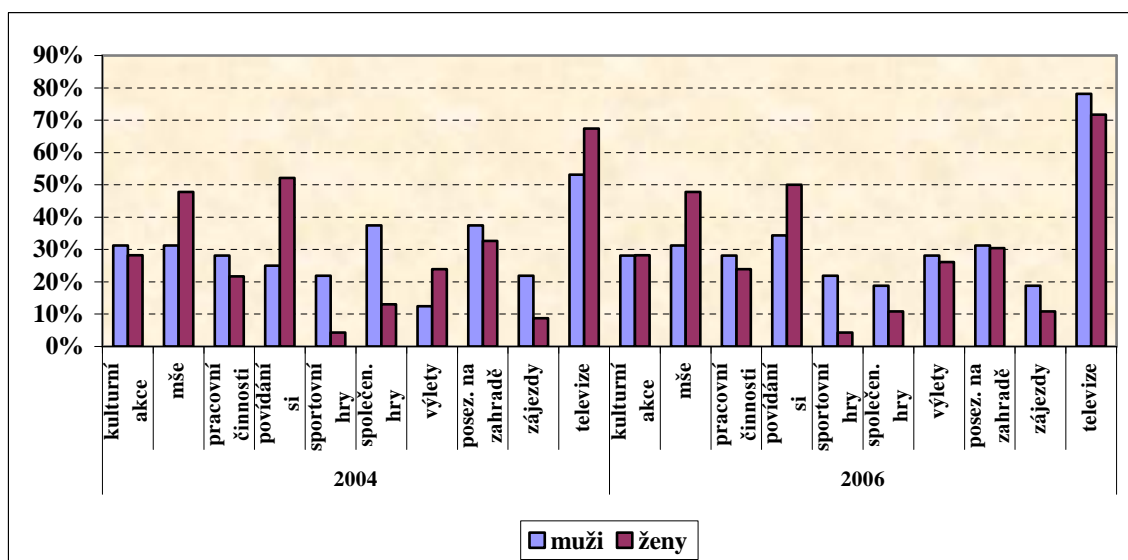
Zdroj: Kortusová, 2007

Výsledky korelace mezi kvalitou života a sociálními kontakty potvrdily významné souvislosti. Korelační koeficient dosáhl hodnoty 0,65\*\*. Spokojenost s kvalitou života se zvyšuje s vyšší četností sociálních kontaktů u respondentů. Míra korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

#### 4.6. Volnočasové aktivity a koníčky respondentů

Graf č. 25

Nabídka aktivit v Domově pro seniory v roce 2004 a v roce 2006

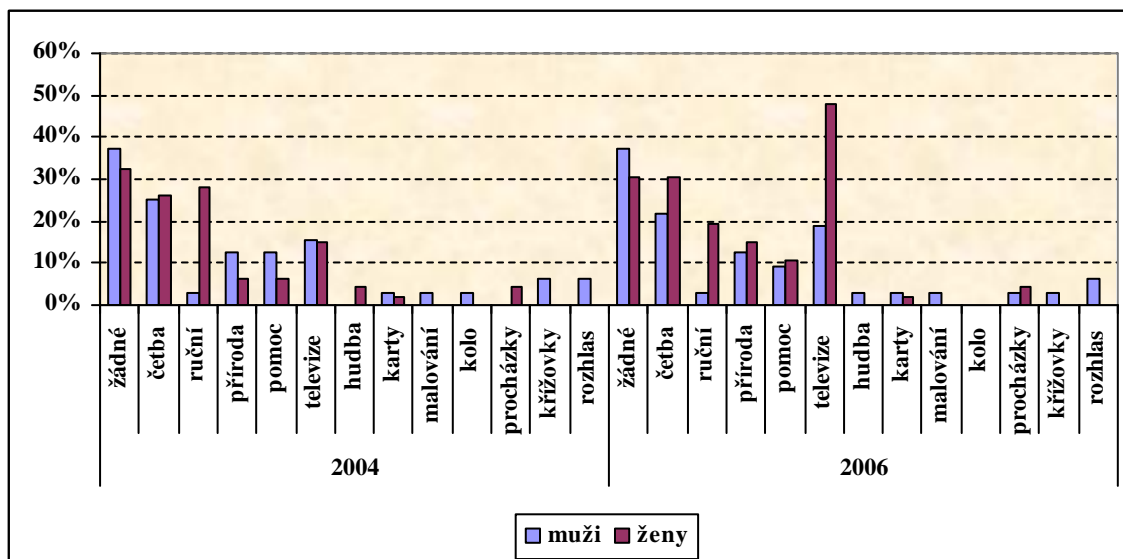


Zdroj: Kortusová, 2007

Z grafu je patrná nabídka aktivit v Domově pro seniory a její využívání respondenty. Respondenti – muži a ženy nejraději sledují televizní programy. Je to dáno tím, že v nabídce televizních programů je poměrně velký výběr seriálů, které respondenti sledují. Dále je uváděna vzájemná komunikace, což je spjata s hodnotou přátelství. Důležitou aktivitou respondentů je také duchovní život, posezení na zahradě a pracovní činnosti včetně kulturních akcí. Následují výlety, zájezdy a společenské hry.



**Graf č. 26**  
**Koníčky respondentů – mužů a žen**



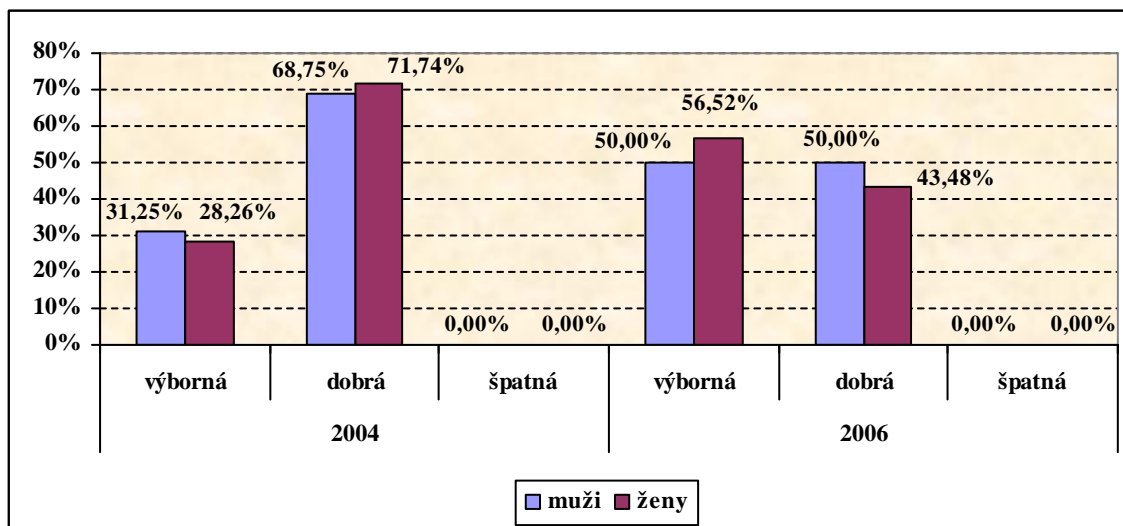
Zdroj: Kortusová, 2007

Nejčastěji respondenti a to především ženy sledují televizi. V roce 2006 se sledování televize u žen výrazně zvýšilo, u mužů došlo jen k zvýšení mírnému. Poměrně velký počet respondentů – mužů a žen nemá koníčky žádné. Následujícími koníčky jsou četba, ruční práce u žen, příroda a pomoc personálu. Za méně časté jsou respondenty uváděny: procházky, rozhlas, hudba, karty a křížovky.

Koníčky si většinou přinášejí respondenti ze svého přirozeného prostředí. I přes velké sledování televize mají také respondenti možnost zapojit se do aktivizačních a kulturních programů. Koníčky doplňují volnočasové aktivity a korespondují s jejich nabídkou.

Graf č. 27

**Hodnocení kvality aktivizačních programů respondenty – muži a ženami**



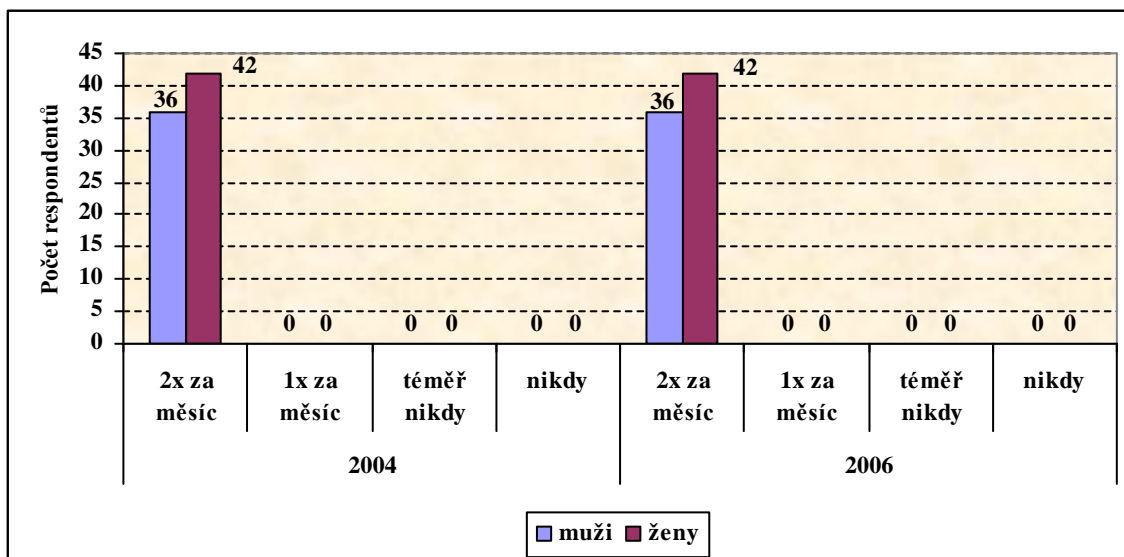
Zdroj: Kortusová, 2007

V roce 2004 hodnotilo kvalitu aktivizačních programů jako dobrou 68,75 % mužů a 71,74 % žen. Výbornou kvalitu programů uvedlo 31,25 % mužů a 28,26 % žen. V roce 2006 uvedla jedna polovina mužů dobrou kvalitu programů a druhá polovina výbornou kvalitu aktivizačních programů. Výbornou kvalitu aktivizačních programů označilo 56,52 % žen a dobrou kvalitu programů 43,48 % žen.

Z hodnocení respondentů je patrná jejich spokojenost s kvalitou aktivizačních programů v Domově pro seniory.

Graf č. 28

Četnost kulturních akcí v Domově pro seniory



Zdroj: Kortusová, 2007

Četnost kulturních akcí v Domově pro seniory hodnotili respondenti v roce 2004 a 2006 stejně. Akce jsou pořádány dvakrát měsíčně. Respondenti jsou s jejich nabídkou spokojeni.

## 5. Diskuze

Postavení seniorů ve společnosti a řešení otázek spojených s důsledky jejich přibývajícím věku jako nedílné součásti přirozeného cyklu života člověka jsou spjata s rozvojem veřejného sektoru, ale čím dál tím více se stávají součástí jednotlivých národních, regionálních a komunálních politik. Senioři jsou stejně jako děti, rodiny, mladí lidé atd. přirozenou součástí společnosti a vznikají jim během života obdobné nároky jako jiným věkovým kategoriím.

Díky stále se prodlužující střední délce života představuje v moderní společnosti etapa stáří časově delší, a tím i významnější fázi života člověka. Období stáří tak v lidském životě nabývá na důležitosti a rozhodně ho nelze brát jako pouhé předznamenání konce životní cesty. Naopak seniorský věk dnes skýtá celou řadu možností, jak být i nadále platným členem společnosti a prožít každý den aktivně a smysluplně.

Je zapotřebí klást si otázku, zda senioři prožívají stáří patřičné kvality a co kvalitu jejich života ovlivňuje. Seniorská populace je z hlediska věku, vzdělání, rodinného stavu a dalších determinant výrazně heterogenní skupinou. Tyto determinanty mají na kvalitu života seniorů vliv.

Z výsledků výzkumu vzešla řada závěrů. Pro účely diplomové práce vybírám jen ty, které se týkají determinant významně ovlivňujících kvalitu života seniorů v institucionálním zařízení.

Diplomová práce navazuje na bakalářskou práci „Kvalita života seniorů v institucionálním zařízení“. Jejím cílem je porovnat subjektivní hodnocení kvality života seniorů v časovém období dvou let v jednom institucionálním zařízení venkovského typu. V roce 2004 tvořilo výzkumný soubor 100 respondentů, 40 mužů a 60 žen. V dvouletém období zemřelo 22 respondentů, 8 mužů a 14 žen (graf č. 1). Vznikl tak nový reprezentativní soubor o 78 respondentech, (32 mužů a 46 žen), jehož struktura je odlišná od původního souboru (grafy č. 2 – 9).

Významným krokem k realizaci záměru měřit subjektivně vnímanou kvalitu života je zjištění životních cílů či životních hodnot, které jsou pro daného člověka

kriticky závažné. Obecně lze hodnoty definovat jako vše, co člověk považuje za významné a důležité, čeho si člověk váží, co ovlivňuje výběr vhodných způsobů (prostředků) a cílů jeho jednání. Hodnota je význam připisovaný věcem, ať už z lidského nebo nějakého obecnějšího hlediska. Tento význam je považován za relevantní pro naše rozhodování v okamžicích volby (Dorotíková, 1998).

Životní témata lze seřadit podle dvou kritérií. První z nich je seřazení témat dle jejich četností. Toto kritérium zachycuje, jak často uvádějí senioři jednotlivé hodnoty. Respondenti – muži uvedli shodně jak v roce 2004, tak v roce 2006 hodnoty v pořadí zdraví, peníze, rodina, přátelství a soběstačnost (grafy č. 13, 14). Ženy uvedly též shodné životní cíle v obou letech, a to v pořadí zdraví, rodina, peníze, přátelství, koníčky (grafy č. 15, 16). Z tohoto vyplývá, že zdraví se stává pro obě skupiny, muže i ženy, prioritou. Priorita hodnoty se v seniorském věku dá přepokládat a výzkum to jednoznačně potvrdil.

Senioři se k hodnotě zdraví vyjádřili při rozhovorech takto: *„Když je člověk zdravý, udělá si spoustu věcí sám a není na nikoho odkázaný“*, *„Bez zdraví v životě nic nejde“*, *„Nejsem úplně zdravá, ale ještě se obsloužím“*, *„Potíže se zdravím mám, ale jiní jsou tady na tom daleko hůře“*, *„Zdraví považuji za to nejcennější, co mám“*.

Druhým kritériem je seřazení jednotlivých oblastí, tvořících profil kvality života jedince, dle míry důležitosti, kterou senioři jednotlivým životním cílům připisují. V tomto případě uvedli muži pět důležitých životních hodnot v roce 2004 v pořadí: zdraví, peníze, rodina, přátelství a soběstačnost. V roce 2006 bylo pořadí hodnot dle míry důležitosti stejné (grafy č. 17, 18). V případě seřazení hodnot podle míry důležitosti u žen bylo toto pořadí v roce 2004: zdraví, rodina, peníze, přátelství a koníčky. Pořadí v roce 2006 je shodné s rokem 2004 (grafy č. 19, 20).

Závěr z této zkoumané oblasti je, že soubor respondentů (mužů i žen) důležitost svých životních cílů v období dvou výzkumných let nezměnil.

Životní téma zdraví bylo uváděno na prvním místě v hierarchii hodnot. Míra důležitosti hodnoty dosáhla u mužů v roce 2004 29,15 % a v roce 2006 30,73 %. U žen byla míra důležitosti hodnoty zdraví v roce 2004 30,25 % a v roce 2006 31,15 %. Je tedy patrné, že senior zná velmi dobře cenu svého zdraví, protože cítí, jak

s postupujícím věkem dochází k úbytku tělesných a duševních sil. Zdraví výrazně ovlivňuje kvalitu života seniorů.

Senior chce ještě něco dělat, úspěšně splnit úkol, který si předsevzal, chce ještě něco dosáhnout, chce se ještě seberealizovat. Aby toho dosáhl, potřebuje být zdravý. Můžeme si tedy položit otázku: „Co lidem přináší zdraví a jak je pro ně důležité?“. Zároveň si na ni můžeme odpovědět: „Aby lidé mohli dělat to, co chtějí (realizovat se), potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatnou věcí pro naši spokojenost s naplněním našich životních tužeb.... Zdraví je žádoucí.“ Zdraví je tak chápáno jako důležitý prostředek k dosažení cíle, i když tyto cíle mohou být velmi rozdílné.

Zdraví patří mezi klíčovou dimenzi člověka. Přináší člověku pocit nezávislosti a štěstí. Je jedním ze základních prostředků a podmínek jak dosáhnout životních cílů.

V pořadí druhou hodnotou jsou u mužů peníze. Míra důležitosti této hodnoty dosáhla v roce 2004 25,77 %, v roce 2006 28,77 %. Finanční prostředky hrají v životě seniora důležitou úlohu. Peníze potřebují k uspokojení každodenních potřeb. Finance mají též sociální význam. Muži tuto hodnotu uvedli na druhém místě, protože většina z nich jsou kuřáci a potřebují poměrně velké množství finančních prostředků na tabákové výrobky, neboť jejich cena stále stoupá. Nezanedbatelnou položkou jsou pro muže také doplatky na léky, které se neustále zvyšují.

Ženy uvedly na druhém místě hodnotu rodiny s mírou důležitosti v roce 2004 24,15 % a v roce 2006 26,20 %. Rodina u těchto respondentek zahrnuje především děti, vnoučata a širší příbuzenstvo, představuje zázemí a jistotu, záruku psychické pomoci a sociální opory.

Třetí hodnotou je u mužů rodina s mírou důležitosti v roce 2004 18,55 % a v roce 2006 17,46 %. Pořadí této hodnoty je dáno i specifikou institucionálního zařízení, neboť většina respondentů je z blízkého okolí a funkce rodiny je zachována v plné míře. Jde o silné rodinné vazby a rodina je pro respondenty důležitá.

U žen je na třetím místě hodnota peněz s mírou důležitosti v roce 2004 19,18 % a v roce 2006 17,15 %.

Na čtvrté místo v pořadí důležitosti hodnot zařadili všichni respondenti - muži i ženy - hodnotu přátelství. U mužů dosahovala míra důležitosti v roce 2004 14,73 % a

v roce 2006 12,23 %. Ženy vyjadřovaly míru důležitosti v roce 2004 14,25 % a v roce 2006 13,25 %.

Přátelství je pro seniory v institucionálním zařízení důležité. Senioři mají možnost si povídat, sdělovat si své životní příběhy, vyjít si společně na procházku, účastnit se aktivizačních programů. Přátelství je důležitým faktorem emocionálního a psychického zdraví. Dá se říci, že senioři, kteří pěstují přátelské vztahy, jsou spokojenější, považují přátelství za prospěšné, neboť přátele si člověk na rozdíl od rodiny aktivně sám vyhledává.

Na páté místo uvedli muži soběstačnost s mírou důležitosti v roce 2004 11,80 % a v roce 2006 10,81 %. Zvýšila se i míra spokojenosti, která je zřejmě dána zlepšením soběstačnosti u mužů v časovém období dvou let (tabulka č. 5).

Ženy uvedly na pátém místě hodnotu koníčky s mírou důležitosti v roce 2004 12,17 % a v roce 2006 12,25 %. Ženy jsou v této oblasti aktivnější než muži. Koníčky je motivují k aktivitě, udržení duševních a fyzických sil, možnosti sociálních kontaktů a seberealizace.

Pořadí životních hodnot respondentů se shoduje s pořadím hodnot, které uvádí profesor J. Křivohlavý (Křivohlavý, 2002). Z. Kalvach uvádí, že klíčovými hodnotami kvalitního života jsou zdraví, sociální vztahy a aktivita (Kalvach, 2004). Dle J. Křivohlavého se též ukazuje, že hodnoty jsou tím, co nejvýrazněji odlišuje jednoho člověka od druhého. Hodnoty ovlivňují jak míru, tak pořadí uspokojování našich potřeb. Hodnoty vedou člověka k určité činnosti, již by danou hodnotu realizoval (Křivohlavý, 2004). Hodnoty lze též definovat jako vše, co člověk považuje za důležité a významné.

V porovnání subjektivního hodnocení kvality života seniorů nedošlo v dvouletém časovém období k výrazné změně (grafy č. 10, 11). V tomto období došlo k poklesu výsledné hodnoty kvality života u mužů o 12 % a u žen o 9 % (graf č. 12). V obou letech byla výsledná hodnota kvality života vyšší u žen než u mužů. K výrazným změnám nedošlo i z důvodu úmrtí 22 respondentů z původního souboru. Důvodem úmrtí bylo především výrazné zhoršení zdravotního stavu a ztráta soběstačnosti.

Kvalitu života ovlivňuje řada faktorů. Významným determinantem je zdravotní stav, který je podmínkou udržení autonomie seniorů a činností fyzického rázu. S přibývajícím věkem narůstají zdravotní problémy, zdravotní stav se zhoršuje. V roce 2004 označilo jako svůj „špatný“ zdravotní stav 9,38 % mužů a 6,52 % žen, v roce 2006 21,88 % mužů a 23,91 % žen. Jako „horší“ vidí svůj zdravotní stav v roce 2004 28,13 % mužů a 41,30 % žen, v roce 2006 pak 25 % mužů a 52,17 % žen. Zdravotní stav „s drobnými obtížemi“ udává v roce 2004 59,38 % mužů a 47,83 % žen, v roce 2006 53,13 % mužů a 23,91 % žen. Jako „dobrý“ zdravotní stav označilo v roce 2004 3,13 % mužů a 4,35 % žen. Jako „horší“ zdravotní stav v roce 2006 udává více žen než mužů. V dvouletém období došlo ke zhoršení zdravotního stavu všech respondentů – mužů a žen. I dle výzkumu L. Vidovičové a L. Rabušice je zřejmé, že subjektivní percepce zdravotního stavu, zdraví je jednou z rozhodujících determinant životního stylu seniorů. Tento výzkum ukazuje, že čeští senioři jsou z tohoto hlediska se svým subjektivním zdravotním stavem na tom ambivalentně: 50 % má pocit, že jejich zdravotní stav je spíše dobrý, 50 % se pak domnívá, že je spíše špatný (Vidovičová, Rabušic, 2003). Dle M. Štilce senioři mnohé své potíže nevnímají jako chorobu, ale často je chápou jako přirozený projev stáří (Štilec, 2003).

Korelační koeficient  $-0,86^{**}$  subjektivního zdravotního stavu v roce 2004 a v roce 2006 u mužů naznačuje vysokou míru souvislosti. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01. Se zvyšujícím se časovým obdobím dochází ke zhoršování zdravotního stavu u mužů (tabulka č. 1).

Korelační koeficient  $-0,74^{**}$  subjektivního zdravotního stavu v roce 2004 a roce 2006 u žen naznačuje vysokou míru souvislosti mezi tímto časovým obdobím. Se zvyšujícím se časovým obdobím dochází ke zhoršování zdravotního stavu u žen. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (tabulka č. 2).

Korelační koeficient  $-0,51^{**}$  zdravotního stavu a výsledné hodnoty kvality života mužů naznačuje střední míru souvislosti mezi vnímáním zdravotního stavu a výsledným hodnocením kvality života. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (tabulka č. 3). Z toho je zřejmé, že se zhoršováním zdravotního stavu klesá výsledná hodnota kvality života.



Korelační koeficient  $-0,41^{**}$  naznačuje střední míru souvislosti mezi hodnocením zdravotního stavu a výslednou kvalitou života žen. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (tabulka č. 4). Korelace opět naznačuje, že při zhoršování zdravotního stavu klesá kvalita života.

Dalším determinantem ovlivňujícím kvalitu života jsou sociální kontakty (graf č. 24). Frekvence návštěv byla u sledovaných respondentů maximálně 1krát týdně až 1krát měsíčně. Četnost návštěv je poměrně vysoká z toho důvodu, že většina respondentů je z blízkého okolí, a to prostředí vesnického a sociální kontakty jsou zde zachovány. Ve stáří dochází u seniorů k zesílení vazeb na děti a vnoučata.

Neméně významná je také úroveň sociální opory, tj. hustota a pevnost sociální sítě, vztahu s nejbližšími, neboť i ta výrazně ovlivňuje životní spokojenost seniorů. Mnohokrát jsem při setkání se seniory v institucionálním zařízení od nich slyšela otázky nebo lépe řečeno jejich postesknutí: „*Mám někoho?, Koho potřebuji a kdo potřebuje mne?*“. Blízké kontakty hlavně s rodinnými příslušníky jsou pro seniora velkou motivací do jeho dalšího života.

Je důležité, aby senioři pokračovali ve vztazích, které měli před odchodem do domova pro seniory. To znamená, že je nutné, aby je rodina a přátelé navštěvovali, aby pracovníci zařízení pomáhali seniorům s nimi udržovat písemný kontakt, popřípadě kontakt telefonický. V institucionálním zařízení je zaváděn telefonický kontakt seniorů s jejich blízkými a to tím, že na přání seniora je zajišťován nákup mobilních telefonů a následně také pomoc s jeho obsluhou. Tato cesta přímé komunikace seniora s blízkými je dalším krokem ke zlepšování kvality života v institucionálním zařízení.

Pokud seniory nikdo nenavštěvuje, je tomu proto, že už nikoho z příbuzných nemají nebo je to pro příbuzné pro vykonání návštěvy příliš daleko. Tuto hodnotu komentovali senioři slovy: „*Vždy se na návštěvu moc těším a jsem ráda, že za mnou přijedou*“, „*Nikdo za mnou nejezdí, tak jsem si zde našla své přátele*“.

Výsledky korelace mezi kvalitou života a sociálními kontakty potvrdily významné souvislosti. Korelační koeficient dosáhl hodnoty  $0,65^{**}$ . Spokojenost s kvalitou života se zvyšuje s vyšší četností sociálních kontaktů u respondentů. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

Kvalitu života ovlivňují též volnočasové aktivity a koníčky respondentů (grafy č. 25, 26). Celkově lze říci, že respondenti tráví svůj volný čas převážně sledováním televize, následuje účast na kulturních akcích pořádaných institucionálním zařízením, povídání si mezi sebou a účast na duchovním životě (bohoslužbách). Nelze opomenout ani aktivizační činnosti. Velký počet respondentů nemá žádné koníčky, a vybírá si proto z nabídky aktivizačních programů. Vhodná volba těchto programů brzdí proces stárnutí a přispívá k prodlužování aktivního života. Úplná pasivita a nečinnost působí neblaze na organismus, urychluje proces duševní a svalové degenerace. Aktivní stáří, práce přiměřená životnímu tempu a možnostem stárnoucího člověka je pro seniora důležitá (Tomeš, 2001). Aktivita všeobecně přispívá k vyšší životní spokojenosti a subjektivnímu prožitku vyšší kvality života. Významnou roli zde sehrává posilování fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti a dalších schopností seniora, ať již cílevědomou činností nebo formou zábavnou. Motivovat seniory ke společenským aktivitám je rovněž nezbytnou prevencí před devalvací kvality jejich života. Zapojení seniorů do různých druhů aktivit přispívá ke zvýšení jejich sebevědomí, sebeúcty a chuti do života.

Rheinwaldová říká, že nějaký větší kulturní program by se měl konat každý měsíc, aby se uživatelé měli na co těšit a připravovat. To jim dává určitou životní náplň, zabraňuje nudě a ztrátě motivace žít a pečovat o sebe (Rheinwaldová, 1999). Toto jsem si ověřila přímo ve své praxi, kdy se uživatelé při rozhovoru se mnou vyjadřovali: *„Nejraději mám, když nám přijdou zazpívat děti z mateřské školky“*, *„Program písniček z mého mládí mne pohladil po duši“*, *„Sestřičko, již se zase těším na další koncert, kde si budu moci zazpívat s harmonikou“*, *„Návštěva divadla byla pro mě nezapomenutelným zážitkem“*.

Kvalitu aktivizačních činností v Domově pro seniory hodnotí respondenti jako výbornou a dobrou (graf č. 27).

Hypotéza: „Subjektivní hodnocení kvality života podmiňuje aktuální zdraví seniorů, zejména míra jejich soběstačnosti, psychický stav a sociální zázemí včetně sociálních kontaktů“ byla potvrzena.

Dalším významným determinantem, který ovlivňuje kvalitu života seniora, je míra soběstačnosti. Snížení soběstačnosti patří k nejzávažnějším důsledkům nemoci ve stáří. Jde především o to, že senior si nemůže sám plně saturovat své základní potřeby a nemůže úplně sám žít v rovnováze s nároky zevního prostředí. Vlivem omezení tělesné pohyblivosti, strachu z pádu, zhoršeného vnímání nebo zhoršených mentálních funkcí vznikají pak postupně na různé úrovni – handicap. Ty pak vedou k pocitům strachu, slabosti, únavy, bezmoci, až závislosti na kompenzačních pomůckách nebo často na pomoci druhých lidí.

K soběstačnosti se senioři vyjádřili takto: „*Byla jsem zvyklá si udělat všechno sama, teď musím prosit sestřičku*“, „*Když není soběstačnost, je to špatné*“.

Míra soběstačnosti byla měřena Barthelovým testem – ADL. Dle výzkumu došlo v této oblasti k mírnému zlepšení (tabulka č. 5, grafy č. 22, 23). V Domově pro seniory Kůsov je kladen na míru soběstačnosti velký důraz. Soběstačnost je zlepšována za pomoci rehabilitačního pracovníka a zdravotnického a ošetrovatelského personálu.

Korelační koeficient výsledné kvality života a míry soběstačnosti dosáhl hodnoty  $-0,46^{**}$ . Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01. Se snižujícím se hodnocením míry soběstačnosti klesá kvalita života respondentů – mužů a žen.

Hypotéza: „Míra a stupeň soběstačnosti ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality života seniorů“ se potvrdila.

Hodnocení kvality života je velmi subjektivní. V tomto hodnocení dochází proto ke značným rozdílům. Někteří senioři považovaní za zvlášť postižené (upoutaní na invalidní vozík) byli s kvalitou života vcelku spokojeni. Jiní, a to relativně mírně postižení, hodnotili svůj život spíše negativně. Mezi seniory jsou však i ti, kteří dokazují, že i přes četná úskalí dokáží za určitých okolností žít kvalitní život. Dle výsledků výzkumu lze tedy usuzovat, že kvalita života v institucionálním zařízení může dosáhnout vysoké úrovně.

## 6. Závěr

V diplomové práci je řešena problematika kvality života seniorů v institucionálním zařízení, specificky pak její porovnání v časovém období dvou let.

Kvalita života je jedním z nejdůležitějších kritérií při hodnocení seniora. Vedle biologických faktorů se dále uplatňuje subjektivní zdravotní stav seniora v souvislosti s prožíváním stáří, které je narušeno různými chorobami.

Kvalita života je do značné míry subjektivní, ale je možné vytipovat některé klíčové aspekty: mobilita, sociální vztahy a vazby, materiální status – máme-li k dispozici to co potřebujeme, možnost nezávislého života, smysluplné zaměstnání či činnost.

Byly stanoveny dvě hypotézy:

H1: Subjektivní hodnocení kvality života podmiňuje aktuální zdraví seniorů, zejména míra jejich soběstačnosti, psychický stav a sociální zázemí včetně sociálních kontaktů. Tato hypotéza se potvrdila. Aktuální zdraví, zdravotní stav, sociální kontakty, soběstačnost ovlivňují subjektivní hodnocení kvality života seniorů daného výzkumného souboru.

H2: Míra a stupeň soběstačnosti ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality života seniorů. Hypotéza byla potvrzena. Soběstačnost ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality života seniorů.

V průběhu dvouletého sledování došlo ke změnám v počtu respondentů zařazených do výzkumu (zemřelo 22 respondentů). Oba dva soubory byly početně vyrovnané a byly i homogenní, což se projevilo ve srovnávání zkoumaných faktorů. Nejprve byly sledovány jednotlivé dimenze tvořící profil kvality života seniorů, byly seřazeny podle míry důležitosti v jejich životě. Respondenti – muži uvedli pět nejdůležitějších životních hodnot v pořadí: zdraví, peníze, rodina, přátelství,

soběstačnost. Respondenti – ženy uvedli pořadí: zdraví, rodina, peníze, přátelství a koníčky.

Dalším prvkem ve sledování byl subjektivní zdravotní stav respondentů. Výsledný korelační koeficient kvality života a hodnocení subjektivního zdravotního stavu dosáhl u mužů  $-0,51^{**}$  a u žen  $-0,41^{**}$ . Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01, potvrdila se tedy na 99 %. Z toho vyplývá, že se zhoršujícím se hodnocením subjektivního zdravotního stavu klesá hodnota kvality života jak u mužů, tak u žen.

Specifickým ukazatelem vyjádření zdravotního stavu je i míra a stupeň soběstačnosti. Svědčí o tom korelační koeficient hodnocení kvality života a ADL, který dosáhl hodnoty  $-0,46^{**}$  u mužů i žen. Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01, potvrdila se na 99 %. Se snižujícím se hodnocením ADL klesá kvalita života seniorů.

I mírně se zhoršující zdravotní stav může být kompenzován činnostmi, které podporují udržení relativního zdraví (návik chůze, návik sebeobsluhy), o čemž svědčí u tohoto souboru test ADL. Téměř ve všech činnostech došlo ke zlepšení, i když respondenti uváděli zhoršený zdravotní stav. Pouze v oblasti kontinence tomu tak nebylo. Z toho vyplývá, že činnosti zahrnuté v ADL testu lze do jisté míry ovlivnit vnějšími faktory (ošetřovatelská péče, rehabilitační péče, aktivizace).

Udržitelnou míru kvality života lze zajišťovat i volnočasovými aktivitami a koníčky. Zkoumaný soubor nám ukazuje časté sledování televizních programů. Nabídka dalších kulturních programů a aktivit je však různorodá a respondenti se do nich také aktivně zapojují.

Posledním prvkem, který sledujeme jsou sociální kontakty. Respondenti uváděli četnost těchto kontaktů jedenkrát týdně až jedenkrát měsíčně. Korelační koeficient sociálních kontaktů a hodnocení kvality života dosáhl hodnoty  $0,65^{**}$ . Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01, potvrdila se tedy na 99 %. S větším počtem sociálních kontaktů se zvyšuje hodnocení kvality života seniorů.

Výzkumné údaje byly komentovány a konfrontovány s dostupnou literaturou v části „Diskuze“.

Výsledky diplomové práce lze využít v oblasti zdravotní, sociální, vzdělávací. Mohou být použity i při řešení zdravotně-sociální problematiky, tvorbě individuálních plánů v domovech pro seniory. Diplomová práce bude k dispozici zdravotnickému personálu a sociálním pracovnícům v Domově pro seniory Stachy-Kůsov.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BACKES, G. M., CLEMENS, W. *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternforschung. (Životní fáze stáří. Úvod do sociálně vědeckého zkoumání stáří.)* 2. Bearbeitete und verbreitete Auflage Weinheim und München: Juventa Verlag, 2003. 368 s.  
ISBN 3-7799-1463-8.
2. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s.  
ISBN 80-7169-070-8.
3. DOROTÍKOVÁ, S. *Filosofie hodnot*. 1. vydání. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998. 162 s.  
ISBN 80-86039-79-X.
4. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života seniorů – mezinárodní výzkum. In *Sborník příspěvků z konference, konané 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 91 – 101  
ISBN 80-86625-20-6.
5. DUŠOVÁ, B. Aktivizace ve stáří. In *Sestra*. Odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: 2004, roč. XIV, č. 7-8, s. 5.  
ISSN 1210-0404.
6. GALVAS, Z. K problematice kvality života TZP seniorů. Praha: SONS ČR – TYFLOSERVIS, Tyflogické listy 1-2, 1999.  
Dostupné z: [online] <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/01html>> [cit. 2006-10-21].
7. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 256 s.  
ISBN 80-7178-367-6.
8. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. 86 s.  
ISBN 80-7040-286-5.

9. HALÍK, T. Mládi a stáří. *Sociální péče*. Odborný časopis pracovníků sociální péče, Brno: 2000, roč. 1, č. 3, s. 4–6.  
ISSN 1213-2330.
10. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 776 s.  
ISBN 80-7178-303-X.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10 – Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s.  
ISBN 80-7040-286-5.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 416 s.  
ISBN 80-7038-158-2.
13. HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 584 s.  
ISBN 80-7178-820-1.
14. JEDLIČKA, V. et.al. *Praktická gerontologie*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s.  
ISBN 80-7013-109-8.
15. JOHNOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb*. 2. upravené vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. 24 s.
16. JUŘENÍKOVÁ, P. et.al. *Ošetřovatelství – učební text pro IV. Ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Uherské Hradiště, 2001. 174 s.
17. KALVACH, Z. et.al. *Úvod do gerontologie a geriatrie I. díl – Gerontologie obecná a aplikační*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 193 s.  
ISBN 80-7184-366-0.
18. KALVACH, Z. et.al. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s.  
ISBN 80-247-0548-6.
19. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia, 2005, 263 s.  
ISBN 80-200-1307-5.



20. KOPECKÁ, P. Koncept kvality života seniorů v České republice. In *Zdravotnictví v České republice*. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, Praha: 2002, roč. 5, č. 1 – 2, s. 71 – 75.  
ISSN 1213-6050.
21. KORTUSOVÁ, J. Kvalita života seniorů v institucionálním zařízení. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita – zdravotně sociální fakulta, České Budějovice: 2005.
22. KOSTELECKÁ, E. Čím více aktivit, tím větší zázrak. In *Sociální péče*. Odborný časopis pracovníků sociální péče, Brno: 2000, roč. 1, č. 3, s. 14 - 15.  
ISSN 1213-2330.
23. KOTÝNKOVÁ, M., ČERVENKOVÁ, A. Začlenění seniorů v sociální struktuře soudobé společnosti. Praha: VÚPS, 2001, 31 s.  
Dostupné z: [online] <http://www.vupsv.cz/Senior.pdf> [cit. 2006-10-25].
24. KOVAL, Š. Antropologický rozmer epidemiologie staroby. 1. vydání. Košice: PonT, 2001. 178 s.  
ISBN 80-967611-3-7.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 1997. 94 s.  
ISBN 80-85495-33-3.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s.  
ISBN 80-247-0179-0.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279 s.  
ISBN 80-7178-774-4.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologické pojetí a způsoby zjišťování kvality života*.  
Dostupné z : [online] <http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/ckvalita.html>  
[cit. 2006-10-21].
29. KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9 – 20.  
ISBN 80-86625-20-6.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 200 s.  
ISBN 80-7178-835-X.

31. KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 108 – 118.  
ISBN 80-86625-20-6.
32. KUCHAROVÁ, V. *Život ve stáří*. Praha: Socioklub – VÚPS, 2002. 89 s.  
Dostupné z: [online] [http://www.vupsv.cz/Empiricky\\_vyzkum.pdf](http://www.vupsv.cz/Empiricky_vyzkum.pdf) [cit. 2006-10-21].
33. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 2000. 344 s.  
ISBN 80-7169-195-X.
34. MATOUŠEK, O. et.al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 352 s.  
ISBN 80-7367-002-X.
35. MOHYLOVÁ, D. Kvalita života seniorů žijících v různém sociálním prostředí. In *Kontakt*. České Budějovice: 2003, roč. 5, č. 4, s. 262 – 264.  
ISSN 1212-4117.
36. *Národní program přípravy na stáří. Ministerstvo práce a sociálních věcí*.
37. NEUWIRTH, J. Stárnutí populace a geriatricie. In *Forum Medical*. Veverská Bítýška: Hartmann - Rico: 2003, č.1, s. 4-5.  
ISSN 1212-2696.
38. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s.  
ISBN 80-85526-32-8.
39. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990. 136 s.  
ISBN 80-201-0076-8.
40. PAVLOVIČOVÁ, Z. *Senioři a ústavní sociální péče v České republice na prahu 21. století*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2001. 71 s.  
Dostupné z: [online] <http://www.izpe.cz/filesúvysledky/11.pdf> [cit. 2006-10-23]

41. PAYNE, J. et.al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. 630 s.  
ISBN 80-7254-657-0.
42. PEŠEK, R., NOVOTNÝ, A. Kvalita života seniorů v ústavním zařízení. In *Vzdělávání v pozdějším věku*. České Budějovice, 2003, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, s. 70-71.
43. RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně – Filozofická fakulta a Georgetown, 1995. 192 s.  
ISBN 80-210-1155-6.
44. RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)* Praha: Socioklub – VÚPSV, 2002, 24 s.  
Dostupné z: [online] [http://www.vupsv.cz/Starnuti\\_populace.pdf](http://www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf) [cit. 2006-10-24]
45. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999.  
88 s.  
ISBN 80-7169-828-8.
46. RYCHTAŘÍKOVÁ, J. Úspěšné stárnutí – leitmotiv 21. století. In *Demografie*. Revue pro výzkum populačního vývoje, Praha: 2002, roč. 44, č. 1, s. 43 – 46.  
ISSN 0011-8265.
47. SEMEŠIOVÁ, M. Hodnotový systém starších lidí. In *Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2003, roč. 2003, č. 3, s. 98 – 105  
ISSN 1213-624.
48. SLOVÁČEK, L. et.al. Kvalita života nemocných – Jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*. Odborný časopis vojenských lékařů a lékárníků, Hradec Králové: 2004, roč. LXXIII, č. 1, s. 6–9.  
ISSN 0372-7025.
49. SOBĚSLAVSKÁ, E. Stáří a mládí. *Sociální péče*. Odborný časopis pracovníků sociální péče, Brno: 2000, roč. 1, č. 3, s. 16-17.  
ISSN 1213-2330.
50. STUART-HAMILTON, J. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s.  
ISBN 80-7013-363-5.

51. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vydání. Praha: ECCE HOMO, 2003. 150 s.  
ISBN 80-902049-4-5.
52. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 135 s.  
ISBN 80-7178-920-8.
53. TOKÁROVÁ, A. *Sociální práce: kapitoly z dějin teorie a metodiky sociální práce*. 1. vydání Prešov: FF PU, 2002. 573 s.  
ISBN 80-8068-086-8.
54. TOMEŠ, I. *Sociální politika. Teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přepracované vydání. Praha: SOCIOPRESS, 2001. 264 s.  
ISBN 80-86484-00-9.
55. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s.  
ISBN 80-7262-365-6.
56. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 304 s.  
ISBN 80-7169-099-6.
57. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál. 2000. 528 s.  
ISBN 80-7178-308-0.
58. VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Vydání neuvedeno Praha: VÚPSV Praha – výzkumné centrum Brno, 2003. Počet stran neuveden.
59. VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV výzkumné středisko Brno, 2004.  
Dostupné z: [online] [http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti\\_seniori.pdf](http://www.vupsv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf)  
[cit. 2006-10-15].
60. VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Praha – výzkumné středisko Brno: VÚPSV, 2003.  
Dostupné z: [online] z [http://www.vupsv.cz/Rabusic-seniori\\_a\\_soc\\_opat.pdf](http://www.vupsv.cz/Rabusic-seniori_a_soc_opat.pdf)  
[cit. 2006-10-15].

61. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.*

62. ZAVÁZALOVÁ, H. et.al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.* 1. vydání.

Praha: Karolinum, 2001. 97 s.

ISBN 80-246-0326-8.

## **8. Klíčová slova**

Senior

Zdraví

Soběstačnost

Kvalita života

Hodnoty

Institucionální zařízení

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1	Dotazník pro respondenty Domova pro seniory Stachy-Kůsov
Příloha č. 2	Standardizovaný dotazník SEIQoL
Příloha č. 3	Barthel test
Příloha č. 4	Žádost o poskytování služby sociální péče v Domově pro seniory Stachy-Kůsov s celoročním pobytem
Příloha č. 5	Smlouva o poskytnutí služby sociální péče v Domově pro seniory Stachy-Kůsov

**Příloha č. 1**

**Dotazník pro respondenty Domova pro seniory Stachy-Kůsov**



## **Dotazník zjišťující kvalitu života pro respondenty Domova pro seniory**

### **Stachy-Kůsov**

Vážení senioři, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, kterým chci zjistit kvalitu Vašeho života v Domově pro seniory Stachy-Kůsov.

Získané informace použiji pro zpracování své diplomové práce, která je pro ukončení mého studia podmínkou. Získané informace jsou zcela anonymní a budou použity pro zpracování statistických údajů.

Na otázky odpovídejte, prosím, pravdivě, tak jak to sami cítíte. Cílem mé práce je postihnout kvalitu Vašeho života v Domově pro seniory Stachy-Kůsov. Případné Vaše podněty a připomínky budou pro nás důvodem k zamyšlení, jak Vám život zpříjemnit a zlepšit.

Předem Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Jana Kortusová, studentka ZSF JČU ČB, obor: Rehabilitace

- 1) **Váš věk:** ..... roků
- 2) **Vaše pohlaví:** muž                      žena
- 3) **Váš stav:** a) vdaná/ženatý  
označte jednu odpověď b) svobodný/á  
c) ovdovělý/á  
d) rozvedený/á
- 4) **Vaše vzdělání:** a) neúplné základní  
označte jednu odpověď b) základní  
c) vyučen  
d) maturita  
e) VŠ

**5) Vaše bývalé bydliště:**

označte jednu odpověď

- a) město
- b) vesnice
- c) samota

**6) Jak dlouho bydlíte v domově důchodců:**

- a) ..... roků
- b) ..... měsíců

**7) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? Jako:**

označte jednu odpověď

- a) dobrý
- b) mám drobné potíže
- c) horší
- d) špatný

**8) Jste raději:**

- a) sám/a
- b) ve společnosti jiných klientů

**9) Vaši nejbližší příbuzní:**

- |                  |            |           |
|------------------|------------|-----------|
| a) děti          | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| b) manželka      | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| c) sourozenci    | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| d) vnoučata      | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| e) jiní příbuzní | <b>ano</b> | <b>ne</b> |

**10) Navštěvují Vás příbuzní, jak často:**

označte jednu odpověď

- a) 1x týdně
- b) 1x měsíčně
- c) 1x ročně
- d) nikoho nemám

**11) Po kom a čem se Vám nejvíce stýská:**

označte 3 z uvedených možností

- |                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| a) děti             | e) domov                    |
| b) partner          | f) přátelé, sousedé         |
| c) vnoučata         | g) zahrádka, domácí zvířata |
| d) ostatní příbuzní | h) nestýská se mi           |

**12) Jaké jste měl/a dříve koníčky?**

.....  
.....

**13) Jaké koníčky stále pěstujete?**

.....  
.....  
.....

**14) Jsou ve vašem Domově pořádány nějaké kulturní akce, aktivity, programy?  
(výlety do okolí, vánoční a velikonoční zábava, různé soutěže, pracovní činnosti)**

označte jednu odpověď

- a) 2x za měsíc
- b) 1x za měsíc
- c) téměř nikdy (dvakrát za rok)
- d) nikdy

**15) Které aktivity a programy máte nejraději:**

označte 3 možnosti

- |                       |                                  |
|-----------------------|----------------------------------|
| a) kulturní akce v DD | f) společenské hry               |
| b) mše svatá          | g) výlety do přírody             |
| c) pracovní činnost   | h) posezení na zahradě           |
| d) povídání si        | ch) zájezdy                      |
| e) sportovní hry      | i) sledování rozhlasu a televize |

**16) Kterou aktivitu, program ve vašem DD postrádáte?**

.....  
.....

**17) Jaké byly Vaše představy o životě v DD?**

- a) odpovídá představám
- b) skutečnost je lepší
- c) skutečnost je horší

**18) Jste spokojeni s nabídkou aktivit a programů? (výlety do okolí, vánoční a velikonoční zábava, různé soutěže, pracovní činnosti)**

- a) ano
- b) ne

**19) Pokud Váš zdravotní stav nedovolí se samostatně pohybovat a Vy chcete jít ven, pomůže Vám někdo z personálu přání uskutečnit?**

- a) ano
- b) ne

**20) Jak hodnotíte péči v DD:**

u každé otázky označte jednu z uvedených možností

zdravotní a ošetřovatelská péče	<b>výborná</b>	<b>dobrá</b>	<b>špatná</b>
kvalita jídla	<b>výborná</b>	<b>dobrá</b>	<b>špatná</b>
množství jídla	<b>dostačující</b>	<b>málo</b>	<b>velmi málo</b>
čistota a prostředí	<b>výborná</b>	<b>dobrá</b>	<b>špatná</b>
aktivizační činnosti	<b>výborné</b>	<b>dobré</b>	<b>nevyhovující</b>

**21) Co Vám nejvíce v DD vadí?**

označte 3 z uvedených možností

- a) společné bydlení
- b) pevný režim v DD
- c) častá přítomnost personálu
- d) chování personálu
- e) odloučení od příbuzných
- f) malá možnost soukromí
- g) omezená možnost mít vlastní vybaven pokoje
- h) společné praní prádla
- ch) zhoršení zdravotního stavu
- i) málo finančních prostředků

## **Příloha č. 2**

### **Standardizovaný dotazník SEIQoL**

## KVALITA ŽIVOTA

(SEIQoL)

Kód respondenta:

Datum provedení:

Kód tazatele:

Místo : CB, H, skupina – 1 2 3 4

Rozhovor proveden (V případě **neprovedení** uveďte důvod, na poslední stráně dotazníku!): Ano Ne

Tab. 1

Důležitost dané oblasti v %  OTÁZKA Č. 3 <i>Jak (kolik) je tato oblast pro Vás důležitá?</i> Kolik to asi je z celkových 100%.	OTÁZKA Č.1 <b>ŽIVOTNÍ TÉMA</b> <i>Co ve svém životě považujete za důležité?</i> (* dobré zdraví; děti, nejbližší rodina; přátelé; dostatek v životě; peníze, vlastní majetek; práce, zaměstnání; koníčky; náboženský život; sociální úkoly, politika, vzdělávání aj..) <i>Co má pro Vás v životě cenu? Pro co má cenu žít? Uveďte, ty oblasti života, které považujete za podstatné a důležité.</i>	Míra spokojenosti v %  OTÁZKA Č. 2 <i>Jak moc (kolik) jste s nimi spokojen(a)?</i>
+	I. Heslovitě: Citace:	(od 0 -100 %)
+	II. Heslovitě: Citace:	(od 0 -100 %)
+	III. Heslovitě: Citace:	(od 0 -100 %)
+	IV. Heslovitě: Citace:	(od 0 -100 %)
(dohromady celkem 100 %)	V. Heslovitě: Citace:	(od 0 -100 %)

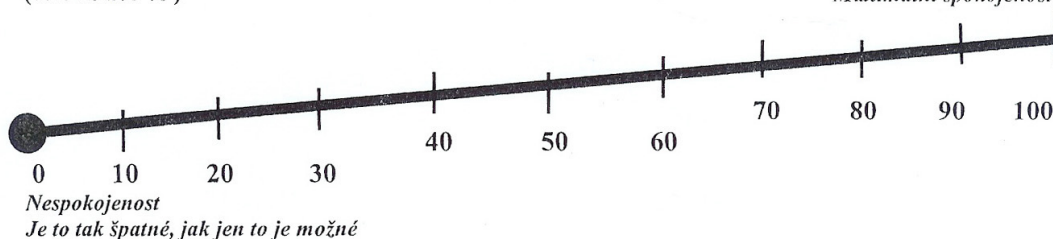
OTÁZKA Č. 4

### "TEPLOMĚR" ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI:

Označte, prosím, křížkem na teploměru výšku, míru (místo) spokojenosti se svým životem.

(od 0 do 100 %)

Maximální spokojenost



## **Příloha č. 3**

### **Barthel test**

**BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ**

	příjmení :	jméno :	datum narození :
--	------------	---------	------------------

**DATUM PROVEDENÍ TESTU**

--	--	--	--

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	hodnocení	hodnocení	hodnocení	hodnocení	hodnocení
1. Najedení napití	samostatně bez pomoci	10					
	s pomocí	5					
	neprovede	0					
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10					
	s pomocí	5					
	neprovede	0					
3. Koupání	samostatně bez pomoci	10					
	s pomocí	5					
	neprovede	0					
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5					
	neprovede	0					
5. Kontinence moče	plně kontinentní	10					
	občas inkontinentní	5					
	inkontinentní	0					
6. Kontinence stolice	plně kontinentní	10					
	občas inkontinentní	5					
	inkontinentní	0					
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	10					
	s pomocí	5					
	neprovede	0					
8. Přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci	10					
	s malou pomocí	5					
	vydrží sedět	0					
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15					
	s pomocí 50 m	10					
	na vozíku 50 m	5					
	neprovede	0					
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10					
	s pomocí	5					
	neprovede	0					

Celkový počet bodů					
--------------------	--	--	--	--	--

Hodnocení stupně závislosti ( VS, SS, LS, NE )					
--	--	--	--	--	--

Vyšetření provedl					
-------------------	--	--	--	--	--

Hodnocení soběstačnosti se provádí při příjmu klienta do DD Stachy - Kúsov a dále pak 1x za rok.

**Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech**

00 - 40 bodů	vysoký stupeň závislosti	VS
45 - 60 bodů	střední stupeň závislosti	SS
65 - 95 bodů	lehký stupeň závislosti	LS
100 bodů	nezávislý	NE



**Příloha č. 4**

**Žádost o poskytování služby sociální péče v Domově pro seniory Stachy-Kůsov  
s celoročním pobytem**

**Domov pro seniory Stachy – Kúsov, příspěvková organizace**IČO: 00477095, Kúsov 1, 384 73 Stachy, telefon: +420 388 428 213, [www.domovkusov.cz](http://www.domovkusov.cz)**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V DOMOVĚ  
PRO SENIORY S CELOROČNÍM POBYTEM**

°Název: <b>Domov pro seniory – Kúsov</b>	Číslo jednací:	Došlo dne:
°Adresa: <b>Kúsov 1, 384 73 Stachy</b>		
°Telefon: <b>+420 388 428 213</b>		
°Fax: <b>+420 388 428 044</b>	Smlouva uzavřena	Dne:
°Stránky www: <a href="http://www.domovkusov.cz">www.domovkusov.cz</a>		

<b>1. Jméno a příjmení žadatele</b> (popř. rozená)			
<b>2. Rodné číslo</b>			
<b>3. Datum narození</b>		<b>4. Místo narození</b>	
<b>5. Státní příslušnost</b>		<b>6. Národnost</b>	
<b>7. Adresa trvalého bydliště</b>			
PSC			
<b>8. Rodinný stav:</b> svobodný (á), ženatý, vdaná, rozvedený (á), ovdovělý (á) *			
<b>9. Životní povolání</b>		(původní – vyučen):	
		poslední zaměstnání (jako):	
<b>10. Občanský průkaz</b>		číslo	série
<b>11. Zdravotní pojišťovna</b>		<b>12. Telefon</b>	
<b>13. Adresa, na které se žadatel</b> t. č. zdržuje, příp. adresa, kam je možné zasílat poštu			

<b>14. Osoby blízké žadateli</b> (např. manžel(ka), rodiče, děti, vnuci, zeť, snacha):				
Jméno a příjmení	Příbuzenský poměr	Data narození	Telefon	Adresa

<b>15. Byl (a) již dříve umístěn (a) v jiném zařízení</b> ano - ne *		
v:	od	do
v:	od	do



<b>23. Zákonný zástupce (opatrovník), *)</b> je-li žadatel (ka) dotčen (a) ve způsobilosti k právním úkonům: (Doložit usnesení soudu, který ve věci rozhodl – List o ustanovení opatrovníka)	
Jméno a příjmení	
Trvalé bydliště: ulice, č.p., obec, PSČ	
Rozsudek soudu v:	Ze dne:

<b>24. Další ujednání – upozornění a souhlas žadatele</b>	
1. Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody nebo i propuštění z ústavu	
2. Dále beru na vědomí, že podle § 106 odst. 5 zákona 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení, v platném znění jsem povinen (a) do 8 dnů písemně ohlásit změny týkající se rodinných poměrů, změny bydliště, čísla telefonu, zaměstnání, změn rodinného stavu, přiznání důchodu, příspěvku na péči nebo změn výše sociálních dávek, atd. na výše uvedenou adresu.	
3. <u>Souhlasím s poskytnutím osobních údajů</u> podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, <u>a rodného čísla</u> podle zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel), ve znění pozdějších předpisů, <u>do registru žadatelů o sociální službu Domova pro seniory Stachy – Kúsov.</u>	
4. Souhlasím s focením pro provozní účely a zveřejnění fotografií pro reprezentaci zařízení	
Odevzdané přílohy a dokumenty jsou vyznačeny (zaškrtnutím) v dolní části tiskopisu.	
<b>Důvody pro odmítnutí žadatele</b>	
1) DPS neposkytuje služby, o které osoba žádá. 2) DPS nemá volnou kapacitu. 3) Žadatel nespadá do cílové skupiny 4) Zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení. 5) Uživatel má akutní infekční nemoc. 6) Uživatel je závislý na návykových látkách (chronický alkoholismus a jiné toxikomanie) 7) Blíže specifikovaná onemocnění (Alzheimer, RS, významná porucha osobnosti, speciální dieta s výjimkou diety racionální, diabetické, žlučnickové) 8) Chování uživatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. 9) Uživatel, který by svým umístěním v DPS pouze řešil svoji rodinnou nebo bytovou situaci, ale jinak je duševně i fyzicky v pořádku.	
Místo:	Dne:
<b>Vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce (opatrovníka)</b>	

**Přílohy:**

1. Lékařský posudek o zdravotním stavu žadatele  
 2. Dotazník k žádosti o službu

**Dokumenty:**

- Kopie občanského průkazu, rodného listu  
 Kopie posledního důchodového výměru  
 Kopie karty zdravotní pojišťovny  
 Kopie průkazky mimořádných výhod (TP,ZTP,ZTP/P)  
 Kopie rozhodnutí soudu o zbavení způsobilosti k právním úkonům a listina o ustanovení opatrovníkem  
 Kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči

26. Návrh přijímací komise:		
V návrhu je nutno uvést zda žadatel splňuje předpoklady k uzavření smlouvy popř. další opatření k doplnění žádosti.		
Dne (jméno):	Vyjádření - návrh:	Podpis:
Vrchní sestra Bc. Kortusová Jana		
Sociální pracovnice Minářová Olga		
Staniční sestra		
Ústavní lékař MUDr. Kjučukov Ivan		
Psychiatr MUDr. Pekárková Julie		

27. Vyhodnocovací tabulka úplnosti žádosti			
Odevzdání žádosti včetně všech dokumentů a příloh	Dne:	Odeslání požadavku k doplnění odevzdáno (příloha, dokument)	Dne:
Žádost o uzavření smlouvy je kompletní a připravena k vydání souhlasu anebo k odmítnutí uzavření smlouvy se žadatelem	Dne:	Sociální pracovnice Minářová Olga	podpis

28. Vydání souhlasu anebo odmítnutí k uzavření smlouvy se žadatelem:				
<b>Odmítnutí žádosti z důvodů:</b>				
DPS neposkytuje služby, o které osoba žádá				
DPS nemá volnou kapacitu				
Žadatel nespadá do cílové skupiny				
Zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení				
Uživatel má akutní infekční nemoc				
Uživatel je závislý na návykových látkách (chronický alkoholismus a jiné toxikomanie)				
Blíže specifikovaná onemocnění (Alzheimer, RS, významná porucha osobnosti, speciální dieta s výjimkou diety racionální, diabetické, žlučnickové)				
Chování uživatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití				
Uživatel, který by svým umístěním v DPS pouze řešil svoji rodinnou nebo bytovou situaci, ale jinak je duševně i fyzicky v pořádku				
<b>Uděluji – neuděluji *) souhlas k uzavření smlouvy se žadatelem. Zařazení do skupiny:</b>				
A (akutní případ) <input type="checkbox"/>	B (naléhavý případ) <input type="checkbox"/>	C (o žadateli je postaráno na dobu určitou) <input type="checkbox"/>	D (o žadatele je postarán dlouhodobě jinak) <input type="checkbox"/>	E (žádost je odmítnuta z výše uvedených důvodů) <input type="checkbox"/>
<b>Sociální pracovnice zařadí - nezařadí *) žadatele do evidence čekatelů dnem: (V případě odmítnutí odeslat oznámení o odmítnutí uzavření smlouvy!)</b>				
V Kúsově dne:	ředitel Gál Ladislav	podpis		



Domov pro seniory Stachy – Kúsov, příspěvková organizace

IČO: 00477095, Kúsov 1, 384 73 Stachy, telefon: +420 388 428 213, [www.domovkusov.cz](http://www.domovkusov.cz)

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE O SLUŽBU**  
kterému mají být poskytovány sociální služby v Domově pro seniory Stachy - Kúsov, Stachy  
(příloha k žádosti o poskytování sociálních služeb)

**1. Žadatel:**

Jméno a příjmení (u žen též rodné jméno)

Rodné číslo

místo narození

bydliště:

místo, ulice, číslo popisné

PSČ

**2. Anamnéza** (rodinná, osobní, pracovní):

**3. Objektivní nález** (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

**4. Diagnóza** (česky)

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statistické značky hlavních  
chorob dle MKN 10 podle  
mezinárodního seznamu

**5. Duševní stav** (projevy narušující soužití v kolektivu):

**6. Je pod dohledem specializovaného oddělení ZZ?**

(psychiatrického, protialkoholního, neurologického, plicního, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny

diabetické, protialkoholní apod. \*) – prosíme připojit výsledky vyšetření):

**7. Soběstačnost**

Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO - NE*)
Je upoután na lůžko	TRVALE - PŘEVÁŽNĚ*)	ANO - NE*)
Je schopen sám sebe obsloužit		ANO - NE*)
Inkontinence moče:	trvale občas v noci *)	ANO - NE*)
Inkontinence stolice:	trvale občas v noci *)	ANO - NE*)
Potřebuje zvláštní péči? Jakou?		

**8. Je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění nebo parazitární chorobu?** (výsledky vyšetření

na bacilonosičství, pokud je indikováno):

**9. Je zjištěn návyk na alkohol?****Poruchy chování**, projevy narušující soužití?**Orientace**, místem, časem, osobou?

Agresivita?

Noční aktivita?

Potřebuje zvláštní péči? Jakou?

**10. Jiné důležité údaje**

Alergie, používané ortopedické, kompenzační, inkontinentní pomůcky, nosí brýle, naslouchadla, atd.

**11. Další speciální údaje, např.:**

HB s Ag	ANO - NE*)
Abusus alkoholu	ANO - NE*)
Abusus toxických látek	ANO - NE*)
Patologické hráčství	ANO - NE*)
TBC	ANO - NE*)
Další (doplnit):	ANO - NE*)

**12. Návrh ošetřujícího lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domova pro seniory Stachy – Kůsov:**

Dne:

.....

.....  
razítko ZZ.....  
podpis ošetřujícího lékaře

**Přílohy:** a) popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření, územně příslušného odborného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózu; b) výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno; c) podle potřeby na návrh ošetřujícího lékaře - výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, popř. laboratorních vyšetření.

**Důvody pro odmítnutí žadatele**

1) DPS neposkytuje služby, o které osoba žádá., 2) DPS nemá volnou kapacitu., 3) Žadatel nespadá do cílové skupiny., 4) Zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení., 5) Uživatel má akutní infekční nemoc., 6) Uživatel je závislý na návykových látkách (chronický alkoholismus a jiné toxikomanie). 7) Blíže specifikovaná onemocnění (Alzheimer, RS, významná porucha osobnosti, speciální dieta s výjimkou diety racionální, diabetické, žlučnickové), 8) Chování uživatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití, 9) Uživatel, který by svým umístěním v DPS pouze řešil svoji rodinnou nebo bytovou situaci, ale jinak je duševně i fyzicky v pořádku.

**13. Vyjádření o vhodnosti umístění žadatele do Domova pro seniory Stachy – Kůsov**

ve smyslu příslušných ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. a vyhlášky č. 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů:

Dne:

.....

.....  
razítko.....  
podpis ústavního lékaře



**Domov pro seniory Stachy – Kúsov, příspěvková organizace**

IČO: 00477095, Kúsov 1, 384 73 Stachy, telefon: +420 388 428 213, [www.domovkusov.cz](http://www.domovkusov.cz)

**DOTAZNÍK – stanovení osobních cílů a potřeb uživatele**

Příloha č. 5 smlouvy o poskytnutí služby sociální péče v domově pro seniory Stachy-Kúsov  
(odevzdejte prosím při jednání o poskytnutí služby)

Vážení žadatelé o službu, příbuzní,  
Abychom Vám co nejdříve porozuměli, prosíme Vás o odpověď na následující otázky.  
Všechny informace považujeme za důvěrné a nebudou nikomu sděleny.  
Odpovědi můžete rozvést na zvláštním papíře.

## Dohoda uzavřená mezi poskytovatelem a uživatelem

### Osobní cíl a potřeby

Příjmení a jméno uživatele :

### Osobní cíl

1. Uveďte, prosím, vlastními slovy, jaký osobní cíl by měla námi poskytovaná služba naplňovat, co od služby očekáváte (s formulováním Vám dle potřeby pomůže sociální pracovnice DPS, který s Vámi dohodu připravuje):


### Potřeby

2. **Zakroužkujte**, prosím, v jakém rozsahu a jakým způsobem Vám mají být níže uvedené služby poskytovány :

#### **A) Zajištění chůze, pohybu, dopravy na invalidním vozíku**

- a) nepotřebuji žádnou pomoc personálu při chůzi (jždě na invalidním vozíku)
- b) potřebuji pomoc personálu při chůzi (jždě) venku, mimo budovu
- c) potřebuji pomoc personálu při chůzi (jždě) do jiného poschodí
- d) potřebuji pomoc personálu při chůzi (jždě) mimo pokoj
- e) potřebuji pomoc personálu při chůzi (jždě) kolem lůžka, na pokoji
- f) potřebuji pomoc personálu i při pohybu na lůžku
- g) potřebuji rehabilitační péči, její způsob a intenzitu si přeji doporučit odborným lékařem na základě mého aktuálního zdravotního stavu a schopností
- h) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **B) Způsob stravování**

- a) budu se s ostatními uživateli stravovat v hlavní jídelně
- b) budu se s ostatními uživateli stravovat v jídelně na oddělení, potřebuji pomoc personálu při úpravě stravy (mazání pečiva, krájení masa...)
- c) budu se stravovat sám na svém pokoji, přeji si jídlo nosit sám (sama)
- d) zatím nezvládám najíst se sám (sama), potřebuji pomoc při jídle na pokoji
- e) zatím nezvládám najíst se sám (sama), potřebuji, aby mi personál podával stravu
- f) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **C) Způsob přijímání tekutin**

- a) jsem zcela soběstačná(ý), budu si nápoj z termosu donášet a pít sám(sama)
- b) potřebuji, aby mi personál nosil nápoj na pokoj, pití zvládnou sám(a)
- c) potřebuji pomoc personálu při pití (donášku a pomoc při pití)



- d) potřebuji kontrolu personálu nad vypitým množstvím tekutin, nemám pocit žízně, proto pít tekutin trochu zanedbávám
- e) potřebuji kontrolu personálu nad vypitým množstvím tekutin, protože smím vypít pouze omezené množství tekutin za den (doporučené lékařem)
- f) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **D) Vyprazdňování**

- a) nepotřebuji pomoc personálu, netrpím inkontinencí, na toaletu si dojdu
- b) netrpím inkontinencí, ale na toaletu potřebuji doprovod personálu
- c) trpím noční inkontinencí, v noci potřebuji vzbudit, abych si došla (došel) na toaletu
- d) trpím noční inkontinencí, potřebuji na noc vložné pleny
- e) trpím noční inkontinencí, potřebuji na noc plenkové kalhotky
- f) trpím inkontinencí, potřebuji přes den i na noc vložné pleny
- g) trpím inkontinencí, potřebuji přes den i na noc plenkové kalhotky
- h) inkontinentní jsem pouze občas, na toaletu si dojdu, ale plenu (kalhotky) potřebuji jako jistotu
- i) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **E) Péče o osobní hygienu**

- a) nepotřebuji pomoc personálu, četnost a způsob osobní očisty si chci určovat sám (sama), péči o osobní hygienu zvládám bez pomoci ( na oddělení se společnou koupelnou si čas koupání domluvím se staniční sestrou s ohledem na ostatní uživatele)
- b) při mytí, koupeli nebo sprchování potřebuji částečnou pomoc personálu, způsob očisty si vždy rozhodnu sám (sama), budu respektovat čas koupání s ohledem na ostatní uživatele (platí na oddělení se společnou koupelnou)
- c) při mytí, koupeli nebo sprchování potřebuji všestrannou pomoc personálu, způsob očisty si vždy rozhodnu sám (sama), na oddělení se společnou koupelnou budu respektovat čas koupání s ohledem na ostatní uživatele
- d) při mytí, koupeli nebo sprchování potřebuji všestrannou pomoc personálu, způsob očisty si vždy rozhodnu sám (sama), četnost očisty mi navrhne staniční sestra s ohledem na můj zdravotní stav a s ohledem na stav pokožky ( koupání nebo sprchování je důležité k zajištění dostatečné péče o osobní hygienu u špatně pohyblivých uživatelů)
- e) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **F) Úklid pokoje**

- a) nepotřebuji pomoc personálu při úklidu svých osobních věcí, potřebuji, aby personál zajistil pouze povrchový úklid pokoje, WC a koupelen, jsou-li součástí mého pokoje, vynášení odpadků, mytí oken a praní záclon
- b) potřebuji pomoc personálu při úklidu svých osobních věcí a úklidu celého mého pokoje, umožním personálu pod mým dohledem uklízet všechny skříňky, které používám, četnost úklidu v mých skříňkách si domluvím se staniční sestrou
- c) četnost úklidu skříňek domluvena na :  1x za týden,  1x za 14 dní,  1x za měsíc
- d) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **G) Praní prádla**

- a) přeji si používat kromě osobního prádla, šatstva, ručníků, žínek a utěrek také vlastní lůžkoviny, které si nechám prát v ústavní prádelně, četnost praní si určím sám (sama) dle vlastního uvážení, nejdéle však jedenkrát měsíčně
- b) přeji si používat pouze vlastní osobní prádlo a šatstvo, ručníky, žínky a utěrky, ale lůžkoviny budu používat ústavní, četnost praní nechám na uvážení personálu
- c) přeji si používat pouze vlastní osobní prádlo a šatstvo, ručníky, žínky a utěrky, ale lůžkoviny budu používat ústavní, četnost praní vlastního prádla si rozhodnu dle vlastního uvážení
- d) nemám dostatek osobního prádla a šatstva, prosím o jeho doplnění ze zásob „erárního prádla“ ze zásob DPS, četnost praní nechám na rozhodnutí personálu
- e) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **H) Oslovování**

- a) přeji si, aby mne všichni pracovníci oslovovali příjmením a vykali mi ( paní Nováková..)
- b) přeji si, aby mne všichni pracovníci oslovovali křestním jménem a vykali mi ( paní Jano..)
- c) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **I) Užívání léků a zdravotní péče**

- a) kontrolu nad užíváním léků zvládnou sám (sama), nepřeji si žádnou pomoc ošetřujícího personálu, přeji si mít léky u sebe (včetně inzulínu), po indikaci ošetřujícího lékaře
- b) kontrolu nad užíváním léků zvládnou sám (sama), přeji si mít u sebe všechny léky kromě inzulínu, který mi bude aplikovat zdravotnický personál, po indikaci ošetřujícího lékaře
- c) přeji si, aby kontrolu nad mým užíváním léků převzal personál a léky mi podával dle ordinace lékaře

- d) přeji si, abych byl(a) přeregistrován(a) k ústavnímu lékaři
- e) přeji si, aby ošetřovatelský personál DPS prováděl pravidelnou noční kontrolu zdravotního stavu na mém pokoji bez nutného vyrušování
- f) nepřeji si, aby ošetřovatelský personál prováděl noční kontroly
- g) přeji si, aby o změnách mého zdravotního stavu byli informováni rodinní příslušníci kteří : \_\_\_\_\_
- h) nepřeji si, aby rodinní příslušníci byli informováni o změnách mého zdravotního stavu
- i) další přání: \_\_\_\_\_

#### **J) Drobné nákupy**

- a) všechny drobné nákupy i mimo DPS si obstarám sám(sama) nebo s pomocí rodiny a přátel
- b) obstarám si sám (sama) pouze nákupy v kantýně ústavu, drobné nákupy mimo ústav si přeji zajistit pracovníky ústavu
- c) drobné nákupy si nejsem schopna (schopen) obstarat sám (sama), přeji si zajištění drobných nákupů mimo DPS i v kantýně DPS 1x týdně pracovníky DPS
- d) jiné přání : \_\_\_\_\_

#### **K) Vyřizování úředních záležitostí**

- a) všechny úřední záležitosti si budu vyřizovat sám(sama) nebo s pomocí rodiny a přátel
- b) vyřizování úředních záležitostí sám (sama) nezvládám a nemám nikoho z rodiny nebo přátel, kdo by mi v této záležitosti pomohl, proto budu potřebovat pomoc personálu
- c) přeji si, abych byl (a) přihlášen(a) k trvalému pobytu v DPS Kúsov - Stachy
- d) přeji si, aby můj občanský průkaz a kartička pojištěnce byly bezpečně uloženy v úschově DPS, odkud mi budou na požádání kdykoli vydány
- e) přeji si mít občanský průkaz a průkaz pojištěnce u sebe ale vždy dostupnou pro personál DPS
- f) přeji si, aby rodina byla informována o všech závažných skutečnostech týkajících se mého pobytu v DPS
- g) další přání: \_\_\_\_\_

#### **L) Přijímání korespondence**

- a) přeji si, aby mi byla moje korespondence přinášena poštovní doručovatelkou přímo na moje oddělení, převezmu si ji sám(sama)
- b) přeji si, aby mi korespondenci přinášela na pokoj sociální pracovnice (po převzetí v kanceláři ústavu)
- c) jiné přání: \_\_\_\_\_

#### **M) Přijímání finančních prostředků**

- a) přeji si, aby mi byly veškeré finanční prostředky s výjimkou důchodu (důchod je vyplácen na základě hromadného seznamu oprávněnými zaměstnanci ústavu) přinášeny poštovní doručovatelkou přímo na oddělení, převezmu si je sám (sama) a ponechám je u sebe na vlastní odpovědnost
- b) přeji si, aby mi byly veškeré finanční prostředky přinášeny na pokoj pracovníci ekonomického úseku DPS po odečtení nákladů za pobyt v ústavu, ponechám si je u sebe na vlastní odpovědnost
- c) přeji si, aby mi byly veškeré finanční prostředky ukládány na depozitní účet (po odečtení nákladů za pobyt v DPS), odkud je budu dle potřeby čerpat
- d) přeji si, aby mi byly veškeré finanční prostředky s výjimkou důchodu (důchod je ČSSZ zasílán na můj účet, náklady za pobyt v ústavu zaplatím převodem z účtu na účet DPS) přinášeny poštovní doručovatelkou přímo na oddělení, převezmu si je sám (sama) a ponechám je u sebe na vlastní odpovědnost
- e) přeji si, aby mně byla založena vkladní knížka a byla uložena v depozitech DPS
- f) přeji si, aby mně byla zavedena karta hotovosti uživatele
- g) další přání: \_\_\_\_\_

#### **N) Zájem o kulturní, společenské, sportovní a aktivizační programy, pořádané v našem DPS**

- a) mám zájem o účast na programech, zaměřených na hudbu a zpěv, hraji na hudební nástroj – druh : \_\_\_\_\_
- b) mám zájem o účast na programech, zaměřených na pohyb a sport (přiměřený mému zdravotnímu stavu a schopnostem)
- c) mám zájem o účast na programech, zaměřených na malování, kreslení a práci s papírem
- d) mám zájem o účast na programech, zaměřených na vaření a pečení
- e) mám zájem o účast na programech, zaměřených na ruční práce (šití, vyšívání, pletení, háčkování ) \_\_\_\_\_
- f) mám zájem o četbu, budu využívat služeb ústavní knihovny
- g) mám zájem o literaturu, budu se účastnit programů, zaměřených na předčítání
- h) jiné zájmy, koníčky : \_\_\_\_\_

**U) Ostatní služby, které nabízí DPS**

- a) mám zájem o pravidelný odběr novin, časopisů  
druh : \_\_\_\_\_
- b) přeji si využívat služeb kadeřnictví
- c) přeji si využívat služeb pedikúry
- d) jiné přání : \_\_\_\_\_

**Služby péče**

3. **Zakřížkujte**, prosím, které služby péče Vám mají být poskytovány :

Služby péče	výběr podle úkonů	výběr podle částí
<b>a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu</b>		
pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek		
pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík		
pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh		
pomoc při podávání jídla a pití		
pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu		
pomoc při manipulaci s vybavením, spotřebiči		
<b>b) pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek pro hygienu</b>		
pomoc při úkonech osobní hygieny		
pomoc při základní péče o vlasy a nehty (včetně holení)		
pomoc při použití WC		
<b>c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím</b>		
podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů		
pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách - sociální začleňování osob		
<b>d) sociálně terapeutické činnosti</b>		
<b>e) aktivizační činnosti</b>		
volnočasové a zájmové aktivity		
pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím		
nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností		
<b>f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů</b>		

**Adresa odborného lékaře, navštěvujete:**

Neurologa:

Ortopeda:

Psychologa:

Psychiatra:

Navštěvujete pravidelně <b>rehabilitaci</b> (adresa):
Jak nejraději trávíte svůj volný čas? Jaké koníčky pěstujete?
Vaše představy o Domově pro seniory:
Jsou v současné době ve Vaší rodině nějaké závažné starosti (nemoc, vážné finanční starosti, apod.)
Prodělal jste nějakou krizovou situaci (úmrtí blízkého člena rodiny, trvalé neshody, přepadení, havárie apod.)?
Co jiného nám chcete o sobě sdělit?

Dne .....

Podpis žadatele: .....

Podpis zákonného zástupce (opatrovníka), byl-li soudem stanoven:

.....  
 Další přítomné osoby :

Jméno a příjmení .....podpis.....

Jméno a příjmení .....podpis.....

Jméno a příjmení .....podpis.....

Jméno a příjmení .....podpis.....

## **Seznam osobního vybavení a drobných předmětů osobní potřeby**

Základní hygienické potřeby (zubní pasta, kartáček, mýdlo, hřeben aj.)

Osobní spodní prádlo asi po 5 ks ( trenýrky, spodní kalhotky, nátlíníky, košilky, pyžamo, noční košile )

Kapesníky (asi 12 ks)

Trička s krátkým rukávem (asi 5 ks)

Trička s dlouhým rukávem (asi 5 ks)

Flanelové košile (2-3 ks)

Propínací svetry, mikiny (asi 3 ks)

Tepláky, domácí kalhoty (asi 4 ks)

Propínací šatové zástěry (asi 4 ks)

Ponožky, podkolenky bez těsných gumiček (alespoň 6 párů)

Domácí obuv (2 páry)

Oblečení na výlety a procházky (šustáková souprava, tepláková souprava, tenisky, bunda, šátek, čepice)

Společenské – sváteční oblečení (kalhoty, košile, sako, sukně, halenka, šaty)

Seznam je pouze orientační, lze jej upravit podle vlastních zvyklostí. V případě ležícího žadatele se počet svrchního ošacení sníží. Při přípravě ošacení je nutné mít na zřeteli praní prádla v pračce. Ruční přepírání je možné jen u soběstačných uživatelů.

Dále je možné vzít s sebou rádio, drobné dekorační předměty, květiny, po dohodě s vedením DPS i vlastní televizor.



## Domov pro seniory Stachy – Kúsov, příspěvková organizace

IČO: 00477095, Kúsov 1, 384 73 Stachy, telefon: +420 388 428 213, [www.domovkusov.cz](http://www.domovkusov.cz)

### PROTOKOL Z JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O POSKYTNUTÍ SLUŽBY

Typ služby:

pobytové služby

Zájemce o službu:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Telefonické spojení:	
Datum jednání:	

Na sociální oddělení DPS Stachy - Kúsov se dostavil zájemce o poskytování služby.

#### I. Zájemce byl seznámen s:

**1. posláním a cíly zařízení**

- poskytování sociálních služeb seniorům a osobám se zdravotním postižením převážně tělesným a mentálním

**2. poskytovanými službami v zařízení**

- přímá obslužná péče
- zdravotní péče
- rehabilitační péče

**3. s plánováním služeb a volbou klíčového pracovníka**

- způsobem přípravy a spolupráce na tvorbě individuálního plánu

**4. s dalšími službami**

- které jsou nad rámec základních sociálních služeb v zařízení
- návazností na další služby mimo zařízení a zprostředkování těchto služeb

**5. způsobem ubytování**

- provedena prohlídka ubytovacích prostor

**6. způsobem stravování**

- formou tří hlavních a dvou vedlejších jídel

**7. domácím řádem**

- povinnostmi a právy z něj plynoucími

**8. ochranou práv uživatele sociálních služeb**

- možností podávání stížností v určené schránce nebo u pracovníka zařízení

**9. důvody pro kontraindikaci poskytování služeb v zařízení**

- poskytování není účelné a potřebné vzhledem k zdravotnímu stavu a sociální situaci
- žadatel je kontraindikován z důvodu zdravotní diagnózy

**10. způsobem placení úhrady a vyúčtování**

- dle výměru, který bude součástí smlouvy o poskytování sociálních služeb

**11. strukturou pracovníků**

## **II. Žadatelé předáno:**

1. žádost o poskytování služeb (včetně příloh)
2. informační bulletin
3. dotazník k zjištění podkladů pro stanovení individuálního plánu

## **III. Přijímací komise**

Žadatel byl seznámen s jednáním přijímací komise.

Současně obdržel seznam písemností, které je nutné dodat jako podklad k jednání.

Seznam písemností:

<b>p.č.</b>	<b>Název dokumentu</b>	<b>ano</b>	<b>ne</b>
1.	Vyplněnou žádost o poskytování služeb včetně lékařského posudku o zdravotním stavu žadatele	ano	
2.	Přílohy a dokumenty uvedené v žádosti o poskytování služeb	ano	
3.	Potvrzení o příjmech (uživatel je povinen doložit poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním minimu)	ano	
4.	Dotazník k žádosti o poskytování sociálních služeb - stanovení individuálního plánu uživatele	ano	
5.	Výsledky odborných lékařských vyšetření (dle doporučení přijímací komise – ústavního lékaře)		
6.			
7.			

Všechny informace sdělené zájemcem o službu jsou považovány za důvěrné.

.....  
žadatel (zákonný zástupce  
opatrovník)

.....  
sociální pracovnice

.....  
svědek (jméno a příjmení)

.....  
podpis

.....  
svědek (jméno a příjmení)

.....  
podpis

.....  
svědek (jméno a příjmení)

.....  
podpis



## **Domov pro seniory Stachy – Kůsov, příspěvková organizace**

IČO: 00477095, Kůsov 1, 384 73 Stachy, telefon: +420 388 428 213, [www.domovkusov.cz](http://www.domovkusov.cz)

### **INFORMAČNÍ BULLETIN (zůstává u žadatele pro osobní potřebu)**

**První kontakt** se zájemcem je:

- písemně na adrese: Domov pro seniory Stachy – Kůsov, Kůsov 1, Stachy, 384 73
- telefonicky na čísle: +420 388 428 213 (sociální pracovnice)

Zájemce o službu je **pozdán k návštěvě a prohlídce DPS**

### **Návštěva v Domově pro seniory Stachy – Kůsov**

#### **Sepsání „PROTOKOLU Z JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O POSKYTNUTÍ SLUŽBY“**

#### **1. Informace o DPS a poskytovaných službách**

Domov pro seniory Stachy – Kůsov, příspěvková organizace je poskytovatelem sociálních služeb, která poskytuje:

- ubytování
- stravu
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti : socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo k udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob
- aktivizační činnosti:
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů

DPS má kapacitu pro 140 uživatelů. Pokoje jsou jedno, dvou a třílůžkové. Několik pokojů vlastní hygienické zařízení. Uživatelé si mohou pokoje dovybavit sami dle svých možností.

DPS nabízí komplex standardních sociálních služeb. Jsou to každodenní nezbytné služby – celodenní strava, ubytování, praní a opravy prádla. Další služby jsou pomoc při ranní a večerní hygieně, pomoc při sebeobsluze, poskytování informací, aktivizační a kulturní programy, případně i pracovní náplň.

Základní zdravotní, ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytuje kvalifikovaný personál, a to na základě doporučení a konzultace s lékařem. Trvale je přítomna zdravotní sestra v denní službě, noční služba je pak řešena v případě nutnosti pohotovostí zdravotní sestry. Do DPS dochází praktický lékař, ale uživatelé si mohou ponechat svého lékaře, pravidelně dochází také psychiatr.

Dále nabízíme nadstandardní plně hrazené služby, které si uživatel hradí ze svých finančních prostředků – kadeřnice, pedikéru, švadlenu, nocleh a stravu pro návštěvy...

Jídlo se připravuje v kuchyni DPS a podává se v jídelnách. K dispozici je také malý bufet a knihovna.

Součástí DPS je kaple, kde jsou středeční katolické bohoslužby.



### Vnitřní pravidla – důležité části

- uživatelé mají volný přístup do všech prostor DPS a přilehlého areálu, pokud nejde o prostory uzamčené nebo jinak označené – kuchyň, sklady, kotelna, dílna a soukromé prostory jiných uživatelů nebo zaměstnanců.
  - na pokojích není možné používat vařiče. Vařiče jsou v kuchyňkách na každém oddělení.
  - kouření je možné jen ve vyhrazené místnosti – kuřárně. Platí zákaz kouření na pokojích
  - denní řád - jídlo se podává v určenou dobu a v jídelnách, kde jsou uživatelům k dispozici nápoje.
- V době odpoledního a nočního klidu by neměli být uživatelé rušeni rušení.
- v případě porušení vnitřních pravidel (opakované kouření na pokojích, rušení nočního klidu, opilství či hrubého chování) může ředitel po projednání na výboru uživatelů, zjednat nápravu nebo rozhodnout o ukončení pobytu v DPS.

### Různé informace

- na požádání DPS uschová občanský průkaz klienta
- označení prádla – osobní prádlo pereme v naší prádelně a z tohoto důvodu je třeba prádlo označit.
- v den nástupu se uzavírá dohoda s uživatelem. Zkušební lhůta je 3 měsíce, která začíná běžet dnem nástupu uživatele do DPS. Během této doby může být dohoda ukončena ze strany klienta i DPS.
- trvalý pobyt může být přehlášen dle požadavku uživatele

#### Úhrada ošetřovného

- je ve stanovený den, tj. zpravidla vždy 15.den v každém kalendářním měsíci z důchodu uživatele do pokladny DPS, nebo převodem na účet DPS
- uživatel je povinen svůj pobyt mimo DPS oznámit nejméně dva dny předem, a to včetně termínu svého návratu. Za takto oznámenou nepřítomnost a při pobytu uživatele v nemocnici nebo mimo DPS se vrací finanční částka za neodebranou stravu.

#### Hospodaření s finančními prostředky

- uživatel si může své peníze uložit na depozitním účtu DPS, z kterého mu bude vydána vyžádaná částka
- nebo si může peníze uložit na vkladní knížce na své jméno uživatele

### Pro které uživatele je náš domov (cílová skupina uživatelů):

- *senioři* – uživatelé se starobním důchodem (v nepříznivé sociální situaci), kteří vlivem stáří, nemocí, ztráty soběstačnosti nejsou schopni, sami ani s pomocí rodiny, zajistit své životní potřeby a potřebují službu jako podporu.
- *lidé* - uživatelé s různým stupněm demence

### 2. Cena služeb a způsob úhrady

Úhrada poskytovaných komplexních sociálních a zdravotních služeb záleží na poskytovateli a uživatel hradí část nákladů na tyto služby. Měsíční částka při trvalém pobytu uživatele:

Pokoj	Obyčejný	Nadstandard
Při ubytování na jednolůžkovém pokoji:	6 800,- Kč	7 000,- Kč
Při ubytování na dvoulůžkovém pokoji:	6 500,- Kč	6 900,- Kč – 7 000,- Kč
Při ubytování na tří a vícelůžkovém pokoji:	6 300,- Kč	6 450,- Kč – 6 540,- Kč

Minimální kapesné činí v našem DPS 15% z měsíčního příjmů uživatele. DPS je dle ust. § 71 odst. 3 zákona oprávněn se s příbuznými uživatele (manžel, manželka, rodiče, děti), pokud jeho příjem nepostačuje na úhradu nákladů spojených s poskytováním ubytování a stravování, dohodnout na spoluúčasti na úhradě těchto nákladů.

### 3. Postup při přijetí žádosti o umístění do DPS

- a) DPS potvrdí písemně příjem žádosti a zařadí ji do naší evidence žadatelů o přijetí
- b) k žádosti se vyjádří náš smluvní lékař (psychiatr). Zamítnutou žádost našim smluvním lékařem (psychiatrem) na vyžádání žadatelem, zašleme s odůvodněním zpět žadateli nebo jeho zákonnému zástupci.
- c) vedení DPS přihlíží k akutním žádostem, které jsou naléhavé např. ze sociálních či zdravotních důvodů.
- d) pravidelně informuje žadatele o stavu žádosti
- e) po 1 roce evidence žádosti kontaktujeme žadatele a informujeme se o zdravotním stavu žadatele a zda žádost trvá
- f) pokud žadatel nástup odmítne bez vážnějšího důvodu, bude jeho žádost vrácena zpět, nebo bude žádost zařazena na konec seznamu žadatelů a žadatel musí dodat nový posudek od lékaře
- g) každý kontakt s žadatelem (telefonický i písemný) a jiné informace budou evidované ve složce žadatele.

### 4. Podmínky přijetí

Základní podmínkou přijetí je setkání osobních cílů zájemce s možnostmi a službami, které DPS nabízí. Osobní cíle a jejich naplnění budou přílohou „Smlouvy o poskytnutí služby sociální péče v Domově pro seniory Stachy – Kůsov“, která se uzavírá v den nástupu.

Na základě dobrovolné písemné žádosti a pobírání starobního důchodu, částečného nebo plného invalidního důchodu je zájemce o službu přijat do péče DPS.

U zájemců z azylových zařízení je požadován výpis z trestního rejstříku a zkušební lhůta je prodloužena na jeden rok.

Žadatelé z psychiatrické léčebny mohou být přijati pouze na základě vyjádření psychiatra, že nenarušují kolektivní soužití..

Finanční dar není podmínkou přijetí do DPS odpočinku ve stáří.

### 5. Důvody, pro které nelze uživatele přijmout

- zamítnutí žádosti našim smluvním lékařem (alkoholismus, infekční a parazitární choroby, pohlavní choroby v akutním stádiu, tuberkulóza, psychózy a psychické poruchy, při kterých dochází k ohrožení klienta samotného nebo někoho jiného).
- nepřizpůsobiví uživatelé (chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie - závislost na lécích a jiných návykových látkách, hracích automatech)

◦ **Využití volného času:**

- ergoterapie: šití, vyšívání, pletení, práce s různými materiály, výroba keramiky (vlastní pec), poslech hudby
- vycházky po okolí
- tematické zájezdy
- návštěvy krytého bazénu
- sledování TV a videa
- čtení knih
- koncerty
- jóga
- táborák
- katolická bohoslužba
- domácí hospodářství
- rehabilitačně - rekreační pobyt obyvatel



V případě nutnosti,  
Vás navštívíme doma!!!

◦ **Zádost o umístění do DD:**

formulář žádosti získáte u nás  
v **Domově důchodců Stachy – Kúsov**  
při Vaší návštěvě.

Máte-li zájem o bližší informace,

**i h n e d**

nás kontaktujte  
na adrese:  
**Domov důchodců,  
Kúsov 1, 384 73 Stachy**

a na telefonním čísle  
**388 428 213**

sociální pracovnice  
*paní Olga MINÁŘOVÁ*



Můžete nás také kdykoli navštívit.

Najdete nás v Jižních Čechách,  
15 km od Vimperka směrem na Klatovy  
a 3,5 km za obcí Stachy, směr Zadov.

Domov  
důchodců



**KÚSOV** - STACHY



**Kúsov 1  
384 73 Stachy**

mailto: dd\_kusov@iol.cz  
www: www.lacogal.net  
Telefon: 388 428 213  
Fax: 388 428 044



ZAVOLEJTE – PŘIJEDEME!!!

TĚŠÍME SE NA SHLEDANOU!!!

JSME ZDE PRO VÁS!!!

STÁŘÍ NENÍ NEMOC

◦ **Kapacita:**

- 140 lůžek

◦ **Ubytování:**

- 1–3 lůžkový pokoj
- úhrada od 5 280,- do 6 000,- Kč měsíčně, včetně ubytování, služeb a stravy
- úhrada od 6 000,- do 7 000,- Kč měsíčně včetně ubytování, služeb a stravy
- racionální
- diéta žlučnicková a diabetická

◦ **Zdravotní a obslužná péče:**

- 24 hodin denně všem potřebným zajišťuje zdravotnický personál a pracovníci přímé obslužné péče
- ordinace ošetřujícího lékaře
- psychiatrická poradna

◦ **Rehabilitace:**

- masáže - magnetoterapie - parafínové zábaly - diatermie - skupinové cvičení
- nácvik chůze - individuální péče
- diadynamik - ultrazvuk



◦ **Při pobytu zajišťujeme:**

- hygienické potřeby
- lůžkoviny
- opravy osobního prádla
- holení zdarma
- převoz na odborná vyšetření
- nákup předmětů osobní potřeby
- kadeřnictví a pedikúru za režijní ceny

◦ **Zájmová činnost:**



**Příloha č. 5**

**Smlouva o poskytnutí služby sociální péče v Domově pro seniory Stachy-Kůsov**



## Smlouva o poskytnutí služby sociální péče v Domově pro seniory Stachy–Kůsov, příspěvková organizace

Číslo smlouvy	
---------------	--

Níže uvedeného dne, měsíce a oku **u z a v ř e l i**

1) **Pan (paní)** (příjmení a jméno), **nar.** (datum narození), **bydliště** (adresa), **rodné číslo**,

<b>zastoupený(á)</b> <input type="checkbox"/> *) zákonným zástupcem na základě rozhodnutí soudu č.j. *) ze dne *) (viz příloha smlouvy), pan (paní) *) (jméno a příjmení), nar. *) (datum narození), bydliště *) (adresa), rodné číslo *)
---

v textu této smlouvy dále jen „**Uživatel**“

a

2) **Domov pro seniory Stachy – Kůsov, příspěvková organizace**, se sídlem Kůsov č.p. 1, 384 73 Stachy, IČO: 00477095, zastoupený ředitelem Ladislavem Gálem v textu této smlouvy dále jen „**Poskytovatel**“

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „**Zákon**“), tuto

### **smlouvu o poskytnutí služby sociální péče v domově pro seniory podle § 49 a 91 Zákona**

(v textu této smlouvy dále jen „**Smlouva**“):

Pojmy použité v této smlouvě mají stejný význam jako tytéž pojmy užitě v Zákoně, není-li v této smlouvě výslovně uvedeno jinak.

#### **I.**

##### **Rozsah poskytování sociální služby**

- (1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat Uživateli v domově pro seniory pobytové služby v souladu s ust. § 49 Zákona, které zahrnují tyto základní činnosti:
- ubytování, dle čl. II. této Smlouvy,
  - celodenní stravování, čl. III. této Smlouvy,
  - úkony péče dle čl. IV. a V. této Smlouvy.
- (2) Uživatel se za to zavazuje Poskytovateli platit úhradu ve výši sjednané v čl. VII. této Smlouvy.
- (3) Uživateli mohou být poskytovány jako fakultativní další činnosti uvedené v článku V.

#### **II.**

##### **Ubytování**

(1) Uživateli se poskytuje ubytování v  jednolůžkovém\*),  dvoulůžkovém\*),  dvoulůžkovém pokoji pro jednoho Uživatele\*),  tří a vícelůžkovém\*) pokoji, (dále jen „**Pokoj**“).

(2) K Pokoji náleží:

- balkon \*),
- předsíň \*),
- umyvadlo s teplou a studenou vodou \*),
- WC a sprchový kout \*),
- TV \*),
- WC a sprchový kout, které jsou určeny také pro další Uživatele oddělení \*),
- WC a koupelna s vanou, které jsou určeny také pro další Uživatele oddělení \*).



(3) Pokoj je vybaven standardním zařízením (seznam zařízení je k dispozici v každém Pokoji). Po dohodě s Poskytovatelem si může Uživatel Pokoj vybavit také vlastním nábytkem. Uživatel služby DPS může být přemístěn ze zdravotních nebo jiných vážných důvodů (viz vnitřní pravidla čl. 5).

(4) Mimo Pokoj a prostory uvedené v předchozím odstavci může Uživatel obvyklým způsobem užívat společně s ostatními Uživateli v domově také: jídelnu, park, denní místnost, terasy, zahradu a všechny Uživatelům běžně dostupné prostory.

(5) Poskytování ubytování Poskytovatelem zahrnuje také topení, dodávku teplé a studené vody a elektrického proudu, úklid, praní, žehlení a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení.

(6) Poskytovatel je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv Uživatele spojených s užíváním těchto prostor.

(7) Uživatel je povinen užívat prostory vyhrazené k ubytování a k užívání řádně; v prostorách nesmí Uživatel bez souhlasu Poskytovatele provádět žádné změny.

### **III. Stravování**

(1) Uživateli je poskytováno celodenní stravování.

(2) Stravování probíhá podle vnitřních pravidel, jídelní lístek je zveřejňován vždy předem.

(3) V případě potřeby Poskytovatel zajistí stravování podle individuálního dietního režimu Uživatele. Domov pro seniory poskytuje dietu racionální, diabetickou a žlučnickovou (za ceny uvedené v sazebníku stravy - strava základní).

### **IV. Péče**

Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat Uživateli, který je příjemcem příspěvku na péči, tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
  - Ø pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
  - Ø pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
  - Ø pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
  - Ø pomoc při podávání jídla a pití,
  - Ø pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  - Ø pomoc při úkonech osobní hygieny,
  - Ø pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
  - Ø pomoc při použití WC,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
  - Ø podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
  - Ø pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
  - Ø socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- e) aktivizační činnosti,
  - Ø volnočasové a zájmové aktivity,
  - Ø pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
  - Ø nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů,
  - Ø pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- g) pomoc při obstarávání osobních záležitostí,
  - Ø pomoc při komunikaci při obstarávání osobních záležitostí.

## V. Fakultativní činnosti

Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytnout Uživateli následující fakultativní činnosti nad rámec základních činností uvedených v čl. II, III a IV:

### A Služby poskytované bezplatně:

- (a) zajištění možnosti používání kuchyňky vybavené lednicí, sporákem a kuchyňskou linkou za účelem ohřevu jídel
- (b) standardní antidekubitární prevence (polohování, podkládání, standardní antidekubitní matrace)

### B Služby poskytované za úplatu:

- (a) ceny za fakultativní služby jsou uvedeny v příloze této smlouvy
- (b) Uživateli, který není příjemcem příspěvku na péči se poskytují základní činnosti uvedeny v čl. IV dle dohody a jsou předmětem úhrady. Ceny jsou uvedeny v sazebníku péče, který je přílohou této smlouvy

## VI.

### Místo a čas poskytování sociální služby

(1) Služby specifikované v čl. I. smlouvy se Poskytovatel zavazuje poskytovat Uživateli v Domově pro seniory Stachy – Kúsov, příspěvková organizace, provozované Poskytovatelem ve Stachách, Kúsov č.p.1 (dále jen „**domov pro seniory**“)

(2) Poskytovatel se zavazuje služby dle této smlouvy Uživateli poskytovat 24 hodin denně, a to každý den po dobu platnosti Smlouvy a s přihlédnutím k potřebám Uživatele.

## VII.

### Výše úhrady a způsob jejího placení – finanční prostředky

(1) Uživatel je povinen zaplatit úhradu za ubytování včetně služeb uvedených v čl. II, bod 5) v denní částce uvedené v sazebníku ubytování, který je přílohou této smlouvy. Úhradu za stravu v denní částce, uvedené v sazebníku stravy, který je přílohou této smlouvy. Poskytovatel vydává výměr úhrady za poskytování sociálních služeb (dále jen „**výměr**“). Tento výměr je přílohou této smlouvy. Pokud bude Poskytovatel nucen ke změně výše úhrady z důvodu změny cen, je Poskytovatel oprávněn od Uživatele požadovat změněnou výši měsíční úhrady pod podmínkou, že Uživateli předá písemně výměr nejpozději poslední den kalendářního měsíce předcházejícího kalendářnímu měsíci, za který bude Uživatel povinen změněnou měsíční úhradu platit. Zvýšená měsíční úhrada přitom nesmí přesáhnout maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanovenou Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách či jeho prováděcím předpisem.

(2) Pokud by Uživateli po zaplacení úhrady za ubytování a stravu podle odst. 1 tohoto článku za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši alespoň 15 % jeho měsíčního příjmu, částky úhrady se sníží. Do celkového příjmu se nezapočítává přiznaný příspěvek na péči.

(3) Uživatel je dále povinen zaplatit za poskytování péče, tedy poskytování činností uvedených v čl. I. odst. 1 písm. c) a čl. IV. této smlouvy, Poskytovateli za každý měsíc částku ve výši Uživateli přiznaného příspěvku na péči podle Zákona. V případě, že příspěvek na péči či jeho zvýšení byl Uživateli přiznan se zpětnou platností, náleží Poskytovateli zpětně.

(4) Činnosti sjednané v čl. V části B jako fakultativní se poskytují za úhradu nákladů těchto činností podle vnitřních pravidel domova pro seniory.

(5) Měsíční úhrada dle bodu 1 a bodu 3 se platí zálohově a to do 15. pracovního dne v kalendářním měsíci, za který má být zaplacen. Dojde-li v průběhu měsíce ke změně výše příjmu nebo příspěvku na péči, tato změna se projeví ve výši úhrady již za tento měsíc. V případě povinnosti platit příspěvek na péči dle bodu 3 tohoto článku však povinnost odvádět platby zálohově podle předchozí věty vzniká pouze v případě, že příspěvek na péči nebude vyplácen příslušným správním úřadem přímo na bankovní účet Poskytovatele. Další úhradu dle bodu 4 tohoto článku, tedy úhradu za poskytování činností uvedených v čl. IV. písm. a) – g) této smlouvy a úhradu za placené fakultativní služby poskytované Uživateli Poskytovatelem dle čl. V písm. B této smlouvy, je Uživatel povinen platit do 15. dne následujícího měsíce.

(6) Poskytovatel je povinen předložit Uživateli vyúčtování úhrady podle odstavců 1 až 4 za kalendářní měsíc, a to nejpozději do 10. pracovního dne v kalendářním měsíci, který následuje po kalendářním měsíci, za nějž Poskytovatel vyúčtování předkládá.

(7) Uživatel se zavazuje a je povinen platit úhradu podle článku 1), 3) a 4). :

A) Uživatel dává souhlas Poskytovateli k převedení úhrady z depozitního účtu Uživatele číslo 182-136106744/0600 na účet Poskytovatele číslo 136106744/0600 vedený u GE Money Bank, pobočka Vimperk,\*)

B) v hotovosti v pokladně Poskytovatele, \*)

C) nebo převodem na účet Poskytovatele číslo 136106744/0600 vedený u GE Money Bank, pobočka Vimperk, s variabilním symbolem (rodné číslo Uživatele) tak, aby finanční převod byl uskutečněn do 15. pracovního dne v kalendářním měsíci \*).

(8) Uživatel je povinen doložit Poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním minimu a výši přiznaného příspěvku na péči. Výši příjmu a přiznaného příspěvku na péči je Uživatel povinen doložit při nástupu do domova pro seniory a dále při každé změně příjmu nebo příspěvku na péči. Oznámení o změně ve výši příjmu nebo příspěvku na péči musí Poskytovatel obdržet nejpozději do pěti pracovních dnů, kdy tato změna nastala (uskutečnila se). Poskytovatel je povinen předložit Uživateli do 5 dnů po nástupu Uživatele do domova pro seniory nebo po každé změně příjmu či příspěvku na péči podklad pro výpočet měsíční úhrady (výměr).

(9) Přeplatky na úhradách za poskytované služby podle této smlouvy je Poskytovatel povinen vyúčtovat a písemné vyúčtování Uživateli předat nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za nějž přeplatek vznikl. Poskytovatel je povinen přeplatek vyplatit Uživateli v hotovosti nebo převodem na depozitní účet Uživatele vedený Poskytovatelem nejpozději ve lhůtě, v jaké je povinen předat vyúčtování tohoto přeplatku. Způsob výpočtu přeplatku je uveden ve vnitřních pravidlech Poskytovatele.

(10) Poskytovatel, dle ust. § 71 odst. 3 zákona je oprávněn se dohodnout s rodinnými příslušníky (manžel, manželka, děti, rodiče) Uživatele na spoluúčasti úhrady nákladů Uživatele, pokud tento nemá vlastní příjem nebo jeho příjem nepostačuje na úhradu nákladů dle Smlouvy. Vzorové znění takové dohody tvoří jakožto příloha nedílnou součást Smlouvy.

(11) Zamlčel-li Uživatel skutečnou výši svého příjmu nebo přiznaného příspěvku na péči při jeho doložení podle odst. 8 tohoto článku, je povinen zpětně doplatit úhradu do částky stanovené podle skutečné výše jeho příjmu nebo přiznaného příspěvku na péči, tj. k datu přiznání příspěvku na péči nebo k datu nástupu do domova pro seniory (v případě, že je datum přiznání příspěvku na péči staršího data nástupu, tj. podepsání smlouvy).

(12) Činnosti sjednané v čl. V jako fakultativní se poskytují za úhradu nákladů těchto činností podle vnitřních pravidel domova pro seniory.

(13) Poskytovatel se zavazuje vést depozitní účet Uživateli, seznámit Uživatele s vnitřními pravidly a nakládat s finančními prostředky na základě výměru a dohody s Uživatelem.

(14) Uživatel bere na vědomí, že finanční prostředky na depozitním účtu bude čerpat v souladu s platnými ustanoveními vnitřních pravidel. Hotovost lze vybírat i ukládat každý pracovní den od 08:00 hod. do 13:30 hod.. Uživatel (zákonný zástupce) souhlasí s vyplácením hotovosti, úhrad za léky, platbou za kadeřnictví, pedikúru, ortopedické pomůcky atd. z depozitního účtu.

(15) Uživatel (zákonný zástupce) zmocňuje Poskytovatele k převádění úroků z depozitního účtu do provozního účtu Poskytovatele. Z provozního účtu jsou hrazeny poplatky spojené s vedením depozitního účtu.



## VIII.

### **Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb**

Uživatel prohlašuje, že byl seznámen s vnitřními pravidly domova pro seniory, v němž se poskytuje sociální služba podle této smlouvy. Uživatel prohlašuje, že vnitřní pravidla mu byla předána v písemné podobě, že tato pravidla přečetl a že jim plně porozuměl. Uživatel se zavazuje a je povinen tato pravidla dodržovat.

## IX.

### **Výpovědní důvody a výpovědní lhůty**

(1) Uživatel může smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď Uživatelem činí 7 kalendářních dní ode dne doručení písemné výpovědi Poskytovateli.

(2) Poskytovatel může smlouvu vypovědět pouze z těchto důvodů:

A) Jestliže Uživatel hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze smlouvy. Za hrubé porušení smlouvy se považuje zejména:

- (a) zamlčení výše příjmu a přiznaného příspěvku na péči nebo jeho změn
- (b) nezaplacení měsíční úhrady ani do konce následujícího měsíce, a to ve výši sjednané v čl. VII. bodu 1 této smlouvy nebo zvýšené Poskytovatelem v souladu s touto smlouvou
- (c) nezaplacení příspěvku na péči ani do konce následujícího měsíce
- (d) změna poměrů Uživatele, např. zdravotního stavu, a Poskytovatel není oprávněn poskytovat sociální služby, které v důsledku této změny Uživatel potřebuje a požaduje
- (e) zjištění ze strany Poskytovatele, že Uživatel zatajil důležité informace o svém zdravotním stavu, které by měly za následek odmítnutí uzavření smlouvy ze strany Poskytovatele z důvodu nesplnění podmínek stanovených pro cílovou skupinu Poskytovatele
- (f) opakované porušování vnitřních pravidel v průběhu tří po sobě jdoucích měsíců i přes písemné upozornění Poskytovatelem, včetně výstrahy před možností ukončení smluvního vztahu výpovědí ze strany Poskytovatele.
- (g) pobyt Uživatele mimo zařízení Poskytovatele ve smyslu čl. VII této smlouvy, který trvá po dobu více než 60 kalendářních dnů v průběhu kalendářního roku, přičemž se do celkové doby pobytu mimo zařízení Poskytovatele nezapočítávají dny, kdy se jednalo o pobyt mimo zařízení z důvodu pobytu ve zdravotnickém zařízení.

B) Jestliže Uživatel i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které mu vyplývají z vnitřních pravidel domova pro seniory.

(3) Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 písm. A) a B) tohoto článku činí 1 měsíc a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla tato výpověď Uživateli předána.

## X.

### **Doba platnosti smlouvy**

(1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

(2) Tato Smlouva se sjednává na dobu,  určitou a to do 31.ledna 2008,  neurčitou \*). Uživatel nemůže práva z této smlouvy postoupit na jiného.

## XI.

### **Úmrtí Uživatele**

(1) Platnost této smlouvy zaniká úmrtí Uživatele sociální služby bez podání výpovědi (§ 7 odst. 2 občanského zákoníku). Práva z této smlouvy nemohou být předmětem dědictví.

(2) Poskytovatel má nárok na úhradu až 14 dnů po dnu úmrtí ve výši úhrady za ubytování bez služeb a ve výši úhrady za stravování bez hodnoty potravin (viz výměr).

(3) Pokud je uvolněné místo po zemřelém v DPS obsazené novým Uživatelem, další platby se již neprovádí ode dne, kdy k obsazení Pokoje došlo.

## XII. Závěrečná ustanovení

(1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

(2) Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.

(3) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

(4) Uživatel podpisem této smlouvy uděluje Poskytovateli výslovný souhlas s tím, aby v rozsahu nezbytném pro poskytování služeb dle této smlouvy zpracovával osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Poskytovatel prohlašuje, že není oprávněn po Uživateli vyžadovat sdělení *citlivých údajů* týkajících se jeho osoby, jako jsou např. údaje ohledně etnického původu, politických postojů, náboženského vyznání, trestné činnosti či sexuální orientaci Uživatele s tím, že pokud se v průběhu poskytování služeb dle této smlouvy takové údaje Poskytovatel dozví, je povinen zachovávat o nich mlčenlivost, a to i po ukončení této smlouvy. Osobní i případně Uživatelem sdělené citlivé údaje jsou Poskytovatelem zpracovávány výhradně po dobu účinnosti této smlouvy, poté je Poskytovatel povinen postupovat podle skartačního řádu dle zákona č. 499/2004 Sb., o archivnictví, v platném znění.

(5) Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly (včetně příloh), jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V Kúsově dne:

.....  
podpis Uživatele

.....  
podpis Poskytovatele

**Poznámka: přehled příloh a vysvětlivky na přiloženém listu!**

### **Přílohy :**

- 1. Výměr úhrady za poskytování sociálních služeb
- 2. Sazebníky (sazebník ubytování, sazebník stravy, sazebník péče, sazebník fakultativních služeb)
- 3. Vnitřní pravidla
- 4. Seznam vnitřních norem Poskytovatele
- 5. Dotazník – stanovení osobních cílů a potřeb Uživatele
- 6. Smlouva o spoluúčasti na úhradě nákladů (příbuzní, ustanovení § 71 odst. 3 Zákona)

### **Vysvětlivky :**

Za příjmy podle článku VII bod 2) a 8) se považují:

- a) příjmy ze závislé činnosti uvedené v zákoně o dani z příjmu (dále jen ZDP)
- b) funkční požitky uvedené v ZDP
- c) příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti uvedené v ZDP
- d) příjmy z kapitálového majetku uvedené v ZDP
- e) příjmy z pronájmu uvedené v ZDP
- f) ostatní příjmy uvedené v ZDP, při kterých dochází ze zvýšení majetku a to po odpočtu výdajů na jejich dosažení, zajištění a udržení, po odpočtu daně z příjmu a pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, pokud nebyly pojistné a příspěvek zahrnuty do těchto výdajů a další příjmy uvedené v ust. § 7 odst. 2 a 3 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu.