

Hodnocení kvality života seniorů závislých na pomoci jiných osob

Bc. Veronika Štrajtová

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika ŠTRAJTOVÁ**
Osobní číslo: **H10709**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Hodnocení kvality života seniorů závislých na pomoci jiných osob**

Zásady pro vypracování:

Vymezení pojmů a teoretických východisek pro praktickou část práce z oblasti sociálních služeb, seniorů, kvality života, příspěvku na péči.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu s použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HILLMAN, J. Klíč k duši. Cesta za objevením individuálního životního smyslu. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-393-5.

CHÁB, M. Svět bez ústavů. Praha: Quip, 2004. ISBN 80-239-4772-9.

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

PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

27. dubna 2012

Ve Zlíně dne 17. ledna 2012


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7. 3. 2012

.....
(Podpis)

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ANOTACE

V této diplomové práci se zabývám zjišťováním, jak je seniory závislími na pomoci jiných osob vnímána jejich kvalita života. Porovnávám život seniorů a jeho kvalitu v přirozeném domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory. Text práce je členěn do dvou částí. V první části se věnuji teoretickému vysvětlení základních pojmů, jako je stáří, stárnutí, onemocnění ve stáří, fyziologické i psychologické změny ve stáří, faktory, které mohou ovlivňovat kvalitu života ve stáří, a objasňuji pojem autonomie seniorů. V druhé části se zabývám metodologií a popisuji použitou kvalitativní metodu výzkumu. Jako techniku sběru dat jsem si zvolila polostandardizovaný rozhovor a strategii zakotvené teorie. Ve vlastní analýze dat rozebírám odpovědi a názory jednotlivých respondentů a vzájemně je porovnávám. Závěrem uvádím, že ve většině odpovědí je kvalita života vnímána pozitivněji seniory žijícími v přirozeném domácím prostředí. Osoby, které jsou umístěny v zařízení pro seniory, jsou obecně více nespokojené se svou životní situací, jakkoli se tomu pracovníci domova pro seniory snaží zabránit různými aktivitami vhodnými pro jejich věk a zdravotní stav a různými kulturními akcemi. Nenahradí však tímto přirozené rodinné vztahy, na které byli tito senioři zvyklí, a které stále kladou výše, než vztahy v zařízení.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, kvalita života, senioři, domovy pro seniory

ABSTRACT

In this thesis I describe how the seniors dependent on the assistance of other persons perceived their quality of life. I compare the life of seniors and the quality of the natural home background and the old people's home background. The thesis is divided into two parts. The first part is devoted to theoretical explanations of basic concepts such as age, aging, illness in old age, physiological and psychological changes in old age, some factors that can affect quality of life in old age, and clarifies the concept of autonomy of the age. The second part deals with the methodology and describes the used qualitative method of research. As a data collection technique I chose the semi-structured interviews and the strategy of grounded theory. In my own data analysis analyze answers and opinions of individual respondents and compare them each other. Finally, I note that in the most of the answers is the quality of life perceived positively by seniors living in their natural home. Persons who are placed in a facility for the elders are generally more dissatisfied with their living situation, although the workers trying to prevent this situation a variety of activities suitable for their age and health, and various cultural events in the home for elders. But it is not replaced the natural family relationships which they were accustomed in and which they are always placed higher than the relationships in the device.

Keywords: age, aging, quality of life, elderly, old people's home

Děkuji paní Mgr. Soně Vávrové, Ph.D. za cenné rady, pomoc a připomínky při odborném vedení mé diplomové práce. Můj dík patří taky všem osloveným seniorům, kteří mi poskytli rozhovory pro realizaci mého výzkumu. Dále děkuji svému synovi za podporu po celou dobu mého studia.

Motto:

„Život neznamena jen být živ, ale žít v pohodě.“

Martialis

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	14
1.1 PROCES STÁRNUTÍ.....	15
1.2 BIOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	16
1.3 ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY VE STÁŘÍ.....	17
1.4 PSYCHICKÉ PROBLÉMY VE STÁŘÍ.....	18
1.5 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁŘÍ.....	19
1.6 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	22
2 KVALITA ŽIVOTA	25
2.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA.....	25
2.2 POJETÍ KVALITY ŽIVOTA.....	27
2.3 METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	28
2.4 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	29
2.5 AUTONOMIE A KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	32
3 PÉČE O SENIORY	35
3.1 VÝVOJ PÉČE V HISTORICKÉM KONTEXTU.....	36
3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....	39
3.2.1 Domov pro seniory.....	40
3.2.2 Pečovatelská služba.....	42
3.2.3 Osobní asistence.....	43
3.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	43
I II. PRAKTICKÁ ČÁST	47
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	48
4.1 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE.....	48
4.2 CÍL VÝZKUMU.....	48
4.3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	49
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	49
4.5 TECHNIKA SBĚRU DAT.....	50
4.6 REALIZACE VÝZKUMU.....	50
4.7 DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY RESPONDENTŮ.....	52
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	54
5.1 KATEGORIE KVALITA POSKYTOVANÉ PÉČE.....	55
5.1.1 Dílčí zhodnocení.....	58
5.2 KATEGORIE SPOKOJENOST SE VZTAHY.....	59
5.2.1 Dílčí zhodnocení.....	62
5.3 KATEGORIE EKONOMICKÉ ZAJIŠTĚNÍ.....	62
5.3.1 Dílčí zhodnocení.....	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Cílem této diplomové práce je zjistit, na jaké úrovni je kvalita života seniorů závislých na pomoci jiných fyzických osob. Takové téma jsem si vybrala, protože díky svému zaměstnání se o tuto problematiku zajímám a mými klienty jsou právě lidé v postproduktivním věku. Denně se tak dostávám do styku s osobami, které jsou závislé na pomoci jiných lidí. Zaujal mě tedy jejich postoj k životu i k životní situaci, která u nich s „nástupem stáří“ nastala, a proto bych se chtěla zabývat tím, jak subjektivně vnímají kvalitu svého života v daných podmínkách.

Kvalita života bývá často v současnosti spojovaná s pojmem blahobyt. V kariérním světě pak mohou vymizet hodnoty jako je pokora, úcta, tolerance a rodina tráví stále méně času pohromadě, chybí tolerance mladých lidí vůči starým lidem a nedostává se také vzorů chování. Stále více se upřednostňuje materiální zajištění rodiny na úkor jiných kvalit. Rodiče přestávají mít čas na své děti a následně se děti nejsou schopny postarat o své stárnoucí rodiče. V posledních letech počet seniorů vzrůstá, protože se díky zlepšujícímu způsobu života a stále kvalitnější péči zdravotníků daří prodlužovat délku života. S tím souvisí problematika přípravy na toto období. Každý by měl na to pomýšlet a na období stárnutí a stáří se již v produktivním věku připravovat. O kvalitě života ve stáří si rozhoduje každý sám a to dříve, než dané období nastane. Je důležité si uvědomit, že stáří není jen doba beznaděje, problémů a nemocí, ale že se dá i spokojeně prožít s pocitem klidu a štěstí. Je však potřebné se na stáří připravit a brát ho jako přirozenou část svého života. Každá společnost by si měla uvědomovat, že senioři jsou její součástí a měli by být do této společnosti plně začleňováni a nemělo by se na ně zapomínat. Období stáří čeká každého člověka, a jak se nyní přistupuje k seniorům, tak jednou děti budou přistupovat k současné generaci.

V této diplomové práci budu porovnávat život seniorů závislých na pomoci jiných osob, kteří žijí v přirozeném domácím prostředí, a seniorů, kteří bydlí v domově pro seniory. Pracuji s těmito osobami a zabývám se péčí o staré a zdravotně postižené občany, vybrala jsem si proto domov pro seniory, který se nachází v mé spádové oblasti. Prostředí tohoto zařízení dobře znám a často zde docházím za účelem posouzení sociální situace klientů. Druhou skupinou, které se budu věnovat, budou senioři žijící ve svém přirozeném prostředí. Také tyto osoby v jejich přirozeném prostředí navštěvuji.

Práce bude členěna do dvou částí. V první části se budu věnovat teoretické základně pojmů, které vyplývají z cíle mé diplomové práce. Znamená to, že se pokusím uvést vše, co se týká kvality života seniorů, zaměřím se na charakteristiku stárnutí, stáří, zdravotní potíže seniorů, faktory, které mohou ovlivňovat kvalitu života ve stáří, a objasním pojem autonomie seniorů. Poskytnu také prostor pojmu životní situace a tomu, jak je spojen s tématem práce. V druhé části se budu zabývat metodologií a tím, jaká výzkumná metoda bude použita pro dosažení cíle mé diplomové práce, jakou zvolím techniku sběru dat a jak bude sběr dat probíhat. Následně budu analyzovat získaná data a interpretovat je. Výsledná zjištění shrnu ve stručném závěru.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Zdraví tvoří nepochybně jeden z významných předpokladů kvality života a lidského štěstí, ale samo o sobě je nezakládá. Prožitek kvality života je fenomén plastický a důležité je, že může existovat i v absenci zdraví nebo při jeho výrazné redukci.“

Helena Haškovcová

Stárnutí a stáří není žádnou chorobnou změnou, ale biologickým pochodem, který probíhá v rámci vývoje jedince (Křivohlavý, 2002, s. 136). Stárnutí a stáří tak může být chápáno dvojím způsobem, a to jednak jako problém individuální a zároveň jako problém společenský. Starý člověk je vždy posuzován jako neopakovatelné individuum, ale rovněž je vnímán ve společenských souvislostech. Podle Pacovského (1990, s. 11) je stáří „...přirozenou vývojovou etapou lidského života, stáří nelze pasivně přijímat jen jako osud. Na stáří je nutné se připravovat během celého života. Kvalitní a spokojené stáří je odměnou za celý předcházející život.“

Stárnutí je poslední fází lidského vývoje a je nutné ho pojímat a hodnotit jako součást kontinuální proměny. Vzhledem k tomu, že se jedná o proměnu kontinuální, je velmi náročné určit okamžik, kdy končí střední věk a nastává stáří. Je to totiž dlouhé období, ve kterém dochází k úbytku fyzických sil a psychologických znaků a je velice obtížné určit okamžik, ve kterém se jedinec stává starým (Stuart-Hamilton, 1999, s. 18-19).

V posledních letech je téma stárnutí velmi aktuální, protože v současné době se v České republice zvyšuje počet seniorů rychleji, než je tomu u příslušníků jiných věkových kategorií. Hlavní příčina je především to, že se následkem zkvalitňování lékařské péče prodlužuje lidský věk (Říčan, 2004, s. 332-333).

Stáří je součástí života a všichni by ho měli trávit spokojeně a v prostředí svých blízkých. Současná medicína zná způsoby, jak prodloužit život mnoha lidem, i když trpí různým onemocněním. Až v posledních letech se hovoří o kvalitě života a nejenom o jeho délce. Na kvalitní život ve stáří má zásadní vliv samostatnost jedinců, dostatečné finanční zajištění a hlavně možnost o sobě spolurozhodovat (Venglářová 2007, s. 11).

1.1 Proces stárnutí

Stárnutí je proces, který probíhá v rámci životního děje jedince a je jakýmsi plynulým přechodem v rámci celkového života jedince. Na stárnutí je možno nahlížet z různých úhlů, avšak je to vždy propojení procesu biologického, psychologického i ekonomického (Křivohlavý, 2002, s. 136; Sýkorová, 2007, s. 47).

Stárnutí je tak pokládáno za velice složitý multifaktoriální děj. Je následkem vzájemného působení genetických podmínek a všech faktorů zevního prostředí. Je to vždy proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který nastává v ontogenetickém vývoji člověka v různou dobu a také pokračuje odlišnou rychlostí. Stárnutí má tedy vysoce individuální charakter, a každý jedinec má nastavený jiný program pro stárnutí (Pacovský, 1990, s. 30-34).

Každý člověk tak stárne různým tempem, a proto se věk biologický může ve značné míře rozcházet s věkem chronologickým. Člověk je starý tak, jak se cítí a za starého pokládá. Hovoří se o tzv. funkčním věku, který zahrnuje duševní výkonnost a svěžest, práce-schopnost a v pozdějším věku i možnost postarat se sám o sebe (Říčan, 2004, s. 317).

Světová zdravotnická organizace člení stáří do těchto vývojových etap:

- rané stáří – 60 - 75 let,
- vlastní, pravé stáří – 75 - 90 let,
- vysoký věk, dlouhověkost – 90 a více let (Říčan, 2004, s. 332).

Senioři pokládají počátek stáří za relativní, prožívají ho rozmanitě, a pokud by se měli vyjádřit k definování stáří, tak vždy přikládají prvořadý význam zdravotnímu stavu a nikoli kalendářnímu věku nebo odchodu do důchodu (Sýkorová, 2007, s. 66).

Sheehyová (1999, s. 391) uvádí, že odborníci na gerontologii rozlišují dva typy stárnutí, a to stárnutí pasivní a stárnutí úspěšné. Je na každém jedinci, jaký typ stárnutí si zvolí. Úkolem úspěšného stárnutí je shromažďovat energii nutnou pro další období. Tuto energii pak může vynaložit na úkoly, které jsou před námi, nebo na životní nehody, jež se mohou vyskytnout. Úspěšné stárnutí je volbou každého člověka a směřuje k odhodlanému a nepřetržitému rozvoji osobnosti a celé řady strategií. „Nenazývejme ten proces stárnutím. To slovo s sebou nese pejorativní nálepkou. Používejme v této souvislosti výraz „moudření“, je to proces, v němž lidé akumulují moudrost a stávají se mudrci své kultury.“

Proces stárnutí se nevyhne žádné funkci organismu, které se postupně mění a zpomalují. Každodenně je však možné si povšimnout velkého počtu starých jedinců, kteří jsou duševně i fyzicky čilí, veselí, aktivní a těší se dobrému zdraví. Tito šťastní jedinci vyvíjejí i přes biologické změny, ke kterým dochází v jejich těle, účinnou a výkonnou činnost, která je srovnatelná s činností mladých lidí. Tito lidé chtějí dokázat, že nepodléhají nemocem a žádným traumatům (Dessaintová, 1999, s. 31-32).

1.2 Biologické aspekty stárnutí a stáří

Při pozorování změn v průběhu stárnutí se zjistilo, že některé změny mají pozvolný nástup, jiné naopak přicházejí rychle. Mezi nejvýraznější změny patří změny v:

- sexuální aktivitě,
- rychlosti reflexů na akustické a vizuální podněty,
- vitální kapacitě,
- srdeční kapacitě,
- svalové síle,
- váze mozku,
- bazálním metabolismu,
- změně rychlosti vedení vzruchu nervovými vlákny.

Největší přeměny jsou vizuální, kdy se prohlubují vrásky v obličeji, a vzhled obličeje nabývá ostřejších obrysů, vlasy mění barvu, šedivějí a vypadávají. Zhoršuje se také vidění, dochází k akomodaci oční čočky, která se projevuje neschopností zaostřovat do blízka. Důsledkem je pak presbyopie, tedy stařecká dalekozrakost. Je zhoršena zraková ostrost a dochází ke změně ve vnímání barev (Křivohlavý, 2002, s. 139-140).

Mezi obecné rysy na fyziologické úrovni lze zařadit atrofii, sníženou elasticitu orgánů, sníženou funkci endokrinních žláz, změny tělesných tekutin, zvýšení tělesného tuku. Vlivem úbytku vaziva v meziobratlových ploténkách se mění držení těla, ochabují svaly a tímto se zmenšuje výška člověka. Značné změny jsou i na pokožce, kdy se objevují tzv. stařecké skvrny. Zhoršuje se kvalita spánku i jeho délka. Smyslové orgány snižují svou výkonnost, rovněž dochází ke změnám trávicího, vylučovacího nebo oběhového systému a také k metabolickým změnám (Jarošová, 2006, s. 21-24).

Stárnutí s sebou nese rovněž přeměny buněčného systému a orgány ztrácejí některé své vlastnosti. Snižuje se filtrační schopnost ledvin, močový měchýř ztrácí tonus, což má za následek inkontinenci. Klesá výkonnost srdce a zhoršuje se pružnost tepen, žil i cév. Vznikají změny krevního tlaku, který je většinou vysoký, ale může naopak být i hodně snížený. Snižuje se také vitální kapacita plic, což má za následek zhoršené dýchání. Zhoršuje se pružnost svalů, ubývá svalové hmoty, průměr kostí se zmenšuje a kosti mění svou strukturu, tímto však vznikají časté zlomeniny. Klouby již nepracují tak pružně, ztrácejí napětí a tímto je pohyb náročnější a pomalejší. Těmito fyziologickými změnami dochází u starého člověka rovněž ke změnám celkové rovnováhy organismu. Tělo starého člověka hůře udržuje tělesnou teplotu nebo vyrovnává změny krevního tlaku. Dochází také ke změnám nervového systému, snižuje se přísun krve do mozku, který pak spotřebuje méně kyslíku, a to může mít vážné následky. Stárnutí nervů a nervových vláken způsobuje zpomalené reflexy na různé podněty. Zhoršují se smyslové vjemy, zrak, sluch, chuť i čich. Snižuje se rovněž počet sensorických receptorů a starý člověk jinak vnímá pocit chladu, tepla, dotyku či bolesti. V tomto období dochází ke změně imunitního systému, což vniká následkem ochabnutí brzlíku (Dessaintová, 1999, s. 20-29).

1.3 Zdravotní problémy ve stáří

Stárnutí se tedy projevuje celkově zhoršováním zdravotního stavu. Proces stárnutí je závislý na dědičných předpokladech a rovněž na vlivu prostředí. Stáří samotné není chorobou, ale následkem životního stylu a různých nepříznivých vlivů narůstá nemocnost lidí. Starého člověka lze za zdravého považovat v případě, že netrpí žádnou viditelnou chorobou, necítí se být nemocný a je schopen se o sebe v přiměřeném rozsahu postarat (Vágnerová, 2000, s. 448-449).

Mezi nejčastější zdravotní problémy u starých lidí patří:

- poruchy pohybového ústrojí,
- poruchy dýchacího systému – zpomalené dýchání nebo tzv. hypoxie, což je nedostatek kyslíku,
- poruchy kardiovaskulárního systému – hypertenze, arterioskleróza, mozková příhoda,
- poruchy nervového systému,
- nemoci zažívacího ústrojí,

- nemoci ledvin a močových cest,
- změny v činnosti štítné žlázy,
- úplavice cukrová, neboli cukrovka (Pacovský, 1990, s. 61).

Choroby ve stáří mají své zvláštnosti. Znamená to, že je pro ně typický výskyt několika chorob současně, což se nazývá polymorbidita. Onemocnění ve stáří bývá také charakteristické tím, že nemoc má atypické příznaky. Skutečné příznaky onemocnění však mohou být skryté a starý člověk je může popisovat z jiného místa na těle, než je skutečné onemocnění. Obvyklý je sklon k protahovanému průběhu a k chronicitě. Akutní onemocnění u starých lidí trvá déle a často je doprovázeno řadou dalších komplikací. Nesmí se zapomínat na skutečnost, že ve stáří je vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace. Pro starého člověka je nemoc sociální událostí a celkově může změnit jeho sociální a životní situaci. Ze starého člověka doposud samostatně fungujícího se rázem může stát senior závislý, který bude odkázán na pomoc jiných osob (Pacovský, 1990, s. 67-68).

1.4 Psychické problémy ve stáří

Ve stáří dochází k řadě změn v psychické oblasti. Domnívám se, že je možné rozdělit je na změny tělesné a intelektové. Některé změny vznikají následkem různých psychosociálních faktorů, jiné však mají původ biologický. Může tak docházet ke zpomalování psychických dějů, většina starých lidí trpí nespavostí, nebo taky tzv. převráceným rytmem spánku a bdění. Mohou nastat změny v oblasti chuťových podnětů, vnímání vůní a pachů, řeči, vidění, akustických podnětů. Dochází pak k řadě změn v kognitivní oblasti, kdy:

- zvyšují se obtíže přijímat nové podněty,
- snižuje se adaptabilita,
- klesá flexibilita,
- snižuje se schopnost měnit osvojené vzory,
- zvýšená fixace na to, co bylo dříve zažito.

Starí lidé také dávají přednost konzervativnímu chování, mají potíže měnit osvojené vzory chování a upřednostňují stereotyp. K nejzávažnějším změnám ve stáří patří potíže s pamětí a problémy se zapamatováním. Velmi často se stává, že si senioři dokonale pamatují zážitky z mládí, ale nejsou schopni si zapamatovat nové poznatky, které se odehrály v posledních dnech (Křivohlavý, 2002, s. 140-143).

Z literatury je opět patrné, že u starých lidí také klesá vitalita i energie. S narůstajícím věkem naopak stoupá zájem o všeobecnou informovanost, narůstá také smysl řešit skutečnosti do detailu, avšak schopnost psychické adaptability se snižuje. Zvyšuje se nejistota doprovázená úzkostí, senioři v cizím prostředí a k neznámým věcem bývají nedůvěřiví. S narůstajícím věkem dochází k oslabení vyšších citů i sociálního citění, což má za následek celkové oploštění emotivity (Haškovcová, 1990, s. 95-103).

Struktura osobnosti se ve stáří kvalitativně nemění, některé rysy však snižují svou intenzitu. Je patrné, že se u starých lidí zpomaluje psychomotorické tempo a vštipivost paměti je také snížena. Vyskytuje se ochuzená fantazie, bývá přítomna averze řešit vzniklé události a staří lidé se snadněji poddávají dojetí. Některé psychické funkce však zůstávají zachovány, jako je např. slovní zásoba, jazykové dovednosti, a týká se to rovněž intelektu (Pacovský, 1990, s. 39-40).

1.5 Sociální aspekty stáří

Současná společnost se potýká s narůstajícím počtem seniorů v populaci. Předpokládá se, že v roce 2050 bude třetina obyvatel České republiky starší 65 let. Odborníci i laici vedou diskuse o tom, jaká bude společnost, přemýšlí o přizpůsobování společnosti starším lidem a o ergoekonomice. Dnešní senioři, tedy lidé starší 70 let, patří ke generaci, která většinou těžce pracovala, strádala v době války a totalitního režimu. U těchto seniorů je zřetelné, že potřebují systém péče a zabezpečení. Většina rodin není schopna se o svého stárnoucího rodiče postarat. Je to zřetelně vidět u dlouhých pořadníků zájemců o pobyt v domovech pro seniory, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a jiná podobná zařízení. Mnoho seniorů je zatíženo demencí či Alzheimerovou chorobou (Gulová, 2011, s. 67-68).

Objevuje se také nový problém společnosti, který je možné nazývat ageismus. Ageismus je definován jako negativní postoj vůči starým lidem ve společnosti, dalo by se uvést, že jde tedy o diskriminaci starých lidí. Tento termín vznikl v 60. letech 20. století a jeho původcem je Butler, který termín použil jako systematické znevýhodňování seniorů ve společnosti západního světa. Popisuje diskriminaci v přístupu starých lidí k zaměstnání, ke zdravotním, sociálním i jiným službám v rámci rodiny nebo na veřejnosti. Senioři se stávají obětí předsudků, které spojují vyšší věk s negativními charakteristikami. Dané předsudky vychází z předpokladu, že všichni staří lidé jsou stejní, tzn. nemocní, smyslově a pohybově postižení, nevykonní, trpící poruchami paměti apod. Ageismus je postoj, který

pronikl celou společností a není cizí ani pracovníkům sociálních služeb. Mohou ho bohužel přijímat i samotní staří lidé (Matoušek, 2003, s. 22).

Jedním z problémů, které přináší stáří, je ztráta sociálních kontaktů. Odchod do důchodu znamená i ztrátu profesní role. Reakce na odchod do důchodu mohou být odlišné, tento odchod bývá racionálně hodnocen a rovněž emočně prožíván. Změny životního stylu důchodce se projevují i v oblasti psychických potřeb. Adaptace na odchod do důchodu trvá nějakou dobu a je u každého jedince jinak dlouhá (Vágnerová, 2000, s. 489-490).

Haškovcová (2002, s. 20) hovoří o pojmu „druhý životní program“, který zahrnuje v životě jedince odcházejícího do důchodu takové aktivity, které navozují pocit uspokojení a společenského uznání a tímto dochází k jeho uspokojování jako v době zaměstnání. Druhý životní program zahrnuje tyto formy:

- možnost pracovat (ne však povinnost),
- různé formy voluntérství (dobrovolnictví),
- rozvoj individuálních aktivit,
- možnost využití univerzit třetího věku.

Odchod do důchodu patří k nejtěžším situacím v životě jedince a to i vzhledem k tomu, že člověk zažívá i jiné životně těžké situace, mezi které patří smrt partnera, blízkých přátel, onemocnění v rodině apod. Období seniorského věku se stává fází života, kdy psychická bolest může být častým společníkem. Někdy by se dalo přirovnat období odchodu do důchodu mezi traumatizující události, v níž dochází ke ztrátě životně důležité role. „A jelikož, bohužel, je pro naše důchodce velmi často typické, že nemají na život v důchodu připravený program, je mnohdy život v důchodu ne třetím věkem plným aktivity a rozvíjejících se zájmů, na něž v druhém věku nebyl čas, nýbrž dožíváním“ (Rabušic, 1995, s. 144-146).

Existuje pět způsobů, jak lidé reagují na stárnutí a stáří:

- Konstruktivnost – člověk se smířil s realitou stárnutí a stáří, je soběstačný, přízpůsobivý a tolerantní, má adekvátní cíle a plány. Svůj život hodnotí spokojeně a je schopen navazovat vztahy s ostatními lidmi, má zájem o budoucnost, neztratil „životní program“.
- Závislost – člověk se uchyluje k pasivitě a závislosti než k aktivní činnosti a soběstačnosti. Je vyrovnaný, ale chybí mu ctižádost. Psychické a fyzické aktivi-

ty mu nepřináší radost a uspokojení. Je pohodlný a k ostatním lidem pasivně tolerantní.

- Obranný postoj – k tomuto postoji lze přiřadit lidi, kteří byli profesně a společensky aktivní. Jsou to lidé soběstační a jsou na to hrdí. Odmítají pomoc druhých, jen aby dokázali, že pomoc nepotřebují, že ještě nejsou staří. Skutečnost, že jsou staří, si nepřipouští.
- Nepřátelství – do této kategorie lze zařadit osoby, které v předcházejícím životě přiřazovaly vinu za své neúspěchy jiným lidem. Bývají agresivní, podezíraví a neústupní. Většina těchto lidí žije v ústraní a izoluje se. Jsou mrzutí a ke stáří mají odpor. K mladým lidem se chovají nepřátelsky a závidí jim.
- Sebenávist – do této skupiny je možné zařadit lidi, kteří se chovají nepřátelsky ke své vlastní osobě. Na svůj život se dívají kriticky a pohrdavě. Jsou pasivní a někdy až depresivní. Nedokážou zaujmout konstruktivní postoj ke stáří. Nevyhledávají společnost jiných lidí, cítí se osamělí a zbyteční. S faktem stáří se smířují, uznávají, že si života užili, a mladým lidem nezávidí (Pacovský, 1990, s. 41-42).

Důležitým úkolem je příprava na stáří, neboť každý člověk je odpovědný za své stáří, a proto by se na něj měl připravovat již v produktivním věku. Dlouhodobá příprava na stáří spočívá v celoživotním výchovném, vzdělávacím i zdravotně-osvětovém působení na celou populaci. Podstatné je zaměřit se na ty stránky života, které s odstupem času ovlivňují stáří. Zdůraznit by se měla výchova k smysluplnému životu, k rozvoji vzdělání a osobních zájmů. Dbát by se mělo na správnou životosprávu a celkově na správný životní styl. Nemělo by se zapomínat na zásady duševní hygieny a vytváření mimopracovních aktivit. Krátkodobá příprava na stáří zahrnuje období 3 - 5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. V tomto období jsou důležité kvalitní informace o možnostech aktivního způsobu života. Důležitá je příprava psychická, která zahrnuje přijetí role důchodce (Pacovský, 1990, s. 55-57).

V přístupu ke starým lidem je možné se stále zdokonalovat. S novým trendem v péči o seniory přišel koncept „smyslová aktivizace pro seniory“. Autorkou tohoto konceptu je Lore Wehner, která se zamýšlí nad přístupem ke starým lidem a snahou co nejdéle zachovat starému člověku aktivní žití.

Tato aktivizace by měla zachovat:

- vlastní kompetence – sebevědomí, sebeurčení, sebehodnocení, sebelásku, sebeakceptaci, samostatnost,
- sociální kompetence – udržování kontaktu s druhými lidmi, jeho prohlubování a zachování vazeb s rodinou, přáteli, obrovský význam pro starého člověka má zachování si trpělivosti, respektování odlišnosti ostatních jedinců,
- věcné kompetence – zůstat samostatný, sám se obléci, najíst, postarat se o osobní hygienu.

Mezi metody aktivizace patří např. motogeragogika, kde se řadí:

- psychomotorická skupinová aktivita,
- integrovaný tanec,
- rytmika a hudba,
- práce se zvukem,
- smyslově podporovaný trénink paměti,
- prostorové vnímání,
- umělecká terapie,
- validace,
- práce s biografií,
- zkrášlování životního prostoru,
- umění doprovázet,
- efektivní a nenásilná komunikace (Odborný časopis Sociální služby, Smyslová aktivizace pro seniory, ročník: XIII, prosinec 2011, s. 12).

1.6 Demografické údaje

Stárnutí populace je proces, ve kterém se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 65 let a snižuje podíl osob mladších 15 let (Rabušic, 1995, s. 12).

Počet starých lidí se v posledních letech výrazně zvyšuje. Tempo růstu stárnoucích jedinců je odlišné v jednotlivých světadílech i státech. Bylo zaznamenáno, že v některých vyspělých zemích je nárůst docela dramatický. Z toho plyne, že v budoucnu může nastat situace, kdy bude větší počet stárnoucích a starých lidí než mladých a ekonomicky nezávislých jedinců. Tento proces, který zaznamenává zvyšující se počet stárnoucí populace

v poměru k celkovému počtu obyvatelstva, se nazývá demografické stárnutí (Haškovcová, 1989, str. 119).

Starší lidé v současné době žijí zdravěji a aktivněji a v tomto důsledku se neustále zvyšuje počet seniorů. Stárí se stává přímou zkušeností zvyšujícího počtu lidí. Celkově se mění životní styl seniorů a způsob jejich života. Demografické stárnutí je vesměs neprávem považováno za negativní jev a tato problematika je spojována s důchodovou reformou. V případě, kdy lidé starší 65 let budou tvořit třetinu populace, nemá již smysl rozlišovat mezi službami a produkty pro seniory a neseniory (MPSV ČR, 2008, s. 9-11).

Rabušic (1995, s. 143) hovoří o neustále se zvyšujícím počtu seniorů v současné společnosti a vidí to jako velký sociální problém. Z toho vyplývá, že pokud bude společnost neustále stárnout, budou se zvyšovat problémy nejrůznějšího charakteru.

Tabulka č. 1: Podíl věkových skupin na celkové populaci (%)

Rok	Věk		
	0 – 14	15 - 64	65+
1991	20,6	66,7	12,7
1995	18,3	68,4	13,3
2000	16,2	69,9	13,9
2005	14,5	71,4	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2020	13,7	66,0	20,3
2030	12,6	64,5	22,9
2040	12,2	60,9	26,9
2050	12,4	56,3	31,3

Zdroj: Absolutin, stárnoucí populace v ČR

Statistiky vypracované OSN a Světovou zdravotnickou organizací uvádějí, že na světě žije zhruba 500 milionů lidí se zdravotním znevýhodněním. Jde o každého desátého člověka. Podle provedených průzkumů, žije v České republice asi 1,2 mil. občanů se zdravotním znevýhodněním. Podle provedených výzkumů sami zdravotně znevýhodnění a se-

nioři se zdravotním postižením tvrdí, že nestojí o soucit, a nechtějí být umíst'ováni do sebelepších ústavů a nemocnic. Chtějí žít ve společnosti svých blízkých ve svém přirozeném prostředí (Matoušek, 2005, s. 90).

Podle zveřejněných prognóz bude vývoj České republiky do roku 2050 charakterizován změnami, které budou kolísavé. Předpokládá se, že počet obyvatel starších 65 let bude narůstat rychleji. Podle posledních odhadů tvoří osoby nad 65 let asi jednu sedminu všech obyvatel. Do roku 2050 by se počet těchto starých osob měl pohybovat kolem jedné třetiny. Ve srovnání se současným počtem osob starších 65 let, kterých je asi 1,4 mil., by měl tento počet dosáhnout 3 mil. Jsou to varující signály, jako je nízká porodnost, prodloužení střední délky života a přibývající počet starých lidí, které upozorňují na to, aby ve společnosti byla včas přijata účinná opatření k zajištění důstojného a kvalitního života seniorů (ČSÚ 2011).

Tabulka č. 2: Odhad počtu zdravotně postižených v ČR

Typ postižení	Počet lidí s postižením
Zrakové znevýhodnění	60 tisíc (z nich 17 tisíc velmi těžce postižených)
Sluchové znevýhodnění	300 tisíc (z nich 15 tisíc zcela hluchých)
Poruchy řeči	60 tisíc
Slepohluchota	1.500
Mentální znevýhodnění	300 tisíc
Vady pohybového ústrojí	300 tisíc
Diabetes	480 tisíc (z nich 70 tisíc inzulinovaných)
Cévní mozkové příhody	150 tisíc
Epilepsie	140 tisíc
Duševní nemoc	100 tisíc

Zdroj: Matoušek, 2005, s. 90.

2 KVALITA ŽIVOTA

„Smát se často a dlouho;
získat úctu inteligentních lidí a náklonnost dětí;
zasloužit si ocenění čestných kritiků a snášet zradu falešných přátel,
ocenit krásu, nacházet v ostatních lidech to nejlepší;
zanechat svět o kousek lepší;
ať už obohacený o zdravé dítě, upravený záhon nebo o zlepšené společenské podmínky;
vědět, že náš život usnadnil žití někomu jinému.“

Ralph Waldo Emerson

Kvalitu života definuje spousta autorů, já se přikláním k definici následující, která nahlíží na kvalitu života jako na něco, co odráží u každého jedince jeho postavení ve společnosti, které vychází z jeho fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalita života vypovídá o jeho zdravotním stavu a vlivu okolních podmínek. V posledních letech se tímto zabývá řada odborníků, ti se snaží hledat faktory, které přispívají ke spokojenému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Payne, 2005, s. 206-208). V následujícím textu se budu konkrétněji vymezením kvality života zabývat, a domnívám se, že je potřebné nahlížet na tento pojem z různých úhlů pohledu.

2.1 Definice kvality života

Definovat kvalitu života není jednoduché. Kvalitou života se obvykle sleduje to, jaký dopad má onemocnění na fyzický a psychický stav jedince na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. Existuje celá řada definic, avšak žádná z nich není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné, pojem kvality života by se měl zaměřovat na údaje o psychickém, fyzickém a sociálním stavu jedince. Kvalita života je vícerozměrná veličina a je definována jako „subjektivní zhodnocení vlastní životní situace“ (Slováček, 2004).

Existují tři přístupy, které zkoumají kvalitu života. Jinak se s hodnocením kvality života pracuje v psychologii, jiné aspekty budou využívány v sociologickém výzkumu a odlišně se posuzuje kvalita života v medicíně. Psychologické pojetí kvality života se snaží vystihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem. V sociologickém pojetí kvality života budou zase zdůrazňovány atributy sociální spokoje-

nosti, kde je možné zařadit určitý status, majetek, vybavenost domácnosti, vzdělání, rodinné poměry, subjektivní životní spokojenost apod. Z medicínského hlediska se kvalita života zkoumá v souvislosti s psychosomatickým a fyzickým zdravím. Důraz se klade na nalezení subjektivního pocitu životní pohody, který je asociován s nemocí, léčbou nebo vedlejšími účinky léčby (Payne, 2005, s. 209-212).

Matoušek (2003, s. 100) hodnotí kvalitu života jako komplexní kritérium využívané k ohodnocení efektivní sociální péče. Opírá se o širší hodnocení, které zahrnuje zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, zvládání denních aktivit apod. Kvalita života se dá tak kvantifikovat souborem hodnot nebo jen jednou hodnotou, např. životní spokojeností. Kvalita života se posuzuje s využitím sebehodnotící škály, různých dotazníků, strukturovaných rozhovorů anebo jen posouzením jiné osoby. Kombinace metod je vždy vhodnější než použití pouze jedné metody. Kvalitu života není možné hodnotit bez informací od posuzovaného člověka.

Další definice uvádí, že zaměření na typický atribut kvality života umožňuje hodnocení kvality života nezávisle na objektivně vymezeném zdravotním stavu. Kvalita života je definována následně jako „subjektivní hodnocení vlastní životní situace“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). Definovat kvalitu života je možné také pomocí měřitelných veličin, které se zaměřují na vymezení pojmu podle účelnosti. Patří zde definice, jež vymezují kvalitu života podle hodnot subjektivně a objektivně zaměřených i charakterizovaných „vysokou úrovní aktivity, dobrými mezilidskými vztahy a základní dobrou náladou jako tím, co je „objektivně“ měřitelné v psychologii. Unikátnost tohoto tvrzení spočívá v jeho snaze o popsání ideálního stavu“ (Pančocha, 2006, s. 133). V současné době došlo ke změně a za zásadní pro život jedince je pokládána subjektivní kvalita života. Objektivní kvalita života se odráží v tom, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti, v kontextu své kultury a žebříčku hodnot. Jeho spokojenost je závislá na osobních cílech, jeho očekáváních a zájmech. Objektivní kvalita života se pak týká materiálního zabezpečení, sociálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Je možné ji vymezit jako „souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka“ (Pančocha, 2006, s. 136).

Křížová upozorňuje na skutečnost, že na kvalitu života má vždy pozitivní vliv také např. úroveň vzdělání: „...nejen zdraví, ale také kvalita života bude pozitivně korelovat s rostoucím stupněm vzdělání a příjmů. Lépe vzdělané vrstvy mají lepší šanci uplatnit se v konkurenční výkonově orientované společnosti, lépe se orientují a lépe mobilizují zdroje

(především informační) při řešení existenčních problémů. Jsou otevřenější, flexibilnější a mají více možností chránit svou autonomii“ (Křížová in Payne, 2005, s. 352).

Hnilicová tvrdí, že po určitém zjednodušení je možné dospět k závěru, že v rámci všech přístupů má kvalita života dvě hlavní dimenze, za které považuje subjektivní a objektivní chápání konceptu. Subjektivní kvalita života se týká „lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Je stále otevřenou otázkou, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí, a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena“ (Hnilicová in Payne 2005, s. 207).

2.2 Pojetí kvality života

Pojmem kvality života se výzkumy zabývají do hloubky až v posledních deseti letech. Pro subjektivní vnímání kvality života je směrodatné kognitivní hodnocení a emoční prožívání. „Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Badatelé se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory“ (Hnilicová in Payne, 2005, s. 206).

Křivohlavý (2002, s. 162-163) poukazuje na to, že lidé vždy uvažovali o svém životě. Engel a Bergsma, uvádění v jeho knize, mapují tuto problematiku ve třech sférách:

- V makro-rovině jde o otázky kvality života velkých společenských seskupení, např. státu, kontinentu. Život je považován za absolutní morální hodnotu. Problematika kvality života se tímto stává elementem základních politických úvah (bojem s epidemiemi, hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem, investice do infrastruktury, zdravotnictví, úroveň základní výchovy atd.).
- V mezi-rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách např. ve škole, v nemocnici, v domově pro seniory, v podniku. Jedná se o respekt k morální hodnotě života člověka, o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena určité společenské skupiny, existence tzv. sociální opory, sdílených hodnot atd.
- Osobní rovina je vymezena nejjednoznačněji. Jedná se o život jednotlivce, jde o osobní subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí

atd. Každý v této dimenzi individuálně hodnotí kvalitu svého vlastního života. Hodnocení se tak týká osobních hodnot jednotlivce a patří sem jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení, příkoří apod.

Ve své práci se budu zabývat hodnocením kvality života seniorů, kteří jsou závislí na pomoci jiných osob v domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory. Pojmem osobní rovina se tedy budu zabývat dále v textu, neboť z této pozice budu život seniorů posuzovat.

2.3 Metody měření kvality života

Metod, které se používají k hodnocení kognitivních aspektů subjektivní spokojenosti, je velké množství. Je možné použít např.:

- SWLS – Satisfaction With Life Scale – škála spokojenosti se životem,
- PGWS – Psychological General Well Being Scale – má dobré psychometrické vlastnosti, proto je často doporučována,
- PANAS – standardizované škály výskytu kladných a záporných vlastností – zjišťují emocionální prožívání (Payne, 2005, s. 210-211).

Je možné rozlišit všeobecné dotazníky kvality života, které jsou určené pro běžnou populaci, a speciální dotazníky, které jsou určené pro osoby s určitou nemocí nebo postižením, a zjišťují tak dopad nemoci na každodenní život a subjektivní hodnocení zdravotních problémů, s kterými se daná osoba musí vyrovnat. Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu se většinou označuje jako HRQOL- health-related quality of life (Hnilica in Payne, 2005, s. 416).

V poslední době je také možné se setkat s pokusy vystihnout kvalitu života i více globálně a poskytnout obraz toho, co jsou to tzv. „pilíře štěstí“.

Mezi tyto pilíře je možné zařadit:

- Pocit, že umím a jsem schopen dělat něco smysluplného, jsem aktivní.
- Rozhoduji o svém životě a mám ho pod kontrolou, jsem autonomní.
- Mám sebeúctu, vážím si sám sebe.

Křivohlavý (2002, s. 165) rozděluje měření metod na tři skupiny:

- Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je druhá osoba.

- Metody měření kvality života, kdy hodnotitel je sama osoba.
- Metody smíšené, kdy je možné kombinovat výše uvedené metody.

Hodnocení subjektivní kvality života SQUALA využívá metodu zjišťování kvality života za pomoci dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Zaměřuje se na oblast zdraví, prožívání, mezilidských vztahů, životních podmínek a prostředí, někdy i spirituální stránky života. Dotazníky nebo rozhovory jsou výhodné v tom, že umožňují vzájemné porovnávání různých podmínek a souborů osob. V České republice se tato metoda používá u psychiatricky nemocných osob, ale je možné jí využít i pro šetření v běžné populaci. Nevýhodou je, že nemusí citlivě zachytit intervence zaměřené na symptomy (Dragomirecká, 2006, s. 10).

2.4 Kvalita života ve stáří

Subjektivní kvalita života je často chápána jako konstrukt, který je vymezen čtyřmi spolu souvisejícími komponentami:

- kladnými emocemi,
- zápornými emocemi,
- spokojeností s jednotlivými oblastmi života,
- spokojenosti se životem jako celku.

Je možné zde přiřadit ještě subjektivní spokojenost se zdravím.

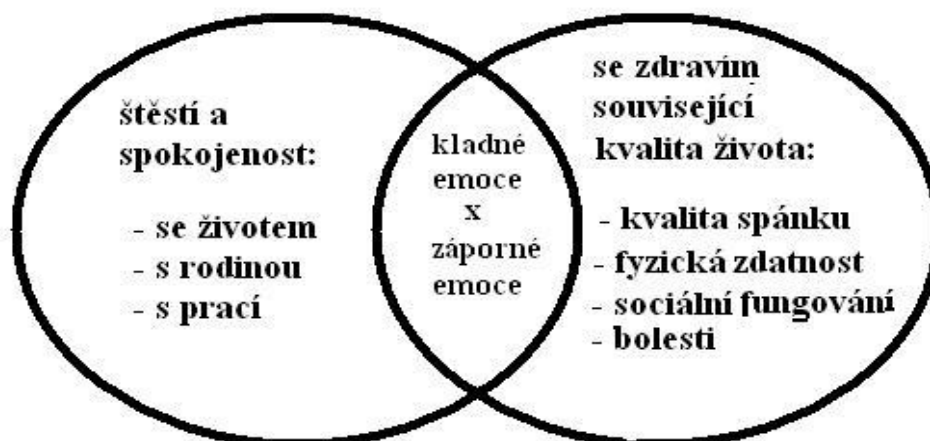
Kladné a záporné emoce prezentují afektivní komponentu kvality života. Spokojenost s jednotlivými oblastmi a spokojenost se životem jako celku tvoří komponentu kognitivní (Payne, 2005, s. 416-417).

Kvalitu života starého člověka dle Sýkorové (2004, s. 50), ovlivňuje rovněž jeho sociální okolí. Avšak pouhá přítomnost druhých osob je pro seniora nedostatečná, neboť ten potřebuje být svým okolím přijat a jsou pro něj důležité také postoje ostatních lidí.

Kvalitu života seniorů tvoří celá řada různých aspektů, ke kterým patří i materiální zabezpečení, rodinný stav, kvalita bydlení, dostupnost zdravotně sociálních a dalších služeb, možnosti realizace zálib a koníčků či rozvíjení jiných sociálních kontaktů. Požadavky na kvalitu života se ve společnosti v posledních letech stupňují a tento aspekt je patrný i u seniorů. Některé okolnosti svého života berou staří lidé za problémovější než jiné. Mezi největší problémy zařazují senioři porozumění technickým novinkám nebo politickému a společenskému dění. U seniorů převládá pocit nespokojenosti způsobený vlastní životní

úrovni. Řada seniorů se cítí osamělými, kdy tuto samotu nejvíce ovlivňuje rodinný stav a způsob rodinného soužití (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 55-56).

Graf č. 1: Dimenze subjektivní kvality života v souvislosti



Zdroj: Payne, 2005, s. 417

Se stárnutím všeobecně nastává zhoršení zdravotního stavu, a tím je i snížena schopnost se o sebe postarat. V tomto období se senior fixuje na vlastní rodinu a má touhu udržovat hlubší vztahy s jejími nejbližšími členy.

Současné pojetí poskytované péče se opírá o tradici, kdy za zajištění péče o seniory nese zodpovědnost především rodina. Formální služby jsou využívány až v situaci, kdy neformální poskytovatelé přestávají péči zvládat. Novým trendem v péči o seniory je rozvoj sociálních služeb poskytovaných v přirozeném prostředí seniora, kdy se preferuje samostatný a nezávislý život a uspokojování potřeb autonomie, které je pro seniory tak důležité. Podporuje se pomoc rodiny a pečovatелů a tím se rozvíjí proces deinstitucionalizace.

Stáří je obdobím, kdy je snížena potřeba změny a zvýšena potřeba jistoty a stability. Senioři mají silně zakořeněné vazby na svůj domov a dosavadní způsob bydlení a životního stylu (Vohralíková, 2004, s. 67).

Starý člověk více než kdo jiný preferuje přátelství a blízkost lidí. To jsou pro něho nejdůležitější hodnoty, které upřednostňuje. V posledních letech je společnost nadměrně zaujata penězi a symboly moci, což stárnoucí populace nese velmi negativně. Tyto vnější

znaky statusu nejsou pro seniory prioritou a rozhodně je nečiní šťastnějšími (Eriksen, 2010, s. 58).

Jistota a bezpečí se ve stáří stává důležitou hodnotou, a to zejména ve srovnání s dřívější dobou. Starý člověk si uvědomuje ztrátu svých sil a úbytek kompetencí. Méně si důvěřuje a uvědomuje si také jistou míru závislosti na jiných lidech. V této souvislosti může mít závislost i pozitivní význam, neboť zesiluje pocit bezpečí. V této době se starý člověk více fixuje na vlastní rodinu. Je nejistý a vyžaduje neustálé utvrzování existence citového vztahu a také svého postavení v rodině, neboť rodinné zázemí je pro něho důležitým faktorem (Vágnerová, 2000, s. 458).

Kvalitu života si většinou začíná člověk uvědomovat v době, kdy dochází k jejímu snižování. Někteří jedinci stárnou pomaleji, jiní naopak rychleji. Na kvalitu života mají vliv tyto determinanty:

- materiální zajištění,
- zdraví,
- výkonnost,
- pocit bezpečí a soukromí,
- začlenění do společnosti,
- emocionální uspokojení.

Jednou z hlavních rolí, které ovlivňují kvalitu života, je vlídný přístup k seniorovi a pomoc rodiny, která je přítomná při organizaci denních aktivit seniorovi, bezpečném trávení volného času s využitím rekreačně-relaxačních aktivit.

Prostředí, ve kterém jedinec žije, ať už je to domácí prostředí, nebo zařízení sociálních služeb, má zásadní vliv na duševní a tělesné zdraví starého člověka. Mezi pozitivní ovlivňování kvality života patří:

- postoje společnosti ke stárnutí a starým lidem,
- zdokonalování prostředí, ve kterém žijí staří lidé,
- úprava prostředí tak, aby usnadnila nebo zvýšila samostatnost a soběstačnost starých lidí,
- posilování mezigenerační solidarity,
- přijetí opatření, která by vyloučila možnost týrání a zneužívání seniorů,
- podpora porozumění pro potřeby seniorů,
- zvyšování primární a sekundární prevence ve vztahu ke zdraví a životnímu prostředí,

- respekt k seniorům a jejich právům,
- podpora soběstačnosti seniora, nabídka komplexních služeb,
- preventivní medicína,
- podpora zachování společenských styků a zájmů,
- podpora ve vzdělávání seniorů (Odborný časopis Sociální služby, Determinanty ovlivňující kvalitu života seniorů, ročník VIII, prosinec 2011, s. 16-17).

2.5 Autonomie a kvalita života ve stáří

Definovat autonomii je velmi obtížné, protože jde o složitý multidimenzionální jev, který zasahuje do všech rozměrů lidské existence, a to fyzické, mentální, spirituální, kulturní, sociální, ekonomické i politické. Pojem osobní autonomie bývá ztotožňován s individuální svobodou, nezávislým a kritickým vyjadřováním názorů a přesvědčení, samostatným určováním a naplňováním cílů nebo plánů a realizací vlastních hodnot. Dalo by se taky hovořit o nezávislosti nebo soběstačnosti ve vztahu k vlastním zdrojům (Sýkorová, 2007, s. 73).

Autonomie bývá také považována za důležitou hodnotu a sociální potřebu a je spojována s podstatou „býti člověkem“. Sýkorová (2003, s. 9) uvádí: „...často se ztotožňuje se svobodou, sebeovládáním, důstojností, integritou, individualitou, nezávislostí, svobodou vůle, odpovědností, svobodou od závazku a absencí vnějších tlaků. Současně zahrnuje politické, morální a sociální ideje.“

Autonomie označuje svébytnost, nezávislost, funkční samostatnost a rozhodování o sobě samém. Vedle ekonomické autonomie je možné určit autonomii:

- týkající se zdravotního stavu a pohyblivosti,
- týkající se soběstačnosti a sebeobsluhy,
- týkající se psychické oblasti (rozhodování, organizace vlastního času, udržování sociálních kontaktů apod.).

Dobrovolná ztráta autonomie se týká druhé výše uvedené možnosti. Dobrovolností je myšleno to, že jedinec zhodnotí své možnosti a vzdá se z objektivních nebo subjektivních důvodů určité oblasti autonomie. Ztráta autonomie bývá někdy i nedobrovolná a to v případě, kdy senior ztrácí svou nezávislost následkem závažných změn tělesného či psychického stavu a není schopen to sám ovlivnit (Sýkorová, 2004, s. 46 - 48). Tato autorka také uvádí, že absolutní autonomie není v podstatě možná, poněvadž člověk je tvor společenský a jako takový je závislý na sociálních institucích, které ho ovlivňují v uspokojování

jeho potřeb, neboť mu určují jakési vzory chování a lidské jednání je neustále monitorováno v rámci sociální kontroly (Sýkorová, 2007, s. 79).

Bez ohledu na sociální postavení jedinců jsou senioři nástupem do penze dříve nebo později považováni za závislé. Sýkorová (2007, s. 81-82) uvádí, že: „V moderní konzumní společnosti, v níž je svoboda především svobodou spotřebitele, resp. autonomie je „funkcí síly konzumních výdajů“, patří mnoho seniorů do kategorie „vadných spotřebitelů“, neschopných a neschopných vstoupit do hry na svobodný výběr v interakci s trhem se zbožím a službami, včetně sociálních a zdravotních.“ Podobně se vyjadřuje rovněž Giddens (1998, s. 57).

Sýkorová (2007, s. 83) vidí velký rozdíl mezi vnímáním autonomie samotných seniorů a jejich pečovateli. „Zatímco nesoběstační staří lidé chápou autonomii jako kontrolu a samostatné rozhodování a sebe vidí coby kompetentní osoby, pečovatelé ji redukují na schopnost vykonávat aktivity osobní péče. K nesoběstačným seniorům pak „samozřejmě“ přistupují jako k neschopným a neoprávněným o sobě rozhodovat. Vzory interakce založené na očekávání inkompetence seniorů ze strany druhých fakticky oslabují jejich autonomii a posilují závislé chování.“

Odchodem do penze může dojít k frustrování potřeby seberealizace. Starý člověk se tomuto pocitu většinou brání sebepotvrzováním pomocí různých aktivit nebo zdůrazňováním své dřívější činnosti. Tímto dochází k částečnému uspokojování potřeby seberealizace, alespoň symbolicky, a to prostřednictvím vzpomínek. Pocit bezvýznamnosti současné pozice může způsobit rezignaci, apatii nebo dokonce pocit méněcennosti. Vzniklá ztráta soběstačnosti může působit jako stresující faktor, avšak v rámci obranných reakcí může dojít k identifikaci s jiným blízkým člověkem a ke zprostředkovanému uspokojení této potřeby za pomoci úspěchů svých dětí a vnuků. Někdy však může tato potřeba zcela vyhasnout a člověk přestává mít touhu něčeho dosáhnout (Vágnerová, 2000, s. 458).

Pojetí autonomie seniorů lze zformulovat jako samostatné zvládání každodenních činností a souhrnně je možné ji nazvat fyzickou soběstačností za předpokladu fungujícího zdraví. Dalším důležitým aspektem je finanční soběstačnost, která je popisována jako schopnost „vyjít“ s důchodem a nepůjčovat si od druhých. Tyto dvě autonomie se řadí do stejné roviny. Třetí významnou autonomií je volnost a svoboda. Svobodou se míní samostatnost v názorech, rozhodování, jednání a odpovědnost za sebe (Sýkorová, 2007, s. 85-87).

Nejdůležitější schopností seniorů je být mobilní. Pokud je starý člověk pohyblivý, hodnotí sebe jako relativně zdravého i přes různé zdravotní potíže, které s věkem přicházejí. Důležitým faktorem je skutečnost, že senioři považují sami sebe za kompetentní rozhodnout se, jaká pomoc je pro ně vhodná a kdy si o ní říci (Sýkorová, 2007, s. 117-118).

Senioři považují udržení optimální autonomie za nejdůležitější faktor vzhledem k jejich podmínkám a možnostem. „Senioři orientují autonomii vždy, zároveň a neoddělitelně k sobě samým a k druhým, ve významu „já jsem fyzicky a finančně soběstačný, samostatně rozhoduji a jedním“ a nejsem odkázán na pomoc druhých, druzí za mne nerozhodují, nemanipulují se mnou, nejsem na nich citově závislý“ (Sýkorová, 2007, s. 228).

3 PÉČE O SENIORY

„Neslibuj, že vykonáš, nechlub se, že si vykonal,
ale ponech svým skutkům, aby za tebe mluvily.“

Jan Amos Komenský

Zachování zdraví je pokládáno za jednu ze základních lidských potřeb. Světová zdravotnická organizace v roce 1948 vymezila zdraví těmito slovy: „Je to stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne jenom nepřítomnost nemoci nebo nějaké vady“ (Constitution WHO, 2006, s. 1).

Zdravotní péče zahrnuje čtyři subsystémy, kterými jsou:

- podpora zdraví,
- preventivní zdravotnictví,
- léčebná péče,
- rehabilitace (Potůček, 1999, s. 126-127).

Zdravotní péče je v posledních dvou desetiletích v Evropě i jinde na světě spojována s rostoucími náklady. Příčinami těchto rostoucích nákladů jsou:

- stárnoucí populace a vyšší nárůst invalidity,
- nárůst civilizačních nemocí,
- zvyšující se možnost stále novějších a nákladnějších léčebných postupů, zavádění modernější techniky a zvyšující se nároky na péči.

Stát garantuje dostupnost zdravotní péče pro všechny občany určitého státu a to jak z hlediska kvality a kvantity zdravotní péče, tak rovněž teritoriální dostupností (Krebs, 1997, s. 216-226).

System zdravotní péče v České republice je upraven v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. V zákoně je veřejné zdraví vymezeno jako zdravotní stav obyvatelstva a souhrn přírodních, životních a pracovních podmínek, které ho určují. Péče o zdraví vychází z odpovědnosti jednotlivců, rodin a společenských a ekonomických subjektů. Další důležitou právní normou je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (Tomeš, 2002, s. 177-178).

Ministerstvo práce a sociálních věcí v Národním programu přípravy na stárnutí na období z let 2003 – 2007 uvádí, že narůstající počet seniorů a potřeba odpovídajících soci-

álních služeb vyžaduje rozvoj sociálních systémů, které by reagovaly na různé sociální situace seniorů a snižovaly riziko jejich sociálního vyloučení (MPSV, 2012). OSN v rezoluci ze dne 16. prosince 1991 pod č. 46/1991 přijala zásady v postavení seniorů ve společnosti. Mezi tyto zásady řadí:

- nezávislost,
- zapojení seniorů do společnosti,
- péče o seniory,
- seberealizace,
- zachování důstojnosti (MPSV, 2005).

Jak již bylo výše uvedeno, v české společnosti vychází model poskytování péče ne-soběstačným členům rodiny z tradičního pojetí, kdy za zajištění potřeb těchto jedinců nese odpovědnost rodina a formální služby bývají využity až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají. Pečovatelská činnost o člena rodiny bývá velmi náročná jak psychicky, tak i fyzicky, a může negativně ovlivnit osobní život i profesní uplatnění pečovatele. Z tohoto důvodu je velmi důležité vytvářet dostatečnou nabídku sociálních služeb, které rodinu zastoupí, doplní nebo na nějakou dobu i nahradí, a senior tak může setrvat ve svém přirozeném prostředí (Nešporová, 2008, s. 20).

3.1 Vývoj péče v historickém kontextu

Sociální služby se poprvé objevují s přijetím křesťanství za státní náboženství a po zřízení církve. V této době se zároveň s křesťanstvím začala prolínat do evropských zemí myšlenka, která byla směřována k pomoci chudým poskytováním almužen a konáním milosrdných skutků. Pomoci chudým a nemocným se v době raného středověku začaly věnovat církevní řády. Mezi nejvýznamnější z nich patřil řád svatého Františka, jehož založení spadá do 13. století. Tuto pomoc poskytovaly církevní řády v přístřeší klášterů či spolu s církevními bratrstvy na farnostech. Kláštery a farnosti patří k prvním institucím, které počaly poskytovat plánovitou, organizovanou a dlouhodobou záchranu. V 17. století se začaly zakládat státní ústavy poskytující podporu dlouhodobě znevýhodněným občanům. Zpočátku to byly různé útulky, které se až v 18. a 19. století diferencovaly na různé oblasti poskytované péče. Byly rozděleny do tří druhů zařízení:

- sirotčince, které se zaměřily na pomoc opuštěným dětem,

- starobince, kde se pomáhalo starým lidem,
- blázince, které poskytovaly pomoc duševně nemocným lidem (Koldinská in Matoušek, 2007, s. 18-20).

V České republice se chudinská péče začala rozvíjet v polovině 19. století. V této době byla převedena povinnost starat se o chudé na města a obce tzv. domovským právem. „Domovské právo bylo zavedeno jako soubor práv a povinností, jež vyplývaly z právního vztahu mezi příslušníkem obce, který měl vůči obci domovské právo a obcí samotnou“ (Matoušek, 2007, s. 21). Tímto byla povinnost obcí vůči dobročinným ústavům ukotvena v zákoně č. 18/1862 ř. z. Prováděcími zákony byly zákon č. 105/1883 ř. z., o domovském právu a chudinský zákon č. 59/1883 č. z. z. Na přelomu 19. a 20. století byla v České republice i v jiných zemích povinnost starat se o potřebné zajišťována především v rámci rodiny. Teprve až v případě, že péče nebyla dostatečná, byl jedinec zajištěn z jiných systémů veřejného zabezpečení, dále ze strany spolků a jiných soukromoprávních subjektů. „Odpovědnost zainteresovaných subjektů tedy byla formulována jako posloupnost s jasnou prioritou rodiny“ (Matoušek, 2007, s. 21-23).

Po roce 1918 se dosud platné zákony staly součástí právního řádu Československé republiky. Sociální zabezpečení v tomto období bylo značně nejednotné. Pojímal jen část ekonomicky aktivního obyvatelstva a zabezpečovalo tak jeho pouhou jednu pětinu. Nejvýhodnější bylo u státních a veřejných zaměstnanců a úředníků soukromého sektoru, vůbec však nezahrnovalo jiné skupiny obyvatel (Krebs, 2007, s. 170).

V roce 1948 byl zrušen institut domovského práva a byl vytvořen nový institut československého občanství, a to zákonem č. 174/1948 Sb., a péče o znevýhodněné byla tímto přenesena z obcí na stát. Sociální péči převedl na stát nový ucelený systém sociálního zabezpečení, který kodifikoval zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, kterým se převedla veškerá sociální péče na stát a jeho orgány. V ustanovení § 50 citovaného zákona se uvádí: „Stát napomáhá osobám, jež potřebují jeho pomoc, obzvláště osobám se změněnou pracovní schopností, dětem a občanům starým nebo těžce poškozeným na zdraví ke zlepšení jejich hmotných poměrů, a k rozvoji jejich kulturního života, poskytováním služeb nebo dávek, a to radou, pracovním umístěním, ústavním zaopatřením a doplňkovou péčí“ (Matoušek, 2007, s. 27).

Ustanovení § 52 zákona č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, dovolilo zřizování, provozování a udržování ústavů sociální péče i jiným organizacím, církvím, společnos-

tem, podnikům nebo družstvům. Dozor nad všemi prováděl Státní úřad sociálního zabezpečení. Sociální péče byla centralizovaná, samospráva vykonávaná v této oblasti obcemi v době první republiky zcela vymizela. Po osmi letech platnosti zákona o sociálním zabezpečení byl přijat nový právní předpis č. 101/1964 Sb., ve kterém pátá část pojednává o sociální péči. Tento právní předpis rozšířil oblast péče o občany těžce poškozené na zdraví. Zatímco předchozí zákonná právní úprava se soustředila pouze na ústavní sociální péči, zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení, umožnil těmto občanům účast na společném stravování, poskytování pečovatelské služby, zajištění pomůcek k odstranění, zmírnění nebo překonání následků jejich poškození, popřípadě peněžitých dávek na zakoupení potřebných pomůcek (Matoušek, 2007, s. 28).

Po listopadu roku 1989 bylo zcela zřejmé, že bude prvořadě přistoupit k zásadní reformě systému sociálního zabezpečení. I když byl tento systém v některých oblastech na dobré úrovni, v řadě dalších měl mnoho zásadních nedostatků. Schopnost přizpůsobit se novým podmínkám byla zcela nulová. Po zvážení těchto nedostatků bylo jasné, že by měla proběhnout ekonomická i sociální reforma. Nejdůležitějším cílem této reformy byl přechod od sociálního zabezpečení k sociálnímu pojištění (Tröster, 2008, s. 34).

Sociální reforma se poté v České republice dá rozlišit do tří základních etap:

- 1. etapa zahrnuje období od konce roku 1989 do roku 1992. Vnikl koncept záchranné sociální sítě, který byl plně zajištěn právními instituty, především minimální mzdou a životním minimem.
- 2. etapa spadá do období roku 1993 po vzniku samostatné České republiky. Bylo vytvořeno pojistné jako zvláštní platba mimo daňový systém. V roce 1995 proběhlo přijetí dvou významných zákonů, a to zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.
- 3. etapa je datována od poloviny roku 1998, kdy byly novelizovány významné právní předpisy, začala se taky připravovat reforma důchodového systému (Tröster, 2008, s. 35).

Sociální péče byla nastavena tak, že nemohla vnímat individuální potřeby klientů, kteří opustili své přirozené prostředí. Nezbytnou změnou je transformace sociálních služeb a změna uvažování o místu a roli klienta. Finanční příspěvek musí „jít“ za klientem a nikoli za lůžkem v zařízení (Cháb, 2004, s. 51).

První komplexní úpravy nových sociálních systémů byly přijaty v první polovině 90. let, a byl to zákon o penzijním připojištění, zákon o státní sociální podpoře a zákon o důchodovém pojištění. O koncepci dalších systémů se vedly dlouhodobé diskuse. Zákony, které jmenované systémy upravují, byly přijaty v roce 2006, a jsou jimi zákon o sociálních službách, zákon o nemocenském pojištění a zákon o pomoci v hmotné nouzi (Průša, 2007, s. 14).

3.2 Sociální služby pro seniory

Sociální služby pro seniory by měly být přizpůsobené potřebám konkrétního klienta, měly by podporovat jeho samostatnost a předcházet dlouhodobému setrvání nepříznivé sociální situace. Kvalita sociálních služeb musí být v souladu s dodržováním lidských práv a základních svobod a zachování důstojnosti člověka (Tröster, 2008, s. 293).

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje 30 nových sociálních služeb, které určují podmínky k dodržování těchto pomoci. Prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se určují standardy kvality, které musí poskytovatelé sociálních služeb při poskytování určité služby dodržovat (Nešporová et. al., 2008, s. 63).

S přijetím nového zákona o sociálních službách se celkově změnila pozice klienta, který se stal svobodně rozhodujícím, tím, že od pasivního „pacientství“ vstoupil do aktivního „klientství“. Mezi další cílené změny je možné řadit proces deinstitucionalizace a individualizace péče, které reagují na evropské trendy v poskytování sociálních služeb (Krebs, 2007, s. 275-276).

Člověk, který se stává seniorem, nemusí automaticky potřebovat pomoc či péči. Zvláště v současné době, kdy do penze odchází lidé, kteří jsou fyzicky zdatní a aktivní. Zlom nastává až v situaci, kdy se vyskytnou zdravotní či sociální problémy, které jedinec nemůže sám zvládnout. Tímto nastává sociální práce se seniorem. Sociální práce se starými lidmi se podle Matouška (2005, s. 166-167) především zaměřuje na:

- osamělé seniory,
- velmi staré osoby, jejichž věk je více než 80 let,
- seniory propuštěné z nemocnice,
- seniory postižené demencí nebo depresí,

- umístěné v sociálních zařízeních,
- sociálně izolované,
- vystavené špatnému zacházení.

K velkým problémům, se kterými se musí potýkat domovy pro seniory, patří nedostatečná kapacita a dlouhá čekací doba na umístění seniora. Přitom nejčastějším důvodem umístění do domova je ztráta soběstačnosti a špatný zdravotní stav. Rozhodnutí o tom, kdo se bude starat o nemohoucího seniora, který potřebuje pomoc jiných osob, spočívá na rodinných příslušnících. Tito však většinou s celodenní pomocí nepočítali a jsou pracovním vytížení. Nabídka umístění seniora do domova pro seniory, kde bude pod dohledem odborníků a bude mít zajištěnou kvalitní odbornou péči, bývá pro ně východiskem. Senior však bývá často ve špatném psychickém i fyzickém stavu, tudíž jeho názor na umístění do domova pro seniory je vytvářen většinou pod tlakem, kdy musí reagovat na volné místo v domově rychle a mnohdy nemá ani jinou možnost. Rozhodnutí o umístění do domova pro seniory je tedy docela zásadním rozhodnutím, které bude mít současně vliv na každodenní kvalitu života seniora a na to, jak ji bude vnímat sám senior (Tanner, Harris, 2008, s. 115).

3.2.1 Domov pro seniory

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká rozhodnutím o registraci vydaným příslušným krajským úřadem. Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb, který v elektronické podobě spravuje ministerstvo práce a sociálních věcí. Podmínky registrace určuje § 79 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Registrace může být zrušena, pokud nejsou splněny její podmínky, nebo poskytovatel nespĺňuje standardy kvality, které mu ukládá vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Matoušek, 2007, s. 46).

Významným nástrojem na ochranu klientů sociálních služeb ze strany státu je nově zřízený institut inspekce poskytování sociálních služeb. Činnost inspekce je zaměřena na kontrolu plnění podmínek stanovených zákonem pro registraci poskytovatelů sociálních služeb a kvality poskytovaných sociálních služeb, k nimž samozřejmě patří taky dodržování stanovených standardů dle výše uvedené prováděcí vyhlášky (Matoušek, 2007 s. 47).

Domovy pro seniory zajišťují pobytové služby osobám, které mají sníženou schopnost se o sebe postarat z důvodu věku, zdravotního stavu nebo jejich stav vyžaduje pravidelnou pomoc či dohled jiné fyzické osoby. Mezi jejich základní činnosti se řadí ubytování, zajištění stravování, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost, pomoc při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, zajištění pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí (§ 49 zákona č. 108/2006 Sb.). „Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vyššího věku, které potřebují pravidelnou pomoc v oblasti soběstačnosti a osobní péče. Jejich nepříznivá sociální situace jim nedovoluje žít ve vlastním domácím prostředí. V domovech pro seniory je zajištěna komplexní péče. Pobyt v domově nahrazuje domácí prostředí“ (Králová, 2007, s. 77).

Možnost poskytovat sociální služby pouze na základě registrace a zavedení inspekce poskytování sociálních služeb je nutno hodnotit velmi pozitivně. Vzhledem k tomu, že sociální služby jsou poskytovány velmi zranitelným jedincům, je nutné a žádoucí, aby stát vydal povolení pouze těm poskytovatelům, u kterých budou splněny a zaručeny podmínky kladené na poskytovatele sociálních služeb přímo zákonem a tyto pravidelně kontroloval. V zařízení sociálních služeb může pracovat sociální pracovník, který splňuje předpoklady pro výkon tohoto povolání stanovené § 110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tuto skutečnost je nutno považovat za velmi vhodnou v rámci zachování určité úrovně kvality sociálních pracovníků. Kromě zdravotní způsobilosti, bezúhonnosti a způsobilosti k právním úkonům je velký důraz kladen na odbornou způsobilost. Sociální pracovník vykonává zodpovědné a často velmi náročné činnosti, které nelze vykonávat bez potřebných znalostí a minimálně vyššího odborného vzdělání zaměřeného na sociální práci. Zákon rovněž stanoví povinnost dalšího vzdělávání sociálních pracovníků zajišťované vysokými a vyššími odbornými školami a dalších akreditovaných kurzů, stáží a školících akcí (Matoušek, 2007, s. 47-48).

Na rozdíl od jiných povolání hraje u pomáhajících profesí velmi podstatnou roli lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. Pacient potřebuje věřit svému ošetřujícímu lékaři, cítit lidský přístup od ošetřovatelky, žák si chce vážit svého učitele a klienti potřebují důvěřovat sociální pracovníci. Tato myšlenka je obsažena v názoru, kde hlavním nástrojem pomáhajícího pracovníka je jeho osobnost. Klienti sociálních zařízení hodnotí schopnosti pomáhajících v tomto pořadí:

- náklonnost – láska, ochota, vlídnost,
- trpělivost – vyrovnanost, neuspěchanost,
- vcítění – empatie a porozumění,
- odbornost – profesní znalosti (Kopřiva, 1997, s. 14-15).

3.2.2 Pečovatelská služba

Pečovatelskou službou je zamýšlena služba terénní nebo ambulantní poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služby se poskytují v přirozeném domácím prostředí a v určitém domluveném čase (§ 40 zákona č. 108/2006 Sb.).

Služby obsahují tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí základních úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně, popřípadě poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění a přípravě stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelská služba patří k nejvyužívanějším službám sociální péče pro seniory, kteří z důvodu vysokého věku, nepříznivého zdravotního stavu nebo ztráty soběstačnosti nedokážou zajišťovat své životní potřeby a jiné domácí práce. Cílem pečovatelské služby je tedy zabezpečovat základní životní potřeby svým klientům, podporovat u nich samostatný a nezávislý život v přirozeném domácím prostředí, umožnit jim zachovat si sociální kontakty, a pokud je to možné, oddálit umístění do ústavního nebo sociálního zařízení. Většinou pečovatelská služba nabízí služby terénní, které se poskytují v přirozeném prostředí klienta nebo i v zařízení sociálních služeb (Nešporová, 2008, s. 20).

Terénní pečovatelské služby však není možné poskytovat seniorům, kteří bydlí v odlehlých částech obcí se špatnou dostupností a mnohdy nemožností příjezdu až k obydlí. Z těchto důvodů nemohou být poskytovány terénní pečovatelské služby všem seniorům, kteří by je potřebovali, a z tohoto důvodu je nutné umístit je do nějakého sociálního zařízení (Veselá, 2003, s. 47). V tomto případě se pak nejčastěji volí umístění do domova s pečovatelskou službou. V takovém zařízení má senior možnost využívat pečovatelskou službu.

skou službu. Vyřeší se tak poskytování pečovatelské služby na jednom místě u více klientů zároveň (Nešporová, 2008, s. 21).

3.2.3 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba, která je poskytovaná osobám, u nichž je snížena soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba se tedy soustřeďuje na tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnání běžných činností spojených s péčí o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- pomoc při zajišťování stravy,
- pomoc při zajišťování chodu domácnosti,
- výchovná, vzdělávací a aktivizační činnost,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů klienta,
- pomoc při obstarávání osobních záležitostí (§ 39 zákona č. 108/2006 Sb.).

3.3 Příspěvek na péči

Vzhledem k tomu, že tato diplomová práce se zaměřuje na osoby, které kvůli svému nepříznivému zdravotnímu stavu a věku potřebují pomoc jiných fyzických osob, nemohu se nezmínit o dávce, která je těmto osobám vyplácena.

Příspěvek na péči je v systému sociální ochrany dávkou, která je vyplácena od 1. 1. 2007 dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jeho koncepce odpovídá tzv. „dotaci na hlavu“, která byla v devadesátých letech minulého století zaváděna v různých evropských zemích. Od dřívějších dávek se liší v tom, že z pasivního příjemce dávky učinila „aktivního klienta“, který si sám určuje, jaké služby si za tento příspěvek „koupí“. Myšlenkou této koncepce je, že dávka je vyplácena osobě, která potřebuje pomoc při zvládnání běžných životních úkonů (Tröster, 2008, s. 294).

V letošním roce vstoupil v platnost nový zákon č. 366/2011, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, o poskytování dávek osobám se zdravotním posti-

žením a o změně souvisejících zákonů. Tímto zákonem se mění některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Příspěvek na péči je dávkou, která se poskytuje fyzickým osobám v nepříznivé situaci, u kterých jejich stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Účelem poskytování dávky je, že osoba, která potřebuje pomoc, si sama zajistí podle svého zvážení potřebnou pomoc, a to v rámci rodiny nebo prostřednictvím sociálních služeb. Má také možnost využívat jinou fyzickou nebo právnickou osobou. Nárok na příspěvek na péči vzniká osobě, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu si není schopna zajistit péči o svou vlastní osobu a nezvládá svou soběstačnost. Za dlouhodobý nepříznivý stav se považuje období nepříznivého stavu delší než jeden rok (Králová, Rážová, 2008, s. 14-15).

Příjemcem příspěvku na péči je oprávněná osoba nebo zákonný zástupce či jiná fyzická nebo právnická osoba, které byla nezletilá oprávněná osoba svěřena do péče rozhodnutím příslušného orgánu (§ 19 zákona č. 108/2006 Sb.).

O příspěvku na péči rozhoduje Úřad práce České republiky příslušný podle místa trvalého pobytu osoby, která pomoc potřebuje a které se dávka následně vyplácí. Řízení o dávce musí být v souladu s podmínkami zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. Žádost musí být čitelně vyplněna a musí obsahovat všechny náležitosti podle ustanovení správního řádu (§ 37 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb.).

Od 1. 1. 2012 došlo k zásadním změnám posuzování v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Do konce roku 2011 se hodnotilo 36 úkonů, z toho 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. V současné době se při posuzování závislosti hodnotí 10 oblastí, podle kterých se hodnotí schopnost zvládnout tyto základní životní potřeby:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost (§ 9 zákona č. 108/2006 Sb.).

Hodnocení základních životních potřeb upravuje prováděcí vyhláška (příloha č. 1 vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Dávka příspěvek na péči je hrazena ze státního rozpočtu (§ 7 zákona č. 108/2006 Sb.).

Příspěvek je vyplácen osobě, která se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v těchto stupních:

- stupeň I (lehká závislost) – vyplácí se osobě, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje každodenní pomoc či dohled při třech nebo čtyřech základních životních potřebách,
- stupeň II (středně těžká závislost) – má nárok osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje každodenní pomoc či dohled při pěti nebo šesti základních životních potřebách,
- stupeň III (těžká závislost) – zahrnuje osobu, která vyžaduje z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu každodenní pomoc nebo dohled při sedmi nebo osmi základních životních potřebách,
- stupeň IV (úplná závislost) – týká se osoby, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc či dohled při devíti nebo deseti základních životních potřebách (§ 8 zákona č. 108/2006 Sb.).

Výše příspěvku je podle stupně závislosti rozdělena do čtyř kategorií a je stanovena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Od vzniku zákona byla výše dávek upravována již třikrát. Od 1. 8. 2009 byla upravena zákonem č. 206/2009 Sb., kterým se mění původní znění zákona o sociálních službách, kdy ve čtvrtém stupni se doposud vyplácená dávka zvýšila z 11.000,- Kč na 12.000,- Kč měsíčně u všech osob. Od 1. 1. 2011 se úprava týká snížení dávky v prvním stupni u osob starších 18 let a to na 800,- Kč měsíčně. A od 1. 1. 2012 se zákonem č. 366/2011 Sb., upravuje dávka ve druhém stupni u osob mladších 18 let tak, že se zvyšuje z 5.000,- Kč na 6.000,- Kč měsíčně. Příspěvek na péči se v současné době vyplácí měsíčně v těchto stanovených částkách:

Výše příspěvku na péči u osob mladších 18 let činí tyto částky:

- 3.000,- Kč – jedná-li se o I. stupeň – lehká závislost,
- 6.000,- Kč – jedná-li se o II. stupeň – středně těžká závislost,
- 9.000,- Kč – jedná-li se o III. stupeň – těžká závislost,
- 12.000,- Kč – jedná-li se o IV. stupeň – úplná závislost.

Výše příspěvku na péči činí u osob starších 18 let tyto částky:

- 800,- Kč – jedná-li se o I. stupeň – lehká závislost,
- 4.000,- Kč – jedná-li se o II. stupeň – středně těžká závislost,
- 8.000,- Kč – jedná-li se o III. stupeň – těžká závislost,
- 12.000,- Kč – jedná-li se o IV. stupeň – úplná závislost (§ 11 zákona č. 108/2006 Sb.).

Pokud není osoba schopna dávku sama přijímat, a to z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nebo nevyužívá-li dávku k zajištění potřebné pomoci, ustanoví Úřad práce České republiky zvláštního příjemce příspěvku ve správním řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. S ustanovením zvláštního příjemce dávky musí oprávněná osoba souhlasit. Souhlas se nevyžaduje pouze v případě, jestliže osoba tento souhlas nemůže podat vzhledem ke svému nepříznivému zdravotnímu stavu. V takovém případě se vyžaduje potvrzení ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu a neschopnosti příjemce příspěvku dávku přijímat. S tímto postupem musí zvláštní příjemce souhlasit a jeho zájmy nesmí být ve střetu se zájmy oprávněné osoby. Zvláštní příjemce je povinen příspěvek využívat ve prospěch oprávněné osoby (§ 20 zákona č. 108/2006 Sb.).

V případě, že je oprávněná osoba umístěna v zařízení sociálních služeb, příspěvek na péči přináleží tomuto zařízení. Poskytovatel pomoci, ať už je to formální nebo neformální poskytovatel, má povinnost do 8 dnů nahlásit všechny změny ve skutečnostech týkající se oprávněné osoby. V případě, že je oprávněná osoba umístěna ve zdravotnickém zařízení po celý kalendářní měsíc, vyplácení dávky příspěvku na péči se zastavuje. Po návratu ze zdravotnického zařízení se dávka musí opět začít vyplácet (§ 14 zákona č. 108/2006 Sb.).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části diplomové práce se zabývám subjektivním hodnocením kvality života osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby. Chci zjistit, který způsob života je pro ně z jejich pohledu kvalitnější, zda život v zařízení sociálních služeb, nebo život v jejich přirozeném sociálním prostředí. Popsala jsem druh a cíl výzkumu, definovala výzkumný problém a také hlavní výzkumnou otázku. Zvolila jsem si nejvhodnější výzkumnou strategii, podle které si stanovím kritéria pro výběr výzkumného vzorku, příhodnou metodu a techniku sběru dat.

4.1 Volba výzkumné strategie

Pro zkoumání a šetření toho, jak hodnotí subjektivní kvalitu života senioři závislí na pomoci jiných osob, jsem si vybrala kvalitativní výzkumnou strategii. Hlavním přínosem kvalitativního výzkumu je podle Švaříčka a Šedové (2007, s. 24) to, že může výzkumník proniknout do hloubky daného problému a prozkoumat patřičné jevy.

Tento typ výzkumu je vhodný pro zkoumání sociálních nebo individuálních lidských problémů, které budu chtít prozkoumat a následně hodnotit. Je to nenumerné šetření a interpretace sociálních událostí, které si klade za cíl podchycení významu sdělovaných informací (Disman, 1993, s. 285). V kontextu této práce se výzkum bude týkat subjektivního popisu kvality života seniorů. Potřebná data k vyhodnocení výzkumu získám z výpovědí samotných dotazovaných seniorů.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak senioři, kteří jsou závislí na pomoci jiných osob, subjektivně hodnotí kvalitu svého života v daném prostředí. Budu srovnávat dvě skupiny seniorů, a to seniory, kteří žijí ve svém přirozeném domácím prostředí, se seniory, kteří pobývají v domově pro seniory. Znamená to, že se chci dovědět, jak hodnotí úroveň svého života a jak jsou s ním spokojeni. Je pro mě důležité zjistit, zda poskytovaná péče dostatečně pokrývá jejich potřeby, které oni považují za důležité, a jak jejich osobní spokojenost následně ovlivňuje kvalitu jejich života.

4.3 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Hlavním výzkumným problémem je zjistit a porovnat, jak hodnotí kvalitu svého života senioři žijící v přirozeném sociální prostředí a senioři v prostředí institucionalizovaném. Budu tedy srovnávat hodnocení pocitů a názorů seniorů, kteří jsou odkázáni na pomoc jiných fyzických osob ve svém přirozeném prostředí, se seniory, kteří pobývají v prostředí domova pro seniory. Tímto bych chtěla zjistit, kteří senioři jsou subjektivně více spokojeni s kvalitou svého života. Základní výzkumná otázka, kterou jsem si položila, bude znít: **jak hodnotí kvalitu svého života senioři žijící v přirozeném a institucionalizovaném prostředí?**

V následujícím textu budu využívat tyto dílčí výzkumné otázky:

Jaký vliv má prostředí, ve kterém senioři žijí, na jejich hodnocení kvality života?

Jaké determinanty ovlivňují seniory především v subjektivním hodnocení kvality života?

4.4 Výzkumný vzorek

Pro svůj výzkum jsem si vybrala dostupný výběr. Navštívím dvě skupiny seniorů, kdy v jedné skupině budou senioři, kteří žijí ve svém přirozeném prostředí domova, a ve druhé skupině budou senioři umístění v domově pro seniory. Vzhledem k tomu, že pracuji jako sociální pracovník a se seniory se denně setkávám, mám možnost adekvátního výběru klientů ze své spisové dokumentace. Do domácnosti seniorů docházím a provádím sociální šetření v jejich přirozeném prostředí, a to za účelem posouzení jejich sociální situace. Zaměřila jsem se na osoby, které pobírají dávku příspěvek na péči a jsou zařazeny do IV. stupně závislosti, a to podle svého zdravotního stavu a sociální situace. Důvodem, proč jsem si vybrala jako cílovou skupinu respondenty s tímto stupněm závislosti, bylo zejména to, že tyto lidé jsou z důvodů nepříznivého zdravotního stavu upoutaní ve většině případů na lůžko, kvalita jejich života je tedy odvislá přímo od vnějších podnětů a impulsů, jsou poměrně značně závislí na svém okolí, a to domácím prostředí či prostředí domova pro seniory. Veškerá spisová dokumentace podléhá interním předpisům o jejich uchování a zachování mlčenlivosti pracovníků, kteří s takovou dokumentací přijdou do styku. Pracuji s osobními daty, a proto musím respektovat tyto interní předpisy o zachování mlčenlivosti a ochraně osobních údajů, což jsem dodržela i při zpracovávání jednotlivých údajů.

4.5 Technika sběru dat

Technikou sběru dat těchto informací a sběru odpovědí je polostandardizovaný rozhovor. Tento se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velikou pružností celého procesu získávání informací (Hendl, 2005, s. 164).

Polostandardizovaný rozhovor mi poskytuje možnost zachytit slova v jejich přirozené podobě. Jde o záměrný a bezprostřední kontakt s klientem, zachycení jeho odpovědí, což je základním principem kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160).

Dále se domnívám, že by bylo vhodné provést analýzu dokumentů. Dokumenty jsou v tomto případě založené spisy jednotlivých klientů, kterým je vyplácena dávka příspěvek na péči. Domnívám se, že je důležité rozpoznat, jak senioři prožívají svou životní situaci, ve které se ocitli. V příloze uvedené otázky budou tvořit pevnou kostru polostandardizovaného rozhovoru, další otázky však mohou vyplynout z kontextu. Tyto otázky budou položeny i při analýze dokumentů. Při výběru otázek budu vycházet z životních situací, rodinných a enviromentálních faktorů.

Pro pochopení logiky kvalitativního výzkumu je velmi důležitá strategie ukotvené teorie tedy tzv. „grounded theory“. Jedná se o strategii, díky které je možné dostat teoretické závěry přímo z existujících dat a to bez použití jakýchkoliv předem připravených kritérií pro to, která data mají být vybrána. Jedná se tedy o zjištění teorie ryze induktivním procesem a to bez pomoci předem připravených hypotéz (Disman, 1993, s. 299). Při tomto postupu pak východiskem teoretických závěrů je osobní výpověď toho, kdo „problém“ prožívá, tedy v případě této práce osobní výpověď seniorů (Disman, 1993, s. 300).

Švaříček a Šed'ová (2007, s. 87) tuto strategii nazývali zakotvenou teorií. Ta v sobě nese následující postup:

- sběr dat, který směřuje k teoretické nasycenosti kódů,
- kódování materiálu, které směřuje k vytvoření základních kategorií,
- konstruování teorie jako sady tvrzení o vztazích mezi jednotlivými kategoriemi.

4.6 Realizace výzkumu

Nejprve jsem si vybrala ze založených spisů, které mám na svém pracovišti, vhodnou skupinu klientů. Můj výběr se původně soustředil na klienty, kteří jsou zařazeni do IV. stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby a pobírají příspěvek na péči ve výši 12.000,- Kč.

Jsou na pomoci jiných osob zcela závislí. Záměrně jsem vybírala ženu a muže z každé zvolené skupiny, abych se nesoustředila pouze na jedno pohlaví. Vybrala jsem si dvě skupiny klientů, jejichž subjektivní pocity na kvalitu života budu srovnávat. První skupinou byli klienti, kteří žijí ve svém přirozeném prostředí a pomoc jim poskytují rodinní příslušníci. Druhou skupinou byli klienti, kteří pobývají v domově pro seniory, a pomoc je jim zajištěna prostřednictvím zařízení sociálních služeb.

Klienty v domácím prostředí jsem musela kontaktovat, zda by mi byli ochotni poskytnout rozhovor na téma kvalita jejich života. Tito senioři jsou však upoutáni na lůžko, takže kvůli zprostředkování rozhovorů jsem musela oslovit osoby, které o ně pečují, abych mohla výše uvedené respondenty navštívit. Při výběru vzorku jsem užila tzv. graduální konstrukce vzorku. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 73) tak vzorek není vytvořen v jedné chvíli, ale je stále rozšiřovaný a redefinovaný. Vzorkování je pak ukončeno, když je dosaženo teoretické nasycenosti.

Jeden z prvně oslovených klientů mi rozhovor poskytnout odmítl. Další byli ochotni se mnou rozhovor uskutečnit a s nimi jsem si domluvila termín, který jim a jejich pečovateli nejvíce vyhovoval. Po návštěvě dvou klientů, kteří oba žijí v domácím prostředí a kteří pobírají příspěvek na péči ve výši IV. stupně, jsem musela změnit skupinu závislých klientů, neboť v obou případech se mnou klienti nebyli schopni vést rozhovor, a to zejména vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Tito klienti nebyli schopni posoudit svou situaci, v obou případech to byli klienti upoutáni celodenně na lůžko, na mé dotazy jen kývali hlavou nebo jen tiše a úsečně hovořili. Rozhovor je unavoval, a proto jsem se zaměřila na skupinu klientů, kteří pobírají příspěvek na péči ve III. stupni a to ve výši 8.000,- Kč. Rozsah jejich závislosti je ve více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.

V domově pro seniory jsem nejdříve oslovila sociální pracovnice a požádala je o spolupráci. Následně jsem se dotazovala vybraných klientů, zda mi rozhovor poskytnou. Tito klienti byli velmi ochotni se mnou rozhovor provést, zdálo se mi, že byli vstřícnější než klienti v domácím prostředí. Byli nadšeni a vypadalo to, že rozhovor a strávený čas se mnou více prožívali. Možná to také bylo z toho důvodu, že je to pro ně nějaká změna a radost z toho, že je někdo potřebuje, že mohou být někomu nápomocni. Konečný počet respondentů jsem považovala za dostatečný, protože, jak již bylo výše uvedeno, s každým dalším seniorem jsem dosáhla „teoretické nasycenosti“.

4.7 Demografické charakteristiky respondentů

V domácím prostředí jsem se soustředila na klienty, kterým pomoc poskytují rodinní příslušníci a nevyužívají pomoc poskytovatelů sociálních služeb. Bydleli v odlehlejší části obce, kde poskytovatelé sociálních služeb nemají možnost dojet autem. V zimním období jsou tyto lokality bez udržované komunikace. Terénní sociální služby jim nemohou být poskytovány kvůli nedostupnému terénu.

Paní č. 1 – Zdena

Paní Zdena je starobní důchodkyně ve věku 79 let. Je vdaná, má dvě děti, a to dceru a syna. Pracovala celý život jako dělnice. Bydlí v odlehlejší části obce v rodinném domě, pobírá příspěvek na péči III. stupně ve výši 8.000,- Kč měsíčně. Péči jí poskytuje dcera a manžel, kteří bydlí společně s ní.

Pan č. 2 - Roman

Pan Roman je starobní důchodce, je mu 71 let. Je ženatý a má dvě děti, a to dceru a syna. Během svého života se stále pohyboval v dělnické profesi. Bydlí s manželkou v rodinném domě, manželka mu poskytuje potřebnou péči a pomoc, dcera za ním dochází každý den. Pobírá příspěvek na péči III. stupně ve výši 8.000,- Kč měsíčně.

Výběr v domově pro seniory byl doporučen sociální pracovnící, která klienty na rozhovor upozornila a vysvětlila jim, proč se rozhovor uskuteční. Klienti v domově se na rozhovor těšili, měli radost z toho, že můžou být někomu prospěšní. Prostředí domova je velmi pěkné, protože domov pro seniory byl v loňském roce zrekonstruován. Pokoje jsou vkusně zařízené a uzpůsobené potřebám klientů.

Pan č. 3 - Jaroslav

Pan Jaroslav je starobní důchodce, je mu 82 let a je bezdětný a vdovec. V produktivním věku byl stále dělníkem. Bydlí v domově pro seniory teprve dva roky a byl zde umístěn kvůli své obtížné pohyblivosti. Obývá jeden pokoj a sociální zařízení má společné ještě s dalším pokojem. Pobírá příspěvek na péči III. stupně ve výši 8.000,- Kč měsíčně. Vzhle-

dem k tomu, že je umístěný v pobytovém sociálním zařízení, celý příspěvek na péči přiná-leží tomuto zařízení.

Paní č. 4 - Marie

Paní Marie je starobní důchodkyně, její věk je 77 let. Je vdova a má dva syny. Pracovala jako sekretářka ředitele. V domově pro seniory pobývá jeden rok, pobyt jí v tomto zařízení zajišťoval syn. Původně bydlela v penzionu v jiném městě, kde žila sedmnáct let. Je umís-těna na dvoulůžkovém pokoji. Pobírá příspěvek na péči III. stupně ve výši 8.000,- Kč mě-síčně. Příspěvek na péči přiná-leží v plné výši zařízení.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Cílem mé diplomové práce bylo zhodnocení toho, jak senioři závislí na pomoci jiné fyzické osoby subjektivně hodnotí kvalitu svého života. V analytické části jsem se zaměřila na proces, který se zabývá označením a následnou kategorizací získaných údajů. Použila jsem proces kódování, jehož základem jsou analytické postupy, patří sem tedy porovnávání a kladení otázek. Tyto analytické postupy jsou významné tím, že dodávají teorii určitou přesnost a specifičnost (Strauss, Corbinová, 1999, s. 45).

Získané nahrávky z diktafonu jsem zpracovala do psané podoby, abych se mohla věnovat otevřenému kódování. Otevřené kódování je prvním průchodem daty, kdy je možné lokalizovat témata a přiřadit jim označení. Otevřené kódování odhaluje v datech jistá témata, která se následně rozvíjí a tvoří další témata (Hendl, 2005, s. 247).

Nejprve jsem si rozhovory doslovně přepsala a rozdělila na jednotky, kterým jsem přidělila kódy, podrobně je toto představeno v příloze č. 2, 3, 4, 5. Vytvořené kódy jsem si zařadila do kategorií, které jsem si následně pojmenovala. Tyto kategorie souvisely se zjišťovanými údaji, protože hledám souvislosti a vztahy mezi jednotlivými kódy.

Tabulka č. 3: Kategorie a kódy související se zjišťovanými údaji

Kategorie	Kódy
kvalita poskytované péče	prostředí, ve kterém žijí spokojenost s péčí způsob poskytované péče
spokojenost se vztahy	vztahy v rodině rodinné zázemí citové uspokojení
ekonomické zajištění	příjem seniorů poplatky za péči finanční rezerva

Otázky týkající se spokojenosti s prostředím a kvalitou poskytované péče označím zeleně, dotazy na vztahy budou označeny červeně a ekonomické otázky označím žlutě. Vše je názorně uvedeno v příloze č. 2, 3, 4, 5.

5.1 Kategorie kvalita poskytované péče

V této kapitole bych se chtěla zabývat tím, jaký vliv má prostředí na kvalitu života osob, které jsou závislé na pomoci jiných osob. Domnívám se, že to, v jakém prostředí se senioři nacházejí, může být určující pro jejich vnímání kvality života. Zvažovala jsem i to, že prožívání a kvalita života seniorů může být odvislá i od toho, kdo jim poskytuje péči, pokud nejsou schopni se sami o sebe postarat či zabezpečit si např. stravu, základní hygienické návyky či potřebnou sebeobsahu. Chci se dozvědět, jakým způsobem je zajišťovaná péče o tyto osoby a jak tuto pomoc osoby hodnotí, tedy jak posuzují:

- prostředí, ve kterém žijí,
- spokojenost s péčí,
- způsob poskytované péče.

Toto jsou kódy, které uvedenou kategorii naplňují.

Z rozhovorů vyplynulo, jak důležitou roli v tomto hodnocení sehrává prostředí, ve kterém jedinec žije, na které je zvyklý, a ví, co může očekávat. Paní č. 1 uvedla: „doma sem spokojena, nikde by nechcela jít, sem ráda, že se o mňa stará dcerka, jinak by byla nekde v domově a to já nechcu, nikde by nechcela jít. Zakát' to tak ide, budu doma. V cizím prostředí by sa necítila dobře. Nejlepší je doma. Jak si člověk udělá, tak má, jinde sa musí ohlídat' na jiné, a to nic. Tak by ještě nechcela skončit', mám dcerku a ta mňa doopatrjuje, tak jak sem zvyklá, ona ví, co potřebuju. Zakát' mně to myslí, nechcu nic měnit', nikde jít.“ Rovněž pan č. 2 sdělil: „doma sem moc spokojený, mám manželku, která se o mě stará, bez ní by nemohl zůstat doma. Pokud by zůstal sám, nedaj Bože, musel by jít do domova. Dcera chodí do práce, odpoledne sice chodí každý den, ale co by si tu počal celé dopoledne sám.“ Osoby umístěné v domově pro seniory vnímají svůj pobyt jako východisko z nouze, neboť se o ně nemá kdo postarat. Pan č. 3 situaci zhodnotil takto: „tož, co mně zbude jiného, nemám, kde jít'. To víte, že by byl radši nekde doma, ale kdyby moh. Tak nemám jinů možnost'. Musím sa přizpůsobit' temu, co je“. Paní č. 4 sdělila: „v domově nejsem spokojena, vůbec ne, ne, je to tady kolikrát hrozné, nejradši by utekla, tak by chcela s tadyma odejít“. „Sem teď odkázána na pomoc jiných a to je vám hrůza. Ze začátku to tady bylo k nevydržení a ani sa o mňa nestarali tak, jak by měli. Umývat', to mňa umývajú raz za týdeň, no ináč mňa stříkajú jakýmsi sprejem, ale to je hrůza.“ Osoby, které jsou závislé na pomoci jiných osob, se mnohem více upoutávají na své blízké a čekají od nich porozumění a i určitou pomoc. Zvláště v době, kdy jedinec přestane být schopný se o sebe

sám postarat, se jeho život mění a jedinec více tíhne po blízkosti svých příbuzných, očekává jejich pomoc. „Výhrou“ pro tyto jedince zůstává, pokud mají partnera, který je schopen tuto péči v domácím prostředí zajistit. Pokud není schopen pomoc zajišťovat partner, zastávají pomoc děti, a to zvláště dcery. Z uvedených rozhovorů vyplynulo, že se tato péče jaksi více očekává od dcer než od synů. Paní č. 1 sdělila, že „dcerka mně pomáhá každý den, kdyby neměla tu dcerku, tož nevím, jak by to vypadalo.“ Pan č. 2 uvedl, že „nejvíce mně pomáhá manželka, ale též dcerka mně chodí pomáhat.“ Ve třech případech osoby závislé na pomoci jiných osob shodně uvádějí, že synové jim tolik nepomáhají a oni od nich tu pomoc jakoby ani nečekají. Paní č. 1 tvrdí, že: „syn bývá daleko, doma moc není, a též by mně ani tak nedokázal pomáhat, to víte, jak chlapi.“ V dalším rozhovoru u pana č. 2 je reakce podobná: „syn za námi moc nejezdí, má svoje problémy, a na nás mu nezbyvá čas.“ Paní č. 4 umístěna v domově pro seniory má dva syny, jeden ji občas navštíví, druhý ji nenavštěvuje vůbec, ale vzpomíná na svoji sestru, o kterou se stará dcera: „ta sa má lepší, ta má dcéru, která sa stará, a ta ju má tak ráda, víte, ty dcery majú jiný prístup k tým rodičám. Ona o ní též neřekne jinak, než ta moja Evička, kdyby já ju neměla. A je to fakt, co ti ogaři, ti to tak neberu. Vidíte, ani za mnu radši nepřidú.“ Paní je umístěna v domově pro seniory teprve rok, o její umístění se postaral mladší syn, který nyní za matkou moc nechodí: „no ten mladší syn ten za mnu nikdy přide, ale málo, no má sice prácu, jezdí aj na dva tři dni, pryč. No a ten druhý syn, ten za mnu vůbec nejde.“ Rodina, která funguje a je schopna si vypomáhat, je nenahraditelnou součástí života takové osoby, která očekává jakoukoli pomoc a vlídnost. Podpora blízkých a zájem o tyto osoby pozitivně ovlivňuje jejich celkovou situaci a hlavně psychický stav. Péči o svoji osobu nejsou schopny samostatně zvládat. Pro můj výzkum bylo významné si ověřit, koho tyto osoby uvádějí jako nejvhodnější pečovatele. V domácím prostředí to jsou především partneři a dcery, kteří poskytují každodenní pomoc. U osob, s kterými jsem vedla rozhovor, poskytovali pomoc pouze rodinní příslušníci, nevyužívali žádnou pečovatelskou službu nebo charitu. V zařízení sociálních služeb pomoc poskytuje personál, který má tedy zrovna službu a jsou to, buď zdravotní sestry, nebo ošetřovatelky. Osoby, s kterými jsem hovořila, s péčí v domově spokojeny nebyly. Pan č. 3 potvrdil: „tož sestry udělaju to, co musá, všecy sú stejné. Pomoc je tady všelijaká, nejhorší je to, že sa člověk pomoci nedovolá. Zvonečky tu nejsú, máme sice mobil, ale ten sa mně špatně ovládá, čísla sú malé a ty moje ruky, no podívajte sa, co s něma možu dělat.“ Někdy si pomoc poskytují i vzájemně osoby, které jsou obyvateli domova, ale to jen ve výjimečných případech. Šťěstí měl pan č. 3, který měl vedle v pokoji

paní, která se mohla pohybovat: „nejvíc mně pomože tady ta paní vedla v pokoji. Přide sa podívat, zoptá sa co potřebuju a tak. Eště že tady je, kdyby tady byl zrovna takový ležák, jak sem já, tak by to bylo horší.“ Paní č. 4 takové štěstí neměla, na pokoji měla zrovna tak ležící spolubydlící a o pomoci personálu sdělovala: „no starajů sa o mňa tady ty sestry a ošetrovatelky, ony všecy nejsů sestry. To je tak, bez pomoci sa neobejdu, ale jak sa stara-jů? Kolikrát je to nekonečná doba, než přidů. Zvonky tady nemájů, tak čekaj. Nekdy když potřebuju vyměnit ty plenky, tak sa nemožu dočkat. To by sa člověk spěš smrti dočkal, než nekdo přide.“ V tomto případě jsem zaznamenala značný rozdíl ve způsobu poskyto-vané pomoci. Osoby závislé na pomoci jiných osob v domácím prostředí jsou od svých blízkých jakoby hýčkané a je jim vyhověno takovým způsobem, aby byly uspokojeny. Je patrné, že pomoc je poskytována s láskou a porozuměním. Tato stránka je v zařízení opo-míjena, nezbyvá na ni čas, personál nestíhá zabezpečovat nejdůležitější úkony, natož aby měl potřebu vcítit se do pocitů osoby, která už tak dost strádá tím, že je odloučena od svých blízkých. Chybí tady na rozdíl od domácího prostředí vztah, empatie a porozumění, tedy mít čas na druhého, dokázat si s ním třeba jenom tak popovídat, to je to, co těmto osobám schází. Osoby, které jsou odkázány na pomoc jiných, vnímají lidské hodnoty jinak. Pro ně není důležité, aby osoba, která jim poskytuje pomoc, byla odborný pracovník, oni preferují empatickou osobu, která jim porozumí a dokáže si na ně udělat čas. V domácím prostředí jsem vyzorovala, že tomu tak je. Manželé si pomáhají, ale dokážou si taky je-nom tak povídat, vzpomínat na doby minulé, na společné zážitky, a tak se odpoutat od sta-rostí a potíží, které je potkaly. Většinou mají radost z toho, že se o ně taky starají jejich děti, a to je naplňuje.

Zajímavou oblastí mého výzkumu bylo pozorovat vztahy mezi dětmi a rodiči, spo-kojenost s péčí a frekvencí pomoci. Ty se podstatně lišily u osob, o které se starají rodinní příslušníci v domácím prostředí, a u osob, které jsou umístěny v domově pro seniory, a pomoc jim poskytuje personál. Dalo by se to přirovnat k protipólům. Vztah dětí k rodičům v domácím prostředí je naplněný citem, snahou jim vyhovět, zajistit jim co možná nejlepší podmínky, tedy vše, co potřebují, jen aby byli spokojeni. V zařízení domova pro seniory nejeví děti o své rodiče až zase takový zájem. Děti je buď nenavštěvují, nebo jen v omezené míře. Chybí citové pouto, snaha rodiči pomoci, uspokojit jeho přání nebo mož-ná jen si s ním popovídat a snažit se ho pochopit. Paní v domácím prostředí č. 1 sdělovala: „dcerka mně pomáhá každý den, vždycky něco uvaří, a to máme aj na dva dny. Též mě osprchuje, ve sprchovém kůtě, poněvadž do vany nevlezu, umyje hlavu a natočí na nátač-

ky, aby ještě trochu vypadala. No a ostříhá mně nehty, k doktorovi mně pro léky chodí dcera, ta mně všechno vyřizuje. S dcerkú sem každý deň, ta ví, jak co potřebuju. Ten můj mně též pomáhá, tak nakúpit, zatopit', ale vařit' moc neumí a uklízet ho nebaví, on by nejradši neuklízal.“ Pan č. 2 také z domácího prostředí se o dceři vyjadřuje podobně: „dcera mi chodí pomáhat, vozí mě k doktorovi, když potřebuju, vyzvedne mi léky. Pomáhá s nákupy, a také manželce s ledačím pomože. Nejvíc mi pomáhá manželka, bez ní by to měl těžké.“

Z těchto rozhovorů vyplývalo uspokojení s péčí v rodině. V zařízení domova pro seniory tomu tak nebylo. Pan č. 3 byl bezdětný, při dotazu, co si myslí o pomoci rodinných příslušníků sdělil: „mám edem sestru, ale ta už je též stará, má 86 rokú, ta už by sa o mňa nezvládla postarat' , no možná mně je líto, že nemám děcka, kdyby je měl, tak by tady možná neskončil. I když kdoví, je tady hodně lidí co děcka majú a stejně sa o ně nestarajú, ani za nimi nechodí.“ To potvrdila i paní č. 4, která byla nešťastná z toho, že na ni děti nemají čas: „nikdo za mnú nejde, ani vnoučata. A už mám aj pravnoučka, ten už má tři roky a já sem ho ještě ani neviděla. Majú to asi daleko, nebo já nevím, co je. Možná mám už aj víc těch pravnoučkú, ale já nevím, nikdo za mnú nepříde, já by tak ráda šla zpátky do toho penzionu, a tak by sa chtěla jít podívat za manželem, víte, na hřbitov, a nikdo mňa tam nechce dovést'. Syn mně říká, když si tak chytrá, tak si to zaříd', nemám čím. No a já nikde nemožu, nic si nemožu vyřídít'. Tož tak to mám. Nikdo za mnú nepříde, syn též nemá čas a sliboval, že mňa vezme na cyklostezku a svezeme mňa, ale to sa asi nedočkám.“

5.1.1 Dílčí zhodnocení

Z výše uvedených výpovědí respondentů jsem se pokusila vyčlenit ty, které odpovídají předem určeným kódům, kterými je zhodnocení prostředí, ve kterém žijí, spokojenost s péčí a způsob poskytované péče. Při charakterizování prostředí, ve kterém senioři žijí, jednoznačně je vítanější domácí klima. Nesnažila jsem se tento závěr předpokládat, protože se domnívám, že i prostředí domova pro seniory v sobě nese různá pozitiva. Z výpovědí osob, se kterými jsem hovořila, však jednoznačně vyplývá, že senioři v domově pro seniory by se raději vrátili ke svým rodinám, je jim však jasné, že je takový způsob prožití stáří v jejich případě, ať už kvůli zdravotnímu stavu, či neexistenci příbuzných, obtížně realizovatelný. Také s péčí osob, které jsou k tomuto seniorem určeny a vybrány, jsou více spokojenější lidé žijící v přirozeném prostředí. Považují svůj život za kvalitnější a lépe prožitý.

Mají svou rodinu a lidi, kteří o ně pečují, velmi rádi a nechtěli by být v institucionalizovaném zařízení. Se způsobem poskytované péče jsou „srostlejší“ senioři v domácím prostředí. Kvůli svému zdravotnímu stavu potřebují velmi často péči jiné osoby a jejich příbuzní či jiné osoby, které o ně pečují, jim plně vyhovují. Oproti tomu senioři v domově pro seniory mají sice k dispozici profesionální sestry a lékařský personál, ale tito bývají často velmi zaneprázdněni, takže se potřebné péče těmto osobám dostává jen tolik, že stejně vyjádří svou nespokojenost. Znamená to, že pokud nepotřebují čistě lékařské ošetření, senioři v institucionalizovaném prostředí spíše „strádají nezájmem vzniklým nedostatkem času a personálního zajištění“.

5.2 Kategorie spokojenost se vztahy

V předchozí kapitole jsem se zaměřila především na vlivy prostředí a spokojenost s poskytováním pomoci. V této kapitole se budu věnovat popisu spokojenosti seniorů, kteří potřebují pomoc jiných osob, se vztahy, kterými jsou:

- vztahy v rodině,
- rodinné zázemí,
- citové uspokojení.

Toto jsou kódy, které souhrnně tvoří kategorii spokojenost se vztahy.

Každý člověk pochází z nějakého rodinného prostředí, vliv rodičů a nejbližších členů rodiny v jedinci zanechaly určité zvyky a nepochybně si všichni všimli, jak se rodiče chovali ke svým rodičům, jak jim pomáhali, když bylo potřeba, co pro ně byli schopni udělat a samozřejmě, zda je měli rádi, vážili si jich a měli k nim úctu, i přesto, že jim něco vytýkali. Vztahy v rodině vypovídají o tom, jak jsou schopny se děti o své rodiče postarat. Je to zřejmě dlouhodobý vliv výchovy, velkou roli sehrávají také vzory, které rodiče nevědomky ukazovali svým dětem, když se v dřívější době starali o své rodiče. Úcta k rodičům a snaha se o ně postarat byla vidět v domácím prostředí. Patrná byla u dcer, u nich se taky více spoléhá na pomoc, synové se jevíli jako ti, od kterých se až tolik neočekává. V domově pro seniory byla situace jiná, paní č. 4 sdělila, že má dva syny, mladší syn ji občas navštíví, starší za ní vůbec nepřijde, nezatelefonuje: „za mnů nikdo nepřijde, tak to je. Je jim jedno, že je mně smutno, jakoby pro ně už nebyla.“ Pan č. 3 děti nemá, ale sděloval postřehy z domova: „je tady hodně lidí, co děcka mají, a stejně sa o ně nestarajů, ani za nimi nechod’á.“ Tyto osoby, které jsou odkázány na pomoc jiných osob, nemají jinou mož-

nost, než zůstat v zařízení, kde je jim potřebná pomoc poskytována. Ocitly se v zařízení, neboť nemají možnost se o sebe postarat, rodina buď není, nebo je nefunkční a nechce se starat. Tito lidé vnímají kvalitu svého života nepříznivě, ví, že nemohou očekávat zázraky. V zařízení jim chybí pochopení, láska, čas na vlídné slovo. Dalo by se usoudit, že tito lidé strádají, jak psychicky, tak fyzicky. Jsou odloučeni od svých blízkých, na které neustále čekají. Pan č. 3 má jen sestru, která je sama nemohoucí, takže je mu jasné, že za ním nepříjde a pomoc mu nemůže poskytovat. „No já z rodiny mám edem sestru, ale ta už je též stará, má 86 roků, ta už by sa o mňa nezvládla postarať. Je též nemocná, má svých problémů dost. Manželka mně před dvoma roky umřela a děcka nemám. Tak za mnů ani nikdo nechodí.“ Paní č. 4 umístěná v domově na své syny stále čeká, ráda by se taky setkala s vnuky a pravnoučaty, rodina však nejeví zájem, nikdo za ní nechodí, jen mladší syn, ale ten jen málokdy a na krátkou dobu. I za to je ráda, prosí ho, aby ji z domova přestěhoval do zařízení, kde dřív pobývala, protože je v současné době v zařízení nespokojená. Přála by si, aby ji vzal na hřbitov, kde má hrob její manžel, ale syn na to reaguje takto: „tak by sa chcela jít podívat za manželem, víte, na hřbitov a nikdo mňa tam nechce doviesť. Syn mně říká, když si tak chytrá, tak si to zaříd', já nemám čím.“

V domácím prostředí se dotazovaným osobám věnují celodenně, zajišťují potřebnou pomoc a rovněž je uspokojena i citová stránka. Paní č. 1 sdělila, že jí dcera pomáhá každý den, neboť sama nezvládne zajistit péči o svoji osobu a už vůbec ne chod domácnosti: „dcerka všecko dělá, já by bez ní nemohla vůbec byť. Dyt' si neuvařím, nenakúpím a vůbec nic. Též mě osprchuje, ve sprchovém kútě, poněvadž do vany nevlezu. Raz za týdeň mně umyje hlavu a natočí na nátačky, aby ještě trochu vypadala. No a ostříhá mně nehty, na rukách aj na nohách. Dcerka nemá prácu, tak sa o mňa, chvala pánu Bohu, stará. Jináč by asi fakt musela do nejakého ústavu nebo do toho domova. Víte, dobře sem jů vychovala a ona mně to ted' odplácá. Máme sa rády a teho si nejvéc vážím. No a chlap by mně tak nepomáhal, ten na to není.“

Pan č. 2 sděluje, že je vděčný za péči manželky: „mám manželku, která se o mě stará, bez ní by nemoh zůstat doma. Pokud by zůstal sám, nedaj Bože, musel by jít do domova. Dcera chodí do práce, odpoledne sice chodí každý den, ale co by si tu počal celé dopoledne sám. Manželka musí dělat i chlapské práce a ještě sa starať o nemohoucího dědka. Má to těžké a já ju moc chválím a sem rád, že tu se mnů je. Co by chtěl změnit, je to, aby se mi vrátilo zdraví, a já se o sebe mohl sám starat. Pocit, že bez toho druhého nejste schopný nic udělat je mrzutý a já to těžce nesu.“

Z pobytu v zařízení nemají dobrý pocit osoby, které tady pobývají a jsou odkázány na pomoc jiných osob, a ani osoby v domácím prostředí, které tuto alternativu vidí pouze jako východisko z nouze. Uvědomují si, jak jsou šťastní, že se o ně manželé nebo děti starají. Paní č. 1 říká: „sem ráda, že sa o mňa stará dcerka, jinak by byla nekde v domově, a to já nechcu. Chcu umřít tady na domajšku, víte, tady sem sa aj narodila, tak tady aj umřu.“ Pan č. 3: „sem rád, že možu byť tady, i když je tu nekdy všelijak. Eště, že mám tu paní, tady vedla, spolu nám to líp utíká. Tož tu už aj umřem. Já sem spokojený se svojim životem, edem by ho chtěl vrátit zpátky a být zase zdravý a doma s mojů. Pěkně sme si žili, to víte, též sme sa poškádlili, ale měli sme sa rádi. Jí je už dobře, a já musím tady trpět.“

Domov nenaplnuje jejich potřeby, bezděčně tráví čas na pokoji a čekají, až někdo přijde poskytnout jim potřebnou pomoc. Chybí jim kontakt s blízkými nebo jen s personálem, který sotva zvládá zajišťovat denní provozní činnosti. Tito jedinci sdělovali, že by se chtěli podívat jen ven na zahradu, třeba na vozičku, nebo by potřebovali doprovod na toaletu, do koupelny. Místo toho dostanou plenkové kalhotky a sprchování v koupelně se provádí jednou za týden. Pan č. 3 říká: „ony nemajů čas, prý nás tu je hodně. Co člověk nadělá, majů nás tady moc, a tak musíme čekat.“

Paní č. 4 uvádí, že: „též ty plenky otravujů, však v nich sem kolikrát podělaná tak dlůho, než někdo přide. Víte, to vám nepřeju. Nejsem tu spokojena s péčí, je to tady kolikrát hrozné, nejradši by utekla, aj po čtyřoch. Tak by chcela s tadyma odejít, já by si radši zaplatila nějaků ošetřovatelku, než tady tak trpět. A ani mě tu nechutná.“ K péči se vyjádřila: „kolikrát sa chovajů tak škaredě, sů na mňa zlé, ty sestry. Ani vám to nemožu řečť, jak su zlé a nadávajů. Já sem jim říkala, už sem též stará, mám jakýsi rok, tak sa ke mně chovajte tak, jak sa patří.“ Tato paní by si představovala vlídnější zacházení, v zařízení není spokojená, je zklamaná, protože neustále srovnává pobyt v penzionu, kde byla předtím umístěná a chtěla by se tam vrátit. Sdělila, že tam byl personál daleko hodnější a více se o ni starali. „Věřím, že mně nekdo pomože sa odtud' dostat tam zpátky, do toho penzionu, tak to by si přála.“

5.2.1 Dílčí zhodnocení

V předchozím textu jsem analyzovala kategorii spokojenost se vztahy, které seniory obklopují či provázejí. Domnívám se, že toto výrazně přispívá k náhledu na kvalitu života v jejich životním období. Senioři žijící v domácím prostředí jsou velmi spokojeni se vztahy, které ve své rodině mají. Už jen tím, že mohou stále v rodinném prostředí žít, je náznakem toho, že vztahy v takové rodině jsou plně funkční a fungující. Respondenti, kteří žijí v domově pro seniory, své vztahy v rodině hodnotí jako narušené a přetrhané. Se svými blízkými nekomunikují, i když by chtěli a toužili by po tom, aby se častěji setkávali. Ať už jsou důvody této situace jakékoliv, senioři v domově pro seniory to nemohou změnit a kvalitu svého života tak povýšit na hodnotnější. S tímto souvisí také vytvořený kód rodinné zázemí, které odpovídá hodnocení vztahu v rodině. Osoby umístěné v domově pro seniory sdělily, že jejich rodinné zázemí je spíše neexistující, a to jednak kvůli tomu, že jejich příbuzní se s nimi nechtějí či nemohou stýkat, či kvůli tomu, že nikdy rodinu nezaložili a jejich původní rodina již žádná není. Poslední kód z předchozích jen vyplývá. Citové uspokojení je kvalitnější u seniorů, kteří žijí v původní rodině a původním prostředí. Starší lidé velmi špatně snášejí změny v životě, takže tito se nemuseli stěhovat a měnit tak ve svém věku bydlení. Naproti tomu senioři v institucionalizovaném prostředí citově spíše strádají, a to již kvůli nedostatku spokojenosti se vztahy, či spíše hlavně kvůli své osamocenosti.

5.3 Kategorie ekonomické zajištění

V této kapitole se budu věnovat tomu, jak osoby závislé na pomoci jiných osob vnímají své ekonomické zajištění, zda mají přehled o svém příjmu a o vynaložených platbách za pomoc, kterou potřebují. Je pro mě důležité zjistit, jestli je jejich finanční situace dostatečná k zajištění jejich potřeb:

- příjem seniorů,
- poplatky za péči,
- finanční rezerva.

Výše uvedené kódy jsou náplní kategorie ekonomické zajištění.

Ve svém výzkumu jsem chtěla zjistit, jak jsou osoby, které jsou závislé na pomoci jiných osob, finančně zajištěny, zda o svých financích mají přehled a zda jsou schopny ještě samy rozhodovat, jak s financemi naloží. Od roku 2007 se vznikem zákona č.

108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se osobám závislým na pomoci jiných osob vyplácí dávka příspěvek na péči. Od dřívějších dávek, které zajišťovaly pomoc osobám závislým na pomoci jiných osob, se finanční pomoc liší v tom, že je určena výhradně osobě, která pomoc potřebuje, a ta si může sama rozhodovat, jak s touto dávkou naloží, jak si potřebnou pomoc zaplatí. Z rozhovorů, které jsem vedla s těmito osobami, vyplynulo, že osoby jsou o svých finančních možnostech informované a jsou schopny o nich samy rozhodovat. I osoby umístěné v domově pro seniory dobře ví, že příspěvek na péči přináleží domovu pro seniory, tedy zařízení, které jim péči zajišťuje, a to v plné výši. Jsou také informované o tom, kolik stojí pobyt v zařízení a kolik jim z jejich důchodu musí zařízení ponechat. Paní č. 1 v domácím prostředí uvedla: „já mám důchod, ale ten je malý, a k tomu ještě беру ten příspěvek na tu pomoc. Důchod mám edem pět tisíc, a to sa mám co oháňat, aby to stačilo. Už tak za nic neutrácám, ale to víte, jest' sa musí a kolik stojí léky, hrůza. Ten příspěvek dávám dcerce, ta mně všechno dělá, já by bez ní nemohla vůbec byt'. Dyt' si neuvařím, nenakúpím a vůbec nic.“ S péčí dcery je moc spokojena, váží si toho, že jí má a může se o ní postarat. Dcera je nezaměstnaná, takže řeší svou situaci tím, že jí matka ponechá celý příspěvek na péči.

Pan č. 2, o kterého se stará manželka a dcera, sdělil: „no mám důchod, ale není to žádná sláva, za ty roky dřiny toho není moc. Mám ten příspěvek, ale všechno je tak drahé. Neco z tých peněz dám dceři a neco manželce. Nikdo vám neudělá nic zadarmo. Já si kolem baráku nejsem schopný nic udělat, tak musím na všechno ptať lidi, a to je drahé. Musá mně nachystat dřevo na topení, nemožu si posést' trávu a takové různé práce kolem domu, co manželka nezvládne, za všechno musím zaplatit.“ Tyto osoby žijící v domácím prostředí shodně uváděly, že jim sotva vystačí důchod k zajištění základních potřeb. Z důchodu toho moc nešetří, stále se zvyšující ceny potravin a léků je nutí více šetřit a to zejména na úkor kvalitnějších potravin. Značné finanční částky vynakládají za léky. Příspěvek na péči přenechávají osobám, které o ně pečují.

V zařízení byly osoby rovněž schopny popsat, kolik je stojí pobyt a jaká je výše jejich příspěvku na péči. Pan č. 3 sdělil: „no já mám pěkný důchod, ten mám dvanáct tisíc, takže zaplatím tady za pobyt, který stojí devět tisíc, a zbytek mám pro svoje potřeby. Eště mám ten příspěvek osm tisíc korun, ale ten ani nevidím, ten ide do kanceláře. Tak tady zaplatím dohromady sedmnáct tisíc, to je peněz, co. Za takové peníze by mňa tady mohli na rukách nosit', ale to víte, když neco, tak řeknu, no nejste tady sám, takových tu je, tak to je.“ Myslí si, že zaplatí za pobyt a pomoc, ale na kvalitě péče se to neodrazí.

Paní č. 4 taky věděla, kolik stojí pobyt v zařízení a co jí z jejího zajištění náleží: „no já mám důchod, ale tady mě z něho nechajů akorát těch patnáct procent, jinak si všechno seberů. A já si z toho zbytku musím platit' všechny léky a též hygienické prostředky, mydlo, toaletní papír, kolikrát mně aj chybí. No eště mám těch osum tisíc, ale ty prý posílajů tam do kanceláře na okres, takže z toho nic nemám. A kdyby sa aspoň podla toho starali, kolikrát sa chovajů tak škaredě, sů na mňa zlé, ty sestry“. Její dojmy z kvality pomoci jsou hodnoceny velmi negativně, představovala by si lepší péči už vzhledem k tomu, kolik v zařízení zaplatí za pobyt.

5.3.1 Dílčí zhodnocení

Domnívám se, že s kvalitou života ve stáří souvisí také ekonomické zajištění seniorů. Spokojenost lidí ve všech věkových kategoriích je odvislá od jejich zaopatření, tedy od dostupnosti zajištění si všech potřebných věcí. Ani senioři v tomto nejsou odlišní, takže svou kvalitu života odvozují i od níže uvedených kódů. Prvním z nich je příjem seniorů, kdy jednoznačně vyšší příjem je přítomný u seniorů v domově pro seniory. Kvůli tomu, že poměrně značnou částí svého zajištění si musí hradit pobyt v tomto zařízení, na vlastní potřeby jim zůstane jen nižší finanční částka. V domově pro seniory však žijí s vědomím, že pokud budou potřebovat, není tu žádná osoba, která jim finančně pomůže a zajistí je. Oproti tomu osoby v domácím prostředí mají mnohem nižší příjmy, tedy ty osoby, se kterými jsem hovořila. Vědí však, že pokud bude potřeba, jejich rodina jim pomůže. Domnívám se, že to pro mnohé seniory umístěné v zařízení je velmi stresující na to, aby to pozitivně ovlivňovalo kvalitu života. S finančním zajištěním souvisí i další kód a to poplatky za péči. Senioři v domácím prostředí, kteří kvůli svému nepříznivému zdravotnímu stavu pobírají příspěvek na péči, tuto dávku dávají svým příbuzným, takže si na péči o svou osobu přispívají. Senioři v zařízení si péči hradí také z příspěvku na péči, jehož částku však ani „nevidí“, protože bývá přímo zasílána zařízení domova pro seniory. Kvůli vyššímu příjmu tak finanční rezervu, tedy třetí kód, který tvoří kategorii, mají pouze osoby v domově pro seniory. Senioři, kteří žijí se svou rodinou, žádnou finanční rezervou nedisponují. Neznamená to však, že by byli méně spokojeni. Jsou si vědomi, že v případě potřeby se o ně jejich rodina postará.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsem se zabývala zjišťováním, jak je seniory závislými na pomoci jiných osob vnímána jejich kvalita života. Porovnávala jsem život seniorů a jeho kvalitu v přirozeném domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory.

Text diplomové práce byl členěn do dvou částí. V první části jsem se věnovala teoretickému vysvětlení základních pojmů, jako je stáří, stárnutí, onemocnění ve stáří, fyziologické i psychologické změny ve stáří, faktory, které mohly ovlivňovat kvalitu života ve stáří, a objasnila jsem pojem autonomie seniorů. Ve druhé části jsem se zabývala metodologií a popsala jsem užitou kvalitativní metodu výzkumu. Jako techniku sběru dat jsem si zvolila polostandardizovaný rozhovor a strategii zakotvené teorie. Ve vlastní analýze dat jsem rozebírala odpovědi a názory jednotlivých respondentů a vzájemně jsem je porovnávala.

V analytické části jsem si zvolila tři kategorie, do kterých jsem sloučila několik kódů. V každé kategorii pak byly porovnávány výpovědi seniorů žijících v rodinném prostředí a seniorů umístěných v domově pro seniory. Respondenti odpovídali na připravené otázky, které byly v průběhu rozhovoru doplňovány dle situace a pocitů respondentů.

K hlavní výzkumné otázce se vztahuje kategorie kvalita poskytované péče. A v této kategorii jsou přítomny kódy: prostředí, ve kterém žijí, spokojenost s péčí, způsob poskytované péče. Z rozhovorů vyplynulo, že senioři žijící v přirozeném domácím prostředí hodnotí kvalitu poskytované péče na vyšší úrovni než senioři v institucionalizovaném zařízení. Seniorům v rodině je poskytována pomoc s láskou a obětavostí a s přáním co nejmenšího strádání. Snahou rodinných příslušníků je osobě vyhovět, také je příznivé, že v domácím prostředí je péče soustředěna pouze na tuto osobu. Osoba cítí tuto přízeň, navíc je v prostředí, které dobře zná. V zařízení domova je takto senior jedním z mnoha, musí čekat, než se k němu potřebná pomoc dostane. Většinou tyto osoby strádají, nejsou spokojeny s pomocí a mají k ní řadu výhrad. Péče je tady zajišťovaná podle nějakého harmonogramu, kdy jednotlivé osoby vyčkávají, až na ně dojde řada. A to už nezmiňuji to, že lidské jednání není vždy na dobré úrovni. Tyto osoby citově strádají, neboť jejich představa o poskytované pomoci je jiná. Zajímavostí bylo, jak osoby, které potřebují pomoc, preferují pomoc dcer, syny jakoby z poskytování této pomoci omlouvají, dalo by se uvést, že od nich tolik neočekávají. Rovněž partnery omlouvají, že jsou to muži, a tak to ani od nich nechtějí.

K první kategorii se vztahuje první dílčí otázka, která se tázala po tom, jak jsou senioři spokojeni s prostředím, ve kterém žijí. Z rozhovorů vyplynulo, jak osoby, které potřebují pomoc, vnímají prostředí, ve kterém žijí. Jejich názory jasně vyjádřily, že spokojenější jsou osoby v domácím prostředí, kde se o ně starají rodinní příslušníci. Všichni respondenti se shodli v tom, že pobyt v zařízení domova pro seniory berou pouze jako východisko ze své situace, kdy se o ně už nemá nebo nechce nikdo postarat. Volbu umístění do zařízení pro seniory by provedli pouze v případě ovdovění a nezájmu dětí, tedy jako nejkrajnější řešení.

Další kategorií je spokojenost se vztahy, která v sobě nesla tyto kódy: vztahy v rodině, rodinné zázemí, citové uspokojení. K tomuto se respondenti vyjádřili, co cítí ke svým pečovatelům. V domácím prostředí bylo patrné, jak jsou spokojeni a jak by si přáli, aby se nic nezměnilo. Obávají se úmrtí svého partnera nebo nemožnosti dětí se postarat. V takovém případě je jim jasné, že by následoval pobyt v nějakém sociálním, které by volili jedině v případě, že by se o ně doma neměl kdo postarat. Za poskytovanou pomoc jsou vděční a to jak partnerovi, tak dětem a zvláště dcerám. V zařízení domova jsou vztahy na docela nízké úrovni. Děti buď rodiče vůbec nenavštěvují, nebo jen v omezené míře. Ve svém výzkumu jsem dospěla k závěru, že vztahy u obou typů klientů mají své kořeny ve výchově, která byla v jejich původní rodině zajišťována, tedy v tom, jaký rodiče dávali svým dětem vzor, jak se oni sami chovali ke svým rodičům.

Druhá dílčí otázka se ptala po tom, jaké determinanty ovlivňují seniory, především v subjektivním hodnocení kvality života. Domnívám se, že jsou to především vztahy v rodině a v prostředí, které seniory obklopuje. V situaci, kdy je osoba odkázána na pomoc jiných, se více obrací ke své rodině. O okolí již nejeví takový zájem, soustřeďuje se na nejbližší členy své rodiny, od kterých očekává pochopení a pomoc. Z rozhovorů v domově pro seniory vyplynulo, jak tyto osoby touží po kontaktu se svými rodinnými příslušníky, jak stále čekají, že za nimi budou docházet. V tomto spatřuji velký rozdíl v hodnocení kvality svého života mezi respondenty, kteří pobývají v domácím prostředí a je jim dopřáno vlídnosti, pomoci a citového uspokojení. U respondentů v domově pro seniory tato stránka chybí, je zde patrné, jak respondenti citově strádají, jak jsou nenaplněny jejich touhy po kontaktu.

Poslední kategorií je ekonomické zajištění, které obsahuje kódy: příjem seniorů, poplatky za péči a finanční rezerva. U této kategorie respondenti odpovídali také velmi rozdílně. Senioři v domově pro seniory disponovali vyšším příjmem a následně také větší

finanční rezervou. Měli také přesný přehled o tom, jaké poplatky za péči si musí hradit a co si tedy za své finance „kupují“. Senioři žijící v domácím prostředí naopak neměli příliš vysoký příjem a sotva s ním vystačili na zaplacení svých nákladů na živobytí. Ovšem měli jakousi jistotu, že v případě potřeby jim jejich příbuzní a blízcí pomohou i přesto, že nebudou mít dostatek finančních prostředků. Svědčí pro to kvalitní vazby v rodině a i to, že jejich příbuzní o ně stále a obětavě pečují.

Závěrem tedy mohu uvést, že ve většině odpovědí je kvalita života vnímána pozitivněji seniory žijícími v přirozeném domácím prostředí. Osoby, které jsou umístěny v zařízení pro seniory, jsou obecně více nespokojené se svou životní situací, jakkoli se tomu pracovníci domova pro seniory snaží zabránit různými aktivitami vhodnými pro jejich věk a zdravotní stav a různými kulturními akcemi. Nenahradí však tímto přirozené rodinné vztahy, na které byli tito senioři zvyklí, a které stále kladou výše, než vztahy v zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DESSAINTOVÁ, Marie, Paule, 1999. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-255-6.
- DISMAN, Miroslav, 1993. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, ISBN 80-7184-141-2.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2006. *SQUALA - Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-47-6.
- ERIKSEN, Thomas, Hylland, 2010. *Syndrom velkého vlka: Hledání štěstí ve společnosti nadbytku*. Brno: Doplněk. ISBN 978-80-7239-244-5.
- GIDDENS, Anthony, 1999. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-124-4.
- GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce. Pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *České ošetřovatelství 10: Manuál sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-363-5.
- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- CHÁB, Milan, 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP. ISBN 80-239-4772-9.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: OU ZSF. ISBN 80-7368-110-2.
- KOPŘIVA, Karel, 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-150-9.
- KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-405-7.
- KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2008. *Sociální služby a příspěvek na péči 2008*. 2. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-462-0.
- KREBS, Vojtěch a kol., 2007. *Sociální politika*. 4. přeprac. vyd. Praha: ASPI. ISBN: 80-7357-276-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-0179-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

- MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV.
- PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.
- PANČOCHA, Karel, 2006. *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-61-6.
- PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- POTŮČEK, Martin, 1999. *Křížovatky české sociální reformy*. Praha: Slon. ISBN 80-85850-70-2.
- PRŮŠA, Ladislav, 2007. *Ekonomie sociálních služeb*. 2.vyd. Praha: ASPI. ISBN 80-7357-255-6.
- RABUŠIC, Ladislav, 1995. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, nakladatelství Georgetown. ISBN 80-901604-2-5.
- ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5.
- SHEEHYOVÁ, Gail, 1999. *Průvodce dospělostí: Šance a úskalí druhé poloviny života*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-185-1.
- SÝKOROVÁ, Dana a kol., 2003. *Senioři ve společnosti Strategie zachování osobní autonomie*. Výzkumná zpráva za 1. rok řešení výzkumného úkolu GAČR, reg. č. 493/02/1182. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 80-7326-0239-9.
- SÝKOROVÁ, Dana a Oldřich CHYTIL, 2004. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN 80-7326-026-3.
- SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 978-80-86429-62-5.
- STRAUSS, Anselm, L. a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu, postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno. Sdružení podané ruce a nakladatelství Albert Boskovice. ISBN 80-85834-60-X.
- STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

- TANNER, Denise a John HARRIS, 2008. *Working with Older People*. Oxon and New York: Routledge. ISBN 0-415-35421-8.
- TOMEŠ, Igor, 2001. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Sociopress. ISBN 80-86484-00-9.
- TRÖSTER, Petr a kol., 2008. *Právo sociálního zabezpečení*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: C. H. BECK. ISBN 978-80-7400-032-4.
- VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU v Brně. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VESELÁ, Jitka, 2003. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. VÚPSV PRAHA.
- VOHRALÍKOVÁ, Lenka a Ladislav RABUŠIC, 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV. Výzkumné centrum.

Časopisy:

Odborný časopis: *Sociální služby*. 12/2011, ročník XIII. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Předávání konceptu Smyslové aktivizace © podle Lore Wehner a další vzdělávání mezi Lore Wehner a Hanou Vojtovou. Determinanty ovlivňující kvalitu života seniorů. Dostupné taky z: <http://www.apsscr.cz>; www.socialnisluzby.eu

Internetové zdroje:

Absolutin. Inteligentní poradenství. Stárnoucí populace. [online] Dostupné z: <http://www.absolutin.cz/slovník-pojmu/42-starnouci-populace/> [cit. 2011-01-31].

Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. [online]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [cit. 2012-04-02].

Český statistický úřad. Česká republika v mezinárodním srovnání 2011 . [online] Dostupné z: http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/1607-11-r_2011 [cit. 2012-02-26].

MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012: Kvalita života ve stáří. [online]. Praha: 2008, s. 9-11 [cit. 2012-01-31]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf> ISBN 978-80-86878-65-2.

MPSV. Ministerstvo práce a sociálních věcí. MPSV.CZ: Zásady OSN pro seniory. [online] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111> [cit. 2012-02-02].

Slováček, Ladislav. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. Vojenské zdravotnické listy. Ročník LXXIII, 2004. č. 1. [online] Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf [cit. 2012-01-15].

Zákony:

Česko. Zákon č. 106 ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244.

Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>

Česko. Zákon č. 500 ze dne 24. 6. 2004 správní řád a změny a doplnění dalších zákonů (zákon správní řád). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 174, s. 9782-9827. ISSN 1211-1244.

Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb174-04.pdf>

Česko. Vyhláška č. 505 ze dne 15. 11. 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021-7048. ISSN 1211-1244.

Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb164-06.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- ČSÚ - Český statistický úřad
ČR - Česká republika
HRQOL - Health Related Quality Of life – vztah kvality života a zdravotního stavu
MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSN - Organizace spojených národů
PANAS - škála výskytu kladných a záporných vlastností
PGWS - Psychological General Well Being Scale – škála psychometrických vlastností
SQUALA - metoda zjišťování kvality života
SWLS - Satisfaction With Life Scale – škála spokojenosti se životem
WHO - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1: Podíl věkových skupin na celkové populaci (%).....	23
Tabulka č. 2: Odhad počtu zdravotně postižených v ČR.....	24
Tabulka č. 3: Kategorie a kódy související se zjišťovanými údaji.....	54
Graf č. 1: Dimenze subjektivní kvality života v souvislosti.....	30

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Záznamový arch pro osoby závislé na pomoci jiných osob a otázky
- P II Přepis rozhovoru č. 1 včetně kódování
- P III Přepis rozhovoru č. 2 včetně kódování
- P IV Přepis rozhovoru č. 3 včetně kódování
- P V Přepis rozhovoru č. 4 včetně kódování

PŘÍLOHA P I: ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO OSOBY ZÁVISLÉ NA POMOCI JINÝCH OSOB

Záznamový arch pro rozhovor s osobami, které jsou závislé na pomoci jiných osob

Vážený(á) pane(i),

Vzhledem k tomu, že se ve své diplomové práci zabývám hodnocením kvality života u osob, které jsou závislé na pomoci jiných osob, a porovnávám jejich spokojenost v domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory, zajímají mě Vaše poznatky a postoje k danému tématu. Z těchto důvodů bych Vám ráda, prostřednictvím rozhovoru, položila několik otázek.

Datum konání rozhovoru.....

Začátek rozhovoru..... Konec rozhovoru.....

Demografické otázky

Jste žena/muž

Kolik je Vám let?.....

Jaký je Váš rodinný stav?.....

Kolik máte dětí?.....

Kdo s Vámi žije ve společné domácnosti?.....

Pobíráte důchod, jaký?.....

Máte ještě nějaký jiný příjem?.....

Pobíráte příspěvek na péči?.....

Bydlíte v bytě nebo rodinném domě?.....

Bydlíte v nějakém zařízení?.....

Otázky týkající se kvality života

1. Jak dlouho jste závislý na pomoci jiné osoby, jak dlouho trvají Vaše potíže a v čem Vás to omezuje?

- Co hodnotíte pozitivně doma nebo v domově, jak se v daném prostředí cítíte?
- Líbí se Vám prostředí, ve kterém žijete, odpovídá Vaším potřebám, změnili byste na něm něco?
- Máte možnost využívat nějaké služby nebo zařízení (zdrav. středisko, rehabilitace, kostel)?
- Jste spokojen s poskytovanou pomocí?

2. Kdo se o Vás nejvíc stará, bez koho byste to nezvládal(a)?

3. Jak často chodíte k lékaři a jste s jeho péčí spokojen(a)?

4. Jste spokojen(a) v domácím prostředí (v domově pro seniory), změnil(a) byste něco?

5. Jaké jsou vztahy ve Vaší rodině?

6. Udržujete s někým přátelské styky, chodí za Vámi někdo?

7. Koho máte nejraději, komu důvěřujete, ke komu máte důvěru?

8. Z čeho je tvořen Váš příjem, platíte si nějakého poskytovatele pomoci?

- Stačí Vám důchod k pokrytí Vašich potřeb?
- Platíte si nějakého pečovatele nebo službu?

9. Jak hodnotíte svůj život, chtěl(a) byste něco změnit?

10. Čemu věříte a jste věřící?

PŘÍLOHA P II: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 1 VČETNĚ KÓDOVÁNÍ

Paní Zdena - 79 let, vdaná, dvě děti,
příspěvek na péči - III. stupeň – 8 000,- Kč,
domácí prostředí - odlehlá část obce.

Datum: 9. 2. 2012

Čas: 11:10 – 11:35 hod.

1. Jak dlouho potřebujete pomoc jiné osoby?

„Moje problémy trvají už několik let. Napřed to byly edem kolena, no a potom začaly ty záda. Ty záda mě bolívaly vždycky, ale raz sem spadla a od té doby je to špatné. Mám zlomené dva obratle a ty tam dělají neplechu. Mrtví mě noha a kolikrát se na ňu vůbec nepostavím. V zádoch mám takové řezance, že sa nemožu pohnúť.“ **Jak dlouho trvají takové zdravotní potíže a v čem Vás to omezuje?** „Takové potíže mám asi 10 let, musela sem kvůli nim jít spěš do důchodu, no ale poslední tři roky je to horší. Sem odkázaná na pomoc manžela a dcerky, kteří mě pomáhají. Nemožu si nakupit, už ani uklidit nezvládnú, nemožu sa ohýbať. Neuvařím si, neustojím u sporáku, a též mě bolí dlaně a prsty“ (deformace kloubů – paní mi ukazuje jaké má pokřivené prsty na rukou). „Měla sem též zlomenú ruku, pravú, a ta už není, jak bývala. Nezvednu jí nahoru a mám v ní špatný cit.“ (ukazuje, že jí zvedne jen částečně) „Nemožu sa ani učesať, tak mě je zle, toš tak to je. Člověk je úplně bezmocný, když mu nefungují ty nohy a ruky, no a též záda. Kdyby neměla tu dcerku, toš nevím, jak by to bylo. Chlap mě sice nakupí, ale to víte, co jiného po něm možu chcet’. Je už též starý a bývá uvrčený a unavený.“

2. Kdo se o vás nejvíce stará, bez koho byste to nezvládala?

„Dcerka mě pomáhá každý den, vždycky něco uvaří, a to máme aj na dva dny. Umí dobře vařit, já mám ráda takové ty obyčejné jídla, aj bez masa a nekdy stačí aj polévka, když je hustá. Víte, dobře sem jů vychovala a ona mě to teď odplácá. Máme sa rády a teho si nejvíc vážím. Též mě osprchuje, ve sprchovém kútě, poněvadž do vany nevlezu. Raz za týdeň mně umyje hlavu a natočí na nátačky, aby ještě trochu vypadala. No a ostříhá mě nehty, na rukách aj na nohách. Na noze mě zarostá nehet na palci, tak to aj bolívá. Tož tak to mám, sem už bez pomoci k ničemu.“

3. Jak často chodíte k lékaři a jste s jeho péčí spokojená?

„K doktorovi mně pro léky chodí dcerka, ta mně všechno vyřizuje. Léků mám požehnaně a též to stojí peněz. Já když nemusím, tak nejdu. Akorát chodím k diabetičce, raz za půl roku, mám cukrovku, tož tam musím, to mě tam dcerka doveze a ide se mnu, hlavně na ty odběry. A ještě chodím na kardio, tam zas jedenkrát za půl roku. K doktorom nerada chodím, ale co člověk nadělá, zase ty léky sú potřeba, bez nich by nemohla byt’.“

4. Jste spokojena v domácím prostředí, změnila byste to třeba za domov pro seniory?

„Doma sem spokojena, nikde by nechcela jít. Zakát’ to tak ide, budu doma. V cizím prostředí by sa necítila dobře. Nejlepší je doma. Jak si člověk udělá, tak má, jinde sa musí ohlídat’ na jiné, a to nic. Tak by ještě nechcela skončit’, mám dcerku a ta mňa doopatruje, tak jak sem zvyklá, ona ví, co potřebuju. Zakát’ mně to myslí, nechcu nic měnit’, nikde jít.“

5. Jaké jsou vztahy u vás v rodině?

„Myslím, že dobré, mám dvě děcka, synka a dcerku. Syn bývá daleko, tak ten doma moc není, a též by mně ani tak nedokázal pomáhat’, to víte, jak chlapi. Občas zatelefonuje, jezdí jen v létě, na pár dní. S dcerkú sem každý deň, ta ví, jak co potřebuju. Ten můj mně též pomáhá, tak nakupit, zatopit’, ale vařit’ moc neumí a uklízet ho nebaví, on by nejradši neuklízal.“ (Smích).

6. Udržujete s někým přátelské styky, chodí za vámi někdo?

„Dříve jsme sa přátelili se susedy, ale teď už ani ne. Sused umřel a ta jeho na to též moc není, je ráda, že je doma. Též špatně chodí a já tam též nedojdu, tak na sobja zamáváme přes okno. Ti druzí susedé sú mladí a věčně v práci, tak sa ani nevidáme. Ke mně chodí akorát listonoška, nosí mně peníze a s tú si vždycky po-
vykládám. Ta mně poví, kdo umřel nebo co je tak nového.“

7. Koho máte nejraději, komu důvěřujete?

„Toš, to víte, že nejradši mám svoje děcka, hlavně dcerku. Na ňu sa ve všeckém spolehnu, ta mně se všec-
kým pomáhá, bez ní by nemohla byt’. No chlapa mám též ráda, ale je to chlap, ten člověka tak nepochopí, má

svoje manýry a neuzná mě, že nemožu a ani mně neumí tak pomáhat, radši řekne, že též nemože. Nekdy sa aj pohádáme, to víte, leďaco přide.

8. Z čeho je tvořen Váš příjem, platíte si nějakého poskytovatele pomoci?

„Já mám důchod, ale ten je malý, a k tomu ještě беру ten příspěvek na tu pomoc. Důchod mám edem pět tisíc, a to sa mám co ohánat, aby to stačilo. Už tak za nic neutrácám, ale to víte, jest' sa musí a kolik stojí léky, hrůza. Ten příspěvek dávám dcerce, ta mě všechno dělá, já by bez ní nemohla vůbec byt'. Dyť si neuvařím, nenakúpím a vůbec nic. Dcerka nemá práci, tak sa o mňa, chvala pánu Bohu, stará. Jináč by asi fakt musela do nějakého ústavu nebo do toho domova. No a chlap by mně tak nepomáhal, ten na to není.“

9. Jak hodnotíte svůj život, chtěla byste něco změnit?

„Toš můj život byl těžký od mládí. To víte, tady na horách se s Vámi nikdo nemazlí, život je tady tvrdý a těžký. To už by ti mladí dnes nevydrželi, co jsme museli my. Ale vychovala jsem tu dvě děcka, dycky jsme měli co jest' a měli jsme, co bylo potřeba. Žili sme sice skromně, ale poctivě. Teď, když už nemožu, kolikrát o tem přemýšlám, jak sem to všechno zvládala. No měla sem sílu, teď by to už nemohla tak dělat'. Těžká práce na poli, s dobyt看em, k temu domácnost a všechno člověk vydržel. Teď sem ráda, že sa o mňa stará dcerka, jinak by byla nekde v domově a to já nechcu. Chcu umřít tady na domajšku, víte, tady sem sa aj narodila, tak tady aj umřu.“

10. Jste věřící, čemu věříte?

„To víte, že sem věřící. Když sem mohla, chodila sem z tadyma aj do kostela, aj s mojím, teď už nemožem, je to daleko a nedojdem. Já už ani nevydržím stát' ani si nekleknu, tož to by byla ostuda. Tak sa pomodlím doma, mám tady růženec.“ (ukazuje položený na nočním stolku). „Modlím sa každý den, vřdycky večer, za všecy, aj za Vás sa pomodlím. A za všecy dobré lidi, které znám. Aby nás Pámбіček ochraňoval, v dnešní době už lidi tak nevěřá v Boha, a tak to též na tom světě vypadá. Kdysi byli lidi oddaní víře a žilo sa dobře. To víte, že byli aj darebáci, ale nebylo jich tolik a nikdo si nedovolil to, co sa dneska děje. Lituju Vás mladé, co Vás ještě čeká, myslím, že nic dobrého“ (pláč).

Děkuji za rozhovor.

PŘÍLOHA P III: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 2 VČETNĚ KÓDOVÁNÍ

Pan Roman – 71 let, ženatý, má dvě děti,
příspěvek na péči - III. stupeň – 8 000,-Kč,
domácí prostředí - polosamota
Datum: 21. 2. 2012
Čas: 13:15 – 13:35 hod.

1. Jak dlouho potřebujete pomoc jiné osoby?

„Pomoc potřebuju už čtyři roky, takovou dobu jsem ochrnutý na pravou polovinu těla. Začíná se to zhoršovat a potíže mám už i s levou stranou.“ **Jaké omezení Vám to činí?** „Mám problémy se stabilitou, nezvládám chodit, potřebuju doprovod. Ven ani nechodím, teď vůbec, v létě mě manželka vyvede na dvorek, kde si sednu na lavičku. Též se sám neumyju, to mi musí manželka pomoci do koupelny a tam se umývám na sedačce, do vany nevlezu. Holím se sám, ale kolikrát to není tak, jak by mělo být, tak mě moja doholí. Též potřebuju pomoc s oblékáním, třeba ty gatě si sám nenavleču a ani nezapnu a též ponožky si nenavleču. V té pravé ruce nemám cit. Nejhorší je, že už aj ta levá je kolikrát nešikovná. Je to takové trápení, všechno mně musí dělat manželka. Nenachystám si žádné jídlo, jsem nešikovný, kolikrát mi něco vypadne z ruky, zrovna včera sem rozbil hrnek, sem nešikovný. Najím se sám s pomocí boží, jak se říká, ale jde to špatně, to víte levá ruka je levá.“ (smích).

2. Kdo se o vás nejvíc stará, bez koho byste to nezvládal?

„Nejvíc mi pomáhá manželka, bez ní by to měl těžké. Též dcera mi chodí pomáhat, vozí mě k doktorovi, když potřebuju, vyzvedne mi léky. Pomáhá s nákupy a také manželce s ledačím pomože. Mám v nich takovou oporu, v manželce, aj dcera je na mňa hodná, má mne ráda. To víte, já už nic neudělám, tak manželka musí dělat aj chlapců práci a je toho na ňu moc. Syn za námi moc nejezdí, má svoje problémy, a na nás mu nezbyvá čas.“ (pláč)

3. Jak často chodíte k lékaři a jste s jeho péčí spokojený?

„K doktorovi včil nechodím, nemůžu dojít, zvlášť v takovém počasí to vůbec nezvládnou, též mám potíže zvládnut schody. Takže když nutně nemusím, nikam nechodím. Pro léky mi zajde dcera a donese mi jich domů. Kdyby to bylo nutné, zavolať by si doktora domů. On mě zná a ví, že sa špatně pohybuju.“

4. Jste spokojen v domácím prostředí, změnil byste to třeba za domov pro seniory?

„Doma sem moc spokojený, mám manželku, která se o mě stará, bez ní by nemohl zůstat doma. Pokud by zůstal sám, nedajbože, musel by jít do domova. Dcera chodí do práce, odpoledne sice chodí každý den, ale co by si tu počal celé dopoledne sám. No a má též svoje, nemůže byt' pořádk' se mnú. Žádost do domova zatím podaná nemám, rozhodně by to pro mě bylo nepřijemné, ale co by nadělal. Tak, jak se o mě stará manželka, už by se o mě nikdo nestaral.“ (pláč)

5. Jaké jsou vztahy u Vás v rodině?

„No celkem dobré. Mám dvě děcka, syna a dceru. Obě mám rád, syn bývá daleko, tak ten mi moc nepomože, ale dcera je tu každý den, dobře sa stará. Pomáhá aj manželce, s tím co je potřeba. Dcera nám doveze nákup a vyřídí, co je potřeba, poplatí inkaso, pomože aj nachystat dřevo na topení. Mám jednu vnučku, ale ta je v zahraničí, studuje, takže sa s ňú málo vídám. Tady přijede o prázdninách, jinač je pryč. V létě tu sbírá hafeř a chodí na hřiby. Ale je to vždycky jen na chvíli.“

6. Udržujete s někým přátelské styky, chodí za Vámi někdo?

„Já sa s nikým nestýkám, dříve chodila susedka, na klevety, ale ta je teď jakási nemocná, tak přestala chodit. Každý má dost svých starostí. Už to není jako dřív, nikdo nemá čas. Kdybysme neměli televizi, tak ani nevíme, co sa kde děje.“

7. Koho máte nejraději, komu důvěřujete?

„Nejvíce důvěřuju manželce, na tu sa možu spolehnúť. No aj dcera je spolehlivá, ale manželce nejvíc, bez ní si nedovedu představit', jak by to se mnou bylo.“ (pláč).

8. Z čeho je tvořen Váš příjem, platíte si nějakého poskytovatele pomoci?

„No mám důchod, ale není to žádná sláva, za ty roky dřiny toho není moc. Mám ten příspěvek, ale všechno je tak drahé. Něco z těch peněz dám dceři a něco manželce. Nikdo vám neudělá nic zadarmo. Já si kolem baráku nejsem schopný nic udělat, tak musím na všechno ptát' lidi a to je drahé. Musá mně nachystat dřevo na

topení, nemožu si posést' trávu a takové různé práce kolem domu, co manželka nezvládne, za všechno musím zaplatit. A je to každým rokem dražší, není to jako dřív, že vám někdo pomohl z kamarádství, to už z dnešní doby úplně zmizlo. Bud' plat', nebo nic nebude.“

9. Jak hodnotíte svůj život, chtěl byste něco změnit?

„Myslím, že jsem prožil hezký život, do té doby to bylo dobré, než mi ochrnula ta pravá strana. Od té doby je to pro mě těžké a aj pro manželku. Musí dělat i chlapské práce a ještě sa starat' o nemohoucího dědka. Má to těžké a já ju moc chválím a sem rád, že tu se mnú je. Co by chtěl změnit je to, aby se mi vrátilo zdraví a já se o sebe mohl sám starat. Pocit, že bez toho druhého nejste schopný nic udělat, je mrzutý a já to těžce nesu.“

10. Jste věřící, čemu věříte?

„No věřící jsem, ale do kostela jsem nechodil. Nebyl na to čas, ted' by ho měl a zase nemožu. No čemu, čemu věřím, snad' v to, že sú na světě ještě dobří lidi. Že udělajú pořádek s tú našú vládú, že nás nenechajú tak trápit'. Dyt' co si z toho důchodu možem dovolit', poplatíme elektriku a inkaso, a též za léky dáme hodně peněz a co nám zbude. Potem kupujeme ty levné potraviny a z toho sú potom ty nemoci. A aj z toho trápeňá, co nás čeká.“

Děkuji za rozhovor.

PŘÍLOHA P IV: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 3 VČETNĚ KÓDOVÁNÍ

Pan Jaroslav – 82 let, vdovec, děti nemá,
uživatel domova pro seniory,
příspěvek na péči III. stupeň - 8 000,- Kč.
Datum: 2. 3. 2012
Čas: 15:25– 16:05 hod.

1. Jak dlouho potřebujete pomoc jiné osoby?

„Tož pomoc potřebuju tak dva roky, nemožu chodit, mám ochrnutý celý spodek, vůbec sa nepostavím na nohy, mám nepohyblivé obě nohy.“ **A co se Vám stalo?** „No naposledy sem byl v nemocnici a to sem měl zlomený krček. A od té doby sednuť nemožu, postavit sa nemožu. V nemocnici mně nakonec řekli, že mně už nic není.“ **V nemocnici jste byl na nějakou operaci?** „Nejposlednější byl krček, vloni sem spad a zlomil si krček na pravé straně, tak mě to operovali. No, ale tým to není. To je nečím iným, ale nevěďá čím.“ **A před tím, jste normálně chodil?** „No chodil, sice ne moc dobře, ale chodil.“ **A mozkovou příhodu nebo něco takového jste neprodělal?** „To oni vylučujú.“ **A máte ještě jiné pohybové omezení?** „S pohybem sem měl potíže už dřív, ale teď je to už takové špatné. Těž mám pokřivené ruky, obě. Já nevím, jestli sů to revma či co?“ (pan mě ukazuje deformované prsty) „Sám si neudělám nic, se všeckým potřebuju pomoc, mám v tých rukách špatný cit. V nemocnici sem ztratil během třoch měsíců třicet kilo, toš nemám žádnů silu. Ani sa nepodepíšu. Jest' eště zvládnů lžici, ale tež všelijak, aj sa poleju nekdy.“ **A jak jste spokojený s péčí sestřiček a personálu?** „No spokojený, spokojený, tož sestry udělaju to, co musá, všechny sů stéjně. Pomoc je tady všelijaká, nejhorší je to, že sa člověk pomoci nedovolá. Zvonečky tu nejsou, máme sice mobil, ale ten sa mně špatně ovládá, čísla sů malé a ty moje ruky, no podívajte sa, co s něma možu dělat'. Třeba když člověk potřebuje vyměnit' pleny, tak čeká třeba dvě hodiny, a to je opravdu nepřijemné. Kúpú nás jedenkrát za týdeň, dycky sa silů posadím na vozík a s jejich pomoců mňa dovezú do sprchového kouta. No, ale chcelo by to častější, ale ony nemajú čas, prý nás tu je hodně. Co člověk nadělá, majú nás tady moc, a tak musíme čekat'. Zuby si umývám sám na posteli, dajú mě hrhek a lavor a tak to nejak zvládnů. Horší to mám s holením, to mě musí pomoci ta paní vedla, ještě, že jí tady mám. Ta ledaco pomože, něco podat' nebo zavolat' nekoho. Těž eště chodí do města, tak mě ledaco kúpí. Nebo mě pomože olupit' pomeranč nebo jabko. Je hodná a je nám veselejší, aj si spolu povídáme nebo sa aj pohádáme.“ (smích)

2. Kdo se o vás nejvíc stará, bez koho byste to nezvládal?

„No starajú sa všechny sestry aj ty ošetrovatelky, toš to víte, majú teho tež hodně ty sestry, ale je to všelijaké. Ony sů všechny stejné, žádná neudělá nic navíc, všechny sů stejné. Víte, některé povídajú, že za málo peněz málo muziky. Tak to tady je a stěžovat' si člověk nemože, hned' řeknú, že potřebujete psychiatra nebo na vás pošlů doktorku a je to pořáď stejné. Nejvč mně pomože tady ta paní vedla v pokoji. Přide sa podívat', zoptá sa, co potřebuju a tak. Eště že tady je, kdyby tady byl zrovna takový ležák, jak sem já, tak by to bylo horší. Nemohli bysme si pomáhat'. Sestry chod'á, majú jakýsi svůj režim, a tak chod'á podle toho, ráno mě přinesú lavor na umytí a vyměňujú plenku, potom chod'á a nosá snídaní, léky, no a potom až oběd. Odpoledne už to není tak často a tež sa jich člověk nedovolá, tak kdyby neměl tady susedku, tak nevím. Ta pro ně kolikrát aj dojde, a to je pak tež zle. Sů nazlobené a dávajú to najevo, tak radší už člověk neotravuje a udělá si co može a neotravuje jich.“

3. Jak často chodíte k lékaři a jste s jeho péčí spokojený?

„No doktor je tu v přízemí, za nami na pokoj nechodí, no tak aspoň za mnů eště nebyl. Za nekým možná dojde, ale mňa tam sestry vozá na vozíku, aspoň sa projedu. Napíše léky a to je všechno, zoptá sa jestli je něco nového a věc nic, má teho tež hodně.“

4. Jste v domově pro seniory spokojený? Chtěl byste změnit prostředí?

„Toš co mně zbude jiného, nemám, kde jít'. To víte, že by byl radší nekde doma, ale kdyby moh. Tak nemám jinů možnost'. Musím sa přizpůsobit' temu, co je. Domek, kde sme bývali s mojú sem nechal její sestře, páč jsme neměli děti. Stejnak by tam už nedošel, byl na kopci, tak jedině po čtyřoch by sa tam belhal, a kdo by mě topil a chystal dřevo, nemož by tam byť. Tak sem rád, že možu byť tady, i když je tu nekdy všelijak. Eště, že mám tu paní tady vedla, spolu nám to líp utíká. Toš tu už aj umřem.“

5. Jaké jsou vztahy ve vaší rodině, navštěvuje vás někdo?

„No já z rodiny mám edem sestru, ale ta už je tež stará, má 86 roků, ta už by sa o mňa nezvládla postarat'. Je tež nemocná, má svých problémů dost. Manželka mně před dvoma roky umřela a děcka nemám. Tak za mnů ani nikdo nechodí.“

6. Udržujete s někým přátelské styky? S kým si povídáte?

„Tak se sestrami a ošetřovatelkami. Jináč za mnú nikdo nechodí. **No a tady s paní co je vedla. Ta je hodná a pomáhá mě, s tů si rozumím. A to je tak všechno, to víte, já nikam nedorodu, tak sa bavíme většinu edem spolu. S jinými lidmi sa nestýkám a ani mě to nechybí. Už sem si na to zvyknul.** Toš co mám dělat, mám tady vozík, ale na něm sa jezdím akorát sprchovat, na delší trasu nemajů čas a samého mňa nechců pustit.“

7. Koho máte nejraději, komu důvěřujete?

„Nejradši mám tady tu paní vedle, vlastně ani nikoho jiného nemám. Měl sem štěstí, že je tu ona. Tak sme sa jaksí sblížili, že je nám spolu veselejší. Já ji důvěřuju, ona mě nikdy nepodvedla. Když někdy něco potřebuju vyřídit, tak ona mě to pěkně vyřídí, do koruny mě vrátí peníze a teho si vážím. **Je to poctivá ženská, a někdy sa aj za mňa se setrami hádá, když třeba dlůho nepřijdu**. Já už na to nemám, ale ona jo, ta jim to dycky řekne tak, jak si to myslí.“

8. Z čeho je tvořen Váš příjem? Máte dostatek peněz k zajištění svých potřeb?

„No já mám pěkný důchod, ten mám dvanáct tisíc, takže zaplatím tady za pobyt, který stojí devět tisíc, a zbytek mám pro svoje potřeby. Eště mám ten příspěvek 8 000,- Kč, ale ten ani nevidím, ten ide do kanceláře. Tak tady zaplatím dohromady sedmnáct tisíc, to je peněz, co. **Za takové peníze by mňa tady mohli na rukách nosit**, ale to víte, když neco, tak řeknú, no nejste tady sám, takových tu je, tak to je.“

9. Jak hodnotíte svůj život, chtěl byste něco změnit?

„Jo, chcel by zase chodit a to je tak všechno. To mě chybí nejvíc a nemůžu sa s tým vypořádat. Sem z toho nervózní, že sám nikde nemožu. Já sem inak spokojený, no možná mě je líto, že nemám děcka, kdyby je měl, tak by tady možná neskončil. I když kdoví, je tady hodně lidí co děcka majů a stejně sa o ně nestarajů, ani za nimi nechod'á. Já sem spokojený se svým životem, edem by ho chtěl vrátit zpátky a byť zase zdravý a doma s mojů. Pěkně sme si žili, to víte, též sme sa poškádlili, ale měli sme sa rádi. Jí je už dobře a já musím tady trpět.“

10. Jste věřící, v co věříte?

„No já věřící nejsem, do kostela sem nikdy nechodil. Tady farář chodí, jedenkrát za týden, ale za mnu ne. Já na to mám svůj názor, akorát blbnů lidi a okrádajů je, a pak majů takové majetky. Ode mňa nedostanů nic, já si svoje peníze vydřel a nebudu je jen tak rozdávat. No víte, já už nevěřím v nic dobrého, nemám kemu, kde sa podíváte, nikemu sa nedá věřit.“

Děkuji za rozhovor.

PŘÍLOHA P. V: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 4 VČETNĚ KÓDOVÁNÍ

Paní Marie – 77 let, vdova, má dva syny,
Uživatelka domova pro seniory
Příspěvek na péči III. stupně – 8 000,-Kč
Datum: 2. 3. 2012
Čas: 16:15 – 16:50 hod.

1. Jak dlouho potřebujete pomoc jiné osoby? Jste s péčí spokojená?

„V domově nejsem spokojena, vůbec ne, ne.“ **A jak dlouho tu bydlíte?** „Sem tady už rok, před tím sem byla v penzionu a tam sem byla spokojená, eště sem trochu aj chodila, sice špatně, ale eště to šlo.“ **A proč jste ten pobyt změnila?** „No, to mňa tady syn chcel přestěhovat, ten mladší. Říkal, že to tady je bezbariérové, že až budu mět voziček, tak možu ven. Změnili mě tu aj trvalý pobyt a já tady nechcu být. **No a teď za mnu ani nejde, nemá čas.** Má moc práce, jezdí kdesi pryč, a nechodí za mňa. Byl tu naposledy mezi vánočními svátky. **A ven na vozičku vůbec nejezdím, nemaju čas, nikdo.**“ **A ten druhý syn za Vámi taky nepříjde?** „Ne, ten vůbec.“ **Jak dlouho tak ležíte?** „No, když mě bylo zrovna sedmdesát, tak sem ležela na kapačkách v nemocnici a od té doby je to edem horší. Víte, postavila sem sa, ale ta páteř mě hodně otravuje a já nevím co eště, no udělám tak krok, dva a padám. Tak nemožu chodit. Byla sem aj v Chuchelné, ale nespravilo sa to. Sem teď odkázána na pomoc jiných a to je vám hrůza. Ze začátku to tady bylo k nevydržení a ani sa o mňa nestarali tak, jak by měli. Umývat, to mňa umývajú raz za týdeň, no ináč mňa stříkajú jakýmsi sprejem, ale to je hrůza. Už sem z toho chytila jakúsi plíseň. Byla sem aj u doktora, aj jemu sem to povidala. Ale to víte, kdo bude poslúchat starú babku. Dali mě jakési masti na plíseň a nevím, jestli je to je k čemu. Potřebovalo by to každý den osprchovat a byl by pokoj. **Těž ty plenky otravujú, však v nich sem kolikrát podělaná tak dlúho, než někdo přijde.** Víte, to vám nepřeju. **Nejsem tu spokojena s péčí, je to tady kolikrát hrozné,** nejradši by utekla, aj po čtyřoch. Tak by chcela s tadyma odejít, já by si radši zaplatila nejakú ošetřovatelku, než tady tak trpět. **A ani mě tu nechutná,** eště když vaří ten chlap, tak to sa eště dá, ale ta kuchařka, to už je důchodkyně, ta to neumí ani dochutit. Víte, kolikrát sa ani doma něco nepodaří, ale tady je to furt. Já mám diabetickou dietu, no a to maso je tu kolikrát jak podrážka. Tak nevím, z jakého masa to vařá, no určitě ne z kvalitního. Je to poznať. Víte já sem doma měla tři chlapy, tak sem musela vařit dobře.“

2. Kdo se o vás nejvíc stará, bez koho byste to nezvládala?

„No starajú sa o mňa tady ty sestry a asi ošetřovatelky, ony vsecky nejsú sestry. **To je tak, bez pomoci sa neobejdu,** ale jak sa starajú? Kolikrát je to nekonečná doba, než přídú. Zvonky tady nemajú, tak čekaj. **Nekdy když potřebuju vyměnit ty plenky, tak sa nemožu dočkat.** To by sa člověk spěš smrti dočkal, než nekdo přijde. **Jinak za mnu nikdo nepříde, tak to je. Je jim jedno, že je mně smutno,** jakoby pro ně už nebyla.“

3. Jak často chodíte k lékaři a jste s jeho péčí spokojená?

„Toš doktor tu je, ale nechodí tady, když potřebuju napsat léky, tak mě tam sestra doveze. Léky mě napíše, zoptá sa, jak sa mám a to je tak vsecko. No moh by sa věc zajímat aj o to, jak sa o nás tady starajú. Ale to víte, oni držá spolu, tak tak to je, ani si nemožete stěžovat, řeknú, že jste nenormální a je vyřešené. Nedávno sem měla strach, sestra mně umřela na rakovinu, měla nádor na děloze. No a já sem měla takové bolesti, tak mě doktor poslal na gyndu. No a zjistili mně, že mám plíseň. Tak sem dostala jakési masti, ale moc to nepomohlo. **To víte, ty plenky dělajú neplechu, a chtělo by to častější sa osprchovat, ale tady to nestihajú.** Říkajú, že nás je moc, že to nemožu stihnout, tak to vyjde tak jedenkrát za týdeň.“

4. Jste v domově pro seniory spokojená, jak se vám v domově líbí? Jak dlouho tady bydlíte? Proč jste se rozhodla jít do domova?

„No tady už sem rok, ale před tím sem bývala sedmnáct let v penzioně no skoro osmnáct, no tam sa mě líbilo. **Tady sem nechcela jít, to mě zařídil syn, ale vůbec sa mě tady nelíbí, vůbec ne, nelíbí sa mě tady ani trochu sa mě tady nelíbí, ani trochu, nejsem tu vůbec spokojena.** V penzioně sa mě právě líbilo, ale nevýhoda už byla ta, že sem přestala chodit. Byla sem v nemocnici na kapačkách a potom sem přestala chodit. Před tím sem chodila aspoň trochu o hůlkách a vrátila sem se z té nemocnice a já nevím, co sa mě stalo, postavila sem sa na nohy, ale už sem nemohla chodit, tak krok, dva a už sem padala. Udělala sem pár kroků a já nevím, co sa mě stalo, už sem padala, je to asi tým, že sa mě zhoršila ta páteř, měla sem ju strašlivě nemocnú, to bylo, kolik je to? No v nemocnici sem oslavovala sedmdesáté narozeniny, to je už tak sedum roků, tak už je to těch sedum roků. To víte, v nemocnici už sem oslavovala narozeniny, to mně bylo sedumdesát roků. **Teď je mně sedumdesát sedum roků.** A syn mně říkal, že nemožu jít ani ven, tam to nebylo bezbariérové, tam byly schody a on říkal, že sů tam schody a nemožu jít ani ven a tady je to bezbariérové, tak mně to tak zařídil, že budu bývat tady v domově. No a aj mně tu zařídil trvalé bydliště, no a tak to je. **No ten mladší syn,**

ten za mnů nekdy přide, ale málo, no má sice prácu, jezďá aj na dva tři dni pryč. No a ten druhý syn, ten za mnů vůbec nejde. Já nevím co sa stalo, proč to tak je. No a mám aj vnůčata a ty za mnů též nepřidů.“

5. Jaké jsou vztahy ve vaší rodině, navštěvuje vás někdo?

„No vztahy v rodině su takové všelijaké, no víte stalo sa to, my sme měli s manželem takový pěkný byt, zděný, víte, tak věc jak za milion by za něho dostala. A já nevím, syn tam sice bývá a já nevím, proč sa hádajú. Nikdo za mnů nejde, ani vnučata. A už mám aj právnučka a už má tři roky a já sem ho ještě ani neviděla. Majů to asi daleko, nebo já nevím, co je. Možná mám už aj víc těch právnučků, ale já nevím, nikdo za mnu nepřide. Nikdo za mnů nepřide, já by tak ráda šla zpátky do toho penzionu, a tak by sa chcela jít podívat za manželem, víte, na hřbitov, a nikdo mňa tam nechce dovést. Syn mně říká, když si tak chytrá, tak si to zařid', nemám čím. No a já nikde nemožu, nic si nemožu vyřidit'. Toš tak to mám. Nikdo za mnů nepřide, syn též nemá čas a sľiboval, že mňa vezme na cyklostezku a svezee mňa, ale to sa asi nedočkám.“

6. Udržujete s někým přátelské styky?

„No já by ráda, ale nemožu nikde chodit'. Za mnů sem tam přide mladší syn, ale ten druhý, ten nepřide, já nevím, co sa stalo. Ani ty vnučky nepřidů, tak ráda by viděla toho právnučka, má už tři roky a eště sem ho neviděla. Víte, tak ráda by byla, kdyby za mnů nekdo přišel, ale oni na mňa nemajů čas. A mně je tady tak smutno, nejradší by utekla, tak mně je smutno.“

7. Koho máte nejraději, komu důvěřujete?

„No já mám ráda všecy, mám dva syny, oba mám ráda, aj ty jejich robky, vnůčatka, nikomu sem nic neudělala. Mám eště sestru, tak tu též mám ráda. Ta sa má lepší, ta má dceru a ta jů má tak ráda, víte, ty dcery majů jiný přístup k tým rodičám. Ona o ní též neřekne jinak, než ta moja Evička, kdyby já jů neměla. A je to fakt, co ti ogaři, ti to tak neberů. Vidíte, ani za mnů radší nepřidů. Já nemožu nikomu důvěřovat', edem sama sobě. Tak sa mně zdá, že všecy zajímajů akorát ty peníze a nic věc.“

8. Z čeho je tvořen Váš příjem?

„No já mám důchod, ale tady mě z něho nechajů akorát tých patnáct procent, jinak si všecko seberů. A já si z toho zbytku musím platit' všecy léky a též hygienické prostředky, mydlo, toaletní papír, kolikrát mně aj chybí. No eště mám tých osum tisíc, ale ty prý posílajů tam do kanceláře na okres, takže z toho nic nemám. A kdyby sa aspoň podla toho starali, kolikrát sa chovajů tak škaredě, sů na mňa zlé, ty sestry. Ani vám to nemožu říct', jak su zlé a nadávajů. Já sem jim říkala, už sem též stará, mám jakýsi rok, tak sa ke mně chovajte tak, jak sa patří.“

9. Jak hodnotíte svůj život, chtěla byste něco změnit?

„Svůj život hodnotím dobře, já sem měla pěkný život. Dokát' sem mohla, bylo to dobré, až když mně umřel můj, tak sa situace změnila, za ním je mě hodně smutno. Strašně moc by sa chcela vrátit tam domů, kde sem bývala, do toho penzionu. Tam sa mně líbilo, já tam mám aj pochovaného manžela a ani za ním sa nemožu dostat'. Tak to by chcela změnit', aby mě někdo pomoh sa tam vrátit zpátky, tam kde sem byla před tým, do toho penzionu. Tam na mňa byli aj hodní. Tady sem nespokojená, vůbec sa mě tady nelíbí, ani trochu.“

10. Jste věřící, v co věříte?

„Jo, věřící sem, každý týden tady chodí pan farář, má mšu a mňa tam dovezů. Tam sa pomodlíme dohromady. Já by to zvládla aj sama, naučila sem sa to v Chuchelné, ale oni sa tady bojá, že by to nezvládla, tak mňa vozá ošetřovatelky. Věřím, že mně nedko pomože sa odtud' dostat', tam zpátky, do toho penzionu, tak to by si přála.“

Děkuji Vám za rozhovor.

