

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Kateřina Matlasová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb

Diplomová práce

Jméno autora práce:

Bc. Kateřina Matlasová

Jméno vedoucího práce:

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph. D.

2012

ABSTRAKT

Současná společnost se velmi intenzivně začíná zabývat životem a vůbec kvalitou života starých lidí, a proto jsem se rozhodla zaměřit svou práci na téma kvalita života seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Stanovenými cíli práce bylo zmapovat a vyhodnotit kvalitu života seniorů ve vybraných pobytových zařízeních sociálních služeb v bývalém okrese Jindřichův Hradec, porovnat kvalitu života seniorů ve třech zařízeních stejné pobytové sociální služby v rámci bývalého okresu Jindřichův Hradec a porovnat kvalitu života seniorů v odlišných pobytových zařízeních sociálních služeb.

Výzkum v této práci byl realizován pomocí kvalitativní formy. Byl použit výzkum metodou polostandardizovaného (polořízeného) rozhovoru spolu s kvalitativním pozorováním, která byla využita k dosažení předpokládaného cíle celé práce.

K dosažení cílů bylo využito výzkumu technikou rozhovoru, který probíhal v Domovech seniorů Jindřichův Hradec, České Velenice a Budíškovice, a v domě s pečovatelskou službou v Jindřichově Hradci. Zároveň jako doplňující technika byl ještě použit škálový dotazník dle WHO DAS II, a to v týchž zařízeních sociálních služeb.

V souvislosti s určenými cíli diplomové práce byly stanoveny tyto hypotézy. Hypotéza jedna - čím více nabízených sociálně aktivizačních činností v rámci poskytování sociální služby, tím vyšší je kvalita života uživatelů této služby. Hypotéza dvě - uživatelé služby v okresním městě mají vyšší kvalitu života než uživatelé této služby poskytované v obci s počtem obyvatel nepřesahující deset tisíc. Hypotéza tři - kvalita života uživatelů domu s pečovatelskou službou je vyšší než kvalita života uživatelů domu pro seniory.

Stanovené hypotézy byly potvrzeny.

Lze konstatovat, že kvalita života starých lidí se oproti předchozím letům zlepšila.

Jako doporučení k řešení této problematiky bych se vrátila k dobré komunikaci a zpětné vazbě, která je nutná proto, aby se vůbec zjistilo, zda a jak moc jsou senioři se službami v jejich zařízení spokojeni. Dále je velmi důležité dodržovat soukromí jednotlivých klientů, které přispívá k pocitu jistoty a bezpečí.

ABSTRACT

Today's society starts to be intensively interested in life in general and old people's quality of life, therefore I decided to focus this diploma thesis on seniors' quality of life in social service facilities.

The given goals were to map and assess the quality of seniors' life in chosen social service facilities in a former Jindřichův Hradec district, to compare the quality of seniors' life in three facilities of the same social services in the frame of the former Jindřichův Hradec district and also to compare the seniors' quality of life in different social service facilities.

The research of this work was made due to a qualitative form. A semi-standardized (semi-controlled) interview survey method and a qualitative observation method, which was used to get the assumed goals of the whole work, were used.

To get the aims I used an interview method which was done in Senior Apartment in Jindřichův Hradec, České Velenice and Budiškovice as well as in an apartment with day care in Jindřichův Hradec. It was also used a scale questionnaire called WHO DAS II as a complementary technique in all the social service facilities.

The following hypotheses were made out in keeping with the given goals of this diploma thesis. The first hypothesis – the more social active actions were offered in the frame of provided social services, the higher is the users' quality of life of this service. The second hypothesis – users of this service have higher quality of life in the district town than users of this service provided in a municipality with inhabitants less than 10 000. The third hypothesis – users' quality of life in day care facilities is higher than users' quality of life of a senior apartment.

The given hypotheses were confirmed.

We can say old people's quality of life has been improved in the comparison with last years.

I would recommend solving this problem with good communication and feedback which is necessary to find out how seniors are satisfied with services in facilities. It is also very important to keep each client's private which leads to the feeling of certainty and safeness.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb“ vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 písmena b zákona číslo 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této klasifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedenými ustanovením zákona č. 111/1998 Sb., zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2012

.....
Kateřina Matlasová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph. D., za odborné vedení diplomové práce, a vedoucím domovů seniorů, kteří mi umožnili provést šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1. Současný stav.....	14
1.1 Základní pojmy.....	14
1.1.1 Stárnutí.....	14
1.1.2 Teorie stárnutí.....	17
1.1.3 Stárnutí a kognitivní funkce.....	17
1.1.4 Příprava na stáří a koncept úspěšného stárnutí.....	18
1.1.5 Stárnutí české populace.....	19
1.1.6 Psychosociální stárnutí.....	19
1.1.7 Aktivní stárnutí.....	20
1.1.8 Věková integrace.....	21
1.1.9 Stárnutí populace jako globální problém.....	21
1.1.10 Ageismus.....	27
1.2 Kvalita života.....	29
1.2.1 Obecné pojetí kvality života.....	31
1.2.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví.....	33
1.2.3 Stárnutí a kvalita života.....	34
1.2.4 Kvalita života seniorů.....	34
1.2.5 Měření a hodnocení kvality života.....	34
1.2.6 Přístupy k výzkumu kvality života.....	36
1.2.7 Životní smysl a kvalita života.....	37
1.2.8 Pojetí kvality života v termínech životní spokojenosti.....	38
1.3 Sociální služby.....	38
1.3.1 Historie sociálních služeb.....	38
1.3.2 Znak kvality sociální práce.....	39
1.3.3 Současná situace v poskytování sociálních služeb.....	41

1.3.4	Definice dlouhodobé péče.....	41
1.3.5	Zákon o sociálních službách.....	42
1.4	<i>Bydlení seniorů</i>	45
2.	Cíle práce a hypotézy	47
2.1	<i>Cíle práce</i>	47
2.2	<i>Hypotézy</i>	47
3.	Metodika	48
3.1	Charakteristika zkoumané oblasti.....	48
3.1.1	Metodický postup.....	50
3.1.2	Sekundární analýza dat.....	51
3.1.3	Rozhovor.....	51
3.1.4	Otázky stanovené dle WHO DAS II.....	52
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	52
4.	Výsledky výzkumu	54
4.1	Obecné údaje.....	54
4.2	Vyhodnocení rozhovoru.....	54
4.2.1	Domov seniorů Jindřichův Hradec.....	54
4.2.2	Domov seniorů České Velenice.....	60
4.2.3	Domov seniorů Budiškovice.....	66
4.2.4	Dům s pečovatelskou službou Jindřichův Hradec.....	72
4.3	Vyhodnocení dotazníku WHO DAS II.....	77
5.	Diskuse	83
6.	Závěr	93
7.	Seznam použité literatury	95
8.	Klíčová slova	101
9.	Přílohy	102

Úvod

Staré latinské přísloví praví: „Homo homini lupus“ – člověk člověku vlkem. V říši zvířat má skoro každý druh svého přirozeného nepřitele, který jej ohrožuje a omezuje přemnožením, člověk je takovým nepřitelem, který přináší hrůzu a smrt sám sobě (Rotter, 1999).

Stárnutí naší populace patří v dnešní době k nejvíce projednávaným a diskutovaným problémům, a s tím také souvisí péče o početně přibývajících seniory. Z dané situace vyplývá neustálá novelizace zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který řeší sociální služby a příspěvek na péči. Tento proces se netýká jen naší republiky, ale celého světa. Nastává otázka, zda péče poskytovaná seniorům je adekvátní a kvalita života odpovídá jejich potřebám a možnostem, a proto bych se chtěla ve své práci zabývat tímto problémem.

Stárnutí obyvatelstva se dotýká i ekonomiky státu. Problematika stárnutí populace naráží především na oblast veřejných financí a sociální politiky, které je potřeba neustále přizpůsobovat a měnit potřebám občanů.

Bude zapotřebí mnoha společenských změn, aby podpořily společnost k vstřícnějšímu chování ke starým lidem, tím bude seniorům poskytnuto více příležitostí k jejich dalšímu rozvoji. Změny by se měly týkat prakticky všech oblastí života: rodinné politiky, zaměstnání, otázky zajištění ve stáří, vysokého školství, dopravní infrastruktury, architektury, prezentace stáří v médiích a dalších oblastí (Gruss, 2009).

Nastává i otázka zda naše pobytová zařízení sociálních služeb poskytují seniorům kvalitní a potřebné služby, které podporují a prohlubují jejich kvalitu života, zda jim umožňují odpovídajícím způsobem adaptaci do nového, neznámého prostředí. Senioři jsou mnohem méně přizpůsobiví a ochotní si zvykat na nové věci. Je proto potřeba usnadnit a zpříjemnit seniorům poslední okamžiky jejich života.

Stáří je poslední etapou života, každý má právo na důstojné dožití. V posledních letech se péče o seniory výrazně zlepšila, dochází k rozvoji aktivizačních a volnočasových činností. Domovy pro seniory se vylepšují, rekonstruují, aby také došlo ke zlepšení životního prostředí, ve kterém staří lidé budou trávit poslední léta svého života.

V naší společnosti je stáří vnímáno spíše jako přítěž, senioři se jeví jako nepotřební, a pro společnost neužiteční. Dříve bylo stáří symbolem moudrosti a moci. Rodiny žily ve společných vícegeneračních domácnostech. Na venkově, nebo tam, kde to možnosti dovolovaly, existovaly tzv. výměnky, kde žil hospodář, který předal grunt nejstaršímu synovi. Samozřejmostí byla péče o staré rodiče, či někdy dokonce prarodiče.

Trend dnešní uspěchané až chaotické doby je jiný - mladí lidé se chtějí zbavit odpovědnosti a hlavně ekonomicky a časově náročné péče o rodiče, a v některých případech je dokonce nutí k nástupu do zařízení sociálních služeb, a to i přes odpor a nesouhlas rodičů.

Daná problematika je velmi rozmanitá, složitá, a proto je potřeba se jí věnovat. Je důležité si uvědomit, že sociální pohled společnosti na staré lidi se vlivem změn, ke kterým v posledních letech došlo, určitým způsobem mění. Práce si klade za cíl postihnout tuto změnu, zmapovat a vyhodnotit kvalitu života seniorů ve vybraných pobytových zařízeních sociálních služeb v bývalém okrese Jindřichův Hradec, porovnat kvalitu života ve třech zařízeních stejné pobytové sociální služby v rámci bývalého okresu Jindřichův Hradec, porovnat kvalitu života starých lidí v odlišných pobytových zařízeních sociálních služeb, tj. zjistit k jakým proměnám z pohledu seniorů dochází v sledovaných zařízeních sociálních služeb.

Proto byly stanoveny tyto tři hypotézy:

- 1) Čím více nabízených sociálně aktivizačních činností v rámci poskytování sociální služby, tím vyšší je kvalita života uživatelů této služby.

- 2) Uživatelé služby v okresním městě mají vyšší kvalitu než uživatelé této služby poskytované v obci s počtem obyvatel nepřesahující deset tisíc.
- 3) Kvalita života uživatelů domu s pečovatelskou službou je vyšší než kvalita života uživatelů domu pro seniory.

Kdo jiný by si měl zasloužit respekt a porozumění než staří lidé?

1. Současný stav

Stáří je přirozené období lidského života, a s tím postupně se omezují funkce lidského organismu. (Tomeš, 2001) Jak uvádí Český statistický úřad, procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let je v České republice 15,5 %, index stáří (počet osob ve věku 60 a více let připadajících na 100 osob ve věku 0-14 let) dosahuje hodnoty 113,8. Nejvíce seniorů žije v Hlavním městě Praze, Plzeňském a Středočeském kraji, naopak nejméně seniorů můžeme najít v Ústeckém a Karlovarském kraji, index stáří se zde udržuje v hodnotě 100 (ČSÚ, 2012).

V letech 2001-2004 se Psychiatrické centrum Praha zapojilo do mezinárodního projektu „Měření kvality života seniorů a její vztah ke zdravému stárnutí,“ byl financován Evropskou komisí a probíhal ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací. Projektu se zúčastnilo 23 výzkumných center čtyř kontingentů pod vedením prof. Micka Powera z Univerzity v Edinburgu. Cílem celého projektu bylo vytvořit instrument k měření kvality života ve stáří na základě známého instrumentu kvality života WHOQOL vyvinutého Světovou zdravotnickou organizací (MPSV, 2008).

Kvalita života seniorů byla u nás zjišťována od 80. let pětisložkovým dotazníkem VAS (Vizuální analogová stupnice Křivohlavého). V devadesátých letech byla podobná metoda (jednosložková VAS) použita pro zjišťování obecné spokojenosti starých lidí v Institutu pro postgraduální vzdělávání (MPSV, 2008).

1.1 Základní pojmy

1.1.1 Stárnutí

Náš věk je vyjádřen roky, což můžeme popsat i počtem otáček země kolem slunce od doby, co jsme se narodili, a tak vyjadřujeme náš chronologický věk. Pokud však chceme vědět něco více o jednotlivci, jaký je, nemůžeme brát věk za vhodné měřítko, a to proto, že lidé stejného chronologického věku se liší svým fyzickým a psychickým stavem (Stuart-Hamilton, 2012).

Existují různé způsoby, jak stárnutí definovat. Například je možné se zaměřit na charakteristiky vyzorované u starého člověka. Ty můžeme dále rozdělit na znaky, jež lze přičíst událostem relativně vzdáleným (můžeme uvést například ztrátu hybnosti způsobenou obrnou v dětství) – takzvané vzdálené (distální) efekty stárnutí, a znaky, které jsou důsledkem mnohem aktuálnějších dějů (ztráta hybnosti způsobená zlomeninou nohou) – takzvané časově blízké (proximální) efekty stárnutí. Ony charakteristiky můžeme sledovat z hlediska pravděpodobnosti, sdílení ostatních starých lidí. Univerzální znaky stárnutí jsou znaky, které mají všichni staří lidé (vrásčitá kůže), ale probabilistické znaky stárnutí jsou pravděpodobně univerzální (artróza). Vymezené termíny je možné srovnat s podobnými pojmy primární stárnutí (změny objevující se ve stáří častěji, a přitom nejsou nutným doprovodným jevem stárnutí). Jiní badatelé přidávají třetí pojem a to terciální stárnutí, které vyjadřuje prudký a nápadný tělesný úbytek bezprostředně předcházející smrti (Stuart-Hamilton, 1999).

Proces stárnutí má za následek různé funkční i strukturální změny mozku, které se projeví i v psychické oblasti. Typickým projevem stárnutí jsou atrofie, tj. úbytek mozkové tkáně, k němuž dochází především díky zmenšování neuronů (Vágnerová, 2007).

Málokdy se stane, že se senior sám rozhodne k důležité změně ve svém životě, jako například k odevzdání svých klíčů od auta, nebo najmutí si někoho na pomoc v domácnosti. Nedávný výzkum „Home Instead Senior Care“ naznačuje jisté skutečnosti, které uvádějí, že pouhých 25 % seniorů pod 75 let se k této změně rozhodnou sami. Zbývajících 75 % a skoro všichni senioři nad 75 let takto sami nečiní, rozhodnutí pochází od jiné osoby (rodina, soused, právní zástupce, lékař...), která si všimne, že senior potřebuje pomoc a podporu. Ve většině případů je to potomek seniora, kdo takto rozhodne (Hogan, 2010).

Jak uvádí Stuart-Hamilton, stárnutí není záležitostí moderní doby, ale až za posledních sto let se stalo v západních zemích běžnou zkušeností. Existuje odhad, který udává, že v historii se stáří nedožival nikdo, až v sedmnáctém století se lidé

začali dožívat a překračovat pětadesátý rok života, a to jen v jednom procentu populace (Stuart-Hamilton, 1999).

Biologické stárnutí je provázeno velmi pozvolnými omezeními pracovních schopností následkem anatomických a funkčních změn (zvyšující se křehkost kostí, ochabování svalstva, postupná ztráta až zánik funkcí smyslových orgánů – zraku, sluchu atd. (Bednářová a kol., 2003).

Biologická involuce dává životní pouti všech lidí do určité míry podobný ráz. Jednak přirozené (fyziologické) stárnutí, a také chronické nemoci, které po šedesátém roce věku přibývá, nás všechny stavějí před podobnou nejistotu, bezmoc a bolest. Viditelné znaky stárnutí určují, co se od nás očekává a co nám jsou druzí ochotni poskytnout. Biologický (popřípadě funkční) věk se od jedince k jedinci velice liší. Někdo stárne rychleji, někteří lidé pomaleji (Říčan, 2006).

Autonomie jedince obsahuje pocit a reálné uplatňování sebekontroly nad životem. To souvisí se subjektivním přesvědčením o kompetenci i s kompetentním chováním. Empirická poznatky o vlivu stárnutí a stáří na osobní autonomii, kompetenci a kontrolu, které nejsou soudržné. Různé studie poukazují na sílící vědomí heteronomie, naopak jiné nezaznamenaly známky poklesu autonomní kontroly spjaté s věkem, dokumentují její zvýšení. Explanace důsledků změn se stářím spjatými mají tendenci se v tomto životním období hromadit, tato tendence se různí. Na jedné straně se uvažuje o porušování individuálních zdrojů, tedy i možnosti jedinců kontrolovat životní situace. Na druhé straně jsou změny vykládány jako stimuly aktivit směřujících k vyvážení zisků a ztrát stáří. Většina odborníků se shoduje, že osobní kontrola (financí, sociálních interakcí) napomáhá ke kompenzaci fyzického poklesu ve stáří, usnadňuje sociální participaci a celkově přispívá k úspěšnému stárnutí (Sýkorová, 2007).

Z demografického hlediska stárnutí populace je procesem, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva určité geografické jednotky takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 nebo 65 let a snižuje se počet osob mladších 15 let. Kritériem pro označení určité populace jako staré

nebo také stárnoucí je osmiprocentní (nebo vyšší) podíl obyvatel, kteří dosáhli věku 65 let a více (Rabušič, 1995).

1.1.2 Teorie stárnutí

Dle Langmajera byl navržen velký počet teorií pokoušejících se vysvětlit podstatné příčiny změn. Všechny teorie postihují nejvýše jednu stránku složitého vývoje. Pacovský a Heřmanová (1981) rozdělili teorie stárnutí do tří skupin:

1. Teorie o působení zevních vlivů – ekologické podmínky, vliv bakterií a virů.
2. Teorie o působení vnitřních vlivů – genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze, specifické metabolické změny příčné vazby.
3. Teorie porušené integrace a organizace. (Langmajer, 2006)

Jak uvádí Čevela a kol. - lze teorie stárnutí rozdělit do dvou hlavních skupin, a to:

1. Teorie stochastické – teorie opotřebování, náhodných změn; předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou převážně náhodné, že věkem přibývá opotřebování, poškození, poruch, chyb, selhání buněčného řízení i celovztažného uspořádání organismu.
2. Teorie nestochastické – teorie naprogramování, předpokládají, že stárnutí je geneticky naprogramováno, předurčeno (Čevela a kol., 2012).

1.1.3 Stárnutí a kognitivní funkce

Dle závažnosti nastalých změn můžeme kognitivní stárnutí rozdělit do tří skupin:

1. Úspěšné stárnutí
2. Normální stárnutí
3. Patologické stárnutí

Úspěšné stárnutí znamená, že byly zachovány funkční schopnosti, kognice neporušena, výkonost je srovnatelná se středním věkem. Neobjevují se ani poruchy paměti, motoriky či chování. Normální stárnutí znamená, že člověk prochází fyziologickými změnami v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Jsou to drobné abnormality, které se vyskytují u většiny zdravé populace. Benigní stav zapomnětlivosti, kdy nedochází k progresím. Lidé si stěžují na drobné poruchy paměti. Jedná se o věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí. Patologické stárnutí zahrnuje změny metabolismu monoaminů a neuropeptidů. Neurologické změny při demenci těsně souvisí s novými poměry neuroanatomickými. Jedná se o změny v metabolismu mozkových mediátorů, v první řadě o úbytek aktivity acetylcholinu (Pidrman, 2007).

1.1.4 Příprava na stáří a koncept úspěšného stárnutí

Programy přípravy na stáří získávají v souvislosti s prodlužováním střední délky života a tím značně prodloužené doby aktivního života po odchodu do důchodu, na významu. Měly by především ovlivnit občany ve směru k představě o úspěšném stárnutí a aktivního stáří. Koncept úspěšného stárnutí vychází z teoretického základu z toho, že v souvislosti s poklesem mortality v mladém a středním věku se bude prodlužovat střední délka života, pravděpodobně okolo 85 let. Zároveň dojde ke zmenšování nemocnosti a k posunutí projevů ztráty soběstačnosti do vyššího věku o více, než bude přírůstek. Stárnutí tedy může být: obvyklé, normální to znamená, že zdravotní a funkční stav, sociální role, míra zdravotních obtíží seniora odpovídá jeho vrstevníkům v dané společnosti; úspěšné je takové, že zdravotní a funkční stav seniora je lepší než průměr až do 9. decennia neúspěšné, které představuje, že zdravotní a funkční stav je horší než průměr (Vurm et al., 2004).

Stav organismu ve stáří ovlivňuje několik faktorů, některé lze velmi dobře ovlivnit. Hlavní faktory jsou:

- 1) Zákonná biologická involuce – vychází především z genetických dispozic a není dost dobře ovlivnitelná.

- 2) Chorobné procesy – hlavne ty, ktoré vedou k dlhodobým poruchám sobestačnosti. Jimi sa zabyvá geriatric. (Ateroskleróza, obštrukčná choroba bronchopulmonálna, Alzheimerova nemoc...aj.).
- 3) Životní způsob – ve smyslu aktivity (pasivita tělesná, duševní i sociální).
- 4) Životní podmínky – přímý vliv na průběh stárnutí (ekologické, geografické, sociální, historické...). Při změně funkčnosti ovlivňují kvalitu života a určují sobestačnost člověka v prostředí (Vurm et al, 2004).

Program přípravy na úspěšné stáří vychází z reálné představa o povaze života ve stáří. Jedná se o zdravý životní styl, podporu zdraví ve středním věku a eliminaci rizikových faktorů. Důležitá je i prevence maladaptace na odchod do důchodu, provázený ztrátou smyslu života každého jedince. Musejí se vytvářet dobré materiální předpoklady pro aktivní život seniorů, řešení bytové situace, posilování v oblasti mezilidských vztahů a budovat pozitivní vztah k sobě samému. Psychosociální faktory, kultivace osobnosti a v neposlední řadě i komunikace hrají velkou roli (Vurm et al, 2004).

1.1.5 Stárnutí české populace

Stárnutí české populace přišlo oproti západoevropským zemím s určitým zpožděním a probíhá ve specifických podmínkách společenské a ekonomické transformace. Přestože obyvatelstvo České republiky je v současnosti historicky nejstarší, jeho věková struktura patří zatím k evropskému průměru. Z posledního sčítání lidu vyplynulo, že u nás žijí dva miliony osob ve věku šedesát a více, které tak tvoří necelé dvě pětiny obyvatelstva České republiky (Sýkorová, 2007).

1.1.6 Psychosociální stárnutí

Názory psychologů na problematiku psychosociálního stárnutí se různí, neexistují velké studie a nemáme údaje o stárnutí osob nad 80 let. Změny, které probíhají během počáteční etapy stáří přinášející změny v oblasti biologické, ale souvisejí mimo jiné i s prožíváním a chováním seniora a jeho postavením ve společnosti. Z toho důvodu je nesmírně důležité chápat stáří v souvislostech, které

přináší pohledem biopsychosociálním. Změny psychiky se mohou projevit zejména v poznávacích schopnostech. Velmi často dochází ke snížení schopnosti se adaptovat na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly způsobuje i strach a úzkost a přináší pocit nejistoty (Klevertová, Dlabalová, 2008).

1.1.7 Aktivní stárnutí

Termín aktivní stárnutí přijala Světová zdravotnická organizace koncem 90. let. Pojem je širší než pouhé zdravé stárnutí, netýká se jen zdraví a péče o zdraví. Aktivní stárnutí vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, které se dají shrnout pod názvy: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. V tomto pojmu je zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, účast na veřejných rozhodováních, jejich zodpovědnost. Koncept aktivního stárnutí respektuje, že staří lidé nejsou homogenní skupina a že tato rozmanitost s věkem stoupá. Proto je důležité s narůstajícím věkem obyvatel vytvořit prostředí, které by jim umožnilo co nejsamostatnější život. Prostor, které usnadňuje seniorům život (enabling environment) „věku přátelské prostředí,“ mělo by umožnit starším lidem snazší život, a zejména seniorům s disabilitou. Myšlenka aktivního stárnutí se může stát do budoucna řešením pro celou společnost, ale i pro samotného seniora (Dvořáčková, 2012).

Zvýšení ekonomické aktivity, a s tím související zaměstnanost, které jsou klíčovou strategií k řešení ekonomických výzev spojených s procesem stárnutí populace. Stárnutí populace není takový problém, jako jeho dopad na ekonomiku státu, ale spíše interakce se situací na trhu práce a charakteristikami penzijního systému. Na úrovni ekonomické aktivity a solidarity mezi ekonomicky aktivními a neaktivními osobami je postaveno a garantováno financování systému důchodového a zdravotního pojištění. V kontextu demografického stárnutí je dosažení evropských cílů politiky zaměstnanosti zásadní, tj. zvýšení obecné míry zaměstnanosti na 70 %, zaměstnanosti žen na 60 % a zaměstnanosti starších osob (55 až 64 let) na 50 %. V následujícím období do roku 2012 je žádoucí dosáhnout

55 % zaměstnanosti starších osob. Ekonomická aktivita starších osob přispívá ke zlepšení kvality života, těchto osob, jejich rodiny a také pro celou společnost (MPSV, 2008).

Představy o tom, že výchova a vzdělávání člověka jsou omezeny na období jeho dětství a mládí, jsou již dávno překonány. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání je dnes chápána jako proces celoživotní. Univerzita třetího věku je jedna ze součástí celoživotního vzdělávání seniorů. Základní charakteristikou tohoto vzdělávání spočívající v tom, že poskytuje seniorům vzdělání na nejvyšší možné úrovni. Studium má výlučně charakter osobnostního rozvoje, nikoliv přípravu na profesi. Koncem 20. století se v rozvinutých zemích charakteristickým způsobem rozrostl počet seniorů, kteří vedou kvalitní život i v této oblasti a pozdním věku. Vyplývá z toho požadavek této skupiny obyvatel na další sociální a kulturní rozvoj v zájmu udržení fyzické, a hlavně intelektuální formy co nejdéle. Počátek českých univerzit třetího věku datujeme k roku 1986, Karlova univerzita, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích či Univerzita Palackého v Olomouci začaly organizovat první kurzy pro seniory. Rozmach seniorského vzdělávání nastává po roce 1992, kdy se otevřely možnosti navázat kontakt s podobnými organizacemi v zahraničí. Rok 2000 přinesl další důležitý zlom v systému vzdělávání seniorů, kdy technicky zaměřené české vysoké školy otvírají kurzy z oblastí moderních technologií, s rychlým rozvojem příliš civilizované společnosti se objevuje i heslo iniciativy vzdělávat seniory v nových technologiích (Dvořáčková, 2012).

Kvalitní program je nutným doplňkem péče o seniory je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich fyzický i duševní stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, materiální stimulaci a příležitosti ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku nepostradatelný. V našich zařízeních v současné době vedou některé činnosti, např. rukodělné práce nebo cvičení, sestry nebo sociální pracovníci, kteří k této činnosti nejsou odborně proškolení a mají také jiné povinnosti. Je potřeba, aby specialisté měli kvalitní vyškolení a

zastávali tak vedoucí zábavně-terapeutických programů na plný úvazek (Rheinwaldová, 1999).

1.1.8 Věková integrace

Tomuto tématu se věnovala Rileyová, motivována „silnou touhou po odhalení sociálních sil, které vytvářejí nebo omezují příležitosti pro lidské bytosti v každém věku, aby žily plné a smysluplné životy.“ Všimla si, že věk, pokud je využíván pro „zapouzdření rolí“ nebo sociální exkluzi, působí jako zhoubný základ pro diskriminaci a útlak. Rileyová postavila své předchozí bádání na východiscích parsonsovské konsenzuální teorie spolu s konceptem strukturálního zpoždění, nyní se spíše přiklání k sociálně kritickému paradigmatu. Neztrácela svůj optimismus a věřila, že nastartovaný vývoj naznačuje příklon k větší věkové integraci společnosti a že tento trend bude pokračovat. Koncept věkové integrace je založen na flexibilizaci nebo odstranění věku jako kritéria oprávněnosti, způsobilosti pro participaci v sociálních aktivitách, především v oblasti vzdělání, práce a důchodu. Výsledkem takové organizace sociálního systému (věkově diferenciovaných) je věková segregace, ta nastává při absenci sociálních interakcí mezi lidmi v různém věku (Vidovičová, 2008.)

1.1.9 Stárnutí populace jako globální problém

Současná globalizace probíhá na mnoha úrovních. V oblasti planetárního životního prostředí, ve sférách komunikace a médiích, v mezinárodní politice a diplomacii, ve sférách kulturních procesy vzájemného působení (přijetí, odpor, spolupráce i konflikty) a konečně i v oblasti sociálních vztahů, ve kterých dochází k novému takzvanému vrstvení, stratifikaci, sociálních nerovností v celoplanetárním měřítku, k upadání sociální soudružnosti, ke zmírnění solidarit, k sestupné sociální mobilitě, k chudnutí a k marginalizaci či nedobrovolné exkluzi celých sociálních skupin či vrstev obyvatelstva (Suša, 2010).

V posledních desetiletích se zaměřuje pozornost mezinárodního společenství na sociální, politické a ekonomické otázky vyvolané jevem stárnutí v souvislosti s demografickým vývojem zvláště v rozvinutých zemích. Prvním

mezinárodním dokumentem se v této oblasti stal Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, přijatý Valným shromážděním OSN již v roce 1982 hned poté, co jej ve stejném roce schválilo Světové shromáždění pro problematiku stárnutí ve Vídni (Zvoníková, 2001).

Finalita života

Problematikou finality života, tedy umíráním a smrtí se zabývá obor thanatologie. Je to interdisciplinární obor, zabývá se jí nejen medicína, ale i filosofie, teologie, psychologie, sociologie a jiné vědní disciplíny. Velmi pravděpodobné je, že je člověk vlastně jediným tvorem, který ví, že musí zemřít (úvahy o smrti). Smrt je stav, kde končí naše zkušenost, výzva smyslu života. Zřejmé je, že bez smrti by náš lidský život ztratil smysl. Přijmout konečnost lidského života je projevem zralosti a životní moudrosti (Jankovský, 2003).

Stáří

Stáří vnímáme jako poslední etapu života. Fáze, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje (Stuart-Hamilton, 1999).

Z hlediska psychologických teorií období stáří má v rámci celistvosti lidského života svůj specifický význam. Podle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona (2002) – hlavním vývojovým úkolem stáří je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života, pojetím jako celku, který udával a měl určitý smysl. Starý člověk potřebuje svůj život hodnotit pozitivně, jako dovršené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Vyrovnání s vlastním životem usnadňuje přijetí smrti (Vágnerová, 2007).

Definice stáří

Dle Hayglicka se stáří nechá jen velmi obtížně definovat. Není pouhé plynutí času, je projevem biologických dějů nastávajících v čase a po určitý čas trvají. Žádné definice stárnutí není dokonalá. Věk vyjádřený v letech nemusí nutně souviset s biologickým stářím. Potřebujeme míru hodnocení biologických

změn v závislosti na zvyšování se věku, míru, jež by umožnila určovat biologický věk nezávisle na chronologickém – to je stěžejní (Hayflick, 1997).

Změny způsobené stářím

I když každý člověk prožívá svůj život jiným, originálním způsobem, můžeme se shodnout na významných okamžicích, které přicházejí s vyšším věkem. Změny se odehrávají v rovině psychické, tělesné a v neposlední řadě i sociální. Jde o propojené systémy. Reakce na tyto změny jsou dány osobností seniora a také reakcemi jeho okolí a možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, kde senior sám nezvládá. Z toho vyplývá model adaptace na stáří:

- Konstruktivní přístup ke stáří. Během produktivního věku si člověk může připravovat aktivity a později je rozvíjet. Součástí přípravy na stáří může být také snaha o udržení tělesného zdraví formou vhodného stravování, pohybových aktivit. Mimo jiné je také velmi důležité mít širší síť přátel a známých, pokud je z blízkých přátel jen jeden nebo dva, může se stát, že po jejich odchodu se člověk dostane do těžké sociální izolace. Nesmíme zapomínat ani na dobré vztahy s rodinou, to je úkolem na celý život a jeho naplnění přijde ve formě podpory od dětí a vnoučat.
- Někteří lidé si vytvoří závislost na okolí. Tělesné obtíže potencují závislost na rodině nebo zdravotnicích, která je ovlivnitelná obtížemi seniora k intenzivnějším kontaktům. Místo řešení sociální izolace se řeší symptomy onemocnění.
- Situace může být obtížnější a mechanismy zvládnání na ni nestačí. Senior může zaujmout nepřátelský postoj. Hostilita – nepřátelství je projevoována k personálu, lidem okolo, ostatním klientům. Stává se příčinou mnoha problémových situací v péči o klienty vyššího věku (Venglářová, 2007).

Stáří a potřeby lidí

Stáří modifikuje potřeby lidí, které jsou dané na jedné straně změněnou skladbou stravy, požadavky na odívání, bydlení a na druhé straně zvyšující se

životní náklady o některé nové potřeby vyvolané vyšší nemocností a degenerativními procesy (Tomeš, 2001).

Období raného stáří

Rané stáří respektive třetí věk (60 až 75 let), je období života, kdy dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily nezávislý a aktivní život (Vágnerová, 2007).

Involuční biologické změny ve stáří máme sklony chápat pouze jako důsledek úbytku, opotřebenosti či chátrání organismu, atrofie mozku atd. Účelné jsou však i dřívější změny raného stárnutí, hlavně přechod na energicky úspornější provoz organismu a hormonálně podmíněný úbytek agresivity. Tyto změny vedou k přestavbě osobnosti (Říčan, 2007).

Období pravého stáří

Období života po 75. roce je označováno za životní fázi pravého stáří. Dověšením 80 let dosáhne senior období tzv. čtvrtého věku, kdy je již naživu jen polovina jeho původní populace. Toto období je spojené s nárůstem problémů plynoucích z tělesného a mentálního úpadku i se zvýšeným rizikem vzniku a kumulace zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci (Vágnerová, 2007).

Senioři, kteří překročili 85. rok věku, jsou označováni jako „very old old,“ - „velmi staří staří“, neboli dlouhověcí. Toto terminologické označení má své jisté opodstatnění, zatím co u mladých seniorů je v popředí pozornosti problematika penzionování, možnosti další seberealizace a aktivit ve volném čase, pro staré seniory jsou aktuálnější časté zdravotní obtíže a nemoci, případně osamělost. U osob nad 85 let je závažným problémem pokles nebo dokonce ztráta soběstačnosti a z toho plynoucí potřeba faktického zabezpečení (Haškovcová, 2010).

Dlouhověkost

Jde o fázi stáří od 90 let a výš. V 21. století se tohoto věku stále větší počet lidí. Záleží v první řadě na jejich vlastní aktivitě, jak se v tomto věku cítí. Genetické dispozice i vlastní životní styl rozhodnou, zda v tomto období bude člověk sportovat, pracovat a radovat se ze života (Kelnarová, 2010).

Dlouhověkost je pozitivní odchylkou v průběhu stárnutí a délce života. Její vymezení není jednoznačné (dohodové), v hospodářsky vyspělých zemích nejčastěji věk 90 a více, mnohé studie se zabývají dlouhověkostí lidí až od 100 let. Existuje také kategorie extrémní dlouhověkosti 110 a více let (supracentenarians) ve světě je registrováno okolo 80 takto starých lidí s převahou žen 8:1. Za maximální délku lidského života se považuje věk kolem 125 let. Nejvyššího hodnověrně doloženého věku dosáhla M. Calmentová z Francie, která zemřela ve věku 122 let a 164 dní, nejstarší žena české historie se dožila 112 let (Kalvach, 2008).

Gerontologie

Tento pojem je odvozen od řeckého slova geron, gerontos, což znamená starý člověk a pojmu logos, nauka. Je interdisciplinární vědou, souhrn poznatků o stáří a starých lidech. Zkoumá zákonitosti, projevy a příčiny stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří. Ve světě vznikaly první gerontologické společnosti ve čtyřicátých letech 20. století. V České republice byla založena v roce 1958 gerontologická sekce a v roce 1962 Česká gerontologická společnost. V posledních letech se gerontologie rozvíjí i jako vysokoškolský studijní obor především pro pečující nelékařské profese (Čevela a kol., 2012).

Gerontologie má vychovávat a vzdělávat vysokoškolské studenty jako odborníky pro sociální a zdravotně sociální služby pro seniory i pro státní správu této oblasti. Systému dlouhodobé péče by měla nabízet a poskytovat metodologii práce se skupinami seniorů a informovat o potřebách a aktuálních životních poměrech těchto seniorů, a také poskytnout demografické údaje. Hlavně a to

především formuluje ucelenou teorii stáří v soudobém životě i světě, bio-psycho-socio-spirituální koncept života ve stáří, vytváří podmínky, zabezpečení i o participaci a seberealizaci. Jedná se o redefinování smyslu stáří v dlouhodobé společnosti. Specifickou gerontologickou problematikou je stále narůstající dlouhověkost, způsoby a problémy života pokročilého věku a dlouhověkém stáří (Kalvach et al., 2011).

Sociální gerontologie

Sociální gerontologie je považována za jádro gerontologie. Analyzuje existencialitu života, vzájemné vztahy starého člověka a společnosti jak staří lidé od společnosti potřebují, ale i tím do jaké míry staří lidé ovlivňují společnost a její rozvoj (Kalvach et al., 2011).

Zrodem sociální gerontologie se pokládá vydání knihy G. Halla „Senescence: druhá polovina života“ v roce 1922. Americký psycholog v ní popisuje přelom přístupu ke stáří, jehož tušením byl motivován k jejímu sepsání. Přistupoval k tématu z hlediska thanatologického, kdy se stáří vyrovnává s jistotou konce. V českém prostředí ve stejné době zaznamenal změnu Karel Čapek ve svém fejetonu „Mladá generace“ (Čevela a kol., 2012).

1.1.10 Ageismus

Termín ageismus se začal používat v šedesátých letech v USA je chápán jako diskriminace na základně věku a současně zahrnuje negativní představy o stáří. Vznikly tak mýty: stáří je ekonomickou zátěží, staří lidé jsou všichni stejní, staří nemají, čím by mohli společnosti přispět aj. 20. století nám přináší, že platíme za technickou vyspělost daň v podobě úbytku lidské vzájemnosti a potřebnosti druhého, vše najdeme na internetu. Technika nahradila zkušenosti starších, nepotřebujeme jejich rady, rozvíjí se telekomunikace a mediální kampaně dokonce staré lidi zesměšňují. V roce 2000 byl proveden výzkum veřejného mínění, byla položena otázka: „Myslíte si, že staří a mladí jsou dva naprosto odlišné světy?“ Odpovídala populace ve věku 14-79 let. 42 % tázaných odpovědělo spíše ano, 34 % určitě ano, zbytek populace uváděl určitě ne, spíše ne.

Průzkum tedy ukázal, že se senioři cítí odstrčení, ztrácejí sebedůvěru a důvěru ve vlastní život. Mnozí sociologové hodnotí naši civilizaci jako zaměřenou pouze na zisk, která chápe produktivitu člověka pouze podle výsledků jeho práce, v tomto důsledku není stáří užitečnou ekonomickou investicí (Klvetová, Dlabalová, 2008).

Za společensky vysoce nebezpečnou lze považovat diskriminaci věkově podmíněnou, vychází z předpokladu, že jednotlivý zástupci jedné věkové kategorie či generace vykazují nejen rozdílné charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu. Fenomén věkové diskriminace vychází z anglického označení age (věk), v současné době mluvíme o ageismu. Jednoznačná definice ageismu neexistuje, jedná se o jeden z nejkompexnějších konceptů současné sociální i politické vědy, sociálně-politické i sociálně-psychologické praxe. Zahrnuje v sobě celou škálu procesů na rovině individuální i strukturální. Původní Butlerova (1975) definice ageismus určovala jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, které je doprovázeno širokým spektrem fenoménů, např. vyhýbání se kontaktu, otevřená averze, stává se účelnou metodou společnosti propagovat pohled na starší osoby s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim. Za předsudek považuje Palmore negativní stereotypy vůči této skupině, nebo negativní postoje založené na stereotypech a diskriminaci označuje nepatřičné, nemístné zacházení se členy dané věkové skupiny. V současné době je však nejkompexnější definice Vidovičové: „Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitní nerovnosti jednotlivých fází lidské životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité věkové generaci.“ Komplexnost pojetí spočívá ve zdůraznění symbolických forem diskriminace a rozšíření definice o činitele generační příslušnosti. Stáří v češtině označuje nejen chronologický věk, ale také označení, že je něco staré. Pohled na stáří se liší v různých dobách i kulturách, podle japonské filosofie je třetina lidského života nejdůležitější, protože člověk v této fázi přetváří svět k lepšímu (Pokorná, 2010).

1.2 Kvalita života

Pojem kvalita života nemá z hlediska systematického uplatnění v psychologii a medicíně dlouhou historii. Většina literárních zdrojů se shoduje s konstatováním, že v polovině 20. století se s ním prakticky nebylo možné setkat. Tento pojem se začal objevovat v psychologické odborné literatuře a jeho definice v učebnicích až zhruba po pětadvaceti letech (Gillernová, 2011).

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) předpoklad aktualizace a potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba bezpečí) (Zittoun, 1999).

Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepojetí. Zkoumá materiální, psychologické, duchovní, sociální a jiné podmínky pro zdravý a šťastný život člověka (Křivohlavý, 2011).

Šťěstí, životní spokojenost a osobní pocit pohody jsou ve vzájemném vztahu – a samozřejmě jsou blízce propojeny s pojmem kvality života, a mimo jiné jsou také vysoce diskutabilní. Pocit „šťěstí“ je pravděpodobně nejvíce probíraným tématem. Daniel Kahneman nevěří osobním lidským výrokům a názorům na toto téma, a proto udává, že základním ukazatelem by neměl být subjektivní lidský pohled na to, jak jsme šťastní, ale místo toho by to měla být jasná objektivní míra těchto pocitů, které souvisí s reálným pocitem štěstí (objektivním štěstím) (Phillips, 2006).

Otázkou kvality života se zabývají lidé od pradávna, i když to co mi dnes nazýváme kvalitou života, pojmenovávali odlišně. Jednalo se o dva proudy studijního zájmu o otázky kvality života. Jednu utvářeli ti, kteří se zabývali duchovním (náboženským) životem – spiritualitou různého druhu. Zde šlo o otázky „dobrého života“ nebo také „moudrého života.“ Druhý studijní zájem, otázky filozofické, speciálně pak etika a antropologie, které se týkaly protikladů „dobrého“ k „špatnému životu“ (Křivohlavý, 2004).

V literatuře existuje celá řada definic kvality života, a však neexistuje ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Komplikovanost situace dokládá fakt, že se často setkáváme s pojmy jako „sociální pohoda“, „sociální blahobyť“, a „lidský rozvoj“, které jsou používány jako ekvivalenty nebo analogické termíny. Můžeme tedy shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, především sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které se hromadí a velmi často neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. S jistým zjednodušením můžeme říci, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze – objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života týkající se emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života souvisí se splněním požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Je stále otevřenou otázkou, jak spolu tyto dvě úrovně souvisí, a jak by se tedy měla kvalita života nejlépe měřit (Payne, 2005).

Jak uvádí Křížová, že kvalita života a její hodnocení vyjadřuje individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost člověka, je mimo pochybnost, že se do reflexe promítá sociální minulost, současnost i nastávající budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře, politice atd., (Křížová, 2002).

Po vzniku Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) v roce 1948 byla vypracována a publikována nová definice zdraví, formulující mezioborově, pozitivně a všeobecně srozumitelně a přijatelně podstatu zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci nebo slabosti. Toto pojetí zdraví mimo jiné soustředilo pozornost odborné veřejnosti na subjektivně prožívané kvality lidského zdraví a na jeho psychologické a sociální souvislosti. V rámci nového vymezení zdraví bylo zahájeno období diskusí o jeho měřitelnosti (Gillernová, 2011).

Kvalita života nereprezentuje jen individuální životní standard, ale je velmi úzce spjata i s prostředím, ve kterém lidé žijí a s jejich potřebami a požadavky. Může být chápána jako výsledek působení mnoha faktorů, ekonomických, sociálních zdravotních. V psychologii a medicíně je mimo jiné kvalita života považována za více rozměrný, měřitelný a subjektivní konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definováno jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“ než morbidita nebo mortalita. Považuje se za pozitivní ukazatel celkového stavu, který umožní hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence (Dvořáčková, 2012).

Jak uvádí Hogenová, sousloví kvalita života se často objevuje v sociologii, psychologii. Máme za to, že kvalitu života je možné vyrábět stejně jako věci potřebné pro život. Kvalita života se dá objednat, nebo se naučit vědecky podloženým předpisům a kvalita života se dostaví sama, tak jako se dostavuje pocit sytosti po jídle. Nechají se vyrábět požitky, pocity i polická přesvědčení. Postačí mít dobré manažery a vlastní prodavače kvality života. Sama kvalita života je vnímána a chápána jako to co patří k životu samému, je jeho vlastností. Toto pojetí životního celku je běžným fenoménem (Hogenová, 2002).

1.2.1 Obecné pojetí kvality života

O kvalitu života se zajímají odborníci z různých druhů odvětví a různé skupiny osob. Skupiny se zájmem o kvalitu života je možné seznat do jednoho fóra a nechat je vyjádřit, jak to udělala např. celosvětová konference o kvalitě života, která se konala před několika lety. Kvalitou života se může zabývat skupina lidí, která má zájem o konkrétní skupinu lidí, např. o mladistvé, seniory (Křivohlavý, 2004).

Rozsah pojetí kvality života

Engel a Bergsma mapují celou problematiku kvality života ve třech hierarchicky odlišných rovinách, v makro, mezo a personální rovině. V makro rovině jde o otázky velkých společenských celků, například dané země. Jedná se o

nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života a absolutní smysl kvality života. V mezorovině jde o otázky malých sociálních skupin, v nemocnici, domovech pro seniory, domech s pečovatelskou službou. V tomto případě nejde jen o respekt k morální hodnotě života, ale také o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb každého člena dané sociální skupiny, existence tzv. sociální opory a sdílení hodnot v dané skupině. Osobní (personální) rovina je stanovena nejjednoznačněji, je jí život jednotlivce, ať jím je lékař, pacient vlastně kdokoliv. Bergsma a Engel takto nastínili rozsah pojmu kvalita života jednotlivce a pokusili se o definici tohoto pojmu: „Kvalita je soud (jde o objektivní soud, úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experimentálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žítí“ (Křivohlavý, 2002).

Sociologické pojetí kvality života

Toto pojetí můžeme chápat v souvislosti s kvalitou života a sledovat atributy sociální úspěšnosti, společenské statusy, vybavení domácnosti, životní styl, vzdělání aj. Tento pojem lze charakterizovat všeobecnými sociálními podmínkami, které určují kvalitu života a způsob života lidí ve společnosti. Na základně stylu života se posuzuje jednak poměr intelektuální a manuální práce, ale i poměr jednotlivých činností v životě člověka. Z tohoto hlediska je styl života důležitým ukazatelem pro kvalitu života lidí ve společnosti a kvalitu života jednotlivých osobností. Životní styl ovlivňuje ekonomické postavení jedince a nakonec i celé společnosti. Na způsobu života lidí se podílejí hodnoty ovlivněné rodinným zázemím, individuální zkušeností a hlavně výchovou. Možné je rozdělit na individualistické (sebeurčení, úspěch, moc nebo touhu po štěstí) a kolektivistické (spravedlnost, benevolenci), (Dvořáčková, 2012).

Psychologické pojetí kvality života

Psychologické pojetí kvality života může být chápáno ve více hlediscích. Může se jednat o zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, zjišťování faktorů, které činí lidi spokojenými.

Jindy hovoříme o prožívání subjektivní pohody a klademe důraz na všeobecné hodnocení kvality života. Tato subjektivní stránka kvality života je označována jako štěstí. Prožitek osobní svobody (well-being) je významnou složkou zdraví a Kebza uvádí, že v české terminologii se ustálil úzus spojovat „well-being“ s dimenzí duševní pohody, což tento pojem vyčerpává, tak považuje za vhodnější užívat českého ekvivalentu „osobní pohoda.“ Některé specifické schopnosti člověka se vztahují k pocitům subjektivní pohody a spokojenosti člověka. Tyto pocity mohou mít trvalejší charakter a zabírají tak více stránek lidského života. Individualizace pojmu kvality života a životní úrovně se projevují v životním stylu jedince (Dvořáčková, 2012).

1.2.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví

Samostatným okruhem problémů v rámci výzkumu otázek kvality života se pomalu stávala i oblast kvality života vztahující se ke zdraví (Health – Related Quality of Life – HRQOL). HRQOL je dána jako hodnota připisovaná životu modifikovanému postižením, vnímáním, sociálními příležitostmi, funkčním stavem atd., které jsou ovlivněny zraněním, nemocí, poruchou nebo jejich léčbou. Pro HRQOL je zásadní uvědomění si rozdílů mezi skutečným zdravotním stavem, vnímáním a hodnocením zdravotního stavu. Jinak řečeno subjektivně prožívaná kvalita života nemocného jedince není zcela závislá na jeho skutečném klinickém stavu. Kvalita života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravotním stavem se jednoznačně prolínají, přesto má HRQOL svá specifika a tato oblast se stala samostatnou a velmi rychle se rozvíjející disciplínou s mnoha subdisciplínami (Gillernová, 2011).

Martin Potůček vychází z předpokladu, že existují významné oblasti, které bezprostředně ovlivňují udržitelnost a kvalitu života. Jedná se o sociální soudržnost a sociální stát, zaměstnanost a trh práce, strukturu populace, vzdělání, bydlení, rodinu, péči o zdraví, vnější a vnitřní bezpečnost, o životní prostředí a územní potenciály rozvoje. Ekonomika nabízí v těchto oblastech jakýsi krevní oběh, napájí je zdroji, a sama závisí na jejich dobrém fungování. Kromě toho můžeme vymezit obecné podmínky usměrňující činnost lidí a institucí ve všech

zmíněných oblastech. Jde o formování národní identity, ústavní a politický systém země, regulační působení trhu, státu a občanského sektoru ve vzájemných vztazích (Potůček 2002).

1.2.3 Stárnutí a kvalita života

Stárnutí je procesem, v němž nejsou hlavní součástí nemoci, které vedou ke snížení efektivity řady funkcí. Objevují se problémy, které jsou psychické, tak somatické a sociální povahy. Pohled na nemoci starších lidí a na sníženou kvalitu života sem též patří. Některé jevy jako demence nebo ztráta kontroly pohybů jsou spojeny s tím, že starší člověk odchází do důchodu a snižuje se intenzita jeho sociálních kontaktů. Řada jeho známých a přátel stejného věku umírá, řídit život tak, jak tomu bylo v době vrcholné dospělosti, se stává stále obtížnější. To má za následek vyšší výskyt psychiatrických nemocí ve stáří (Asbjorn, 2010).

1.2.4 Kvalita života seniorů

Kvalita života seniorů je často vnímána jako synonymum schopnosti vést nezávislý život a hodnotící metody se zaměřují na schopnost provádět běžné každodenní činnosti. Funkční schopnosti mají velký vliv na kvalitu života, a také existuje mnoho dalších psychologických a sociálních faktorů přispívajících ke kvalitnímu životu, jejich rozpoznání může životní situaci seniorů pozitivně ovlivnit (Dragomerická, 2004).

1.2.5 Měření a hodnocení kvality života

V praxi je vytvořena celá řada dotazníků k zjišťování kvality života, jejich výpovědní psychometrická hodnota a spolehlivost byly testovány podle současných trendů měření zdraví (Vojenské zdravotnické listy, 2004).

Nejpoužívanější metodou zjišťování míry smysluplnosti života je používání dotazníkového šetření, strukturovaných rozhovorů, ale i využití kvalitativního rozboru psaného textu. Crumbaugh a Maholick (1964) sestavili jako první pod vlivem Franklových teorií dotazník zaměřený na smysluplnost života a míru existenciální frustrace, Test životních cílů (Purpose in Life Test).

Patří k nejstarším kvantitativním testům, a jednak kromě problematiky smyslu života zkoumá i otázky životní spokojenosti, svobody, odpovědnosti, užitečnosti a strachu ze smrti. Stal se jedním z nejpoužívanějších testů poloviny devadesátých let minulého století. Mimo jiné byl dotazník přeložen i do češtiny (Dufková a Kratochvíl, 1967) a užíval se při zkoumání existenciální frustrace u nás (Ondrušková, 2011).

Nejvíce a nejčastěji používanou metodou měření a hodnocení kvality života jsou dotazníky, jsou členěny do dvou základních skupin:

1. Dotazníky obecné (generické), zaměřené na obecnou kvalitu života vztahující se ke zdraví. Mezi typické příklady lze řadit např. dotazníky Short-Form Health Subject Questionnaire (SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), EuroQoL...
2. Specifické dotazníky zaměřené na zjišťování kvality života u pacientů s určitým konkrétním onemocněním. (Gillernová, 2011)

Z generických dotazníků je nejčastěji užíván Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36) užívá se k hodnocení kvality života v různých odvětvích medicíny vzhledem k jeho dobré výpovědní hodnotě. Hodnotí 8 základních kvalit zdraví:

1. Limitace ve společenských aktivitách
2. Limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů
3. Limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví
4. Tělesná bolest
5. Duševní zdraví
6. Limitace z důvodu citových
7. Vitalita
8. Obecný pocit zdraví.

Vyhodnocení dotazníku je prováděno pomocí tzv. TS skóre hodnoceného v intervalu 0 – 100 (Vojenské zdravotnické noviny, 2004).

Dalším typem dotazníku je European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC QLQ-C30), hodnotí 6 základních kvalit zdraví:

1. Fyzické zdraví
2. Funkční schopnosti
3. Emoce
4. Kognitivní funkce
5. Sociální zázemí
6. Obecný pocit zdraví.

Často je užíván v amerických studiích hodnotících kvalitu života u nemocných.

Dále je využíván generický dotazník World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100), také hodnotí 6 základních kvalit:

1. Fyzické zdraví
2. Psychickou úroveň
3. Úroveň nezávislosti (soběstačnosti)
4. Sociální zázemí
5. Okolní prostředí
6. Duševní zdraví (Vojenské zdravotnické listy, 2004).

1.2.6 Přístupy k výzkumu kvality života

Přístupy k získávání dat z výzkumů kvality života mohou být velmi odlišné, s důrazem na kvantitativní či kvalitativní metodologii. Nástroje, které

slouží ke zjišťování úrovně HRQOL se od sebe odlišují rozsahem, počtem domén a položek i výstupem. Některé pracují s jedinou hodnotou, eventuálně globální hodnotou, která je součet bodů jednotlivých domén, jiné počítají s více hodnotami z jednotlivých domén (součet neprovádějí). Kvalita života související se zdravím má tyto kategorie (domény), které bývají syceny rozdílným počtem položek:

1. Tělesný stav, zdraví.
2. Psychický stav, psychická pohoda, oblast prožívání.
3. Sociální vztahy.
4. Prostředí, zaměstnání, každodenní aktivity, ekonomická situace (Gillernová, 2011).

1.2.7 Životní smysl a kvalita života

Pojem životního smyslu (smyslu v životě) je pojmem znovu vzatým do moderního lékařství, psychologie a psychoterapie, zejména Viktorem Franklem. Stal se úhelným kamenem jeho vlastního teoretického a terapeutického přístupu k lidským problémům, jeho logoterapie a existenciální analýzy. Tehdy, když člověk nedokáže nalézt a uskutečňovat smysluplné objektivní hodnoty ve světě, podřizuje své cíle v životě soběstředným motivům, jako jsou Franklem připomínané „vůle ke slasti“ nebo „vůle k moci“, jako náhražkám za ono prvotní, vskutku lidské zaměření k naplňování smyslu. Při zjišťování kvality života v dimenzi duchovní či existenciální, ji vnímáme jako „proužek smyslu“ vlastního života, který je v životě člověka zakotven v jeho odezvách na hodnotových výzvách, které člověku poskytuje svědomí, a v činech, které ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci (Balcar, 1995).

1.2.8 Pojetí kvality života v termínech životní spokojenosti

Při definování termínu kvalita života psychology se často setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Kvalitně žije ten, kdo je spokojen se svým životem. A kdo je spokojen? Odpověď je jasná: když se člověku daří dosahovat

cílů, které si předsevzal. Ehteld říká doslova: „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahováním jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji.“ Je-li tomu tak, pak podle Ehtelda je možné kvalitu života definovat jako „prožívání životního uspokojení a kladení emocionálního afektu při absenci negativního afektu.“ Je-li to tak, žije v pohodě (wellbeing) a tato životní pohoda (wellness) má blízko k tomu, co se rozumí psychologickou kvalitou života. Stupnice spokojenosti se životem – SWLS (The Satisfaction with Life Scale), kterou vyvinul Ed Diener je příkladem tohoto přístupu ke kvalitě života (Křivohlavý, 2002).

1.3 Sociální služby

1.3.1 Historie sociálních služeb

Sociální práce má velmi zajímavou historii, z níž je zřetelné, jak dlouho se tato disciplína vyvíjela a utvářela. Na jejím počátku i v současnosti je nejsilnějším důraz pomoc bližnímu a teprve historický vývoj utvořil její perspektivní stránku, kdy mohla péče ubližovat a ponižovat potřebného. Ještě v nedávné minulosti se i v našich podmínkách s despektem přistupovalo například k lidem v ústavních zařízeních, kde měl rozhodující slovo především zdravotnický personál, klienti se medikalizovali, byla zanedbávána lidsko-právní problematika v pobytových zařízeních sociální péče, neexistovalo vzdělávání pracovníků v této oblasti a zprávy ze zahraničí o dodržování lidských práv byly u nás velmi kritické. Užítí omezení vůči uživatelům sociálních služeb nebylo pod kontrolou a nebyla určena žádná pravidla (Gulová, 2011).

V sociální oblasti došlo po roce 1989 k podstatným změnám. Sociální služby neposkytuje jen stát, ale především kraje, obce a nestátní neziskové organizace, církve, fyzické i právnické osoby. Dnes už více než 85 % ústavů sociální péče zřizují právě kraje nebo obce. Nestátní organizace se zaměřují na terénní či ambulantní služby. Domovy důchodců byly přejmenovány na domovy pro seniory. Domy s pečovatelskou službou, stejně tak jako domovy – penziony, se přeměnily nebo zcela zanikly. Domovy pro seniory poskytují podle zákona

číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro ni, dále pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činnost, aktivizační programy a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání ostatních záležitostí. Změnilo se také označení seniorů, kteří žijí v domovech, již to nejsou obyvatelé, ale nový název zní, uživatelé sociálních služeb. Stali se klienty, kteří si mohou v domovech objednat potřebné sociální služby a nevolí si jen pobyt. Překvapujícím údajem je i to, že dlouhodobě se pouze 3-4 % seniorů starších 70 let stává klienty domovů pro seniory. Dojem, že tam končí „téměř každý“, má řadu příčin. Jeden ze základních je, že se příliš dlouho referovalo jen o domovech důchodců nikoliv o seniorech, kteří jsou v péči rodin. Aby byly domovy pro seniory skutečným domově, došlo k dramatickým změnám, které se dají charakterizovat jako „vpád domova do domovů“ (Haškovcová, 2011).

1.3.2 Znaky kvality sociální práce

Jednotná definice péče o seniory chybí, kvalita života je založena na principech a hodnotách. Principy a hodnoty se vážou k uživatelům (jejich spokojenosti, zachování důstojnosti, seberealizace, zachování práv, aktivní účasti v procesu poskytování sociálních služeb), ale i k personálu (odbornost personálu, schopnost splnit očekávání klientů, materiální vybavenost). Tyto principy povstávají z dokumentů mezinárodních organizací, Světové zdravotnické organizace, Evropské unie, Rady Evropy, Organizace spojených národů. Hodnoty a východiska jsou zakotvena v ústavním pořádku jednotlivých států, nebo jsou formulovány legislativou (Mátl, 2007).

Kvalita je výsledkem hodnocení. Jestliže se něco hodnotí, musí být stanovena kritéria pro hodnocení, ve kterých se odrážejí zejména hodnoty v oblasti sociální práce. Kvalita je složitá vlastnost a pro její popis se využívají znaky kvality, na jejichž základě můžeme kvalitu popsat. Mezi kvantitativní

znaky můžeme zařadit počet klientů a pracovníků. Mezi kvalitativní znaky patří atmosféra v zařízení, vztahy mezi pracovníky, důstojnost podmínek v zařízení, atd. Znaky utvářejí určitý standard k měření kvality. V sociální oblasti je lehké sklouznout k poměřování pouze kvantitativních znaků (kolik jídel se dodává, jakou mají nutriční hodnotu a za jakou cenu), protože jsou to informace, které se snadno ověřují a porovnávají. Většina sociálních služeb si musí klást subjektivnější otázky s postupy – do jaké míry služby pomáhají naplnit pocit klientů, že ovládají své životy, jsou schopni ovlivňovat služby, kterých užívají a jak s nimi jedná personál. Kritéria pro měření vykonané činnosti a vyhodnocení vykonané práce – standardy. Obsahují, co se má dosáhnout, do jaké míry úrovně výkonu a jak se to bude poměřovat (Kuzníková, 2011).

K řízení kvality napomáhá kvalitní řízení daného procesu. Dle Maciuchové (2006) celý proces zavádění kvality je důležité podrobně naplánovat. Dlouhý (1999) zase upozorňuje na potřebu důkladné analýzy problémů prvotní fáze. Hlavním předpokladem dosahování kvality je definování vize, transformace péče, kterou nelze uskutečnit bez srozumitelné představy o budoucích službách. Podle Jarešové, (1999) která uvádí jako klíčové, aby tato vize byla pozitivní a sdílená. Velmi důležitá je také tvorba konkrétní metody, ke které se postupně přidávají další. Dle Topinky (2005) ukazuje v praxi, že kdo má zkušenosti s některou z metod, patří tedy k propagátorům jejího zavádění v organizaci. Zato nově užívané metody práce potřebují flexibilitu celé organizace, v průběhu procesů se většinou ukáže nutná změna organizačního schématu (Dvořák, 2000) a s tím související potřeba navýšení pracovníků přímé péče. Pracovníci využívají konkrétní metodické postupy (Mátl, 2007).

1.3.3 Současná situace v poskytování sociálních služeb

Situace v České republice se částečně změnila po roce 1989. Nejvýraznějších proměn dosáhla po vstupu platnosti zákona č. 108/2008 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Trendem v současné době je převzetí ověřeného funkčního modelu ze zahraničí, zejména dalších členských států Evropské unie. Nový sociální zákon se dotkl všech uživatelů sociálních

služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, nastolil nová pravidla a vytyčil směr všeobecně od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u mnoha skupin osob. Druhým důležitým aspektem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Celkově lze situaci charakterizovat jako zásadní transformaci sociálních služeb. MPSV se na ni připravovalo před vstupem sociálního zákona vydáním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů – „Koncept podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ či dokument „Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012,“ konzultační dokument „Bílá kniha v sociálních službách.“ Transformace se týkala celé sociální oblasti (Malíková et al., 2011).

Sociální péče zahrnuje systém dávek a služeb poskytovaných občanům, kteří nejsou sami schopni zabezpečit své základní životní potřeby v potřebném rozsahu, zejména z důvodů nedostatečného příjmu, nepříznivého zdravotního stavu a věku. Součástí systému sociální péče jsou služby sociální péče poskytované v zařízeních sociální péče (Králová, Rážová, 2005).

1.3.4 Definice dlouhodobé péče

Stárnutím obyvatelstva jako problematikou se zabývá Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), její činností podporuje rozvoj hlavně tržních principů členských států. Jednou z hlavních činností je hledání nejvhodnějších řešení pro jednotlivé vládní politiky v ekonomických oblastech, ale zaměřením i na oblasti sociální a zdravotní politiky. OECD používá definici dlouhodobé péče: Péči o osoby s disabilitou a vymezuje tuto péči, jako ucelené spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci. Služby dlouhodobé péče potřebují lidé s omezenou soběstačností a to především v sebeobslužných aktivitách, tento jev je setrvalý a je způsoben chronickými onemocněními, může být důsledkem zdravotního postižení, ať již tělesného, nebo duševního. (OECD, 2005). Národní program přípravy na stárnutí (2009) definuje dlouhodobou péči:

„Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starších osob neoddělitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnostech. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů“ (Havrdová, 2010).

1.3.5 Zákon o sociálních službách

Posláním sociálních služeb bylo specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě v přirozeném prostředí. Z tohoto pohledu se sociální služby týkají všech (Malíková, 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Formy poskytování sociálních služeb, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se sociální služby poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

- Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.
- Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Rozsah a forma sociální pomoci a podpory poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet hlavně z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat jejich rozvoj samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posiluje jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě, takovým způsobem, aby bylo vždy možné zajistit dodržování lidských práv a základních svobod. Pokud dojde u seniora k zhoršení zdravotního stavu a ke ztrátě soběstačnosti, potřebuje zajistit dlouhodobější péči, která může v jeho rodině vyvolat krizi. Některé tyto situace se dají řešit terénními sociálními službami, jindy bude nutná institucionální forma péče. Výběr konkrétní služby či formy péče je dán mírou závislosti, soběstačnosti a závislosti seniora a na aktuálním zdravotním stavu (Dvořáčková, 2012).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, obsahuje podrobný výčet zařízení poskytující sociální služby. Zaměříme se jen na ty, co jsou poskytovány seniorům.

Domovy pro seniory

Celoroční pobytová služba, poskytuje pomoc seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči (Mlýnková, 2011).

Domovy se zvláštním režimem

Celoroční pobytová služba, služba je podobná službě domov pro seniory. Disponují větším počtem personálu, specializovaného na danou problematiku. Rozdíl se nachází v tom, že do těchto domovů jsou přijímáni obyvatelé se zvláštními potřebami vyplývající s chronické (celoživotní) duševní poruchy, ze závislosti na návykových látkách nebo mentálního postižení (Mlýnková, 2011).

Domovy s pečovatelskou službou

Představují formu péče o relativně zdravé seniory – jednotlivce, manželský pár. Nevyžadují komplexní ústavní péči a stálou pomoc ošetřujících osob.

Potřebují pomoci jen při některých úkonech, např. hygienická péče v koupelně. V domovech s pečovatelskou službou je vyřešeno kvalitnější bydlení, jsou ubytováni v samostatných bytových jednotkách na základě smlouvy (Mlýnková, 2011).

Domovinky

Centra denních služeb určená pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří potřebují denní péči. Zařízení pomáhají klientům i jejich rodinným příslušníkům. Seniori zde tráví svůj čas v době, kdy jsou pečující příbuzní v zaměstnání. Během dne se zajišťují různé aktivity (tělesné, výtvarné) pokud je přítomen personál s praxí v těchto aktivitách. Klientům je poskytnut i oběd. Současně poskytují odlehčovací (respitní, sdílené služby) v době, kdy rodina jede na dovolenou je senior přijat na přechodnou dobu do lůžkové části zařízení (Mlýnková, 2011).

Denní stacionáře

„V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ Služba poskytuje tyto základní činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, 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, ve znění pozdějších předpisů).

Týdenní stacionáře

„V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou

pomoc jiné fyzické osoby“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Pečovatelská služba

Je terénní službou poskytovanou seniorům, osobám se zdravotním postižením a někdy i rodinám s dětmi. Pečovatelská služba se provádí tak, že pečovatelé pomáhají potřebným jedincům v péči o sebe i domácnost (Malíková, 2011).

Problematika financování sociálních služeb je v návaznosti na úsporná opatření v rámci veřejných rozpočtů a taktéž revizi výzev Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost jedním ze zásadních témat sociální reformy a předmětem zájmu sociálních partnerů, dalších stakeholdů i široké veřejnosti. MPSV v souvislosti s některými problematickými body financování sociálních služeb prostřednictvím dotačního systému snaží vytvořit nový systém sociálních služeb, který bude nejen rovný, transparentní, ale taktéž plně kompatibilní s evropským právním rámcem. K dosažení toho cíle stanovilo MPSV postupné kroky, které pro rok 2012 předpokládají úpravu principů dotačního řízení, pro rok 2013 vydání prováděcího právního předpisu dle § 101 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a od roku 2014 nastavení nového systému financování sociálních služeb, přičemž vytvoření tohoto systému je předmětem individuálního projektu MPSV „Podpora procesů v sociálních službách“ (MPSV, 2012).

1.4 Bydlení seniorů

Stavby a budovy jsou velmi často projektovány mladými lidmi a odrážejí se zde jejich představy, možnosti a potřeby. Mnohé pohybové potíže a ztráta funkčních schopností nemohou být jednoznačně chápány jako výraz nebo produkt stárnutí, ale jejich primární příčinou jsou i nevhodně řešené prostory. Hanson považuje za nezbytné již při tvorbě koncepcí formulovat požadavek, aby veřejný prostor byl přátelský ke všem věkovým skupinám. Architektonické bariéry v první řadě bývají součástí i prostoru privátního. Nezbytnost zajistit vhodné

úpravy obydlí tak, aby vyhovoval nové situaci: Možnost pohybovat se v prostoru samostatně, i pokud je snižena mobilita a používání kompenzačních pomůcek. Vytvoření podmínek pro přijímání péče v domácnosti, např. nedostatek prostoru kolem lůžka, dobré větrání. Možnost setkávat se v bytě s lidmi, zajistit vhodný prostor pro přijímání návštěv. Vyčlenění prostoru pro možnost přenocování příbuzných. Také při stavbě zařízení sociální péče pro seniory (s trvalým pobytem) je nedostatečně reflektována potřeba udržování sociálních kontaktů. Důsledkem je často špatné řešení privátních a společných prostor a většinou se v těchto budovách nenacházejí místa pro setkávání s příbuznými (Glosová et al, 2006).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- 1) Zmapovat a vyhodnotit kvalitu života seniorů ve vybraných pobytových zařízeních sociálních služeb v bývalém okrese Jindřichův Hradec.
- 2) Porovnat kvalitu života seniorů ve třech zařízeních stejné pobytové sociální služby v rámci bývalého okresu Jindřichův Hradec.
- 3) Porovnat kvalitu života seniorů v odlišných pobytových zařízeních sociálních služeb.

2.2 Hypotézy

V souvislosti s určenými cíli diplomové práce byly stanoveny tyto hypotézy:

- 1) Čím více nabízených sociálně aktivizačních činností v rámci poskytování sociální služby, tím vyšší je kvalita života uživatelů této služby.
- 2) Uživatelé služby v okresním městě mají vyšší kvalitu života než uživatelé této služby poskytované v obci s počtem obyvatel nepřesahující deset tisíc.
- 3) Kvalita života uživatelů domu s pečovatelskou službou je vyšší než kvalita života uživatelů domu pro seniory.

3. Metodika

3.1 Charakteristika zkoumané oblasti

Každý člověk stárne – elementární tvrzení, které je všeobecně známé a uznávané. Lidé říkávají, stárnutí a stáří, případně smrt sama je jediná spravedlivá jistota, která nás postihne. A právě proto, nebo i přesto, nikdo o svém stárnutí a stáří přímo neuvažuje, tedy až do doby, kdy se nás začne přímo nebo zprostředkovaně týkat. O našem stáří, nebo o stáří kolem nás, se v mladším věku nezajímáme, a to i přesto, že známe mnohé informace o tom, že celá naše i světová populace stárne a je potřeba s tím „něco“ udělat, minimálně reformovat současný a dlouhodobě velmi problematický důchodový systém, který přestává být udržitelný (Haškovcová, 2010).

Pro mé výzkumné šetření jsem si vybrala čtyři pobytová zařízení sociálních služeb, a to: tři domovy pro seniory, v Jindřichově Hradci, Českých Velenicích a Budíškovcích, a jeden dům s pečovatelskou službou v Jindřichově Hradci.

Tyto oblasti se od sebe výrazně odlišují – Jindřichův Hradec je bývalé okresní město s veškerými službami, které vycházely z postavení tohoto města. Domov seniorů se nachází v městské části Otín proti bývalé textilní továrně Jitka. Je to panelová budova, vystavěná pro potřeby seniorů. Ve čtyřech poschodích se nacházejí malé pokoje pro seniory, nejčastěji jsou ubytování ve dvou a třílůžkových pokojích se sociálním zařízením. Na každém patře je odpovídající vybavení a místnosti pro poskytování základních sociálních i zdravotních služeb seniorům. Kapacita domova je celkem 148 lůžek, z toho 130 připadá na vlastní domov pro seniory a 18 lůžek je vyhrazeno pro domov se zvláštním režimem. V domově mají klienti možnost každý den navštěvovat ergoterapeutické dílny, kde senioři vyrábějí různé výrobky a pletou košíky z papíru.

České Velenice jsou typickým pohraničním městem, kde jediným průmyslem byly železniční dílny, a dnes město těží z blízkého spojení s rakouským Gmündem, a je převážně v současné době zaměřeno na turismus a

služby z toho plynoucí. Dům seniorů se nachází v části Českých Velenic blíže k rakouským hranicím v původní zástavbě v budově, která je nově rekonstruovaná a má velký přilehlý pozemek. Tam mají senioři možnost trávit svůj volný čas. V domově se nachází 66 lůžek, rozdělených na jedno, dvou a třílůžkové pokoje. Sociální zařízení je na každém patře zvlášť. Jak jsem se dozvěděla od seniorů, kteří zde žijí, ergoterapeutické dílny jsou otevřeny jen jedenkrát týdně, klienti mají možnost navštěvovat i kroužek, kde hrají karty, ale to jen jednou za čtrnáct dní.

Obec Budiškovice se nachází na pomezí Čech a Moravy, 20 km od hranic s Rakouskem. Nejbližším velkým městem jsou Dačice. V obci žije 420 obyvatel, to znamená, že obec není vybavena nadstandardními službami pro veřejnost. Dům seniorů se nachází v areálu bývalého zámku s velkou přilehlou zámeckou zahradou. Vzhledem k vybavenosti obce musí být domov seniorů naprosto soběstačný, proto je vybaven vlastní kuchyní, prádelnou, plynovou kotelnou, kantýnou pro seniory a zaměstnance. Domov má kapacitu 140 lůžek. V nové přístavbě jsou situovány jedno a dvoulůžkové pokoje. V hlavní budově domova jsou pokoje tři až šestilůžkové. Senioři mají k dispozici ergoterapeutickou klubovnu a na nádvoří probíhá i cvičení aerobiku. Klienti vytvářejí různé výrobky a konají ruční práce, dle svého zdravotního stavu mohou pomoci s prací na zahradě a s udržováním prostor okolo domova. V domově se pořádají četné kulturní akce, s jejichž intenzitou jsou obyvatelé domova spokojeni.

Dům s pečovatelskou službou v Jindřichově Hradci je umístěn v centru města. Jedná se o dům, který byl nově rekonstruován v roce 2004, dům dříve sloužil jako nízkorozpočtové sociální byty města. V současné době se v domě nacházejí samostatné „apartmány,“ bytové buňky s kompletním vybavením, a podle potřeb si mohou klienti doplňující bytové zařízení dodat sami.

V domě s pečovatelskou službou je vyřešeno kvalitnější bydlení. Senioři jsou ubytováni v samostatných bytových jednotkách na základě smlouvy. Senioři mohou využívat pečovatelských a dalších služeb, jako rehabilitace, zajišťování

obědů apod. Pečovatelská služba se poskytuje stejně jako v domovském prostředí (Mlýnková, 2011).

Objekt je moderní, dům byl vyhlášen stavbou roku 2008. V domově nejsou žádné speciální aktivity, senioři mohou navštěvovat občasná sdružení Mesada, které sídlí přímo v budově. Mesada nabízí možnost výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností. V průběhu provedeného rozhovoru jsem zjistila, že pouze jedna respondentka navštěvuje toto sdružení a účastní se ručních prací, malování na sklo, pletení a háčkování.

3.1.1 Metodický postup

Výzkum v této práci byl realizován pomocí kvalitativní formy výzkumu. Použila jsem výzkumnou metodu polostandardizovaného (polořízeného) rozhovoru spolu s kvalitativním pozorováním, která byla využita k dosažení předpokládaného cíle celé práce.

Použitou technikou v této práci je polostandardizovaný rozhovor, který probíhal v Domovech seniorů Jindřichův Hradec, České Velenice a Budíškovice, a v domě s pečovatelskou službou v Jindřichově Hradci. Zároveň jako doplňující technika byl ještě použit škálový dotazník dle WHO DAS II, a to v týchž zařízeních sociálních služeb.

Uvedený rozhovor jsem ještě doplnila o techniku zúčastněného pozorování, které probíhalo v každém zařízení a také zvláště u každého klienta. Nejvíce jsem si všímala toho, jaký má klient zdravotní stav, zda používá nějaké kompenzační pomůcky jako například chodítka, hůlku, berle, a co dělá ve svém čase, když jsem ho navštívila na pokoji.

Cílem kvalitativního výzkumu je možnost porozumět dané oblasti a zároveň si vytvořit i náhled na konkrétní problematiku (Disman, 2002).

Základním zkoumaným souborem respondentů jsou senioři v uvedených pobytových zařízeních sociálních služeb v bývalém okrese Jindřichův Hradec.

K teoretickému mapování současného stavu zkoumané problematiky v této práci je použita metoda analýzy dat, převážně technika sekundární analýzy. Základy práce jsou stanoveny na podkladech zkoumání zejména monografických publikací a online zdrojů, které odpovídají dané problematice. Součástí zkoumání byly také rozhovory s vedoucími a s pracovníky jednotlivých zařízení, které jsem využila v charakteristice výzkumného souboru.

3.1.2. Sekundární analýza dat

Největší množství informací jsem získala z knih vydaných v nakladatelství Grada. Velkou oporou mi byly publikace od Křivohlavého, Haškovcové a Národní program pro přípravu na stárnutí na období 2008 – 2012, ze kterých jsem čerpala nejvíce informací sloužících jako stěžejní studijní a výzkumné materiály. Významné poznatky a zkušenosti mně byly také poskytnuty od vedoucích konkrétních sociálních zařízení, kteří mi umožnili sběr dat. Dále jsem čerpala ze zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších novel. Tento zákon byl použit v platném znění.

3.1.3 Rozhovor

Pro sběr dat byla využita metoda dotazování a technika polostandardizovaného (polořízeného) rozhovoru. V každém zařízení bylo osloveno deset respondentů, s nimiž jsem vedla rozhovor. Rozhovor obsahoval celkem 25 otázek, které byly rozděleny na pět okruhů, jež byly rozvrženy dle stanoveného cíle výzkumu této práce. První okruh otázek rozhovoru se týkal prostředí zařízení, v němž senioři žijí, byl také zaměřen na kvalitu poskytovaných služeb, na spokojenost klientů s prací personálu a všeobecně na jejich celkovou spokojenost. Druhý okruh otázek se týkal kvality života. V otázkách jsem se soustředila na to, co si senioři myslí a představují pod pojmem kvalita života, a jak vnímají svou vlastní životní kvalitu. Třetí okruh otázek se zabýval volným časem seniorů ve zkoumaných zařízeních. Čtvrtý okruh se zaměřil na zdraví seniorů a jejich vnímání svého zdravotního stavu, pátý okruh otázek se zabýval vztahy s rodinami seniorů.

Při rozhovorech jsem měla možnost nahlédnout hlouběji do vnímání a prožívání situací seniorů, které byly mnohdy velmi emocionální. Naštěstí se mi vždy podařilo rozhovor „ukočírovat“, respondenta uklidnit, a v rozhovoru se vrátit zpět k danému tématu.

3.1.3. Otázky stanovené dle WHO DAS II

V otázkách WHO DAS II, které se skládají z pěti domén, je stanovena škála od jedné do pěti, kdy škála číslo jedna znamená, že oblast, na níž je zaměřena, nečiní žádné problémy, a škála číslo pět uvádí, že je to extrémní stav, nebo zjišťovanou skutečnost nelze vůbec provést.

První otázky se týkaly porozumění a komunikace. V první doméně je stanoveno šest základních otázek zaměřených na činnost a porozumění v komunikaci, soustředění se na soustavnou činnost, a také zda se senioři dokáží naučit něco nového, například jak se dostat na neznámou, pro ně novou, adresu. Druhá doména se týká mobility, a má pět otázek, které se doptávají na možnost pohybu seniora po pokoji, vstávání ze sedu, nebo chůze na určitou vzdálenosti. Třetí doména se zaměřuje na sebeobsluhu, a to především otázkami na běžné činnosti, jako je oblékání se, mytí celého těla, nebo zda klientovi činí velké problémy zůstat sám. Doména čtyři se doptává na vztahy mezi lidmi, zahrnuje celkem pět otázek, a to zdali seniorovi nečiní problém jednat s cizími lidmi, dále pak, jak vychází s lidmi ve svém okolí a zda může získávat nové přátele. Poslední otázka je zaměřena na sexuální aktivity seniora. Poslední pátá doména tohoto dotazníku se soustřeďuje na vztahy s lidmi. Má osm otázek, které se vztahují k zjištění obtíží a nesnází, které způsobuje klientovi a jeho rodině zdravotní stav.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem v uvedených pobytových zařízeních sociálních služeb v okrese Jindřichův Hradec bylo čtyřicet respondentů.

V každém zařízení jsem s deseti klienty provedla rozhovor a zadala otázky stanovené dle WHO DAS II dotazníku, které jsem si podložila i pozorováním

celého prostředí, ve kterém senioři žijí, zajímala jsem se i o jejich zdravotní stav. Výběrový soubor byl zaměřen na seniory ve věkovém rozmezí 64 – 92 let.

V Jindřichově Hradci je soubor respondentů tvořen převážně lidmi z Jindřichova Hradce a přilehlého okolí.

V Domově seniorů České Velenice se tento soubor z velké části skládá z obyvatel vesnic a osad původního českého Vitorazska, samozřejmě také z Českých Velenic samých.

V Domově seniorů v Budíškovcích žije smíšená klientela z celého původního okresu Jindřichův Hradec a přilehlé části Moravy.

4. Výsledky výzkumu

Tato kapitola se zaměřuje na analýzu a rozbor jednotlivých rozhovorů s oslovenými respondenty. Je rozvržena podle jednotlivých zařízení, kde výzkum a šetření probíhal. V jednotlivých podkapitolách jsou podrobně popsány rozhovory s respondenty v jednotlivých zařízeních.

4.1 Obecné údaje

Na výzkumném šetření, které bylo prováděno ve čtyřech zařízeních sociálních služeb v okrese Jindřichův Hradec se celkem podílelo 40 respondentů, v každém zařízení bylo osloveno 10 seniorů.

V Domově seniorů Jindřichův Hradec se do výzkumu zapojilo konkrétně 5 mužů a 5 žen ve věku od 64 do 86 let. V Domově seniorů České Velenice se šetření zúčastnilo 6 mužů a 4 ženy ve věku 70 až 92 let a v Domově seniorů Budíškovice 4 muži a 6 žen ve věku 68 až 84 let. V Domě s pečovatelskou službou v Jindřichově Hradci bylo osloveno 5 mužů a 5 žen ve věku od 65 do 83 let.

4.2 Vyhodnocení rozhovoru

4.2.1 Dům seniorů Jindřichův Hradec

Otázka číslo 1: Jste spokojení s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

3 respondenti vypověděli, že jsou s kvalitou služeb spokojeni a 1 respondent vyjádřil nespokojenost.

6 respondentů odpovědělo na otázku kladně, takže můžu říci, že jsou senioři s kvalitou služeb spíše spokojeni. Ve 4 případech vyjádřili nespokojenost se službami, nebo jen částečnou spokojenost.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

1 respondent ve své odpovědi uvedl, že by jako další služby uvítal sex.

Z výpovědí plyne, že respondenti by uvítali více služeb ve svém zařízení, především více kultury a rehabilitaci ke zlepšení svého zdravotního stavu a celkové tělesné kondice. Ve dvou případech by uvítali i specialistu, kterého potřebují kvůli svému zdravotnímu stavu, a v zařízení se nenachází.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

4 respondenti uvedli, že by na svém zařízení neměnili nic, 2 chybí soukromí. Dále by uvítali více kultury a blízký park, kde by mohli trávit volné chvíle. Jeden respondent by v zařízení změnil přístup personálu, a to jeho celkový přístup, kvůli odtážitosti zdravotních sester.

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

8 respondentů je s prací personálu spokojeno, 2 mají výhrady, a to především, protože není dodržováno soukromí klientů. Senioři uváděli i některé výhrady k tomu, co personál dělá.

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

3 respondentky uvedly, že s personálem v domově vycházejí dobře.

Pro 8 respondentů je komunikace s personálem na dobré úrovni, i když měli z počátku jisté výhrady, ale tzv. se spolu sžili. Jeden respondent uvedl, že se snaží nedělat problémy, takže s personálem vychází také dobře, a jeden odpověděl, že mu nic jiného nezbývá.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

1 respondent uvedl, že s úrovní zdravotní péče není spokojen vůbec.

5 respondentů nemá ke zdravotní péči žádné výhrady. Jedna respondentka je spokojena jen částečně a 3 respondenti nejsou spokojeni. Dokonce bylo upozorněno na to, že senioři jsou na okraji zdravotní péče. To vypovídá o tom, jak senioři vnímají zdravotní péči o ně samé.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

3 respondenti si pod pojmem kvalita života představují, že to znamená, jak prožívají svůj pobyt v domově.

Na tuto otázku, každý z respondentů odpověděl podle toho, jak sám vnímá, co je kvalita života. Nejčastější odpověď spojená s kvalitou života bylo zdraví, soběstačnost a bytí samotné.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

Ve čtyřech případech respondenti uváděli, že jejich kvalita života je dobrá.

3 respondenti svou kvalitu života nevnímají jako dobrou, cítí se být něčím omezení, a to především tím, že nemohou být doma, nebo svou mobilitou a soběstačností. 7 respondentů je se svou kvalitou života spokojeno. 2 z těchto sedmi respondentů podotýklo, že se jejich kvalita života po příchodu do zařízení zlepšila.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

3 respondenti uvedli, že se zde příjemně cítí. Bližší komentář neuvedli.

Z těchto 6 odpovědí vychází, že senioři se v zařízení cítí příjemně a jsou tady spokojeni. 2 uvádějí, že jsou zde nespokojeni. Jeden respondent svůj pobyt vnímá, jako pocity psa u boudy, což vystihuje jeho momentální vnímání reality, a jedna respondentka by chtěla umístit do zařízení, které by bylo blíže k bydlišti její dcery. Dvě odpovědi se shodují, respondenti jsou spokojeni jen někdy.

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

4 respondenti jsou v zařízení spokojeni.

Tyto odpovědi vypovídají o nespokojenosti některých respondentů s jejich umístěním do zařízení. 4 respondenti jsou v zařízení plně spokojeni. 1 respondentka uvádí, že je zde spokojená jen někdy, a 5 respondentů poukazuje na svou nespokojenost. Uvádějí, že by byli raději doma, často hlavně proto, že jim chybí soukromí.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

2 respondenti uváděli, že se v zařízení cítí dobře, aniž by to nějak komentovali.

Jeden respondent se v zařízení cítí výborně, je spokojený. 4 respondenti se v tomto prostředí cítí dobře, neboť si myslí, že je o ně dobře postaráno. V jednom případě se respondent cítí v zařízení dobře, ale chybí mu zde soukromí. Jedna respondentka měla o pobytu jiné představy. Dvě respondentky uvádějí, že se cítí být osamělé, a jednomu respondentovi chybí volnost a možnost dělat si věci podle svého.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

4 respondenti uváděli, že nejvíce jim chybí soukromí, a ve dvou případech rodina.

Na tuto otázku respondenti odpovídali dle toho, co v domově nejvíce postrádají. V 5 případech to byla především rodina. V dalších to bylo to, čemu by se nejraději věnovali, ale již to jejich momentální stav nedovoluje. Především zdraví nebo jiné, často blíže nespecifikované, možnosti v domově.

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Otázka: „Co byste si ve svém životě přál/a? budila u většiny respondent emocionální vzrušení. Mnohokrát nevěděli, co na danou otázku odpovědět, protože nad tím nikdy předtím nepřemýšleli. Po chvílce zamyšlení, každý řekl své vlastní přání. Jednotlivá přání se od sebe liší převážně vzhledem k stavu seniorů. Nejvíce se přání dotýkala zdraví a mobility, které v jejich věku není již tak ideální, jak by si představovali. Dva respondenti uvedli, že by si chtěli najít přítelkyni, aby se necítili tolik osaměle.

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

6 respondentů si krátí dlouhý čas čtením knih nebo časopisů a luštěním křížovek. Dva respondenti velmi rádi tráví svůj volný čas v pracovních dílnách. Jedna respondentka se ve volném čase věnuje povídání s ostatními a procházkami v přilehlém parčíku u domova. Další respondentka uvedla, že volné chvíle tráví

seděním a koukáním, tak jako, podle jejího názoru, 90 % jejích spolubydlících a také tím, že jde na procházku.

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

5 respondentů navštěvuje dílny v domově, kde vyrábějí různé výrobky a ženy zde pletou a háčkují. Všichni tam chodí velmi rádi.

6 respondentů z 10 navštěvuje aktivity, které jsou v domově uskutečňované. Jeden rád chodí na kulturní akce pořádané v domově a 3 respondentům v aktivitách brání jejich nepříznivý zdravotní stav, především jejich špatná mobilita.

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

3 z dotázaných respondentů nenavštěvují žádnou aktivizační činnost, nedovoluje jim to zdravotní stav.

Respondenti, kteří navštěvují aktivizační činnosti, převážně uváděli, že činnosti probíhají v klidné až domácké atmosféře, popíjejí přitom čaj nebo kávu. Poslouchají rádio a povídají si.

7 respondentů, kteří se účastní aktivit, jsou s jejich průběhem spokojeni. Sdělili mi, že činnosti probíhají v příjemné atmosféře, v poklidu a slouží jim k prožití dlouhého volného času.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví? (aktivizačních činnostech)

3 respondenti na tuto otázku nedokázali odpovědět, protože žádné aktivity nenavštěvují.

Všichni respondenti, kteří se účastní aktivit, řekli, že jsou pro ně důležité a pomohou jim zpříjemnit si dlouhé chvíle v domově smysluplnou činností, podporující kreativitu.

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

3 respondentky by se chtěly více věnovat různým ručním pracím, ale zdravotní stav jim to nedovoluje, a to především jejich špatný zrak nebo třesoucí se ruce. 1 respondent by chtěl více kulturních akcí, ve kterých mu brání nedostatek financí, a další by rád podnikal výlety, které domov nerealizuje. V neposlední řadě jedna respondentka uvedla, že by se chtěla věnovat péči o zvířátka, ale bohužel v domově žádná nejsou. Od vedoucího domova jsem se dozvěděla, že na uzavřeném oddělení mají zakrslého králíka, kterého pouštějí proběhnout na chodbu. 1 respondent na tuto otázku nedokázal odpovědět.

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

7 respondentů má v domově přátele, se kterými udržuje kontakt. Jedna respondentka, zde má spíše známe, které nepovažuje přímo za přátele. Jeden respondent uvedl, že se snaží vycházet s každým, a u jednoho respondenta jsem zjistila, že v domově žádné přátele nemá. Respondenti důsledně rozlišovali významy pojmů přítel, známý, spolubydlící.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

Na tuto otázku respondenti odpovídali různě. Hlavně podle toho, co bylo v jejich mládí nebo v minulosti koníčkem a čemu se zkrátka rádi věnovali.

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

4 respondenti uvedli, že svůj volný čas prožívají raději v přítomnosti někoho druhého, 5 respondentů vyhledává převážně samotou.

5 respondentů chce být spíše samo a druhé lidi tak úplně nevyhledává. 4 respondenti zase tráví čas raději s druhými lidmi a jeden respondent uvedl, že většinu času je se spolubydlícím v jejich společném pokoji.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

3 respondenti uvedli svůj stav jako dobrý bez dalších údajů.

Odpovědi na tuto otázku se různily podle vnímání zdravotního stavu jednotlivci. Někteří respondenti nemají zdravotní stav dobrý, ale vnímají ho jako dobrý. Jeden

respondent má psychiatrické problémy již od dětství, svůj zdravotní stav nevnímá jako nijak dobrý. Dvě respondentky dokonce uvedly, že svůj stav vnímají jako „mizerný.“

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

Jako největší omezení vnímají čtyři respondentky třesot rukou, který jim brání v činnostech. Dále jako největší omezení přiřazují respondenti špatnou mobilitu a oční vady.

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

8 respondentů navštěvuje pravidelně rodina nebo přátelé.

V jednom případě respondenta nikdo z rodiny nenavštěvuje, a to hlavně vzhledem ke špatným vztahům v rodině.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

3 respondenti odjíždějí za svou rodinou, aniž uvedli v jakém časovém intervalu, a 4 respondenti nenavštěvují rodinu vůbec.

4 respondenti odjíždějí na návštěvu za svou rodinou, 2 respondentkám návštěvy nedovoluje zdravotní stav a 4 respondenti na návštěvu za rodinou neodjíždějí.

4.2.2 Dům seniorů České Velenice

Otázka číslo 1: Jste spokojení s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

A 3 respondenti uvedli, že jsou se službami v zařízení spokojení.

8 respondentů při rozhovoru uvedlo, že jsou v domově spokojení. Dodávají, že více nepotřebují a nejsou nároční, neboť co jiného by mohli chtít. Jeden respondent, nejstarší - je mu 92 let, mi řekl, že je zde spokojený, protože si sám již nemůže nic udělat, a je závislý na pomoci druhých lidí. Jedna respondentka upozornila na to, že po šesti letech se kvalita služeb v zařízení zhoršila, je to podle ní dáno výměnou vedení a personálu domova.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

4 respondenti se shodli, že zde nejvíce chybí více aktivit a kulturních akcí.

Jedna respondentka na mou otázku odpověděla, že nikdy nepřemýšlela nad tím, jaké jiné služby v domově by uvítala. Imobilní respondent by uvítal více rehabilitace nebo rehabilitační sestru, aby mohlo dojít ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Další dva respondenti uvedli, že jiné služby nepotřebují, jsou spokojení. 4 respondenti by chtěli více kulturních aktivit, které v domově chybějí.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

4 respondenti uvedli, že asi nic, a jeden nevěděl, co by na zařízení mohl změnit.

7 respondentů by na svém zařízení neměnili nic, protože jsou zde spokojení a prostředí jim vyhovuje. Dvě respondentky by přivítali více kulturních akcí a větší volnost. Jeden respondent upozornil na potřebu lepšího jídla.

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

2 respondenti uvedli, že personál pracuje dobře, sestry jsou ochotné, nemohou si na nic stěžovat. Ve dvou případech uváděli respondenti, že personál pracuje dobře, a jeden respondent dodal, že mu personál pomůže, s čím potřebuje.

Všech 10 oslovených respondentů je s prací personálu spokojeno a nemají výhrady, dokonce ve třech případech uvedli, že jsou sestry hodné a ochotné. Pouze v jednom případě respondentka řekla, že je s prací personálu spokojená, nemůže si stěžovat, protože by se stejně nic nezměnilo.

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

5 respondentů v rozhovoru uvedlo, že s personálem vychází dobře. Dva dodali, že s personálem vycházejí bez konfliktů a dva ještě dodali, že jsou sestry hodné a nemají s nimi žádné problémy.

Všichni respondenti mi v rozhovoru odpovídali na tuto otázku pozitivně, nemají s personálem žádné větší problémy, které by vedly ke konfliktům.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

Ve třech odpovědích se respondenti shodli, že si na zdravotní péči nemohou stěžovat, tedy jsou spokojení.

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že zdravotní péče v zařízení by mohla být častější vzhledem ke zdravotnímu stavu jeho obyvatel. Lékař je v zařízení pouze jednou týdně, což je při zdravotních obtížích seniorů rozhodně nedostačující.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

Dvakrát se opakovala odpověď, že pod pojmem kvalita života si představují zdraví, a 1 respondentka si pod tímto pojmem nedokázala představit nic.

V 5 případech si respondenti pod pojmem kvalita života představují to, jakým způsobem prožívají svůj život. Ve dvou případech si pod tímto pojmem představují dobré zdraví. Jedna respondentka uvedla krásnou větu: „Každý to má tak, jak si to udělá.“ Nejstarší respondent si pod pojmem kvalita života představuje soběstačnost.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

Ve dvou případech byla odpověď – Ano.

V 7 případech považují respondenti svou kvalitu života za dobrou. Ve třech případech s ní nejsou spokojení, a to proto, že nemohou chodit nebo v rámci svého vysokého věku nejsou soběstační a nezvládají své životní potřeby, jsou závislí na druhých, a jedna respondentka uvedla, že lepší to již stejně nemůže být.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

5 respondenti odpověděli, že se v domově cítí příjemně, a dva se zde cítí dobře, ale doma jim bylo lépe. V jednom případě respondentka uvedla, že záleží na její momentální náladě, jak se cítí. Jedna respondentka sdělila velmi šalamounskou odpověď, a to že ji tu není dobře ani špatně. Nejstarší respondent řekl, že zde musí být spokojený.

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

Dva respondenti uváděli, že jsou spokojeni.

6 respondentů je v zařízení spokojeno. Jeden respondent se zde cítí poměrně spokojen. Nejstarší respondent opět uvedl, že musí být spokojený, a jedna respondentka uvedla, že je zvyklá být mezi lidmi, takže jí pobyt v domově nevadí.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

Další 4 respondenti uvedli, že se v jejich zařízení cítí dobře, protože žijí v hezkém prostředí, a 2 respondentky uvedli, že příjemně, jen mají málo soukromí.

7 respondentů se zde cítí dobře, protože žijí v klidném a pěkném prostředí. Dvě respondentky se cítí dobře, ale mají málo soukromí, a jedna se necítí tak dobře, jako by byla doma.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

V dvou případech respondenti sdělili, že jim zde nic nechybí. Ve čtyřech případech respondentům chybí rodina, především manželé, kteří zemřeli. Jednomu respondentovi chybí častější lékařská péče a hraní na hudební nástroje, které bývalo jeho velkým koníčkem. V dalším rozhovoru klientka uvedla, že jí chybí její pes, se kterým dříve chodívala na procházky a který ji motivoval k aktivnímu pohybu. Jedné klientce chybí volnost a soukromí. A poslední uvedla, že jí chybí cigarety, protože má malý důchod a nezbydou jí na ně peníze.

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Přání jednotlivých respondentů se opět různila, tak jako v předešlém zařízení. Každý máme svá specifická přání, která se kolikrát neopovázíme raději ani vyslovit. 5 respondentů si přeje mít dobré zdraví a také zdraví pro svou rodinu. Dva respondenti chtějí dožít poklidně a důstojně. Jedna respondentka si přeje být spokojená. Dva respondenti si přejí dobře a klidně dožít v domově. A velké přání jedné respondentky je se podívat do Jindřichova Hradce na svá pravnoučata, dvojčata, která neměla možnost ještě vidět, protože s rodinou neudrhuje žádný

kontakt. Jediné, co je kdy zajímalo, jak uvedla, byly její peníze. Osudy některých lidí mi přijdou velmi smutné.

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

Největší část respondentů ve volném čase ráda čte, sleduje televizi a luští křížovky. Někteří chodí na procházky a jiní rádi tráví čas na přilehlé zahradě domova pod altánem, který ve slunném počasí poskytuje příjemný stín. Dva z respondentů si krátí čas hraním karet v kroužku, který se pořádá jednou za čtrnáct dní. Jedna respondentka ráda hraje známou hru „Člověče, nezlob se“, a to nejraději se svou spolubydlící na pokoji.

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

3 respondenti uvedli, že nevědí, jestli se v domově nějaké aktivity vůbec pořádají, nikdo je o nějakých činnostech neinformoval, a 2 respondenti chodí do kroužku hraní karet.

8 respondentů na žádné aktivity nechodí, a to buď že jim to neumožňuje zdravotní stav, nebo o aktivitách pořádaných v domově nic nevědí. Dva respondenti navštěvují karetní kroužek konaný jednou za čtrnáct dní.

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

2 respondenti uvedli, že aktivizační činnosti probíhají v poklidu a povídají si při nich. 8 respondentů na žádné aktivity nedochází.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví?

6 respondentů aktivity nikdy nenavštěvovalo, tak na tuto otázku neodpovídali, 2 respondentky uvedly své dojmy z doby, kdy do těchto „kroužků“ docházely.

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

Ve většině aktivit co by obyvatelé domova rádi podnikali, jim brání jejich zdravotní stav, a to především mobilita nebo špatný zrak. V jednom případě by

respondent rád vyšel na procházku do lesa, ale les je daleko. Jedna respondentka by se ráda podívala na nějaký výlet nebo zájezd, ale ty se tu bohužel žádné nekonají.

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

5 respondentů má jako svého přítele spolubydlícího na pokoji a 2 respondenti zde přátele nemají.

8 respondentů na tuto otázku uvedlo, že v domově má přátele, a 2 respondenti zde žádné přátele nemají, a proto tráví čas většinou sami.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

Každý z respondentů ve svém domovském prostředí trávil volný čas jiným způsobem. Většina obyvatel pochází z přilehlých obcí, trávili většinu volného času prací na zahradě, péči o dům a hospodářství. Tři respondenti rádi chodili na procházku do lesa. Jedna respondentka ve svém volném čase ráda šila pro sebe, i si tím přivydělávala a nacházela v tom velké uspokojení. Další respondent měl svou firmu a vedl živnost.

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

Ve 4 případech se opakovala odpověď spíše ano, ve 2 ano a 2 respondenti uvedli, že tráví čas se spolubydlícím.

V 6 případech byla odpověď, že více času jsou respondenti spíše sami. V jednom případě byla odpověď ano, nerad obtěžuje ostatní. Dva respondenti tráví převážnou část svého času se spolubydlícím na pokoji. A jeden respondent není téměř vůbec sám.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

2 respondenti označili svůj zdravotní stav za dobrý.

8 respondentů z celkového počtu označují svůj zdravotní stav za dobrý, i když někteří sami mají objektivní závažné problémy. Dvě respondentky uvádějí svůj zdravotní stav jako špatný, protože je omezuje v pohybu.

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

4 respondenti vnímají jako své největší omezení pohyblivost.

6 respondentů uvádí jako své největší omezení ztrátu mobility. Dvěma respondentkám stěžuje život špatný zrak. Jedna respondentka vnímá jako největší omezení špatnou hybnost pravé ruky, nemůže se zapojovat do aktivit, které by ráda dělala ve svém volném čase a brání ji také v tom, aby se dokázala podepsat. Další respondentka se domnívá, že ji nic neomezuje.

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

2 respondentky na otázku odpověděly, že děti nikdy neměly.

Za sedmi respondenty rodina pravidelně dochází do domova. Jednoho respondenta nikdo z rodiny nenavštěvuje a dvě respondentky děti neměly.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

Odpověď: 9 z 10 respondentů na ni odpovědělo, že neodjíždějí za rodinou na návštěvy. 1 respondent navštěvuje rodinu každé Vánoce.

4.2.3 Dům seniorů Budiškovice

Otázka číslo 1: Jste spokojeni s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

4 respondenti na otázku odpověděli, že jsou s kvalitou služeb spokojeni.

Dohromady osm respondentů je se službami v zařízení spokojeno úplně, z toho jedna respondentka nad kvalitou služeb nikdy nepřemýšlela. Jedna respondentka uvedla, že je vcelku spokojena, a další je tak na půl, někdy ano a jindy zase ne.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

3 respondenti řekli, že jim v zařízení chybí rehabilitace.

4 respondenti jiné služby nepotřebují, ty, co využívají, jim postačují. Jeden respondent nemá žádné výhrady, takže ani neví, jaké jiné služby by mohl využívat. Jednomu respondentovi chybí internet, který měl doma, a nyní nemůže internetové připojení využívat na pokoji. Další by uvítal masáže a jiní tři rehabilitaci.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

2 respondentky uvedly, že jsou zde spokojené, a 2 respondenti by uvítali mladší ženy v zařízení.

4 respondenti by na zařízení neměnili vůbec nic, líbí se jim prostředí a jsou spokojeni s přilehlým zámeckým parkem, kam chodívají téměř všichni senioři na procházky a posedávat na lavičky. Jedna respondentka by uvítala více soukromí, kterého zde má málo, dvěma by se líbila změna v přístupu personálu, i když podotkly, že záleží na momentální náladě. Další potřebuje více zážitkových akcí, nejen být stále na stejném místě, a dva respondenti chtěli mladší ženy v domově.

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

5 respondentů je s prací personálu v zařízení spokojeno. Co potřebují, s tím pracovníci domova seniorům pomohou. 3 uvedli, že se personál snaží, a také mimo jiné záleží na náladě sester, ale i jich samých. Jeden řekl, že práce odpovídá tomu, jaké dostanou finanční ohodnocení, a že chápe jejich postoj, protože za málo peněz nikdo nebude vynakládat velké pracovní úsilí. Jeden respondent projevil spíše nespokojenost, protože personál podle něho pracuje „nic moc.“

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

2 respondenti na otázku odpověděli, že s personálem vycházejí dobře.

9 respondentů z celkového počtu vychází s personálem dobře, aniž by docházelo k vážným konfliktům. Nikdo neměl zvláštní výhrady, které by potřeboval řešit. Dva respondenti uvedli, že jsou sestry hodné a vždy rády pomohou. Jeden respondent podotkl, že s personálem vychází jak kdy, prý záleží na tom, zda má náladu si s někým povídat, ale jinak také nemá žádný problém.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

4 respondenti jsou se úrovní zdravotní péče spokojeni a 3 uvedli, že ne.

6 respondentů je s úrovní zdravotní péče spokojeno. Jeden respondent uvedl, že je snad spokojený, vážnější zdravotní problémy prý nikdy neměl, jen se bojí toho, kdyby někdy nastaly. 3 respondenti projevili nespokojenost, a to hlavně s tím, že je lékař v zařízení pro jejich potřeby méně často, než by jim vyhovovalo, a jedna respondentka opět upozornila, že senioři by si zasloužili více zdravotní péče, protože ji nejvíce potřebují.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

Každý z respondentů si pod tímto pojmem představí něco jiného, ale většinou kvalitu života přisuzují tomu, jakým způsobem prožívají své životy, zdraví a další potřeby jako štěstí. Jedna respondentka upozornila na to, že pro ni to znamená občas opustit domov a podívat se, jak to vypadá doma, kde žila celý svůj život.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

2 respondenti uvedli, že kvalitu svého života vnímají jako dobrou, a jeden, že svou kvalitu života nepovažuje za dobrou.

6 respondentů si myslí, že jejich kvalita života je dobrá, nemají k ní nijak zvláště velké výhrady, jsou spokojeni jak to je, jen si uvědomují, že jejich zdravotní stav není takový, jaký býval dříve, a dochází jim dopad jejich celkového zdravotního stavu a samoty, která na ně v zařízení dopadá. Tři respondenti uvedli, že to bývalo lepší a že záleží i na psychickém stavu. Jeden respondent není spokojen s kvalitou svého bytí, život považuje spíše za přežívání.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

3 respondenti na tuto otázku odpověděli, že se zde cítí příjemně.

7 respondentů se v zařízení cítí příjemně, a to i díky pěknému prostředí, v kterém se domov nachází, dva z těchto seniorů uvedlo, že se doma cítili lépe, ale nestěžují si. Jeden respondent je tady ve své podstatě spokojený, nedokáže si

představit, co by mohl dělat sám doma, když potřebuje pomoc od jiných. Další dva uvedli, že se zde cítí střídavě dobře, nebo občas dobře, to vše souvisí s tím, že by byli raději doma, ale pomalu si uvědomují, že na spoustu věcí již sami nestačí.

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

3 respondentky řekly, že jsou zde spokojené, a jeden respondent není spokojený ve svém zařízení.

6 respondentů je v domově spokojeno, líbí se jim okolí, které je krásné a působí na seniory uklidňujícím dojmem. Jedna respondentka sdělila, že před nástupem do zařízení byla hospitalizována na LDN, kde nebyla vůbec spokojena, zde se jí líbí přístup sestřiček i ostatních, působí tu na ni příjemná atmosféra, která na LDN chyběla, tam podle ní bylo vše moc uspěchané. Další dva uvedli, že jsou ve svém zařízení relativně spokojeni, a jeden upozornil na souvislost s náladou. Prý je to tak jako doma, také občas nemáte náladu na nic a na nikoho.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

2 respondentky se domově cítí dobře a 2 respondenti nikterak dobře.

6 respondentů se v zařízení cítí dobře, nebo příjemně. Jeden dokonce uvedl, že fantasticky. Doma zůstal sám a nedokázal si představit, jak by vše zvládl tak, jako když byla manželka na živu. Jeden respondent se v zařízení cítí být sám a samota mu nevyhovuje, ale snaží se navštěvovat různé aktivity, aby sám nebyl. Zbývající dva respondenti se v zařízení necítí nikterak dobře a to hlavně z důvodu, že byli doma spokojeni.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

3 respondentům v zařízení chybí jejich rodina a přátelé.

Každému v zařízení chybí trochu něco jiného, je to dáno tím, čím jsou omezeni, nebo co postrádají. 5 respondentům chybí rodina a přátelé, protože s rodinou a přáteli byli v kontaktu často, a to zde nejde. Jednomu respondentovi chybí jeho dílna, kde byl schopen setrvat celé hodiny, další postrádá zahrádku, svůj

historický motocykl, který je jeho velkou chloubou. Jedna respondentka uvedla, že ji v zařízení nejvíce chybí soukromí, nemá možnost být chvíli sama, žádá o přeložení na jednolůžkový pokoj. Poslední respondent upozornil na to, že je pro něj důležitá chybějící zdravotní péče, kterou by vyžadoval.

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Na tuto otázku jako v předešlých zařízeních odpovídal každý jinak a to podle toho, jak si svá přání představuje. Většina přání respondentů se týkala poklidného dožití a dobrého zdravotního stavu. Dva respondenti by si přáli zemřít bez bolestí v poklidu bez pomoci druhých, jedna respondentka upozornila na to, že by chtěla být stále soběstačná. Dva respondenti by se chtěli vrátit zpět domů.

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

Převážná většina respondentů si ve volném čase čte, sleduje televizi, navštěvuje pracovní dílny v domově, kde jsou všichni velmi spokojení. Chodí na procházky po okolí. Jeden respondent uvedl, že velmi rád spí, protože se cítí stále unavený.

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

3 respondenti chodí do dílen v domově, kde tvoří různé výrobky.

9 respondentů v domově využívá možnost aktivit, které jsou v domově. Jeden respondent nenavštěvuje žádné aktivity, neumožňuje mu to zdravotní stav.

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

4 respondenti uvádí, že při aktivitách panuje velmi příjemná a klidná atmosféra. 2 popsali průběh práce. Arteterapeutka jim přinese pomůcky a návrhy a oni si vyberou, co budou vyrábět. Popřípadě pokračují v rozdělaných výrobcích.

Všichni respondenti se shodli na tom, že různé aktivity probíhají ve velmi příjemné atmosféře. Mají možnost spolupracovat a popovídat si s ostatními a tím vyplní svůj volný čas, který by jinak netrávili kreativní činností. Malují různé obrázky dle ročního období, pletou šály, ponožky a jiné výrobky z vlny.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví?

3 respondentky rádi navštěvují aktivity, aby nemusely být samy, a jedna respondentka se aktivit neúčastní, nedovoluje jí to zdravotní stav.

5 respondentů odpovědělo, že navštěvují aktivity hlavně proto, aby si zkrátili dlouhý čas v domově. 2 respondenti považují za nejlepší kreativitu a tvůrčí činnost. Další uvedla, že jí vyhovuje spolupráce a kolektiv. Jedna dokonce sdělila, že jí na činnostech baví vše. Jedna respondentka se neúčastní žádných aktivit, nedovoluje jí to zdravotní stav.

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

V aktivitách, které by senioři rádi provozovali, jim především brání zdravotní stav, a to hlavně špatný zrak a ztráta mobility. Jedna respondentka by se ráda starala o zvířata, ale v domově žádná nejsou.

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

7 respondentů na tuto otázku odpovědělo, že se zde přátelí s ostatními, a jeden respondent v domově nemá přátele.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

4 respondenti uvedli, že volný čas doma trávili nejčastěji na zahradě, pracemi okolo domu a domácími pracemi.

Další respondenti uvedli, že volný čas věnovali domácím pracím, uklízením, pracím v dílně, procházkami. Jeden z respondentů uvedl, že většinu volného času věnoval rozhovorům s manželkou, a další, že trávil volný čas mnohem aktivněji než v domově, ale nijak blíže nespecifikoval jakými činnostmi.

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

4 respondenti netráví čas sami, nebo se snaží nebýt sami, a 4 respondenti chtějí být spíše sami.

Tato otázka je rozdělena přesně na půl respondentů. 5 respondentů by chtělo být převážně raději samo a pět respondentů naopak vyhledává spíše společnost dalších lidí a samotu odsuzují.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

8 respondentů vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý, ale ne ideální a dva respondenti uvedli, že jejich zdravotní stav není vůbec dobrý, je spíše špatný, omezuje je v soběstačnosti a možnosti realizovat činnosti, které by chtěli vykonávat.

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

5 respondentů jako největší omezení vnímá svou špatnou mobilitu, 2 si stěžují na špatný zrak a sluch. 2 vnímají jako omezení svůj celkový zdravotní stav a další jako největší omezení uvádí nutnost spaní s cizím člověkem ve stejném pokoji.

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

V 8 případech respondenty navštěvuje rodina téměř pravidelně, ve 2 za nimi skoro nikdo nechodí.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

7 respondentů za rodinou neodjíždí vůbec a tři respondenti navštěvují své příbuzné.

4.2.4 Dům s pečovatelskou službou Jindřichův Hradec

Otázka číslo 1: Jste spokojení s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

5 respondentů je s kvalitou služeb v domě s pečovatelskou službou spokojeno a 5 respondentů uvedlo, že zatím žádné nevyužívá.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

Na tuto otázku odpovědělo 6 respondentů, že jsou se službami spokojení, takže žádné jiné nepotřebují. 1 respondent sdělil, že mu služby vyhovují. 2

respondentky nevěděly, jaké jiné služby by mohly využívat, nebo by je uvítaly. Jedna respondentka by ráda využívala služby zdravotní sestry.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

Všichni respondenti se shodli, že jsou v zařízení spokojeni, takže by nic neměnili.

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

8 respondentů na tuto otázku uvedlo, že jsou s prací personálu spokojeni. Pracují dobře. Jeden respondent dokonce uvedl, že personál zde pracuje velmi dobře, a jeden respondent při rozhovoru sdělil, že personál pracuje uspokojivě.

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

9 respondentů uvádělo dobrou spolupráci s personálem, jeden senior je naprosto soběstačný, takže na tuto otázku nedokázal odpovědět.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

3 respondenti jsou s úrovní zdravotní péče spokojeni. 5 respondentů uvedlo, že v domě s pečovatelskou službou žádná zdravotní péče přímo není. 1 respondent je s úrovní zdravotní péče nespokojený a jeden respondent uváděl, že ještě žije, tak je se zdravotní péčí spokojen.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

5 respondentů považuje za kvalitu života především zdraví a připojují k tomu ještě dobrý psychický stav, jeden respondent ke zdraví a psychickému stavu dodával také potřebu financí. Jedna respondentka sdělila, že je to podle ní úroveň spokojenosti, a jedna respondentka na tuto otázku nedokázala přímo odpovědět a další respondent uvedl, že pro něho to znamená to, co nemá.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

7 respondentů svou kvalitu života považuje za dobrou a navíc se někteří domnívají, že je přiměřená jejich věku. 3 respondenti uvedli, že jejich kvalita života není určitě dobrá.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

V prostředí domova s pečovatelskou službou se cítí příjemně všichni oslovení respondenti bez výhrad. Jeden uvedl, že se v tomto prostředí cítí přiměřeně příjemně bez dalšího bližšího vysvětlení.

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

Všech 10 respondentů je v zařízení spokojeno. Uváděli, spokojenost s pěkným udržovaným prostředím a bezbariérovost, která jim usnadňuje volnou pohyblivost. Dům je situovaný v centru města, takže senioři mají veškeré potřebné služby v místě bydliště.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

5 respondentů uvádělo v rozhovoru, že se v zařízení cítí dobře. 3 dokonce velmi dobře a 2 respondenti přiměřeně.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

Odpovědi na otázku co vám zde nejvíce chybí, se samozřejmě různily. 2 respondentkám chybí mužská ruka, která by dokázala provést drobné opravy v jejich bytě, a 4 respondenti uváděli, že jim v zařízení nic nechybí.

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Každý respondent uvedl, svá přání v pěti případech se hlavně týkala pevného zdraví a možnosti klidného stáří. Jeden respondent zdůraznil demokratičnost naší vlády, kterou postrádá a vnímá ji spíše jako mafii, která rozkrádá státní peníze. Další klientka uvedla, že by si přála, aby vláda začala být více spravedlivá.

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

7 respondentů uvádělo jako nejčastější možnost čtení, luštění křížovek, procházky po městě, návštěvy u spolubydlících a sledování televize. 2 respondenti tráví volný čas prací, jeden z nich věnuje péči invalidní manželce. Poslední

respondentka sdělila, že svůj volný čas tráví čekáním na smrt. Nikoho nemá, připadá si sama a nechce obtěžovat ostatní.

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

8 respondentů na tuto otázku odpovědělo tak, že žádné aktivity nenavštěvují.

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

8 respondentů, kteří žádné aktivity nenavštěvují, na tuto otázku nedokázali odpovědět.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví?

9 respondentů aktivity, jako takové, nenavštěvuje, pouze jeden z nich uvedl, že za svou aktivitu považuje bydlení v „pečovateláku.“ Jedna klientka, která chodí do sdružení Mesada, uvedla, že je ráda v kolektivu, nechce zůstat převážnou část dne sama doma, a tak je vděčná, že si může popovídat s lidmi, které zná. Další respondent předvedl svůj pesimistický pohled na svět podložený chozením na houby, jež nerostou, a utrácením peněz, kterých je málo.

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

5 respondentů by dělalo cokoliv, ale brání jim v tom špatná chůze a nedostačující mobilita. Jeden z respondentů uvedl, že nemá žádný volný čas, všechno volný čas vynakládá do péče o svou invalidní manželku, aby jí se vším pomohl. Dva respondenti tvrdili, že by si chtěli více číst nebo provádět ruční práce, ale brání jim v tom špatný zrak a bolest očí. Jeden respondent dodal, že by rád cestoval. Chtěl by navštívit země, kde ještě nebyl, ale brání mu v tom finanční prostředky, které postrádá. Jedna respondentka má sice hodně volného času a nic ji zásadním způsobem neomezuje, ale neví, čím by se mohla zabavit a vyplnit volný čas. Poslední respondent je spokojen s tím, co dělá doposud.

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

Ze sdělení respondentů bylo zjištěno, že všichni mají v zařízení alespoň nějaké přátele, se kterými prožívají svůj volný čas, jeden respondent uvedl, že v zařízení má málo přátel.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

Na tuto otázku respondenti odpovídali různorodě, především podle toho, čemu se dříve věnovali. 5 respondentů odpovědělo, že volný čas vyplňovali především prací, všedními povinnostmi a s přáteli. Jedna respondentka chodila do pěveckého kroužku. 2 respondenti trávili doma volný čas přibližně stejně jako nyní a dvě respondentky si doma četli.

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

6 respondentů vyžaduje raději společnost a nechtějí být sami. Jedna respondentka dokonce uvedla, že se snaží, aby nemusela být sama, má ráda společnost druhých. 3 respondenti jsou rádi sami a nevadí jim to, potřebují svůj „klid.“ 1 respondentka je ráda sama jen někdy.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

3 respondenti vnímají svůj zdravotní stav jako špatný, 2 jako ne moc dobrý a 2 jako dobrý. Další 2 respondenti udali svůj zdravotní stav odpovídající věku a jeden respondent k tomu ještě dodal, že je rád, je se svým zdravotním stavem spokojený – „prozatím trefí domů.“

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

4 respondentky vnímají jako své největší omezení špatnou mobilitu a hybnost. Jedna respondentka uvádí jako její největší omezení závislost na druhých, 2 respondenty omezují oční vady a 2 respondenty nic neomezuje, nebo to tak nevnímají. Někteří respondenti se zabývají i děním ve společnosti, politikou, a mají s negativním vývojem, podle jejich názoru, evidentní problém.

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

Odpověď: 9 respondentů navštěvují v domě s pečovatelskou službou přátele a příbuzní. Jeden respondent uvedl, že ho nikdo nenavštěvuje.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

Odpovědi na tuto otázku byly vyrovnané. 5 respondentů navštěvuje svou rodinu a 5 respondentů nejezdí na návštěvy k příbuzným, neboť nemají k tomu žádnou potřebu.

4.3 Vyhodnocení dotazníku WHO DAS II

Vyhodnocení výsledků v jednotlivých zařízeních pomocí škálových otázek, které se dotazovaly na problematiku v oblasti za posledních třicet dní, a to v Domově seniorů Jindřichův Hradec (DS JH), Domově seniorů České Velenice (DS ČV), Domově seniorů Budíškovice (DS B) a v Domě s pečovatelskou službou Jindřichův Hradec (DPS JH).

Tabulka 1: Doména porozumění a komunikace

Respondenti		DS JH	DS ČV	DS B	DPS JH
D1.1	Soustředit se na činnost po dobu 10 minut	2,2	2,5	2,3	1,8
D1.2	Zapamatovat si co je třeba udělat	2,5	3,1	2,6	1,7
D1.3	Rozebrat a vyřešit potíže v každodenním životě	2,3	2,5	2,3	1,5
D1.4	Naučit se něco nového, například jak se dostat na novou adresu	2,4	2,6	3,0	1,7
D1.5	Rozumět, co lidé říkají (v obecném smyslu)	1,6	1,6	2,1	1,5
D1.6	Začít a udržet rozhovor	1,7	2,0	2,5	1,6

Průměrná hodnota (D1.1-D1.6)	2,1	2,4	2,5	1,6
-------------------------------------	------------	------------	------------	------------

Jak Vám tyto potíže vadí v životě?	2,3	2,9	3,0	1,7
---	------------	------------	------------	------------

Porozumění a komunikace dělá nejmenší problémy lidem žijícím v domě s pečovatelskou službou, ani jim v porovnání se seniory žijícími v domech pro seniory nepřipadá nikterak problematická v jejich životě. Je to dané tím, že častěji opouštějí prostory domu a mohou vyjít i do města, kde se setkávají s ostatními i cizími lidmi, a to i při běžných činnostech jako je nakupování, nebo jen procházka.

Zato senioři žijící v domovech pro seniory mají v této oblasti větší problémy a také jim to v životě více vadí. Nejvíce tato oblast ztěžuje život seniorům žijícím v Domě seniorů Budíškovice, je to dáno umístěním a lokalitou domova a zdravotním stavem jednotlivých seniorů, který je omezuje v komunikaci. Sami nechtějí začínat rozhovor, nemají potřebu.

Tabulka 2: Doména mobilita

Respondenti		DS JH	DS ČV	DS B	DPS JH
D2.1	Vydržet stát delší dobu, například 30 minut	3,8	4,8	3,6	2,8
D2.2	Vstát ze sedu	2,8	3,2	3,2	2,7
D2.3	Pohybovat se po bytě	2,8	2,9	2,3	1,8
D2.4	Vyjít ven z domu	2,4	2,8	2,4	1,8
D2.5	Ujít delší vzdálenost, například 1 km	4,1	5,1	3,8	3,0
Průměrná hodnota (D2.1-D2.5)		3,2	3,8	3,0	2,4

Jak Vám tyto potíže vadí v životě?	3,4	4,5	3,2	2,5
---	------------	------------	------------	------------

Se svou mobilitou mají největší obtíže obyvatelé Domova seniorů České Velenice, i to tak subjektivně vnímají (je to dáno tím, že jejich zdravotní stav byl nejhorší z celého zkoumaného souboru respondentů – velmi často se jednalo o stavy po mozkové mrtvici).

Naopak za méně omezující svou mobilitu považují obyvatelé žijící v domě s pečovatelskou službou, a to i v případě, že mají problémy. Dům je zcela bezbariérový a dobře přístupný i pro lidi využívající kompenzační pomůcky, jako jsou hole, chodítka nebo invalidní vozík.

Z obyvatel žijících v domově seniorů svou mobilitu nejméně problematicky vnímají obyvatelé Domova seniorů Budíškovice. Je to dáno tím, že se v areálu nachází zámecký park, který poskytuje příjemný relaxační odpočinek, ve vlastní obci nejsou vhodná místa na procházky.

Tabulka 3: Doména sebeobsluha

Respondenti		DS JH	DS ČV	DS B	DPS JH
D3.1	Úmít si celé tělo	2,0	2,3	2,0	1,3
D3.2	Obléci se	1,6	2,1	2,0	1,2
D3.3	Jíst	1,3	1,8	1,5	1,1
D3.4	Zůstat sám/sama několik dní	2,5	3,3	2,7	2,0
Průměrná hodnota (D3.1-D3.4)		1,8	2,4	2,0	1,4

Jak Vám tyto potíže vadí v životě?	2,1	2,9	2,2	1,9
---	------------	------------	------------	------------

Ve třetí doméně, která se týká sebeobsluhy, je z hodnot patrné, že tato oblast dělá nejmenší potíže lidem žijícím v domě s pečovatelskou službou, kde žijí více soběstační lidé než v domovech seniorů, a nemají takový servis. V Domově seniorů Jindřichův Hradec vnímají svou sebeobsluhu senioři nejlépe ze všech zkoumaných domovů, poté je hned Dům seniorů Budíškovice. V Domově seniorů České Velenice vycházejí největší hodnoty, a to i v celkovém zjišťování potíží, které jim v životě nejvíce vadí.

Tabulka 4: Doména vztahy s lidmi (přátelství)

Respondenti		DS JH	DS ČV	DS B	DPS JH
D4.1	Jednat s lidmi, které neznáte	1,6	1,5	2,3	1,6
D4.2	Udržet přátelský vztah	1,5	2,0	2,2	1,4
D4.3	Vyjít s lidmi, kteří jsou Vám blízcí	1,2	1,4	1,5	1,4
D4.4	Získat nové přátele	2,4	3,4	3,1	1,6
D4.5	Sexuální aktivity	4,6	4,5	4,5	3,3
Průměrná hodnota (D4.1-D4.5)		2,3	2,6	2,7	1,7

Jak Vám tyto potíže vadí v životě?	2,3	2,9	2,7	1,7
---	------------	------------	------------	------------

V oblasti vztahů s lidmi z výzkumu vyšlo, že největší problém seniorům žijícím v domovech seniorů činí sexuální aktivity, hodnoty byly téměř stejné ve všech zkoumaných domovech seniorů. V jednom případě (Domov seniorů Jindřichův

Hradec) se lišili jen o jednu desetinu. Při šetření senioři uváděli, že největším problémem k těmto aktivitám, je nedostatek soukromí, které je velmi omezuje, takže není ani možnost se touto „činností“ zabývat. Zato v domě s pečovatelskou službou, kde se lidé cítí spíše jako doma, to takový problém není. Velkým problémem je také pro seniory v DS (Domov seniorů) získávání nových přátel, a to především proto, že neopouštějí domov a nové přátele nevyhledávají. To nečiní žádné problémy naopak lidem žijícím v domě s pečovatelskou službou.

Celkové shrnutí hodnot ukazuje, že nejmenší potíže v této oblasti mají obyvatelé domu s pečovatelskou službou, pak je to DS Jindřichův Hradec, DS Budíškovice a na posledním místě je to DS České Velenice.

Tabulka 5: Vztahy s lidmi (sociální problematika)

Respondenti		DS JH	DS ČV	DS B	DPS JH
D5.1	Jak velké potíže jste měl/a, bylo-li třeba se zapojit do společenských aktivit (například oslavy, kulturní akce) stejným způsobem jako ostatní?	1,6	2,9	2,5	1,9
D5.2	Jak velké potíže Vám dělaly různé překážky ve světě kolem Vás?	2,4	2,0	2,7	1,7
D5.3	Respektují Vás lidé kolem? Jak velké potíže máte s tím, abyste žil/a přiměřeně důstojně?	2,1	2,6	2,6	1,6
D5.4	Jak velké potíže Vám působí čas, který zabírají přímo Vaše zdravotní potíže nebo jejich důsledky?	3,3	3,4	3,3	1,8
D5.5	Jak velké potíže Vám vznikají psychickým rozrušením, působeným zdravotním stavem?	3,3	3,6	3,1	2,4

D5.6	Jak velké potíže vznikají tím, že Vaše zdravotní problémy spotřebovávají finanční prostředky (vlastní nebo rodinné)?	4,3	4,5	3,5	2,6
D5.7	Jak velké potíže měla rodina v důsledku Vašeho zdravotního stavu?	3,5	3,4	3,4	2,0
D5.8	Jak velké potíže jste měl/a při činnostech ve volném čase?	2,6	2,2	2,7	1,8
Průměrná hodnota (D5.1-D5.8)		2,9	3,1	3,0	1,9

Jak Vám tyto potíže vadí v životě?	3,0	3,2	3,2	2,2
---	------------	------------	------------	------------

Nejmenší potíže mají respondenti v zapojování se do společenských aktivit a činnostech ve volném čase, a to ve všech zařízeních. Všichni se rádi společenských aktivit účastní, a to především proto, že mají možnost získat nové zážitky a rychleji jim ubíhá čas. Jen v DS České Velenice si respondenti opětovně stěžovali, že se v domově pořádá takovýchto aktivit velmi málo. Činnosti ve volném čase seniorům, také nečiní velké obtíže.

Naopak všichni respondenti mají problémy s vynaloženými finančními prostředky, které jsou investovány do jejich soustavného zdravotního stavu.

Senioři žijící v DS nebo v domě s pečovatelskou službou nemají problém s respektem lidí ve svém okolí, ani jim nepřipadá, že by nějakým způsobem vedli přiměřený nedůstojný život.

V celkovém výsledku této domény vztahů s lidmi, mají největší subjektivní potíže senioři žijící v DS České Velenice a DS Budíškovice, na třetím místě je DS Jindřichův Hradec a na čtvrté pozici Dům s pečovatelskou službou v Jindřichově Hradci.

5. Diskuse

Hlavními cíli této diplomové práce bylo zmapovat a vyhodnotit kvalitu života seniorů ve vybraných pobytových zařízeních sociálních služeb v Jihočeském kraji, které jsem blíže specifikovala na bývalý okres Jindřichův Hradec, dále porovnat kvalitu života seniorů ve třech zařízeních stejné pobytové sociální služby v této lokalitě, a porovnat kvalitu života seniorů v odlišných pobytových zařízeních sociálních služeb.

Při zahájení svého výzkumu jsem se potýkala s problémy, a to že někteří senioři se mnou nechtěli vést rozhovor, jiní naopak byli rádi, že si mohou popovídat. Když jsem se ptala jedné paní, která byla rozhovoru přítomna na pokoji své kamarádky, proč nechtěla vést rozhovor a odpovídat na otázky, odpověděla mi, že nechce lhát. Musela by říci pravdu, a to ona nechtěla. Z toho jsem usoudila, že se jí v domově seniorů nelíbí a není spokojena s poskytovanými službami.

Kvalita života pouze nereprezentuje individuální životní standard, ale je také propojena i s prostředím, kde lidé žijí, a s jejich potřebami a požadavky. Většinou je vnímána jako výsledek působení mnoha faktorů sociálních, zdravotních, ekonomických, ale i environmentálních podmínek, které jsou ve vzájemném působení. Můžeme sem také zahrnout otázky vlastní smysluplnosti a užitečnosti života i subjektivní hodnocení osobní svobody a spokojenosti (Dvořáčková, 2012).

Někteří senioři při rozhovorech uváděli, že jsou s kvalitou služeb i se svou vlastní kvalitou života spokojeni, protože už více nezmohou a vzhledem k jejich věku si nemohou ani na nic stěžovat. Svůj život vnímají tak, jak ho žijí, a nemají potřebu ho nikterak měnit. Nepřemýšlejí nad tím, zda je jejich kvalita života dobrá nebo špatná, žítí berou takové jaké je, protože si myslí, že to nejde nijak změnit. Vnímají to jakou součást stáří a konec svého bytí, který k životu neodmyslitelně patří.

Zato jiní senioři si uvědomují, že jejich kvalita života se v zařízení zlepšila, a to především proto, že ztratili svou soběstačnost, a stali se závislími na pomoci druhých. Jeden z respondentů zdůraznil své postavení slovy: „Co bych doma dělal sám, když si s ničím neproradím a jsem závislý na pomoci druhých, to již nezměním a беру to tak, jak to je“.

Naopak jiní senioři svůj pobyt v domově seniorů berou téměř jako trest, cítí se tam jako ve vězení, a to především proto, že se v jejich domově nekonají žádné (podle jejich názoru) kulturní a zábavné akce, při kterých by se alespoň na chvíli zaměstnali a pobavili, zkrátka smysluplně prožili další den. Ty akce, které se v zařízení konají, však nenavštěvují, nebo zcela vyjímečně. Takový přístup některých respondentů lze vysvětlit jejich specifickým přístupem, který hraničí až s dětinskostí, či nastupující demencí, nebo také tím, že se domnívají, že připravená záležitost není podle jejich představ, a proto ji ignorují, což v důsledku z jejich pohledu vypadá, jako by se žádná činnost neuskutečňovala.

Související otázky číslo 15, 16 a 17, které se doptávaly na toto téma, dokázaly, že aktivity, které senioři ve svém domově navštěvují, a to především arteterapeutické dílny, jim pomáhají ve zkrácení dlouhých chvil v domově a dokáží jim vyplnit čas smysluplnou činností, která je baví, a dokáží soustředit své myšlenky jiným směrem než jen na to, jaký je jejich skutečný život, a co je trápí a přiděluje starosti. V ten moment dokáží zapomenout na všechny své problémy, které je tíží.

Všichni senioři, kteří tyto aktivity navštěvují, udávali, že probíhají v klidné, téměř domácí atmosféře, nemusejí být sami a mohou si popovídat s ostatními, vždy někdo nadnese nějaké téma, které se týká téměř čehokoli, a většina se do něj zapojí, pokud zrovna nesoustředí veškerou svou koncentraci na výrobek. O tom jsem se mohla přesvědčit na své odborné zdravotně sociální praxi, kterou jsem si zvolila právě v Domově seniorů v Jindřichově Hradci. V tomto domově navštěvuje dílnu šest z deseti oslovených respondentů, v Českých Velenicích oslovení senioři navštěvují jen karetní kroužek, a to pouze dva z nich. Ke všemu se kroužek koná jen jednu za čtrnáct dní, což mi přijde velmi málo.

V Domově seniorů Budíškovice navštěvuje dílny 9 z deseti respondentů. V domově s pečovatelskou službou je to pouze jedna klientka, ostatní tráví volný čas jiným způsobem.

Konání různých aktivit seniorům zpříjemňuje jejich pobyt, a tím i vylepšuje jejich vnímání kvality života. Mohou zaměstnat ruce nebo mysl jiným způsobem, než jen tzv. „čekáním na smrt.“ Tuto větu uvedl i jeden z respondentů v domě s pečovatelskou službou, což mě velmi překvapilo. Takovou odpověď jsem nečekala. Prostředí a okolí domu na mě působilo příjemnou atmosférou. Nejen na mě, ale i na ostatní osoby, které tam žijí. To potvrdil i výzkum v otázkách číslo 9, 10 a 11. Na otázku číslo 9 všichni z oslovených respondentů odpověděli, že se v zařízení cítí příjemně. V otázce číslo 10 taktéž všech deset respondentů uvedlo, že jsou v zařízení spokojeni, a v otázce číslo 11, jak se v prostředí cítíte, uvedlo 5 respondentů, že dobře. Tři respondenti dokonce velmi dobře a zbývající dva podotkli, že přiměřeně.

Program by měl být pestrý. Zahrnuje plánování různých společenských akcí a jiných účelových činností, a to jak pro jednotlivce, tak i skupiny. Aktivity musí být navrženy tak, aby učinily život smysluplnějším a udržovaly a maximálně stimulovaly fyzické, mentální, emoční a společenské schopnosti obyvatel (Rheinwaldová, 1999).

V domovech seniorů jsou senioři téměř spokojeni. Z otázky číslo 9 vyplynulo, že v DS Jindřichův Hradec je spokojeno 6 respondentů z deseti, a jen tři vyjádřili svou nespokojenost. Poslední respondentka uvedla, že by chtěla být blíže ke své dceři, která nežije v Jindřichově Hradce, a nemůže ji proto často navštěvovat. V DS České Velenice jsem zjistila, že všech deset respondentů se v zařízení cítí dobře, ve dvou případech bylo podotknuto, že záleží na náladě, a poslední, nejstarší, respondent, kterému je 92 let, uvedl, že musí být spokojený (nejen díky svému věku, ale především jeho zdravotní stav mu nedovoluje být sám).

Domovy pro seniory poskytují pomoc seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a potřebují trvalou komplexní péči (Mlýnková, 2011).

V DS Budiškovice se osm respondentů cítí příjemně a dva střídavě dobře. Na otázku číslo 10, která se týkala spokojenosti, se v případě DS Jindřichův Hradec dospělo k nerozhodnému výsledku, a to proto, že 5 respondentů sdělilo, že jsou v zařízení spokojeni a 5 v zařízení spokojeno není. V DS České Velenice jsou všichni respondenti spokojeni a v DS Budiškovice se senioři shodli ve všech případech, že jsou spokojeni ve svém zařízení, jen jeden z nich uvedl, že záleží na jeho momentální náladě. V otázce číslo 10 bylo zjištěno, že v DS Jindřichův Hradec se 6 respondentů v domově cítí dobře, neboť mají péči, jakou potřebují a kterou by jim doma nikdo neposkytnul. V domově v Českých Velenicích se 9 z 10 respondentů cítí dobře, a jen jeden se zde necítí jako doma. V neposlední řadě v DS Budiškovice se 8 respondentů cítí také dobře a jen dva uvedli, že nikterak dobře, také připomínali názor, že doma jim bylo lépe. V tomto případě podle mě senioři nedokáží vyhodnotit svůj stav a myslí si, že v domovském prostředí by jim bylo lépe, ale neuvědomují si, že již nedokáží zvládat běžné denní potřeby tak jako dříve, neboť jejich samostatnost a soběstačnost je omezena.

Kvalita života seniorů odpovídá kvalitám a formám přístupu k jednotlivým seniorům ve zkoumaných zařízeních, přístupu personálu, a také regionům, odkud senioři pocházejí, a samozřejmě také mnoho záleží na povahových rysech jednotlivců. To je podloženo otázkou číslo 1, na kterou většina respondentů uvedla, že je s kvalitou služeb ve svém zařízení, kde žijí, spokojena. V DS Jindřichův Hradec 6 respondentů je spokojeno s kvalitou služeb a jen 4 z nich projeví výhrady, které se týkaly přístupu personálu a nekvalitní stravy, se kterou nejsou nikterak spokojeni.

V DS České Velenice je 9 seniorů se službami, které užívají, spokojeno, a jedna respondentka neopomněla připomenout, že vnímá změnu, která v zařízení nastala po šesti letech, kdy došlo k změně vedoucí domova a obnově části personálu. Respondentka v domově žije třináct let, takže může porovnat nynější stav s dřívějším. Domnívám se, že v tomto jediném případě se spíše projevil konzervatismus jednotlivce než změna kvality vycházející z obměny některých personálních postů. Respondentka při tom také zmiňovala údajně nižší počet pořádaných aktivit, které však, je-li její vnímání správné, může souviset s nižšími

finančními prostředky, které v současné době domov na svůj provoz dostává. V tomto případě je nutné připomenout, že seniory pranic nezajímá současná ekonomická situace, vše vidí pouze ze svého – trochu sobeckého a sebestředného – pohledu.

V DS Budiškovice jsem se setkala téměř se stejným výsledkem, osm respondentů je se službami spokojeno a dva jsou vcelku spokojeni. Tyto výsledky vnímám tak, že v obcích s nižším počtem obyvatel jsou lidé skromnější, a tedy nemají ke službám žádné výhrady, kdežto ve větším městě, jsou lidé zvyklí na větší servis, a to jak na úrovni služeb, tak v obecném smyslu, a proto jsou ochotni vznést výhrady.

Samotnou kvalitu života jako pojem, kterého se týkala otázka číslo 7 většina seniorů, které jsem měla možnost oslovit v rozhovoru, toto slovní spojení vnímá jako zdraví, dobrý psychický stav, pocity štěstí, a to co se týká samotného bytí. Někteří si pod tímto pojmem představili i soběstačnost, a to především proto, že jim samotným chybí a cítí se být závislími na druhých, což jim velmi ztěžuje dobré posouzení kvality svého života. Nikdo z nás nechce být závislý na pomoci druhých, ale v tomto případě se jedná o stav, který patří bohužel ke staršímu věku a souvisejícím zdravotním obtížím omezujícím jednice ve všech rovinách jeho života. Z toho plyne, že každý senior si pod pojmem kvalita života představuje něco úplně jiného. Většina z nich nad tím nikdy nepřemýšlela, a proto pro ně bylo obtížné si pod pojmem kvalita života něco konkrétního představit.

Se svou kvalitou života, na kterou se dotazovala otázka číslo 8, jsou respondenti převážně spokojeni ve všech zkoumaných zařízeních. Někteří udávali, že nejsou sice tak spokojeni, jako by byli doma, ale ve většině případů podotýkali, že mají všechno, co potřebují, jen jim chybí zdraví a soběstačnost, která je pro ně důležitá. Nedostatek zdraví a soběstačnosti je samozřejmě omezuje. Je jasné, že když lidé nežijí ve svém obvyklém prostředí, na které byli zvyklí a kde žili celý život, přináší to pro ně mnohá úskalí. Necítí se tak dobře, jako dříve. Staří lidé, což je všeobecně známá věc, velmi špatně snášejí změny, ať jsou jakékoliv. Vytržení z jejich původního prostředí je pro ně psychicky náročné a trvá delší

dobu, než si navyknou na nový život v zařízení, v němž žijí. U některých jsem zjistila, že by byli spíše raději sami než ve společnosti cizích lidí. Necítí se dobře a ztrátu soukromí vnímají, jako nevýhodu. Mají pocit, že jsou pod dohledem a nemohou dělat to, na co byli dříve zvyklí.

Potřeby se v daných věkových obdobích mění. U osob starších 75 let dochází ke změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci. Dochází ke změně hodnotové orientace potřeb, v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Senioři jako by se vraceli z vrcholu Maslowovy pyramidy k jejím základům. Zůstávají a jsou dokonce zvýrazněny potřeby fyziologické a z psychosociálních potřeb to jsou především potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti (Kalvach et al., 2011).

S vlastní subjektivní kvalitou života každého seniora také souvisejí návštěvy rodiny. Taková návštěva a hlavně kontakt s blízkými prohlubuje pocit potřebnosti a lásky, kterou lidé v tomto věku potřebují nejvíce. Pociť potřebnosti a důležitosti přispívá k lepšímu vnímání života jako takového. K této problematice se v rozhovoru týkaly otázky číslo 24 a 25, které byly zaměřeny na rodinu seniora. Většinu seniorů jak v domovech, tak v domě s pečovatelskou službou navštěvuje rodina nebo jejich přátelé. V některých případech to není pravidelné, ale několikrát za rok je někdo navštíví. Na návštěvy k příbuzným senioři neodjíždějí, někteří jen u příležitosti svátků jako jsou Vánoce, a to opravdu jen někteří – spíše se jedná o zbožné přání, které se obvykle stejně neuskuteční. Obyvatelé domu s pečovatelskou službou na návštěvy k příbuzným odjíždějí v pěti případech. Je to podmíněno lepším zdravotním stavem a také tím, že řada respondentů má své příbuzné v místě svého bydliště.

S tím souvisí i otázka číslo 19, zda mají senioři v domově přátele. Většina seniorů uvedla, že přátele v domově má, pro převážnou část to byl jejich spolubydlící na pokoji, se kterým jsou téměř celý den a dobře spolu vycházejí. Jen v malém počtu, většinou tak jeden respondent z deseti podotkl, že v domově přátele nemá, ale dříve je měl. V domě s pečovatelskou službou senioři sdělovali, že alespoň nějaké přátele v domě mají.

Z výsledků škálových otázek dle WHO DAS II byly zjištěny tyto skutečnosti v jednotlivých zkoumaných doménách, jak je senioři vnímali za posledních třicet dní pobytu v zařízení.

V první doméně, která se týká porozumění a komunikace, mají největší obtíže v životě senioři žijící v DS Budíškovice, hned za nimi jsou senioři z DS České Velenice, a poté z DS Jindřichův Hradec.

Jedním z problémů, které může vzbudit neochotu ke komunikaci, je chybějící aktivní naslouchání od ošetřujících osob. Aktivní naslouchání znamená, že přijímáme obsah sdělovaného, který poté analyzujeme a snažíme se mu porozumět. Tím se liší od pasivního naslouchání, kdy zdánlivě nasloucháme. Víme, že přijímáme informace, ale dále je již neanalyzujeme a snažíme se jim porozumět. Senioři jsou velice citliví na náš zájem v komunikaci. V případě, že budou mít pocit, že jim nenasloucháme nebo jen předstíráme zájem, mohou ztratit chuť dále pokračovat v komunikaci (Mlýnková, 2011).

Doména se zaměřila i na subjektivní vnímání každého seniora, a to především toho, jaké má potíže v každodenním životě s rozebráním problémů, zda rozumí lidem, co říkají v obecném smyslu, a zdali dokáže vést a udržet rozhovor. Problémy v komunikaci a porozumění by se daly také vysvětlit i tím, že senioři žijící v domovech nemají takovou možnost setkávat se s jinými lidmi, a proto to také nedokáží objektivně vyhodnotit, na rozdíl od lidí žijících v domě s pečovatelskou službou. Ti mohou být v kontaktu s přirozeným prostředím spíše než senioři v DS.

V druhé doméně bylo zjištěno, že s mobilitou mají především největší problém obyvatelé domovů pro seniory. Největší hodnoty byly zjištěny u obyvatel DS České Velenice, poté v DS Jindřichův Hradec a v poslední řadě v DS Budíškovice. V domě s pečovatelskou službou senioři problémy mají sice také, ale nikoli v takové míře. Prostor domova je zcela bezbariérový, a tedy umožňuje dobrý pohyb v celém areálu, který je poměrně rozsáhlý. V zkoumaných domovech seniorů mají senioři většinou problém s vlastním pohybem po celém objektu, domovy sice bývají vybaveny výtahy, které ulehčují pohyb jednotlivých

obyvatel, ale budovy jsou starší stavby, ve kterých se s takovými úpravami původně nepočítalo, a současná úprava by byla velmi nákladná. Domovy jsou sice vybaveny skosenými podlahami a nájezdovými plošinami, pokud je to potřeba, ale nejsou zcela přizpůsobené potřebám seniorů, které mají pohybové omezení.

Senioři se prezentují specifickými zdravotními postiženími v důsledku chorob ať trvajících od mladšího věku nebo vznikly ve stáří, u části dochází k poklesu potenciálu zdraví s funkčními deficity a se ztrátou soběstačnosti bez vazby na konkrétní onemocnění, v důsledku involučních změn, geriatrické křehkosti a multifunkčních geriatrických syndromů (Kalvach et al., 2011).

Se sebeobsluhou mají nejmenší problémy senioři žijící v domě s pečovatelskou službou, a také tak je subjektivně vnímají. To je dáno především tím, že v tomto zařízení žijí převážně lidé, kteří jsou soběstační a nejsou závislí na pomoci druhých. Nenachází se zde ani žádný personál, který by jim se sebeobsluhou pomohl, jak je tomu v domovech seniorů. Naopak největší problém mají senioři, kteří žijí v DS České Velenice. Jak již bylo zmíněno, souvisí to se zdravotním stavem naprosté většiny ubytovaných, což potvrzuje šetřením zkoumaný vzorek respondentů. Z uvedených domovů seniorů mají v této oblasti nejmenší problémy senioři žijící v DS Jindřichův Hradec.

Domovy s pečovatelskou službou představují péči o relativně zdravé seniory, jednotlivce, nebo manželský pár, kteří nevyžadují komplexní ústavní péči a stálou pomoc ošetřujícími osobami. Potřebují pomoci pouze při některých úkonech, jako je hygienická pomoc v koupelně k zajištění pocitu jistoty a bezpečí, pomoc při vstupu do vany atd., (Mlýnková, 2011).

Čtvrtá doména zkoumání byla zaměřena na vztahy s lidmi (přátelství). Tato čísla jsou velmi zkreslena hodnotami, které vycházely u sexuálních aktivit. Senioři uváděli, že jim chybí nedostatek soukromí. V domě s pečovatelskou službou to již takový problém není, lidé zde žijí stejně jako doma, zamykají se v bytě, a tudíž mají větší soukromí, kdežto v domovech seniorů jsou pokoje pochopitelně volně přístupné personálu zařízení, senioři se nemohou zamknout, a to i z důvodu, že by se jim v době, kdy jsou sami, mohlo cokoliv přihodit.

Teprve v posledních letech, spolu se zvýšeným zájmem o kvalitu života klientů ve zdravotních a sociálních zařízeních, se začalo ostatně zabývat i sexualitou. Stejně jako řada dalších intimních věcí se stala i oblast sexuality seniorů předmětem zájmu personálu. Přístup k sexualitě je u každého pracovníka jiný. Více než jiné oblasti lidského života je ovlivněn výchovou, kulturou i osobním postojem. S tímto tématem souvisejí problémy, které senioři v pobytových zařízeních mají, a to především nedostatek soukromí. Lidé žijící v jakémkoliv zařízení trpí ztrátou intimity a rovněž soukromím pro kontakt s partnerem či partnerkou je v těchto zařízeních dost složitý. Zlepšení přichází při umožnění důstojné intimity. A druhým problémem je chování vzniklé vlivem duševních poruch. Pro zdravotníka je zvláště velmi obtížná problematika sexuální zdrženlivosti u pacientů chronicky nemocných, zvláště s hlubším postižením intelektu. Nejvíce postiženi jsou pacienti trpící těžkými stupni demence (Venglářová, 2007).

V této doméně bylo také rozhodující, jak lidé vycházejí se svými blízkými, nebo zda jim nedělá problém komunikovat s cizími lidmi či udržovat přátelský vztah. Jako nejvíce problematickou tuto doménu vnímají senioři v DS České Velenice. Je dáno patrně i polohou domova, celkovou atmosférou města (dá se s nadsázkou říci, že ve městě přetrvává atmosféra z doby pohraniční stráže, kdy České Velenice patřily již do pohraničního pásma, a jakýkoliv cizí pohyb byl okamžitě kontrolován – alespoň takový dojem to ve mně vyvolávalo), dále vlastní komplex domova se nachází téměř na státní hranici s Rakouskem, tzn. dále od vlastního centra města. To jsou hlavní důvody, proč se obyvatelé domova nemohou často setkávat s ostatními lidmi, nebo jen velmi omezeně. Poté je DS Budiškovice. I tam je podobný problém. Domov se nachází v malé obci, ve které žije pouze 420 obyvatel. V domě s pečovatelskou službou, který se nachází téměř v centru města, vztahy s lidmi nedělají seniorům žádné problémy.

V páté doméně vztahy s lidmi (sociální problematika) měly dva domovy pro seniory (DS České Velenice a DS Budiškovice) totožné hodnoty v souhrnné otázce „jak vám potíže vadí v životě“, a to v obcích, které mají méně než deset tisíc obyvatel. Nejmenší problémy měli senioři při činnostech ve volném čase, a to

ve všech zařízeních, a také v domě s pečovatelskou službou. U některých seniorů v DS bylo zjištěno, že nemají problémy se zapojováním do společenských akcí, za to u jiných to bylo s většími úskalími. S finančními prostředky, které senioři využívají na zlepšení svého zdravotního stavu, měli uživatelé pobytových sociálních služeb problémy největší, a to ve všech zařízeních. Byla zde i otázka zaměřena na důstojnost života, které podle mého senioři nevěnovali, až tak velkou pozornost. V DS České Velenice a Budiškovice vyšly stejné hodnoty a to vyšší než v DS Jindřichův Hradec a v domě s pečovatelskou službou byla hodnota nejnižší.

Důstojnost je základní hodnota lidské existence. Mnozí ji považují za nejvyšší hodnotu související se zdravím podmíněnou kvalitou života, se zdravotním postižením, s poskytováním zdravotnických a sociálních služeb i dlouhodobé péče. Dle závěrů Evropské konference o podpoře a ohroženosti seniorů (Praha, 2009) je důstojnost nadřazena i autonomii. Především důstojnost je korektivním limitem kréda „za svět bez ústavů.“ Pokud, ale člověk se zdravotním postižením a s omezenou soběstačností prožívá svůj život v domácím prostředí jako příliš úzkostný a nedůstojný, pak mají přednost ústavní, rezidenční služby (Kalvach et al., 2011).

6. Závěr

Hlavními cíli diplomové práce bylo zmapovat a vyhodnotit kvalitu života seniorů ve vybraných pobytových zařízeních sociálních služeb v bývalém okrese Jindřichův Hradec, dále porovnat kvalitu života seniorů ve třech zařízeních stejné pobytové sociální služby v rámci bývalého okresu Jindřichův Hradec a porovnat kvalitu života seniorů v odlišných pobytových zařízeních sociálních služeb.

Hlavní cíle práce byly splněny.

Bylo zjištěno, že kvalitu života vnímají senioři žijící v domovech pro seniory subjektivně, a to jako dobrou. Je to dáno, podle mého názoru, který byl také potvrzen prováděným šetřením, hlavně tím, že jsou převážně spokojeni s dostačující kvalitou poskytovaných služeb. Zároveň se objevil i jeden fenomén - jsou to senioři, kteří celý svůj život prožili převážně v minulém režimu, a nejsou proto zvyklí si stěžovat na cokoli, co by se jim nelíbilo. Tuto skutečnost potvrzují i některé neadekvátní odpovědi seniorů, z nichž vyplývá, že mají strach říci negativní dojmy a vyjádřit svůj nesouhlas. Senioři ve svém aktivním životě nebyli politickým systémem vedeni k tomu, že mohou vyjadřovat své názory, a pokud je sdělili, byli za to nějakým způsobem postiženi.

V domě s pečovatelskou službou jeho obyvatelé vnímají kvalitu svého života také jako dobrou. Necítí se tolik omezováni a mají mnohem větší soukromí, než klienti žijící v domovech seniorů. Jejich životní styl je velmi podobný tomu, jako by žili ve svém domovském prostředí, takže rozdíl v kvalitě svého života tolik neregistrují. Jediné, co vnímají jako své omezení, je jejich zdravotní stav a s ním spojené problémy.

Hypotéza 1 předpokládající, že čím více nabízených sociálně aktivizačních činností v rámci poskytování sociální služby, tím vyšší je kvalita života uživatelů této služby, **se potvrdila**, a to ve všech zkoumaných pobytových zařízeních. Senioři, kteří navštěvují aktivizační činnosti, jsou v zařízení spokojenější, dokáží lépe trávit svůj volný čas, což přispívá i k zlepšení vnímání jejich celkové kvality života jako takové.

Hypotéza 2, uživatelé služby v okresním městě mají vyšší kvalitu života než uživatelé této služby poskytované v obci s počtem obyvatel nepřesahující deset tisíc, **se potvrdila**.

V okresním městě mají senioři větší standard, a to jak v poskytované zdravotní péči, tak ve službách všeobecně. Je to dáno lepší vybaveností většího, dříve okresního, města než obcemi, které mají malý počet obyvatel, a nemohou proto nabízet tak široké služby. Velké město má nemocnici, dostupnější zdravotní služby, v malých obcích jsou senioři nejčastěji odkázáni na plánované návštěvy lékaře, cesta do nemocnice často zabere celý den. V některých odpovědích nebyl patrný příliš velký rozdíl v kvalitě života ve větším či menším městě nebo obci. Vysvětlení je poměrně jednoduché – souvisí s prostředím, odkud respondenti pocházeli. Lidé žijící na venkově, či dokonce na samotě, měli jiný životní standard, a tím i nižší požadavky na svůj život, než lidé žijící ve městě. Počet těchto odpovědí byl natolik nízký, že neovlivnil potvrzení hypotézy.

Hypotéza 3, kvalita života uživatelů domu s pečovatelskou službou je vyšší než kvalita života uživatelů domu pro seniory, **se potvrdila**.

Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou vnímají svou kvalitu života lépe než senioři žijící v domově seniorů. Je to dáno tím, že mají více soukromí a nejsou tolik odkázáni na péči ošetřujících osob.

Jako doporučení k řešení této problematiky bych se vrátila k dobré komunikaci a zpětné vazbě, která je nutná proto, aby se vůbec zjistilo, zda a jak moc jsou senioři se službami v jejich zařízení spokojeni. Jak jsem se dozvěděla od vedoucího DS Jindřichův Hradec, každých téměř čtrnáct dní probíhá seminář o novinkách a změnách v domově, kde se nastíní to, co se začne v budoucnu řešit a čeká se vyjádření i ze strany seniorů. To mi přijde jako dobré řešení.

Dále je velmi důležité dodržovat soukromí jednotlivých klientů, které přispívá k pocitu jistoty a bezpečí. Seznámit vedení domovů seniorů s názory klientů na poskytované služby a zaměřit se spíše dle potřeb klientů na zřizování domovů s pečovatelskou službou.

7. Seznam použité literatury

1. BALCAR, K.: *Životní smysl a kvalita života*. In Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
2. BEDNÁŘOVÁ, D. et al.: *Vybrané aspekty života seniorů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2003. ISBN 80-7040-641-0.
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniori*. [online]. [cit.2012-06-29]. dostupné z < <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>>.
4. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L.: *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4
5. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
6. DVOŘÁČKOVÁ, D.: *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
7. FALEIDE, A., LIAN, L., FALEIDE, E.: *Vliv psychiky na zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 240 s., ISBN 978-80-247-2864-3.
8. GILLERNOVÁ, I. et al.: *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 256 s., ISBN 978-80-247-2798-1.
9. GLOSOVÁ D., et al.: *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: Era, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
10. GRUSS, P.: *Perspektivy stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
11. GULOVÁ, L.: *Sociální práce pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
12. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s., ISBN 978-80-87109-19-9.

- 13.** HAVRDOVÁ, Z., a kol.: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. 2010. 207 s. ISBN 978-80-87398-06-7.
- 14.** HAYFLICK, L.: *Jak a proč stárneme*. 1. vyd. Praha: Columbus, 1997. 427 s. ISBN 80-85928-97-3.
- 15.** HOGAN, P., HOGAN, L.: *Stages of senior care: your step-by-step guide to making the best decisions*. New York: McGraw-Hill, 2010, xii, 292 p. ISBN 9780071621090.
- 16.** HOGENOVÁ, A.: *Kvalita života a tělesnost*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2002. 304 s. ISBN 80-7184-580-90.
- 17.** JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
- 18.** KALVACH, Z. et all: *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- 19.** KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P. a kol.: *Křehký pacient a primární péče*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 20.** KELNAROVÁ, J.: *Psychologie I. díl. Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
- 21.** KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 22.** KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. vyd. Olomouc: Anag, 2005. 303 s. ISBN 80-7263-275-2.
- 23.** KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- 24.** KŘIVOHLAVÝ, J.: *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

- 25.** KŘIOVHLAVÝ, J., HNILICOVÁ, H., DRAGOMERICKÁ, E.: *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni.* Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky: 2004. ISBN 80-86625-20-6
- 26.** KŘÍŽOVÁ, E., *Sociologické podmínky kvality života. In: Zdravotnictví v České republice.* 2002. 5. č. 3-4. ISSN 1213-6050.
- 27.** KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
- 28.** KUZNÍKOVÁ, I. a kol.: *Sociální práce ve zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1
- 29.** LANGMAJER, J., KREJČÍKOVÁ, D.: *Vývojová psychologie.* 2. vyd. Praha: Grada. 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- 30.** MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.: *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR.* 1. vyd. Praha: Galén. 2007. 176 s. ISBN 978-80-499-7.
- 31.** MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.: *Kvalita péče o seniory II. Řízení kvality dlouhodobé péče v mezinárodním srovnání.* 1. vyd. Praha: Galén. 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-524-6.
- 32.** MLÝNKOVÁ, J.: *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 33.** MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: *Financování sociálních služeb v letech 2012 – 2014.* [online]. [cit.2012-07-01] Dostupné z:<www.uzs.otevri_soubor.php?id=5336>.
- 34.** ONDRUŠKOVÁ, J.: *Stáří a smysl života.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 167 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
- 35.** PAYNE, J. et all.: *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

- 36.** PHILLIPS, D.: *Quality of Life; Concept, Policy and Practice*, Taylor & Francis Ltd (United Kingdom), 2006. 272 p. ISBN-13: 978-04-153-2355-0.
- 37.** POKORNÁ, A.: *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 38.** POTŮČEK, M. *Velká hra o budoucnost. In: Lidové noviny*, 2002, roč. 15, č. 70, ISSN 0862-5921.
- 39.** PIDRMAN, V., *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 40.** RABUŠIČ, L.: *Česká společnost stárne*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 192 s., ISBN 80-210-1155-6.
- 41.** RHEINWALDOVÁ, E.: *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
- 42.** ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
- 43.** ŘÍČAN, P.: *Cesta životem. Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- 44.** ŘÍČAN, P.: *Psychologie osobnosti*. 5. vyd. Praha: Grada. 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- 45.** SLOVÁČEK, L., JEBAVÝ L., BLAŽEK M. a KAČEROVSKÝ J. *Kvalita života nemocných. Jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In: Vojenské zdravotnické listy*. 2003, LXXIII, č. 1. ISSN 0372-7025.

- 46.** STUART-HAMILTON, I.: *The Psychology of Ageing: An Introduction*. Jessica Kingsley Publishers (United Kingdom), 2012. 464 p. ISBN-13: 978-18-490-5245-0.
- 47.** STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
- 48.** SUŠA, O.: *Globalizace v sociálních souvislostech současnosti. Diagnóza a analýza*. 1. vyd. Praha: Filosofia, 2010. 350 s. ISBN 978-80-7007-320-9.
- 49.** SÝKOROVÁ, D.: *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- 50.** TOMEŠ, I.: *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 262 s., ISBN 80-86484-00-9.
- 51.** VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s., ISBN 978-80-246-1318-5.
- 52.** VENGLÁŘOVÁ, M.: *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 53.** VIDOVIČOVÁ, L.: *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
- 54.** VURM, V. et al.: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
- 55.** ZVONÍKOVÁ, A.: *Senioři a problematika stárnutí populace*. In: *Sociální politika*. Praha: MPSV ČR, 2001. ISSN 0049-0962.
- 56.** Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

57. ZITTOUN, R., ACHARD, S., RUSZNIEWSKI, M.: *Assessment of quality of life during intensive chemotherapy or bone marrow transplantation.* *Psychooncology*. 1999. Jan-Feb; 8(1): 64 - 73. PubMed PMID: 10202784.

8. Klíčová slova

Stáří

Stárnutí

Kvalita života

Sociální služby

Domov seniorů

Domov s pečovatelskou službou

9. Přílohy

Příloha č. 1: Rozhovorové otázky k výzkumnému šetření

Příloha č. 2: Otázky dle WHO DAS II

Příloha č. 3: Přepis odpovědí na rozhovorové otázky

Identifikační údaje: Věk

Pohlaví: Muž Žena

A. Prostředí v zařízení sociálních služeb:

1. Jste spokojení s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?
2. Jaké jiné služby byste uvítal/a?
3. Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?
4. Jak zde pracuje personál?
5. Jak vycházíte s personálem?
6. Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

B. Kvalita života:

7. Co si myslíte, že je kvalita života?
8. Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?
9. Cítíte se zde příjemně?
10. Jste ve Vašem zařízení spokojen/a?
11. Jak se v tomto prostředí cítíte?
12. Co Vám zde nejvíce chybí?
13. Co byste si ve svém životě přál/a?

C. Volný čas:

14. Jak trávíte volný čas?

15. Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

16. Jak probíhají?

17. Co Vás na nich nejvíce baví

18. Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

19. Máte zde přátele?

20. Jak jste trávil/a volný čas doma?

21. Trávíte zde více času sám/a?

D. Zdraví:

22. Jaký je Váš zdravotní stav?

23. Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

E. Rodina:

24. Navštěvuje Vás Vaši příbuzní, přátelé?

25. Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

Příloha č. 2: Otázky dle WHO DAS II

Hodnocení uvedené v tabulkách:

1 2 3 4 5

Žádné Mírné Střední Těžké Extrémní/ Nelze
provést

1) Jak velké potíže jste měl/a v posledních třiceti dnech v těchto činnostech:

		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/ nelze provést
D1.1	Soustředit se na činnost po dobu 10 minut	1	2	3	4	5
D1.2	Zapamatovat si, co je třeba udělat	1	2	3	4	5
D1.3	Rozebrat a vyřešit potíže v každodenním životě	1	2	3	4	5
D1.4	Naučit se něco nového, například jak se dostat na novou adresu	1	2	3	4	5
D1.5	Rozumět, co lidé říkají (v obecném smyslu)	1	2	3	4	5
D1.6	Začít a udržet rozhovor	1	2	3	4	5

D 1 = doména 1 - Porozumění a komunikace

**JESTLIŽE V KTERÉKOLIV OTÁZCE BYLA ODPOVĚĎ
VYŠŠÍ NEŽ 1:**

	vůbec	mírně	středně	těžce	extrémní/n elze provést
Jak silně Vám tyto potíže vadí v životě?	1	2	3	4	5

**2) Jak velké potíže jste měl/a v posledních třiceti dnech v těchto
činnostech:**

		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/ nelze provést
D2.1	Vydržet stát delší dobu, například 30 minut	1	2	3	4	5
D2.2	Vstát ze sedu	1	2	3	4	5
D2.3	Pohybovat se po bytě	1	2	3	4	5
D2.4	Vyjít ven z domu	1	2	3	4	5
D2.5	Ujít delší vzdálenost, například 1 km	1	2	3	4	5

D 2 = doména 2 - mobilita

**JESTLIŽE V KTERÉKOLIV OTÁZCE BYLA ODPOVĚĎ
VYŠŠÍ NEŽ 1:**

	vůbec	mírně	středně	těžce	extrémní/n elze provést
Jak silně Vám tyto potíže vadí v životě?	1	2	3	4	5

**3) Jak velké potíže jste měl/a v posledních třiceti dnech v těchto
činnostech:**

	žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/ nelze provést
D3.1 Umýt si celé tělo	1	2	3	4	5
D3.2 Obléci se	1	2	3	4	5
D3.3 Jíst	1	2	3	4	5
D3.4 Zůstat sám/sama několik dní	1	2	3	4	5

D 3 = doména 3 - sebeobsluha

**JESTLIŽE V KTERÉKOLIV OTÁZCE BYLA ODPOVĚĎ
VYŠŠÍ NEŽ 1:**

	vůbec	mírně	středně	těžce	extrémní/n elze provést
Jak silně Vám tyto potíže vadí v životě?	1	2	3	4	5

**4) Jak velké potíže jste měl/a v posledních třiceti dnech v těchto
činnostech:**

		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/ nelze provést
D4.1	Jednat s lidmi, které neznáte	1	2	3	4	5
D4.2	Udržet přátelský vztah	1	2	3	4	5
D4.3	Vyjít s lidmi, kteří jsou Vám blízcí	1	2	3	4	5
D4.4	Získat nové přátele	1	2	3	4	5
D4.5	Sexuální aktivity	1	2	3	4	5

D 4 = doména 4 - vztahy s lidmi

**JESTLIŽE V KTERÉKOLIV OTÁZCE BYLA ODPOVĚĎ
VYŠŠÍ NEŽ 1:**

	vůbec	mírně	středně	těžce	extrémní/n elze provést
Jak silně Vám tyto potíže vadí v životě?	1	2	3	4	5

5) V posledních třiceti dnech:

	žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/ nelze provést	
D5.1	Jak velké potíže jste měl/a, bylo-li třeba zapojit se do společenských aktivit (například oslavy, kulturní akce) stejným způsobem jako ostatní?	1	2	3	4	5
D5.2	Jak velké potíže Vám dělaly různé překážky ve světě kolem Vás?	1	2	3	4	5
D5.3	Respektují Vás lidé kolem? Jak velké potíže máte s tím, abyste žil/a přiměřeně důstojně?	1	2	3	4	5
D5.4	Jak velké potíže Vám působí čas, který zabírají přímo Vaše zdravotní potíže nebo jejich důsledky?	1	2	3	4	5
D5.5	Jak velké potíže Vám vznikají psychickým rozrušením, působeným zdravotním stavem?	1	2	3	4	5
D5.6	Jak velké potíže vznikají tím, že Vaše zdravotní problémy spotřebovávají finanční prostředky (vlastní nebo rodinné)?	1	2	3	4	5

D5.7	Jak velké potíže měla rodina v důsledku Vašeho zdravotního stavu?	1	2	3	4	5
D5.8	Jak velké potíže jste měl/a při činnostech ve volném čase?	1	2	3	4	5

D 5 = doména 5 - vztahy s lidmi

Příloha č. 3: Přepis odpovědí na rozhovorové otázky

Dům seniorů Jindřichův Hradec

Otázka číslo 1: Jste spokojeni s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „Ano, velmi.“

„Jsem skromný člověk, takže jsem spokojený.“

„Nemohu si na nic stěžovat.“

„Částečně jsem spokojená.“

„Nejsem úplně spokojená, personál mě odbývá.“

„Nic moc to tu není. Velmi špatné jídlo.“

3 respondenti vypověděli, že jsou s kvalitou služeb spokojeni a 1 respondent vyjádřil nespokojenost.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

Odpovědi: „Plavání, není bazén.“

„Společné chození na procházky.“

„Starší personál a více kultury.“

„Uvítal bych saunu.“

„Jedině zlepšení jídla a více rehabilitace.“

„Rehabilitaci a logopeda.“

„Chybí mi zde vodní rehabilitace, klidně bych na ni docházela s doprovodem.“

„Zájezdy a ušní lékař.“

„Uvítala bych zooterapii s jakýmkoli zvířátkem.“

1 respondent ve své odpovědi uvedl, že by jako další služby uvítal sex.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „Jsem spokojený.“

„Celkový přístup. Je cítit odtažitost ze strany personálu.“

„Vyměnil bych klientky. Je to tu samá krůta.“

„Prostředí dobré, zlepšil bych stravu, omezil cukr, a chybí více kultury.“

„Prostory jsou dobré, dobře přístupné.“

„Přírodní park, více soukromí.“

„Neměnil bych nic.“

„Nepotřebuji změnu.“

„Více kultury.“

„Chybí mi soukromí!“

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

Odpovědi: „Jsem spokojený.“

„Personál pracuje, tak kolik dostane zapláceno.“

„Své povinnosti si plní dobře.“

„Personál zde pracuje uspokojivě.“

„Dobře. Nemám výhrady, ale není to růžové.“

„Snaží se.“

„Jde to.“

„Jakž takž.“

„Některé věci se mi nelíbí. Záleží na tom, kdo mě ošetřuje.“

„Uspokojivě dle finančního ohodnocení. Vyžadují tu otevřené dveře pokojů, personál neklepe!“

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

Odpovědi: „Jsou ochotní, hodní.“

„Snažím se nedělat problémy.“

„Musím, co mi zbývá?“

„Dobře, jen ze začátku jsem s nimi měl problém. To jsem vyřešil.“

„Vycházím se starým personálem dobře, ale s některými z nových je to horší.“

„Nemám výhrady.“

„Vycházím se všemi, jsou mými přáteli.“

3 respondentky uvedly, že s personálem v domově vycházejí dobře.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

Odpovědi: „Ano, co potřebuji?“

„Ano jsem, ale tady jako taková zdravotní péče není.“

„Jsem nejzdravější z celého domova, nestěžuji si.“

„Jsem spokojený, stačí mi.“

„Ano jsem s ní spokojená.“

„Jsem spokojená částečně.“

„Moc jsem nikdy nepotřebovala, takže jsem.“

„Nejsem, zlepšil bych ji.“

„Ne, nejsem! Důchodci jsou na okraji zdravotní péče.“

A 1 respondent uvedl, že s úrovní zdravotní péče není spokojen vůbec.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

Odpovědi: „Pestrý život.“

„Okolnosti méhožití. Více se pohybovat.“

„Něco jiného, když jste doma.“

„Je to, jak tu žiju. Zkresleno zařízením.“

„Zdraví, ohleduplnost.“

„Základ je rodina.“

„Aby člověk měl hezký konec.“

„Lépe se pohybovat, aby se lépe žilo.“

„Soběstačnost!“

3 respondenti si pod pojmem kvalita života představují, že to znamená, jak prožívají svůj pobyt v domově.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

Odpovědi: „Rozhodně je lepší než, kdybych byl doma sám.“

„Hodně mi to zde pomohlo, takže si myslím, že je lepší.“

„Ano, až na chybějící zdraví.“

„Mohlo by to být lepší, chybí mi soběstačnost.“

„Cítím se tu jako pes u boudy.“

„Ne nemůžu chodit, omezuje mě to.“

„Ne, chtěla bych být raději doma.“

Ve čtyřech případech respondenti uváděli, že jejich kvalita života je dobrá.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

Odpověď: „Myslím, že je to zde lepší než jinde. Mají dobré sponzory.“

„Ještě že se spolubydlící vycházím dobře. Jsem spokojená.“

„Ale ano, jde to.“

„Jak kdy.“

„Někdy.“

„Cítím se tu, jako pes u boudy. Nemohu si dělat, co chci.“

„Ne. Mrzí mě, že jsem sem šla. Dcera bydlí v Kamenici nad Lipou.“

3 respondenti uvedli, že se zde příjemně cítí. Bližší komentář neuvedli.

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

Odpověď: „Cítím se tu jako pes u boudy. Nemohu si dělat, co chci a chybí mi tu soukromí.“

„Nejsem. Raději bych byla jinde.“

„Nejsem. Chybí mi tu soukromí.“

„Jsem tady spokojená jen někdy.“

„Raději bych byla doma.“

„Ne, doma je doma.“

4 respondenti jsou v zařízení spokojeni.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

Odpověď: „Cítím se tady dobře. Byl jsem rok na LDN, tady jsem spokojený.“

„Dobře, nechci nikoho omezovat.“

„Cítím se tady výborně.“

„Necítím se zde dobře. Chybí mi volnost, a nemohu si dělat to, co chci.“

„Necítím se tu, jak jsem si představovala.“

„Celkem dobře, ale chybí mi soukromí.“

„Jsem tady hrozně sama.“

„Je mi smutno.“

2 respondenti uváděli, že se v zařízení cítí dobře, aniž by to nějak komentovali.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

Odpověď: „Chybí mi esperanto, nemohu si s nikým dopisovat.“

„Dlouhé procházky sama, dnes to již nejde.“

„Nejvíce mi tu chybí zvířátka.“

„Televize, syn a vnuk.“

4 respondenti uváděli, že nejvíce jim chybí soukromí, a ve dvou případech rodina.

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Odpověď: „Zemřít ve spánku.“

„Ženu.“

„Opustit domov, najít si přítelkyni a začít znovu žít, nebo zblbnu.“

„Abych byl dlouho živ a nikdy neumřel.“

„Přál bych si, abych mohl chodit.“

„Aby to šlo, tak jak to zatím jde.“

„Být s rodinou a opět chodit.“

„Chodit!“

„Vyšší důchod na soukromou pečovatelku.“

„Zdraví pro sebe a všechny blízké.“

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

Odpověď: „Chodím do dílen. Čtu si a sleduji TV ve společenské místnosti.“

„Luštím křížovky, čtu si, koukám na TV. Chodím nakupovat a do města.“

„V podstatě nijak. Poslouchám rádio a sleduji TV.“

„Čtu knihy, hlavně o historii. Koukám se na TV.“

„Rád čtu Káju Maříka a různé časopisy. Chodím na vycházky a účastním se společenských akcí.“

„Hodně čtu a sleduji TV.“

„Ráda si čtu časopisy i knihy. Především Večery pod lampou.“

„Trávím volný čas v dílně. Moc mě to baví.“

„Povídáním s ostatními, procházkami v parčíku.“

„Sedím a koukám, jako 90 % spolubydlících, občas jdu na procházku.“

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

Odpověď: „Navštěvuji kulturní akce.“

„Nenavštěvuji žádné aktivity, není to pro mě.“

„Nechodím.“

„Nenavštěvuji, brání mi v tom jemná motorika.“

„Čtenářský kroužek.“

5 respondentů navštěvuje dílny v domově, kde vyrábějí různé výrobky a ženy zde pletou a háčkují. Všichni tam chodí velmi rádi.

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

Odpověď: „Popijíme čaj nebo kávu, posloucháme při práci rádio.“

„Předčítají nám.“

„Kulturní akce probíhají ve společenské místnosti, kde se všichni sejdeme.“

„Paní vedoucí je šikovná, příjemná atmosféra a klima.“

„V poklidu, moc příjemná atmosféra. Povídáme si.“

„V klidné, domácí atmosféře. Člověk zaměstná ruce.“

„Dobře, v poklidu.“

3 z dotázaných respondentů nenavštěvují žádnou aktivizační činnost, nedovoluje jim to zdravotní stav.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví? (aktivizačních činnostech)

Odpověď: „Jsem mezi lidmi. Zaplním si volný čas.“

„Předčítání, koncentruji svou pozornost.“

„Kráčí mi čas.“

„Všechno, vyplní mi můj volný čas.“

„Nejvíce mě baví práce a popovídání si s ostatními.“

„Nejvíce mě na nic baví tvoření.“

„Vyplnění volného času, nenudím se.“

3 respondenti na tuto otázku nedokázali odpovědět, protože žádné aktivity nenavštěvují.

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

Odpověď: „Více kulturních akcí, brání v tom nedostatečné finance.“

„Více výletů, nic takového tu není.“

„Nejraději bych se věnoval církvi Bez hranic.“

„Pracovala na zahradě, již mi to nedovoluje zdravotní stav, a zahrada tu není.“

„Více bych pletla, ale nemohu kvůli třesoucím se rukám.“

„Pečovala bych o zvířátka, nejsou tady.“

„Nejraději bych byla stále v dílně.“

„Ráda bych pletla, ale mám obrnu a zánět tenisového loktu.“

„Věnovala se ručním pracím, to mi nedovoluje zdravotní stav.“

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

Odpověď: „Mám tu spíše známé.“

„Ano, paní na 4. patře.“

„Snažím se vycházet se všemi, nemám s nikým problém.“

„Ano mám zde přátele. Jsem společenský typ.“

5 respondentů uvedlo, že se přátelí se svým spolubydlícím, a 1 respondent na tuto otázku odpověděl, že zde přátele nemá.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

Odpověď: „Nevěděl jsem jak, začal jsem pít.“

„Chodil jsem na ryby a houbařil.“

„Měl jsem psa a chodil se hodně koupat do rybníka. Často jsem sekal dřevo.“

„Ráda jsem vařila. Pracovala na zahradě a starala se o hospodářství.“

„Dělala jsem domácí práce, vařila a pečovala o zvířátka.“

„Byla jsem soběstačná, dělala jsem vše.“

„Chodila jsem na tance.“

„Starala jsem se o rodinu, zahradu a ručními pracemi.“

„Prací na zahradě.“

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

Odpověď: „Ne, se spolubydlící.“

4 respondenti uvedli, že svůj volný čas prožívají raději v přítomnosti někoho druhého, 5 respondentů vyhledává převážně samotou.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

Odpověď: „Mám psychiatrické problémy, takže není dobrý.“

„Můj zdravotní stav je dost špatný. Prodělala jsem tři operace hlavy a špatně chodím.“

„Není nejhorší.“

„Uspokojivý, vzhledem k mému věku.“

„Uspokojivý, bércové vředy, klepou se mi ruce. Inkontinence.“

„Mizerný, jsem po mozkové mrtvici.“

„Mizerný. Mám angínu pectoris, problémy se zády, koleny.“

3 respondenti uvedli svůj stav jako dobrý bez dalších údajů.

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

Odpověď: „Nedostatek financí.“

„Svou žlučnickovou dietu.“

„Chtěl bych si číst, ale nemohu.“

„Stárnutí.“

„Špatnou mobilitu a třesoucí se ruce.“

„Mé pokřivené ruce, nemohu se zapojit do aktivit.“

„Klepající se ruce a špatnou výslovnost. Velmi mě to omezuje.“

„Zelený zákal, hluchotu, špatnou motoriku rukou.“

„Můj špatný zrak.“

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

Odpověď: „Nikdo, rodina na mě kašle.“

„Občas, je to jednou tak za tři měsíce, navštěvuje mě sestra s dcerou.“

8 respondentů navštěvuje pravidelně rodina nebo přátelé.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

Odpověď: „Teď již ne, dříve ano. Dnes nenastoupím ani do auta.“

„Ne, jen ze začátku.“

„Ano, na Vánoce.“

Dům seniorů České Velenice

Otázka číslo 1: Jste spokojeni s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „Ano, nestěžuji si.“

„Ano, jsem spokojený. Co více bych měl chtít?“

„Ano, nemám výhrady.“

„Ano, více nepotřebuji.“

„Celkem ano, jen občas nemohu nikoho sehnat.“

„Jsem spokojená, nejsem náročná.“

„Nemohu si naříkat, sám si nic neudělám.“

„Šest let to bylo dobré, teď se to zhoršilo.“

A 3 respondenti uvedli, že jsou se službami v zařízení spokojeni.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

Odpovědi: „Rehabilitaci, potažmo rehabilitační sestru a relaxační cvičení.“

„Nic jiného nepotřebuji, nechci nikoho obtěžovat.“

„Chybí mi samostatnost.“

„Jsem spokojená, služby jsou dostačující.“

„O jiných službách jsem nikdy nepřemýšlela.“

„Mě je to jedno, přizpůsobím se.“

4 respondenti se shodli, že zde nejvíce chybí více aktivit a kulturních akcí.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „ Jsem zde spokojený. Jsem na ostatních závislý, co bych mohl změnit?“

„Jsem spokojená, služby jsou dostačující.“

„Jsem spokojená.“

„Aby se zde konala nějaká kultura.“

„Větší volnost. Kulturní místnost v podlaží.“

„Lepší jídlo.“

4 respondenti uvedli, že asi nic, a jeden nevěděl, co by na zařízení mohl změnit.

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

Odpovědi: „Dobře, snaží se.“

„Dobře, sestřičky jsou hodné.“

„Dobře, dle možností.“

„Dobře, jsem spokojená s jejich prací.“

„Jsem spokojená, nemá cenu nadávat, když to nejde změnit.“

2 respondenti uvedli, že personál pracuje dobře, sestry jsou ochotné, nemohou si na nic stěžovat. Ve dvou případech uváděli respondenti, že personál pracuje dobře, a jeden respondent dodal, že mu personál pomůže, s čím potřebuje.

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

Odpovědi: „Nemám žádný problém.“

„Já nic nepotřebuji, sestry jsou hodné.“

5 respondentů v rozhovoru uvedlo, že s personálem vychází dobře. Dva dodali, že s personálem vycházejí bez konfliktů a dva ještě dodali, že jsou sestry hodné a nemají s nimi žádné problémy.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

Odpovědi: „Ano, nemám žádné velké problémy se zdravím.“

„Ano, pan doktor je dobrý.“

„Mohlo by to být lepší. Lékař je tady jen jednou týdně.“

„Mohla by být častější.“

„Je jí málo.“

„Nerada ji užívám.“

„Ne, chtělo by to lékaře, který by tu byl častěji.“

„Ne, chtěla bych jiného lékaře.“

Ve třech odpovědích se respondenti shodli, že si na zdravotní péči nemohou stěžovat, tedy jsou spokojení.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

Odpovědi: „Žít kvalitně, něco dělat. Chodit a vstát z vozíku.“

„To, jak se cítím.“

„To, jak žiju.“

„Být soběstačný.“

„Dobrý zdravotní stav. Lepší podmínky k životu.“

„Každý to má tak, jak si to udělá.“

„Jak kvalitně žiju.“

Dvakrát se opakovala odpověď, že pod pojmem kvalita života si představují zdraví, a 1 respondentka si pod tímto pojmem nedokázala představit nic.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

Odpovědi: „Ano, ale mohlo by to být lepší.“

„Asi ano, žiju.“

„Mám dojem, že ano.“

„Ano, co jiného bych mohla chtít?“

„Ano, jsem spokojená.“

„Ne, ale lepší už to nebude.“

„Není, přála bych si více, ale jsem již stará.“

„Není, nemohu chodit.“

Ve dvou případech byla odpověď – Ano.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

Odpověď: „Řekl bych, že ano.“

„Ano, líbí se mi tu.“

„Ano, docela dobře, ale doma to bylo lepší.“

„Ano, je tu útulné prostředí.“

„Cítím se zde dobře.“

„Nikde jinde jsem nebyla, tak se mi tu líbí.“

„Není mi tu dobře ani špatně.“

„Velmi záleží na náladě.“

„Musím být spokojený.“

„Není to jako doma.“

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

Odpověď: „Ano, co bych dělal doma?“

„Ano, už se o sebe nedokáži postarat.“

„Ano, mám vše, co potřebuji.“

„Cítím se zde dobře.“

„Musím být spokojený.“

„Poměrně jsem spokojený.“

„Jsem zvyklá na lidi, takže mi to tu nevadí.“

Dva respondenti uváděli, že jsou spokojeni.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

Odpověď: „Cítím se zde dobře, prostředí je čisté.“

„Cítím se tu dobře, určitě.“

„V pohodě. Co chci, mám.“

„Ne jako doma, tak dobře ne.“

Další 4 respondenti uvedli, že se v jejich zařízení cítí dobře, protože žijí v hezkém prostředí, a 2 respondentky uvedli, že příjemně, jen mají málo soukromí.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

Odpověď: „Volnost, soukromí.“

„Asi ani nic, nechci nikoho obtěžovat.“

„Manželka, která mi před pěti lety zemřela.“

„Hlavně častější lékařská péče a hraní na housle a saxofon.“

„Můj pes.“

„Jsem spokojená, nic mi nechybí.“

„Manžel.“

„Přítečkyně a rodina.“

„Návštěvy dětí.“

„Cigarety.“

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Odpověď: „Být zdrav a zdraví pro rodinu.“

„Klidně dožít.“

„Nikoho neobtěžovat a mít dobré zdraví.“

„Žít dobře.“

„Dostat se do Jindřichova Hradce podívat se na pravnoučata.“

„Zdraví pro rodinu.“

„Žít důstojný život.“

„Být spokojená.“

„Hlavně zdraví, abych byla spokojená.“

„Být zdravá a mohla jít domů.“

„Dožít v poklidu a důstojně.“

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

Odpověď: „Hodně čtu, sleduji TV. Chodím na terasu.“

„Sleduji TV, luštím křížovky, čtu. Mám rád detektivky. Hraji karty v kroužku.“

„Čtu časopisy, rád spím. Kam potřebuji, tam mě dopraví. Občas mě vyvezou ven.“

„Hodně čtu, luštím křížovky, sleduji TV.“

„Koukám na TV a chodím na procházky do města.“

„Luštím, hraju „Člověče, nezlob se.“

„Chodím na zahradu i ven, povídám si s ostatními. Ráda čtu noviny. Hodně poslouchám rádio, mám ráda dechovky.“

„Sleduji TV, chodím na zahradu, když je pěkné počasí.“

„Koukám na TV.“

„Chodím na zahradu pod altán. Koukám na TV, ráda čtu noviny a časopisy.“

„Hraji karty, žolíky jedenkrát týdně dvě hodiny v kroužku. Ráda čtu a hodně ráda spím.“

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

Odpověď: „Na žádné nechodím, neumožňuje mi to zdravotní stav.“

„Málo, jen na kroužek hraní karet.“

„Nejsou peníze, takže tu žádné aktivity nemáme.“

„Co jsem tady, dříve jsem chodila, ale dnes co jsem po operaci ruky, nechodím, nedokáži se ani podepsat.“

„Ne, před šesti lety ano, dnes již ne.“

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

Odpověď: „Když jsem dříve chodila, vystřihovávali jsme obrázky dle roční tematiky.“

„Sejde se nás parta lidí. Sedíme u stolu a hrajeme karty.“

2 respondenti uvedli, že aktivizační činnosti probíhají v poklidu a povídají si při nich. 8 respondentů na žádné aktivity nedochází.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví?

Odpověď: „Že si zkrátím čas.“

„Spolupráce s ostatními.“

„Nejsem sama.“

„To, že si na nich mohu popovídat.“

A 6 respondentů aktivity nikdy nenavštěvovalo, tak na tuto otázku neodpovídali, 2 respondentky uvedly své dojmy z doby, kdy do těchto „kroužků“ docházely.

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

Odpověď: „Chodit do lesa, ale les je daleko.“

„Rád bych se podíval ven, jen nechci nikoho obtěžovat.“

„V rámci věku asi ani nic.“

„Chtěl bych si někdy zajít na pivo s přáteli, ale špatně chodím.“

„Ráda bych si více četla, ale mám špatný zrak a špatně vidím.“

„Ráda bych si četla, ale jsem stále unavená.“

„Pletla, nebo se věnovala jiným ručním pracím, ale špatně vidím.“

„Výlety, zájezdy. Žádné se nepořádají.“

„Cokoliv, ale nemohu chodit.“

„Nevím.“

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

Odpověď: „Ano, ale většinou všichni leží, nechci obtěžovat.“

„Ano, ale jen pár.“

„Moc ne.“

5 respondentů má jako svého přítele spolubydlícího na pokoji a 2 respondenti zde přátele nemají.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

Odpověď: „Spravoval a staral jsem se o svou firmu.“

„Prací okolo domu a zahrady.“

„Měl jsem své hospodářství a pracoval jsem okolo domu.“

„Čtením, luštěním křížovek. Vycházkami do lesa, prací kolem domu a zahrady.“

„Hodně jsem četla. Chodila jsem ráda do lesa.“

„Ráda jsem šila.“

„Žila jsem na samotě u lesa, starala se o hospodářství.“

„Pletla jsem svetry pro vnoučata.“

„Vařila a prováděla veškeré práce okolo domu po smrti manžela.“

„Chodila jsem na procházky do lesa.“

„Prací na zahradě, měla jsem krásnou skalku u domu.“

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

Odpověď: „Ano, nechci ostatní obtěžovat.“

„Ne.“

Ve 4 případech se opakovala odpověď spíše ano, ve 2 ano a 2 respondenti uvedli, že tráví čas se spolubydlícím.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

Odpověď: „Dobrá, žádné velké zdravotní problémy nemám.“

„Celkem dobrý, ale nechodím po operaci kolen. Mám kardiostimulátor a cévku.“

„Řekl bych, že dobrý. Chodím v chodítku a mám problémy se srdcem.“

„Dobrý, nestěžuji si. Mám diabetes mellitus.“

„Dobrý. Mám, ale špatný zrak, jsem po operaci šedého zákalu. Klepou se mi ruce a také velmi špatně slyším.“

„Prozatím si nenaříkám. Vzhledem k věku se cítím dobře. Špatně chodím a mám cévku.“

„Mám problémy s chůzí, otoky nohou, špatně slyším.“

„Špatný, mám břišní kýlu.“

„Špatný, nemohu chodit.“

2 respondenti označili svůj zdravotní stav za dobrý.

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

Odpověď: „To, že jsem tady.“

„Nemohu chodit a mám cévku.“

„Špatný zrak.“

„Svou chromou pravou ruku.“

„Špatný zrak a sluch.“

„Nemohu se hýbat, kvůli břišní kýle.“

„Nic.“

4 respondenti vnímají jako své největší omezení pohyblivost.

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

Odpověď: „Ano, každý den za mnou chodí dcera po práci.“

„Ano, neteř od sestry, jednou za měsíc.“

„Ano, můj syn.“

„Ano, dcera s vnukem.“

„Ano, pravidelně mě navštěvují.“

„Ano, synové. Jen občas.“

„Dcera, jednou za čtrnáct dní.“

„Ne nikdo mě z mých příbuzných a rodiny nenavštěvuje.“

2 respondentky na otázku odpověděly, že děti nikdy neměly.

Za sedmi respondenty rodina pravidelně dochází do domova. Jednoho respondenta nikdo z rodiny nenavštěvuje a dvě respondentky děti neměly.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

Odpověď: 9 z 10 respondentů na ni odpovědělo, že neodjíždějí za rodinou na návštěvy. 1 respondent navštěvuje rodinu každé Vánoce.

4.2.3 Dům seniorů Budiřkovic

Otázka číslo 1: Jste spokojeni s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „Poměrně ano.“

„Řekla bych, že ano nikdy jsem nad tím nepřemýšlela.“

„Řekla bych, že ano.“

„Vcelku ano.“

„Někdy ano, jindy ne.“

„Ano. Jsem zde krátce a líbí se mi tu. Klidné prostředí. Mám veškerý servis jako doma.“

4 respondenti na otázku odpověděli, že jsou s kvalitou služeb spokojeni.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

Odpovědi: „Jsem zde spokojený, vše mi vyhovuje.“

„Nemám výhrady.“

„Jsem zde spokojený, jiné služby nepotřebuji.“

„Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel.“

„Internet.“

„Zatím jsem spokojená. Uvidím s postupem času, co mi zde bude chybět.“

„Masáže.“

3 respondenti řekli, že jim v zařízení chybí rehabilitace.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „V podstatě nic. Je tu krásné prostředí.“

„Někdy laskavější přístup personálu, ale záleží na náladě.“

„Více zážitkových akcí.“

„Více soukromí.“

„Možná více květin. V pokoji nějaké mám. Jinak se mi tu líbí. Panuje tu dobrá atmosféra.“

„Většinu personálu.“

2 respondentky uvedly, že jsou zde spokojené, a 2 respondenti by uvítali mladší ženy v zařízení.

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

Odpovědi: „Jsem spokojený.“

„Ujde to.“

„V rámci svého finančního ohodnocení.“

„Řekl bych, že dobře. Věnují se své práci.“

„Záleží na náladě nás i jejich.“

„Snaží se.“

„Velmi dobře.“

„Řekla bych, že dobře. Sestry jsou hodné a sociální pracovnice vstřícná.“

„Nic moc.“

„Personál v domově pracuje dobře.“

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

Odpovědi: „Dobře, bez větších problémů. Sestřičky jsou moc hodné.“

„Jak kdy.“

„Dá se. Vycházím s nimi dobře.“

„Vcelku dobře. Pomohou mi se vším.“

„Myslím, že dobře. Sestřičky jsou obětavé a rády pomohou.“

„Bez problémů, domluvíme se.“

„Nemám s nimi žádný problém. Všichni jsou milí.“

„Občas to jde. Vycházím s nimi dobře.“

2 respondenti na otázku odpověděli, že s personálem vycházejí dobře.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

Odpovědi: „Ano, více nepotřebuji.“

„Zdá se mi, že je jí tu málo.“

„Potřebovala bych lékaře častěji.“

„Snad ano.“

„Ne, senioři mají málo zdravotní péče, i když ji potřebují co nejvíce.“

4 respondenti jsou se úrovní zdravotní péče spokojeni a 3 uvedli, že ne.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

Odpovědi: „Kvalitní bytí.“

„Můj způsob života.“

„To, jak prožívám svůj život.“

„To, jak kvalitní život vedu.“

„Spokojenost se svým životem.“

„Souvisí s prožíváním a zdravím, jak přijímám svůj život.“

„Zdraví, štěstí.“

„Zdraví, spokojenost.“

„Asi jak kvalitně člověk žije.“

„Chci občas domů.“

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

Odpovědi: „Ano. Myslím, že ano.“

„V podstatě dobrá. Jen se projevuje můj zdravotní stav a samota.“

„Mám pocit, že záleží na mém psychickém rozpoložení.“

„Ano. Dnes myslím, že mnohem lepší než dřív.“

„Dle možností ano.“

„Bývalo to lepší. Dnes mě omezuje zdravotní stav a špatná pohyblivost.“

„Jak kdy.“

2 respondenti uvedli, že kvalitu svého života vnímají jako dobrou, a jeden, že svou kvalitu života nepovažuje za dobrou.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

Odpověď: „Velmi, jsem nad míru spokojený.“

„V podstatě ano.“

„Ano, krásné prostředí, milé sestřičky.“

„Ano, ale není to tu jako doma.“

„Ano, ale doma jsem byla spokojenější.“

„Střídavě.“

„Občas.“

3 respondenti na tuto otázku odpověděli, že se zde cítí příjemně.

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

Odpověď: „Ano, ohromně.“

„Jde to.“

„V podstatě ano, jsem. Je tu příjemné prostředí, hlavně okolí.“

„Je to lepší než na LDN.“

„Relativně ano.“

„Někdy, dle nálady.“

3 respondentky řekly, že jsou zde spokojené, a jeden respondent není spokojený ve svém zařízení.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

Odpověď: „Fantasticky, nádherné okolí. Byl jsem doma již sám a nezvládal jsem to.“

„Dobře. Mám zde přátele a můžu si trávit volný čas po svém.“

„Příjemně, ale ne jako doma.“

„Vcelku příjemně.“

„Nevyhovuje mi společné bydlení.“

„Sám.“

2 respondentky se domově cítí dobře a 2 respondenti nikterak dobře.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

Odpověď: „Můj syn, který mě naštěstí navštěvuje.“

„Zdravotní péče.“

„Má historická motorka Jawa 250.“

„Má dílna.“

„Moje zahrádka a pes.“

„Soukromí.“

„Povídání s lidmi v mém okolí. Bydlela jsem v paneláku.“

3 respondentům v zařízení chybí jejich rodina a přátelé.

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Odpověď: „Zemřít v poklidu a bez bolestí.“

„Nový domov.“

„Mít dobrý zdravotní stav.“

„Abych v poklidu dožil.“

„Dožít důstojný život bez bolestí.“

„V poklidu dožít. Co více si můžu přát?“

„Zdraví pro sebe a pro rodinu.“

„Umřít bez dlouhého stonání. Bez pomoci druhých, vždy bych chtěla být soběstačná.“

„V poklidu dožít svůj život a urovnat vztahy v rodině.“

„Domov.“

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

Odpověď: „Chodím do dílen. Rád si čtu, ale špatně vidím. Hodně volného času trávím v zahradě, pokud to jde.“

„Rád chodím do dílen. Koukám na filmy, čtu si a pracuji.“

„Sleduji každý pátek filmy. Rád čtu o historii a věnuji se své sbírce známek.“

„Luštím křížovky. Čtu časopisy s mototematikou. Chodím ven, sedám na lavičku.“

„Chodím na malé procházky. Velmi ráda si čtu, a také trávím čas ručními pracemi v dílnách.“

„Povídám s ostatními. Čtu a luštím křížovky. Ven moc nechodím, kvůli chůzi.“

„Čtením, procházkami v parku. Vyrábím výrobky v dílnách.“

„Chodím na procházky, téměř každý den. Ráda se účastním aktivit v domově.“

„Čtu, pokud mě nebolí oči.“

„Rád spím, jsem stále unavený.“

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

Odpověď: „Navštěvuji dílny, kde můžeme plést různé věci.“

„Knihovnu, dílny, kutíme.“

„Dílny, hraji hry s ostatními.“

„Manuální a ruční práce.“

„Pracovní dílny.“

„Různé druhy prací, malujeme, povídáme si. Tvoříme z různých materiálů.“

„Žádné.“

3 respondenti chodí do dílen v domově, kde tvoří různé výrobky.

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

Odpověď: „Pěkné prostředí, možnost seberealizace.“

„V příjemně laděném duchu.“

„Společně tvoříme.“

„Tvoříme různé výrobky.“

4 respondenti uvádí, že při aktivitách panuje velmi příjemná a klidná atmosféra. 2 popsali průběh práce. Arteterapeutka jim přinese pomůcky a návrhy a oni si vyberou, co budou vyrábět. Popřípadě pokračují v rozdělaných výrobcích.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví?

Odpověď: „Vyplnění volného času.“

„Spolupráce, kolektiv.“

„To, že vyplním svůj volný čas smysluplnou činností.“

„Vše.“

„Kreativita.“

„Tvůrčí činnost.“

3 respondentky rádi navštěvují aktivity, aby nemusely být samy, a jedna respondentka se aktivit neúčastní, nedovoluje ji to zdravotní stav.

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

Odpověď: „Jsem spokojený s tím, co zde dělám.“

„Více tvořila, brání mi v tom zdravotní stav.“

„Pečoval o svou sbírku motocyklů.“

„Luštil křížovky, četl. Špatný zrak.“

„Pracovala na zahradě, brání mi v tom zdravotní stav.“

„Nejraději bych chodila na procházky, ale dlouho nevydržím jít.“

„Turistiku, brání mi zdravotní stav.“

„Péče o zvířátka, žádná tu nejsou.“

„Velmi ráda čtu, ale špatně vidím a bolí mě oči.“

„Účastnila se tvoření, ale nevydržím dlouho soustředit pozornost.“

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

Odpověď: „Ano, se spolubydlícím jsme přátelé.“

„Ano, ale ne blízké přátele.“

7 respondentů na tuto otázku odpovědělo, že se zde přátelí s ostatními, a jeden respondent v domově nemá přátele.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

Odpověď: „S manželkou.“

„V dílně a sledováním TV.“

„Prací doma a vycházkami se psem.“

„Uklízením.“

„Procházkami a hodně jsem se dívala na TV.“

„Aktivněji.“

4 respondenti uvedli, že volný čas doma trávili nejčastěji na zahradě, pracemi okolo domu a domácími pracemi.

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

Odpověď: „Chci mít možnost být sama.“

„Snažím se nebýt sama.“

4 respondenti netráví čas sami, nebo se snaží nebýt sami, a 4 respondenti chtějí být spíše sami.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

Odpověď: „Špatný, omezuje mě v soběstačnosti.“

„Jsem po mozkové mrtvici. Dnes je to již lepší, ale chodím v chodítku.“

8 respondentů vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý.

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

Odpověď: „Spát s někým cizím v pokoji.“

„Svou pohyblivost, zapomnětlivost.“

„Špatně chodím.“

„Svou hybnost a pohyblivost.“

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

Odpověď: „Ano, pravidelně mě navštěvuje dcera s manželem. Děti zatím nemají.“

„Navštěvuje mě syn.“

„Občas za mnou přijdou mladí.“

„Ano, mívám pravidelné návštěvy dcery a vnoučat.“

V 8 případech respondenty navštěvuje rodina téměř pravidelně, ve 2 za nimi skoro nikdo nechodí.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

Odpověď: „Jezdím na víkendy k synovi.“

„Občas si mě vezmou na víkend.“

„Zatím jsem u nich nebyla, ale na Vánoce určitě pojedu.“

7 respondentů za rodinou neodjíždí vůbec a tři respondenti navštěvují své příbuzné.

4.2.4 Dům s pečovatelskou službou Jindřichův Hradec

Otázka číslo 1: Jste spokojeni s kvalitou služeb ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „Ano, jsem bez výhrad.“

„Ke službám nemám připomínky. Jsem spokojený.“

„Ano, jsem spokojená.“

„Služby mi vyhovují.“

„Zatím nepoužívám žádné služby.“

„Žádné služby tady neberu.“

5 respondentů je s kvalitou služeb v domě s pečovatelskou službou spokojeno a 5 respondentů uvedlo, že zatím žádné nevyužívá.

Otázka číslo 2: Jaké jiné služby byste uvítal/a?

Odpovědi: „Žádné jiné služby nepotřebuji.“

„O jiných jsem nepřemýšlel.“

„Služby mi zde vyhovují.“

„Nevím, jaké jiné služby bych ráda využívala.“

„Potřebovala bych mít po ruce zdravotní sestru.“

Na tuto otázku odpovědělo 6 respondentů, že jsou se službami spokojeni, takže žádné jiné nepotřebují.

Otázka číslo 3: Co byste změnil/a ve Vašem zařízení?

Odpovědi: „Jsem tady velmi spokojený, nic bych neměnil. Je tu hezké prostředí.“

„Jsem spokojená s tím, jak to tu vypadá.“

„Velmi se mi tu líbí, klidné prostředí, takže bych nic neměnil.“

„Je tu uklizeno, čisto. Vše je nové. Líbí se mi to tak, jak to je.“

Všichni respondenti se shodli, že jsou v zařízení spokojeni, takže by nic neměnili.

Otázka číslo 4: Jak zde pracuje personál?

Odpovědi: „Personál v domě pracuje velmi dobře.“

„Jsem s jejich prací spokojen.“

„K práci personálu nemám připomínky.“

„Personál vykonává svou práci uspokojivě.“

8 respondentů na tuto otázku uvedlo, že jsou s prací personálu spokojeni.

Otázka číslo 5: Jak vycházíte s personálem?

Odpovědi: „Nemám s nimi žádný problém.“

„Vycházím s pracovníky dobře, nejsem konfliktní typ.“

„Bez menších problémů.“

„Pracovníky nepotřebuji, takže je nevyužívám.“

9 respondentů uvádělo dobrou spolupráci s personálem, jeden senior je naprosto soběstačný, takže na tuto otázku nedokázal odpovědět.

Otázka číslo 6: Jste spokojený/á s úrovní zdravotní péče?

Odpovědi: „Ano s úrovní zdravotní péče jsem spokojen.“

„Zdravotní péče mi vyhovuje.“

„Nemám závažné zdravotní problémy, takže jsem spokojený.“

„Zdravotní péče tady chybí.“

„Žádná zde není.“

„Nejsem spokojený.“

„Ještě žiju.“

„Není tady.“

3 respondenti jsou s úrovní zdravotní péče spokojeni. 5 respondentů uvedlo, že v domě s pečovatelskou službou žádná zdravotní péče přímo není.

Otázka číslo 7: Co si myslíte, že je kvalita života?

Odpovědi: „Zdraví a dobrá mysl.“

„Zdraví a psychický stav.“

„Být zdrav.“

„Zdraví a finance.“

„Úroveň spokojenosti.“

„Je to, co nemám.“

5 respondentů považuje za kvalitu života především zdraví.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že je Vaše kvalita života dobrá?

Odpovědi: „Snažím se, aby byla.“

„Ano, v daném prostředí.“

„Přiměřená věku.“

„Mohu říci, že ano.“

„Určitě není dobrá.“

„Není dobrá, mohla by být lepší.“

7 respondentů svou kvalitu života považuje za dobrou, 3 respondenti uvedli, že jejich kvalita života není určitě dobrá.

Otázka číslo 9: Cítíte se zde příjemně?

Odpověď: „Ano cítím se tady příjemně.“

„Cítím se tady poměrně dobře, téměř jako doma.“

„Ano, velmi dobře.“

„Působí to tu na mě příjemným dojmem.“

„Ano, velmi. Vše je tu nové a výborně udržované.“

„Ano, připadá mi to tu fajn.“

V prostředí domova s pečovatelskou službou se cítí příjemně všichni oslovení respondenti bez výhrad. Jeden uvedl, že se v tomto prostředí cítí přiměřeně příjemně bez dalšího bližšího vysvětlení.

Otázka číslo 10: Jste ve Vašem zařízení spokojen/á?

Odpověď: „Ano, velmi. Vše je tu nové a dobře udržované.“

„Jsem zde spokojena, všude se dostanu, nejsou tu žádné překážky.“

„Ano jsem tady spokojená. Lidé jsou tu slušní.“

„Ano, mám to kousek do města.“

Všech 10 respondentů je v zařízení spokojeno.

Otázka číslo 11: Jak se v tomto zařízení cítíte?

Odpověď: „Fajn.“

„Uspokojivě.“

„Velmi dobře, skoro lépe než v dřívějším bytě.“

„Příjemně, klidné prostředí blízko města.“

„Působí to tu na mě uspokojivě.“

5 respondentů uvádělo v rozhovoru, že se v zařízení cítí dobře. 3 dokonce velmi dobře a 2 respondenti přiměřeně.

Otázka číslo 12: Co Vám zde nejvíce chybí?

Odpověď: „Soukromí z dřívějšího bydlení.“

„Rodinná atmosféra.“

„Anonymita všedního dne.“

„Peníze a demokracie.“

„Muži, kteří umí sem tam něco opravit.“

„Domáci kutilové.“

4 respondenti uváděli, že jim v zařízení nic nechybí.

Otázka číslo 13: Co byste si ve svém životě přál/a?

Odpověď: „Zdraví, štěstí a vstřícnost našich mocných.“

„Spravedlnost od vlády.“

„Demokratickou vládu a ne mafii.“

„Aby se můj zdravotní stav alespoň o něco zlepšil.“

„Klidné stáří.“

„Přiměřené zdraví.“

„Pevné zdraví i ve starším věku.“

Otázka číslo 14: Jak trávíte volný čas?

Odpověď: „Různě – trvalou péčí o invalidní manželku.“

„Prací a zábavou.“

„Vycházkami, zahrádkou, luštěním křížovek.“

„Čekáním na smrt.“

„Převážnou část dne jsem doma a čtu si, sleduji TV, nebo si krátím chvíle u sousedky.“

„Hodně si čtu a také luštím křížovky. Večer sleduji televizi, mám ráda romantické filmy a občas navštívím sousedku.“

„Chodím na procházky okolo rybníku Vajgar a při dlouhých chvílích si čtu.“

„Rád čtu a sleduji zábavné pořady v televizi. Nejraději mám Partičku.“

Otázka číslo 15: Jaké aktivity zde navštěvujete/využíváte?

Odpověď: „Bydlím.“

„Ruční práce – malování na sklo, pletení, háčkování.“

8 respondentů na tuto otázku odpovědělo tak, že žádné aktivity nenavštěvují.

Otázka číslo 16: Jak probíhají?

Odpověď: „Probíhají různorodě.“

„Běžnou činností.“

8 respondentů, kteří žádné aktivity nenavštěvují, na tuto otázku nedokázali odpovědět.

Otázka číslo 17: Co Vás na nich nejvíce baví?

Odpověď: „Práce v kolektivu, možnost popovídání.“

„Utrácením peněz, kterých je málo. Sběr hub, které nerostou.“

9 respondentů aktivity, jako takové, nenavštěvuje, pouze jeden z nich uvedl, že za svou aktivitu považuje bydlení v „pečovateláku.“

Otázka číslo 18: Co byste rád/a dělala ve volném čase? Popřípadě, co Vám v tom brání?

Odpověď: „Rád bych cestoval, brání mi v tom finance.“

„Více bych si chtěla číst, ale mám špatné oči.“

„To, co dělám stále.“

„Volného času mám hodně, nic mi nebrání.“

„Ráda bych se věnovala ručním pracím, ale brání mi v tom špatný zrak.“

„Nemám volný čas.“

5 respondentů by dělalo cokoli, ale brání jim v tom špatná chuze a nedostačující mobilita.

Otázka číslo 19: Máte zde přátele?

Odpověď: „Ano mám, moje sousedka je mi přítelkyní.“

„Pár přátel tady mám.“

„Jsem ráda s lidmi, takže se snažím mít přátele.“

„Mám tu málo přátel.“

Ze sdělení respondentů bylo zjištěno, že všichni mají v zařízení alespoň nějaké přátele, se kterými prožívají svůj volný čas, jeden respondent uvedl, že v zařízení má málo přátel.

Otázka číslo 20: Jak jste trávil/a volný čas doma?

Odpověď: „Všedními povinnostmi.“

„Prací okolo hospodářství.“

„Podle možností.“

„Prací.“

„Četla si.“

„S přáteli a prací.“

„Chodila jsem do pěveckého kroužku.“

„Různě – udržoval jsem historický rodinný dům.“

Otázka číslo 21: Trávíte zde více času sám/a?

Odpověď: „Někdy ano.“

„Snažím se nebýt sám. Nejsem rád sám, mám rád společnost druhých.“

„Ani ne.“

„Ne jsem tu se svou manželkou.“

„Ano, jsem ráda sama, potřebuji svůj klid.“

6 respondentů vyžaduje raději společnost a nechtějí být sami.

Otázka číslo 22: Jaký je Váš zdravotní stav?

Odpověď: „Považuji svůj zdravotní stav zatím za dobrý.“

„Myslím, že dobrý.“

„Jsem spokojený se svým zdravím.“

„Špatný, necítím se dobře.“

„Mám špatný zdravotní stav.“

„Omezený.“

„Můj zdravotní stav odpovídá memu věku.“

„Ještě trefím domů.“

Otázka číslo 23: Co vnímáte jako Vaše největší omezení?

Odpověď: „Stav po autohavárii.“

„Nemohoucnost.“

„Žáda po úrazu a špatný zrak.“

„Špatný zrak.“

„Zdravotní stav.“

„Rozkrádání finančních prostředků Hegerem.“

4 respondentky vnímají jako své největší omezení špatnou mobilitu a hybnost.

Otázka číslo 24: Navštěvují Vás Vaši příbuzní, přátelé?

„Ano. Příbuzní mě navštěvují pravidelně.“

„Ano, dcera za mnou chodí téměř každý den, pracuje nedaleko.“

„Chodí sem syn s dětmi.“

„Mám pravidelné návštěvy.“

„Ne, nikdo za mnou nechodí, jsem sám.“

9 respondentů navštěvují v domě s pečovatelskou službou přátelé a příbuzní. Jeden respondent uvedl, že ho nikdo nenavštěvuje.

Otázka číslo 25: Odjíždíte někdy na návštěvu za rodinou?

Odpověď: „Ano, ale ne pravidelně.“

„Jen málo, ale jezdím za synem.“

„Nepotřebuji jezdit na návštěvy, navštěvují mě.“

„Jezdím se dívat na vnoučata, jak si hrají.“

„Za dcerou chodím každý den, bydlí kousek ode mě.“