

Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních a jejich aktivizace

Lenka Procházková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Procházková**

Osobní číslo: **H140406**

Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**

Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních a jejich aktivizace**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zpracování rešerše.

Vymezení základních pojmů z oblasti kvality života.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace získaných dat a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ACTON Q. Ashton. Issues in quality in healthcare and quality of life. Atlanta: Scholarly Editions, 2013. ISBN 978-1-490-10803-2.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar VOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a L'udmila MAJERNÍKOVÁ. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 užít své dílo – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 22. 2014

.....
M. Hájek

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, užije-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 vzdělávacího 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 užít 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.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života seniorů v pobytových zařízeních a jejich aktivizaci. Cílem bakalářské je zjistit, jaká je kvalita života seniorů v domově pro seniory a jaké jsou v tomto zařízení poskytované aktivizační metody.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na stáří, stárnutí a aspekty stárnutí. Dále je zaměřena na lidské potřeby, kdy jsou potřeby rozděleny na základní a potřeby dle autorů. Dále se teoretická část zabývá aktivizačními metody v domovech pro seniory a poslední část je věnována přímo kvalitě života.

Praktická část je prováděna pomocí kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Zabývá se výsledky šetření a analýzou získaných dat.

Klíčová slova: senior, pobytové zařízení, aktivizační metody, lidské potřeby

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the quality of life of seniors in residential facilities and their activation. The aim of this bachelor thesis is to find out what the quality of life of seniors is in the Curie Couples' home and what activation methods are provided in this facility.

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part focuses on age, aging and aspects of aging. It is also focused on human needs, where the needs are divided into basic and needs according to the authors. The theoretical part deals with activation methods in the homes for seniors and the last part deals directly with the quality of life.

The practical part is done by means of quantitative research using the questionnaire survey. It deals with the results of the survey and the analysis of the data obtained.

Keywords: senior, residential facilities, activation method, human needs

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁŘÍ	12
1.1 ROZDĚLENÍ STÁŘÍ.....	15
1.1.1 Kalendářní stáří	16
1.1.2 Biologické stáří	16
1.1.3 Sociální stáří.....	17
1.2 ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	17
1.3 AGEISMUS	19
2 POTŘEBY SENIORŮ	22
2.1 DĚLENÍ POTŘEB	22
2.1.1 Základní dělení potřeb.....	23
2.1.1.1 Nižší potřeby.....	23
2.1.1.2 Vyšší potřeby	23
2.1.2 Dělení potřeb podle autorů.....	23
2.1.2.1 H. A. Murray.....	23
2.1.2.2 A. H. Maslow.....	24
2.1.2.3 A. M. Max- Neef.....	25
2.1.2.4 M. Vágnerová	25
3 AKTIVIZACE SENIORŮ	27
3.1 ERGOTERAPIE.....	27
3.2 REHABILITACE	29
3.3 REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	30
3.4 ZOOTERAPIE	31
3.4.1 Canisterapie.....	31
3.4.2 Felinoterapie.....	32
3.5 MUZIKOTERAPIE	32
3.6 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	33
4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	35
4.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA	36
4.2 SAMOTNÁ KVALITA ŽIVOTA	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 EMPIRICKÁ ČÁST	43
5.1 ZÁKLADNÍ CÍLE VÝZKUMU	43
5.2 STANOVENÉ VÝZKUMNÉ PROBLÉMY HYPOTÉZY	43
5.3 CHARAKTERISTIKA A VÝBĚR RESPONDENTŮ	45
5.3.1 Výzkumný soubor klientů	45
5.3.2 Výzkumný soubor pracovníků	46
5.4 VÝZKUMNÁ METODA	46
5.4.1 Výzkumná metoda dle klientů	46
5.4.2 Výzkumná metoda dle pracovníků.....	47

5.5	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	47
6	EMPIRICKÁ ČÁST KLIENTI	48
7	EMPIRICKÁ ČÁST PRACOVNÍK.....	74
8	ZHODNOCENÍ.....	99
	DISKUSE.....	104
	ZÁVĚR	108
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	109
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	111
	SEZNAM GRAFŮ	112
	SEZNAM TABULEK.....	113
	SEZNAM PŘÍLOH.....	116

ÚVOD

Bakalářská práce se bude zabývat kvalitou života seniorů v pobytových zařízeních a jejich aktivizací. Bakalářská práce bude zkoumat, jak vnímají kvalitu života v domově pro seniory Manželů Curieových nejenom klienti, ale také pracovníci. Dále se bakalářská práce bude zajímat, jaká je informovanost nejenom klientů, ale také pracovníků o poskytovaných aktivizačních metodách, dále bude zjišťovat, do jaké míry je klienti využívají, jaké konkrétní aktivizační metody využívají a jak často jsou o poskytovaných aktivizačních metodách informováni pracovníky.

Pro zvyšování kvality života klientů v domově pro seniory je důležitý názor klientů na jejich kvalitu života, zároveň je důležitý pohled pracovníků na kvalitu života klientů a na kvalitu poskytované péče a aktivizačních metod. Pomocí porovnání těchto dvou pohledů, se může kvalita života seniorů a kvalita poskytované péče zvyšovat a tím dosáhnout i spokojených klientů.

Bakalářská práce bude rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se v úvodu bude zabývat, co je to staří, jaké jsou aspekty stárnutí, faktory ovlivňující stáří a ageismu, druhy ageismu a jaký má vliv na jedince. V další části se bude bakalářská práce zabývat potřebami seniorů, kdy je kapitola rozdělena na základní dělení potřeb jedinců a dále dělení potřeb dle různých autorů. Další kapitola teoretické části se bude věnovat aktivizačním metodám, které jsou poskytovány v pobytových zařízeních seniorům a jaký mají vliv a význam na jedince. V poslední části teoretické části se práce bude zabývat kvalitou života a faktory, které ovlivňují kvalitu života.

Praktická část bude formou kvantitativního výzkumu, data se budou získávat pomocí dotazníkového šetření. Praktická část bude zkoumat, jak vnímají kvalitu života nejenom klienti, ale také pracovníci, dále jak vnímají kvalitu poskytované péče a do jaké míry jsou informováni nejenom klienti ale také pracovníci o poskytovaných aktivizačních metodách, do jaké míry jsou klienty využívány a jak často jsou klienti informováni o poskytovaných aktivizačních metodách a jak často klienty pracovníci o nich informují.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

Stárnutí, lze představit na individuální úrovni bio – psycho – sociálně - spirituální proces přirozených involučních změn, k nimž v organismu dochází již od dosažení dospělosti a dosažení vrcholu výkonnosti. Nejvýraznější složkou stárnutí je různě rychle probíhající proces zdraví, kdy ve starším věku dochází k postupnému poklesu výkonnosti, přizpůsobivosti na změny, odolnosti a adaptability. (Čevela a kol., 2014, str. 17)

Stáří je důsledek stárnutí, jedná se o poslední fázi života, která má své charakteristiky. Tyto charakteristické změny se týkají vzhledu, sociálních rolí ve společnosti, společenského a ekonomického postavení ve společnosti nebo bio-psychologických změn. Jelikož stáří může probíhat různými způsoby a může mít různé podoby, podílí se na tom řada faktorů, které průběh stárnutí ovlivňují. Jedná se o genetické predispozice, životní styl, onemocnění, úrazy, vliv prostředí, psychické rozpoložení a další. (Čevela a kol., 2014, str. 18)

Stáří nás provází již od dětství. V dětství to znamená zlepšování, vzrůst funkcí organismu. Dále si jedinec rozšiřuje své působení v různých sociálních rolích a sociálních skupinách. Později ve starším věku, lidé proces stárnutí vnímají spíše pesimisticky. S přibývajícím věkem se začnou objevovat regrese funkcí organismu, které mohou jedince v různých mírách omezovat ať už v osobním či pracovním životě. (Slepička, Mudrák a Slepičková, 2015, str. 10)

Podle toho, jak se vyvíjí společnost, tak se také mění stáří a atributy stárnutí. Dále každá generace má svoji představu o stáří. V čím dynamičtější době daná generace žije, tím odlišněji vidí seniory. Porovnájí-li se senioři v minulém století a v dnešní době, bez ohledu na to, že senioři se v historii dožívali 30 let, mají nyní senioři jiný způsob života. (Sak a Kolesárová, 2012, str. 14)

Stáří je označováno jako konečná fáze a vyvrcholení života, je také důsledkem společnosti, ve které žil. Způsob života v dětství, mládí i dospělosti ovlivňuje kvalitu života ve stáří. Stáří a dětství jsou fáze nejvíce vzdálené, ale naopak mají velmi společného. Dětství i staří je ohraničení nebytím, kdy dítě z nebytí pochází, senior se k němu chýlí. Dítě své schopnosti postupně získá a postupně rostou, senior postupně své schopnosti ztrácí. Stáří je fáze života, kdy se senior v myšlenkách stále častěji vrací do dětství, vrací se ke kořenům a konfrontuje svůj život s představami a hodnotami, které měl v dětství. (Sak a Kolesárová, 2012, str. 11-13)

Encyklopedie Universum z roku 2003 definuje stárnutí jako zákonitou etapu vývoje jedince, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických schopností. Příčinou je genetické opotřebení a porucha schopnosti dělení buněk. (Dienstber, 2012, str. 14)

Stárnutí je ovlivněno řadou faktorů, které můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Vnější faktory jsou klima, životní prostředí, způsob a kvalita bydlení, rodinné zázemí, finanční jistot a další. Mezi vnitřní faktory patří genetické predispozice, onemocnění, psychické poruchy a psychika jedince. (Příbyl, 2015, str. 10)

Stárnutí a stáří mívají trojí podobu. Můžeme mít úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří, obvyklé stárnutí a stáří nebo patologické stárnutí. U úspěšného stárnutí a zdravé (aktivní) stáří dochází k zdravotní, funkční a psychické adaptaci na stáří a ekonomická situace odpovídá nárokům prostředí. Sociální situace jim umožňuje být spokojení a mít možnost se seberealizovat až do dlouhověkosti. Důležitá je nabídka aktivit, vytvoření vhodného prostoru a podmínek k seberealizaci. U patologického stárnutí dochází ke zhoršení zdravotního a funkčního stavu, adaptace, spokojenosti a participace jsou výrazně horší. Různá onemocnění a funkční omezení jsou výraznější nebo nastupují dříve. Je zde závažná disabilita a dochází k maladaptaci, resignaci, sociální exkluzi, ke ztrátě soběstačnosti, případně zanedbávání nebo zneužívání. Během patologického stárnutí se obvykle nachází také chudoba. Na patologické stárnutí má také vliv zdravotní stav, ekonomická situace, prostředí, životní události, náročnost nebo vstřícnost společnosti a prostředí, problémy s komunikací nebo navazování sociálních kontaktů. (Čevela, 2012, str. 28)

Ve stáří se zvyšuje význam zdravotních problémů bez vazby na onemocnění. U geriatrických pacientů narůstá závažnost onemocnění. Stávají se závažnějším stresem, přibývá komplikací, zhoršuje se prognóza včetně mortality, prodlužuje se doba ošetření a hrozí zde ztráta soběstačnosti. U geriatrických pacientů často onemocnění probíhají atypicky. Příznaky jsou nevýrazné nebo zcela chybí a klinický obraz má nespecifické projevy. Často se různé onemocnění nebo příznaky ovlivňují nebo kombinují. Během léčby starších pacientů často musí dojít ke změně diagnostického, léčebného a rehabilitačního procesu. Starší lidé potřebují speciální ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci imobility, ztráty svalové hmoty a síly, malnutrice a dehydratace. (Čevela, 2012, str. 119- 120)

V roce 1991 Organizace spojených národů zveřejnila 5 základních prvků, o které bychom měli usilovat. Jedná se o zachování důstojnosti, autonomie neboli zachovat kontrolu nad děním, seberealizace, participace neboli sounáležitost, přínosnost a zabezpečení. (Čevela, 2012, str. 125)

Snaha o minimalizaci negativního vnímání stáří a podpořit pozitivní vlivy na organismu má příprava na stáří. Příprava na stáří by měla jedince připravit na důstojné stáří. Tato příprava by se měla uskutečnit ve dvou rovinách, první rovina je permanentní neboli dlouhodobá příprava, kdy se jedinec po celý svůj život připravuje na stáří. Druhá rovina je akutní neboli krátkodobá. Tato rovina se začíná objevovat zhruba 5 let před odchodem do penze, kdy se zaměřuje na zdravotnické opatření, psychickou přípravu na změnu své role ve společnosti a nalézt optimální řešení sociálních problémů v souvislosti s odchodem do důchodu. (Hegyí, 2012, str. 152)

Přípravu na stáří lze považovat za multidisciplinární problematiku. Přípravu na stáří lze rozdělit jako zdravotnickou, psychologickou nebo sociální. Zdravotnická příprava na stáří spočívá ve včasných lékařských vyšetřeních, včasnou diagnostikou chorob, na prevenci, diagnostiku a odstraňování rizikových faktorů. Zahrnuje také, přiměřenou tělesnou aktivitu. Psychologická příprava na stáří vychází ze zásad psychohygieny a gerontopsychologie, kdy pomocí sportu, práce či využívání volného času dochází k pozitivnímu ovlivnění psychiky. Naopak negativní vliv na psychiku má např. výskyt onemocnění, které souvisí s neefektivním vyrovnáváním se s psychickou zátěží. Na psychické zdraví má také vliv sociální izolace, jednostrannost, nesprávné postoje ke stáří nebo nesprávný postoj stárnoucího člověka ve společnosti. Sociální příprava na stáří znamená, změna práce vzhledem k věku, výkonnosti a zdravotním stavem. Přejít z práce do důchodu by měl být pozvolný a postupně upravovaný pracovní dobou a náplně práce. (Hegyí, 2012, str. 152)

Příprava na stáří probíhá již od dětství, kdy se jedná o pozitivní zkušenost se stářím, včleněním starých lidí do rodinného i společenského života. Důležitá je také zkušenost dětí s mezigenerační solidaritou, s pomocí a podporou důstojnosti, kterou poskytují jejich rodiče prarodičům. Ve středním věku je nutné rozvíjet sociální kontakty, zájmy, návyky a posilovat svůj koncept hodnot ve svém životě. Získané návyky a zájmy získané ve středním věku, s pravděpodobností přetrvávají do stáří, proto je důležité zažít si pevný rámcový rytmus a řád, kdy je přiměřený čas na práci, odpočinek i vzdělání s pravidelným pohybem. Takto zažitý řád je poté velkou pomocí při ovdovění, odchodu do penze, během

životních změn, ztráty zaměstnání a dalších. V předdůchodovém věku je důležité zaměřit se na zlepšení a udržení zdravotního stavu, posílení zdravím ujasnění finanční situace a rozhodnutí o době odchodu do penze, ujasnění volnočasových a pracovních aktivit během penze, bytová a ekonomická situace. (Čevela, 2012, str. 127-128)

Stáří přináší řadu fyzických, psychologických i sociálních změn, dochází k zásadním změnám v životě. Tyto změny kladou velké nároky na adaptabilitu každého jedince. Adaptace na měnící se životní situaci a úbytek sil může být trojí, kdy existují tři teorie. Jedná se o teorie aktivního stáří, kdy je cílem usilovat o maximální zachování schopností a dosavadních aktivit a žít život středního věku. Další teorie je teorie substituční, kdy je cílem usilovat o selekci udržovaných aktivit a o náhradu zatěžujících nebo nemožných aktivit jinými. Třetí teorie je teorie postupného uvolňování, kdy je cílem usilovat o postupné zanechávání aktivit, zanechání snahy a smíření se se stářím. (Čevela, 2012, str. 130-132)

Žádná z těchto teorií není kvalitnější nebo nadřazenější nad ostatní teorie. Zvolený způsob přijmutí stáří by měl vycházet z osobnosti každého jedince, a žádná z těchto teorií by mu neměla být vnucována. Mělo by se jednat o svobodnou volbu. Často na sebe teorie vzájemně navazují. Během trvající výkonnosti na začátku stáří není důvod neusilovat o zachování seberealizace a aktivit, které jedinec vykonával ve středním věku. Pokud z důsledku času dojde k poklesu sil, může dojít k nalezení nových vhodnějších aktivit, a není zcela nutné resignovat. Při zhoršení zdravotního stavu může jedinec dojít do stavu klidného stáří, kdy je ale nutné zachovat komunikační a animační podněty. Nevhodná je přehnaná aktivizace, tak i naopak podněťová deprivace se ztrátou smyslu. (Čevela, 2012, str. 131-132)

1.1 Rozdělení stáří

Stáří se podle Světové zdravotnické organizace rozděluje na pět kategorií. První kategorie neboli dospělost je označována od 30 let do 44 let. Od 45 do 59 let je označováno období středního věku neboli zralá dospělost, od 64 do 75 je období senescence neboli začínající stáří a od 75 do 89 je vlastní stáří, a od 89 začíná dlouhověkost. (health world organization, © 2017)

1.1.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je dáno chronologickým stárnutím a je dáno věkem. Kalendářní stáří je určováno podle společnosti dohodnutým věkem, považuje se tak za sociální konstrukt. Kalendářní stáří je jednoznačně vymezené a využívá se pro demografické a statistické účely. (Příbyl, 2015, str. 10)

Během vývoje lidstva se neustále délka života prodlužovala. V posledních letech se tento vývoj zastavil a průměrný věk dožití je dle odhadů okolo 85 let. V různých zemích světa jsou rozdílné hodnoty dožitého věku, je to závislé na válečných konfliktech nebo zdravotní péči. Mortalita u žen se snížila vzhledem k poklesu úmrtí během porodu. (Otová a Mihalová, 2012, str. 196)

Kalendářní stáří se také může rozdělovat na mladé seniory, staré seniory a velmi staré seniory. Mladí senioři jsou od 65 do 74 let, staří senioři jsou od 75 do 84 let, a od 85 let jsou to velmi staří senioři. (Příbyl, 2015, str. 11)

1.1.2 Biologické stáří

Biologické stárnutí jsou změny v organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Fyziologické změny probíhají u tělesných tkání a orgánů. U každého jedince však tyto změny neprobíhají stejně, průběh biologického stárnutí ovlivňuje mnoho faktorů jako např. genetické predispozice, životní styl a další. (Klevetová, 2008, str. 19)

Biologické stáří je způsobené involučními změnami, které na každého jedince působí jinak. Uvádí se, že okolo 25-30 roku dochází k pomalému postupnému poklesu fyzické i psychické výkonnosti. (Příbyl, 2015, str. 11)

Vzhledem k poklesu fyzických sil, starší lidé s postupem času ztrácejí soběstačnost. Ne každá rodina se může o seniora starat doma, proto existují zařízení, které jsou pro ně vhodná. Sociální služby dělíme na pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby určené pro seniory jsou domovy pro seniory, odlehčovací služby, sociální lůžka a domovy se zvláštním režimem. Mezi ambulantní služby patří pečovatelská služba, domovinka a různé denní nebo týdenní stacionáře. (Matoušek, 2011, str. 91)

Vnější obrazem biologického stáří je fenotyp stáří, což je svrašťování kůže, vysušená kůže, úbytek a šedivění vlasů, ochabování svaloviny, úbytek kostní hmoty, poruchy sluchu a zraku, poruchy kardiovaskulárního systému, změny postavy, změny

chůze a další. Tyto změny za následek rychlejší úvahu, delší čas k obnově fyzických a psychických sil, pomalejší reakce na podněty a dochází ke zpomalení psychomotorického tempa. (Příbyl, 2015, str. 11)

Biologické stárnutí je ovlivněno životním stylem, přítomností onemocnění, psychika a genetické predispozice. Biologické stárnutí je ovlivněno psychickým stavem, kdy je stárnutí vnímáno pozitivně nebo negativně. Vliv na stárnutí má také smíření se se stářím a stárnutím, a prohlubující se sociální izolace. Biologické stárnutí není přesně definovatelné, pro objektivní zhodnocení stavu jedince se používá funkční geriatrické vyšetření. Funkční geriatrické vyšetření se využívá pro komplexní hodnocení stavu seniora, zhodnotí se seniora fyzická výkonnost, psychické funkce a soběstačnost. (Příbyl, 2015, str. 11)

1.1.3 Sociální stáří

Sociální stáří je provázáno změnou sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomické situace. Rizika sociálního stáří jsou např. špatná adaptace na penzionování, hrozba ztráty soběstačnosti, ztráta společenské role, pokles životní úrovně a další. (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol. 2004, str. 47)

Sociální stáří je periodizováno dle produktivity a aktuálních sociálních rolí ve společnosti. První věk je nazýván také jako předproduktivní věk. Jedná se o období dětství, mládí, růstu a vzdělávání. Druhý věk je také nazýván jako produktivní věk, kdy se jedná o období dospělosti, kdy biologická, sociální a pracovní produktivita je na vrcholu. Třetí věk je věk postproduktivní, jedná se o období, kdy jedinec odchází do penze a dochází k úbytku produktivity. Čtvrtý věk je také nazýván jako fáze závislosti. Začátek sociálního stáří se považuje odchodem do důchodu nebo dosažení věku, kdy má jedinec právo na starobní důchod. (Příbyl, 2015, str. 12)

Sociální stáří je spojeno s životním stylem, změnou rolí ve společnosti i změnou potřeb a hodnot jedince. Sociální stáří je spojeno se sociálními událostmi. Začátek sociálního stáří začíná odchodem do penze, což může mít za následek finanční problémy, které mohou mít za následek snížení životní úrovně. (Příbyl, 2015, str. 12)

1.2 Aspekty stárnutí

Stárnutí mohou ovlivnit různé faktory a vlivy. Tyto vlivy zajišťují, jak u každého jedince bude stárnutí probíhat a jak se s tím jedinec bude vyrovnávat. Rozlišujeme tři aspekty stárnutí. Máme biologické, psychické a sociální aspekty stárnutí. Může dojít

ke spojení sociálních a psychických aspektů, z čehož vzniknou aspekty psychosociální. Dále může docházet ke spojení biologických a psychických aspektů, přičemž psychika velmi ovlivňuje celého jedince a tak může ovlivňovat i biologickou stránku jedince. (Malíková, 2011, str. 19)

Biologické aspekty stárnutí představují fyzické změny organismu, který stárne. Změny probíhají u každého jedince v různé intenzitě a mají i různý průběh. Typickým projevem stárnutí je snížení všech funkcí organismu, dochází k úbytku funkční tkáně a jedinci se mění reakce organismu na zátěž. (Malíková, 2011, str. 19)

Podle Kalvacha je rozdíl mezi stářím a mládím označován jako fenotyp stáří. Kalvach poukazuje na to, že ve stáří se výška snižuje a tělesná hmotnost zvyšuje. Výrazné změny jsou v držení těla a postoji, dochází ke snížení svalové hmoty a zvýšení tuku a vaziva v těle. Tělesný povrch se ve stáří zmenšuje. Výrazné jsou i změny smyslového ústrojí, změny sexuální aktivity a snížení reflexí na vizuální a akustické podněty. (Kalvach, 2004, str. 99-101)

Stáří je ovlivněno psychickým stavem jedince. Stáří nemusí být ovlivněno pouze negativní psychikou. Spíše se jedná o propojení biologické a psychické stránky, kdy se zhoršení tělesného stavu, objeví na psychické stránce. Starší jedinci vnímají zhoršení zdravotního stavu negativně, což se projeví na jejich psychice. Některé tělesné změny, mohou vést ke změně intelektu. Psychické změny se v průběhu stárnutí objevují pozvolna. (Malíková, 2011, str. 21)

U jedince se s blížícím se stářím postupně mění osobnost, kdy se určité vlastnosti prohlubují a stávají se výraznějšími. Většinou se negativní vlastnosti prohlubují a dostávají se do popředí. Senior tímto reaguje na situaci, ve které se momentálně nachází. Změny v chování a změny prostředí mohou klientovi ztížit adaptaci na nové prostředí. Určité rysy chování jedince může ovlivnit vlivem prostředí, ve kterém se nachází. Ve stáří je nutné odlišit změny v chování v důsledku stárnutí nebo psychickými poruchami. (Venglářová, 2007, str. 16)

Každá společnost je strukturovaná pomocí společně vázaných vztahů. Postoj ve společnosti se během života mění a vyvíjí. Během života máme nějakou společenskou roli a jsme vedeni k nezávislosti. Když jedinec dojde k určitému věku, jedinec je nucen jít do důchodu, ztrácí svou roli ve společnosti a připisuje se mu role „nemít roli“. (Dvořáčková, 2012, str. 13-14)

Stáří a stárnutí je ovlivněno sociálními aspekty. Mezi negativní aspekty patří odchod do důchodu, omezení společenské interakce se společností, změna ekonomické situace, osamělost, sociální izolace, zhoršená možnost navázání kontaktů, stěhování, ageismus, fyzická závislost a změna životního stylu. Mezi nejvýznamnější pozitivní aspekty patří funkční rodina a pevné citové vazby, plánovaná ekonomická příprava a plánování životního stylu. Podle Eriksona je pro jedince staršího 60 let nejdůležitější dosáhnout integrity pojetí vlastního života. Podle Eriksona každý starší jedinec řeší konflikt mezi integritou a zoufalstvím. (Malíková, 2011, str. 21,22)

1.3 Ageismus

Pojem ageismus poprvé použil v roce 1968 americký psycholog Robert Butler. V roce 1971 byl pojem ageismus zahrnut do slovníku *The American Heritage Dictionary of the English Language*. (Příbyl, 2015, str. 27)

Ageismus je forma věkové diskriminace, která se týká převážně starých lidí. Ageismus může vést k věkové segregaci nebo až vyloučení ze společnosti. Ageismus je založen na představách, které podceňují staří osoby. Starší lidé jsou podceňováni z důvodu věku. (Farková, 2009, str. 100)

Definice ageismu podle L. Vidovičové z roku 2005: *Ageismus- neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdílení přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizaci a diskriminaci osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.* (Příbyl, 2015, str. 27)

WHO definuje násilí jako „úmyslné požití či hroznu použité fyzické síly nebo jiného prostředku proti sobě, jiné osobě, proti skupině či proti komunitě, a to síly (prostředku), která má nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchy vývoje či deprivaci“. (World Health Organization, © 2017)

Ageismus můžeme vnímat dle několika přístupů. První přístup je benevolentní neboli pozitivní, kdy se snažíme seniory chránit, druh je hostilní přístup, který je negativní vůči seniorům a ambivalentní, kdy dochází k prolínání obou přístupů, pozitivního i negativního. (Příbyl, 2015, str. 28)

Existují různé druhy násilí na seniorech. Ve zdravotnické, zařízení to může být zanedbávání diagnostického procesu, odmítnutí hospitalizace, zvýhodnění jiných pacientů či neposkytnutí potřebné péče. Každé omezení v rozsahu poskytované péče nebo o snížení poskytování sociálních služeb pro seniory, lze považovat za diskriminaci. (Hegyi, 2012, str. 129-130)

Máme několik typů násilí, jedná se o zneužívání, zanedbávání a týrání. O zneužívání se jedná, pokud se od seniora očekává více fyzické, psychické či ekonomické podpory než je daná osoba schopná poskytnout. Zneužívání může být verbální nebo neverbální, může vést ke stresu, úzkosti, ponižování nebo izolací. Finanční nebo materiální vykořisťování obnáší vydírání a hospodaření s hotovostí seniora bez jeho souhlasu s použitím násilí, falšování podpisů a podobně. (Hegyi, 2012, str. 130)

O zanedbávání jde, pokud vznikne deficit v citových vztazích, nedostatku podporu či péče. Zanedbávání také znamená, pokud nedochází k uspokojování základních fyziologických potřeb, jako je poskytnutí stravy, vody, bydlení, oblečení, osobní hygieny, bezpečnosti a adekvátní zdravotnické péče). (Hegyi, 2012, str. 130)

O týrání se jedná, pokud dojde k újmě na zdravý, psychické újmě nebo újmě ve společenském uplatnění. Druhy týrání jsou fyzické, psychické a společenské. Během fyzické týrání dochází k újmě na zdraví, kdy je na seniorovi použito násilí ve formě facky, ranou pěstí, kopání, údery předměty, vystavení nevhodnému počasí, podání nesprávných léků nebo fyzické omezování. (Hegyi, 2012, str. 130)

Výzkumy ukázali, že domácí násilí je páčáno zejména ze strany rodiny, kdy agresori jsou většinou manželský či partnerský pár. Méně to jsou vzdálení příbuzní či sousedé. Další skupinou používající násilí na seniorech jsou profesionálové, na které se senioři musejí obracet a na jejich pomoc jsou odkázáni. Pokud se na seniorovi páchá domácí násilí, má to vliv na jeho fyzickou, psychickou i sociální stránku. Mezi fyzické příznaky patří fyzické zranění, dehydratace, nedostatečná výživa či malnutrice, zanedbanost, dekubity nebo zhoršení stavu z důsledku nezavolání pomoci. Mezi psychické projevy patří deprese, strach či úzkost. Mezi sociální příznaky patří nedostatek peněz nebo předměty osobní potřeby, izolace a vyhýbání se společností. (Hegyi, 2012, str. 131)

Tělesné týrání je nejzjevnější formou, kdy je jedinci způsobována bolest, poranění, fyzický nátlak, fyzické omezování nebo omezování pomocí léků. Jedinci je záměrně ubližováno, působená bolest, zraňování či odepírání základních biologických potřeb.

Nejčastěji jde o bytí, škrcezení, srážení k zemi a další. Někdy dochází k tzv. pasivní agresii, která vede k odepírání jídla, léků nebo ošetření. V institucionálních zařízeních může docházet k omezování fyzických za pomoci „kurtování“ nebo pomoci chemických látek, kdy je jedinec zcela utlumen. (Kalvach, 2008, str. 250-251)

Psychické a citové týrání působí duševní utrpení, kdy se jedná o verbální agresii, ponižování, urážení, šikanování nebo vyhrožování. Mezi citové týrání patří také záměrné ničení osobního majetku, který je pro danou osobu důležitý a má k ní citový vztah. Během psychického týrání může být jedinci bráněno v sociálních kontaktech a dochází k izolaci. Dále může docházet k omezení autonomie, soukromí, ztrátě rozhodovacích kompetencí a vystavení nevhodným ošetrovatelským režimům. (Kalvach, 2008, str. 251)

Mezi velmi časté formy patří majetkové a finanční zneužívání, kdy se jedná o vynucování peněz, nevýhodné převody majetku, omezování vlastnických či uživatelských práv. Celosvětově narůstá problém u osob se sníženou způsobilostí k právním úkonům, kdy mohou být zneužiti svým opatrovníkem. (Kalvach, 2008, str. 251)

Ve zdravotnických zařízeních se také vyskytuje násilí páchané na seniorech. Může se projevat ve formě nedostatečných diagnostických úkonů, pasivní přístup během stanovení diagnózy, neposkytnutí dražších léků, zvýhodnění jiných pacientů pro zařazení do pooperačního plánu či vyšetření. Zneužívání by mohlo být používáno formou vymáhání nadměrných částek pro lepší léčbu. Týrání může být vnímáno jako křičení na nemocné seniory, netolerance a netrpělivost během ošetřování, hrubé násilí během vykonávání některých procedur či ošetrovatelské péče, odpojování signalizačního tlačítka, nezáměr o kvalitu a konzumaci stravy, porušování důstojnosti a soukromí nebo nerespektování duchovních potřeb. (Hegyí, 2012, str. 132)

Diagnostika týrání nebo zneužívání jedince je velmi citlivý problém, většina jedinců se za svou současnou situaci stydí, stydí se za chování svých blízkých a většinou jsou na nich zcela závislí, proto problém spíše maskují. Při mylném podezření lékařem na domácí násilí, může se tím velmi narušit vztah mezi pacientem a lékařem. Při podezření na domácí násilí je tedy možné, že informace podané pacientem i jeho rodinou mohou být zkreslené a budou se snažit lékařem manipulovat. Důležitý význam při diagnostice domácího násilí je objektivní vyšetření na fyzické týrání, sociální šetření v místě bydliště nebo komplexní geriatrické hodnocení. (Kalvach, 2008, str. 259-260)

2 POTŘEBY SENIORŮ

Potřebu lze definovat jako projev nějakého nedostatku, přičemž odstranění nedostatku je žádoucí. Všichni lidé mají své potřeby, i když se v průběhu života mění množství i priorit potřeby. Uspokojení nebo neuspokojení potřeb ovlivňuje psychický stav jedince a podílí se na jeho chování. (Příbyl, 2015, str. 31-32)

Nekonečný vysvětluje pojem potřeba jako základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu (nedostatku) v biologické či sociální dimenzi bytí. Během života se potřeby člověka mění, a to z hlediska kvality i kvantity. (Nekonečný, 1995, str. 125)

Potřeby jsou základním motivem k udržení rovnováhy v organismu, ale také udržují rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Potřeba není pouze nedostatek, ale také síla, která člověka posouvá k jiným lidem, předmětům nebo činnostem. (Příbyl, 2015, str. 31)

V průběhu života dochází neustále k uspokojování potřeb, uspokojování fyziologických potřeb probíhá automaticky, jsou chápány jako nutnost k žití. V průběhu stárnutí dochází ke změnám potřeb i hodnot. Může se stát, že uspokojení jedné potřeby, může vést k frustraci potřeby jiné. Saturaci potřeb ovlivňuje několik faktorů. Jedná se věk, pohlaví, rodinné prostředí, vzdělání, inteligence, společenské postavení, mezilidské vztahy, individualita člověka, psychické vlastnosti člověka, aktuální zdravotní stav nebo potřeba jídla a tekutin, potřeba pohybu nebo potřeba hygieny. (Příbyl, 2015, str. 41- 42)

Člověk uspokojuje své potřeby různými způsoby. Rozlišujeme dva základní způsoby uspokojení potřeb, buď žádoucí, nebo nežádoucí způsob. Žádoucí způsob, je ten, který neškodí nám ani jiným a uspokojují je v mezích zákona. Naopak nežádoucí způsob života je ten, který ubližuje nám nebo jiným, není v souladu s naším sociokulturním prostředím nebo není v souladu se zákonem. (Příbyl, 2015, str. 45-46)

Míra naplnění lidských potřeb je vymežována dvěma pojmy, saturace neboli uspokojování lidských potřeb nebo frustrace neboli neuspokojení potřeb. Při narušení vnitřní nebo vnější rovnováhy dochází k neuspokojení potřeb, což je pro jedince zátěžová situace. Zátěžová situace může být buď frustrace, konflikt nebo deprivace. (Příbyl, 2015, str. 46-47)

2.1 Dělení potřeb

Každý jedinec má své potřeby. Potřeba uspokojení potřeb není spojena s přibývajícím věkem, ale s postupným ubýváním sil a ztrátou soběstačnosti. Pokles

funkčních schopností vede ke ztrátě schopnosti uspokojování svých potřeb. (Janečková, 2005, str. 163-193)

2.1.1 Základní dělení potřeb

Biologické potřeby má člověk vrozené, stejně jako ostatní živočichové. Biologické potřeby člověka jsou kultivovány a život bez těchto potřeb by nebyl možný.

2.1.1.1 Nižší potřeby

Nižší potřeby se mohou také nazývat též jako primární, biogenní, fyziologické nebo viscerogenní. Nižší potřeby motivují člověka ke starání se o fyzickou stránku svého těla, při neuspokojení těchto potřeb dochází k ohrožení zdraví. Nižší potřeby lze saturovat rychleji, přičemž bez uspokojení nižších potřeb nelze uspokojit vyšší potřeby. (Příbyl, 2015, str. 32)

2.1.1.2 Vyšší potřeby

Vyšší potřeby se mohou také nazývat jako sekundární, psychogenní, sociogenní nebo psychické. Mezi tyto potřeby patří potřeba uznání, sounáležitosti a seberealizace. Tyto potřeby jsou získané a naučené společenské potřeby, kdy jedinec potřebuje společnost druhých lidí, komunikovat s nimi a mít uplatnění ve společnosti. Při uspokojování těchto potřeb se jedná o dlouhodobý proces. Vyšší potřeby utvářejí osobnost jedince a jeho individualitu. (Příbyl, 2015, str. 32)

2.1.2 Dělení potřeb podle autorů

Dělení potřeb jsou různé, záleží na úhlu pohledu autorů. Každý autor má různé pohledy na potřeby a na jejich dělení.

2.1.2.1 H. A. Murray

Henry Alexander Murray je americký psycholog, psychoanalytický teoretik a experimentátor. H. A. Murray je autorem klinicky úspěšného testu osobnosti- TAT. Murray rozděluje potřeby na viscerogenní a psychogenní potřeby. (Příbyl, 2015, str. 33)

Viscerogenní potřeby neboli primární potřeby, jsou potřeby vrozené, které jsou utvářeny opakujícími se fyziologickými procesy. Jedná se o potřeby kyslíku, potravy a tekutin nebo přebytek sekrece, urince, defekace nebo obrany a úniky škodlivin, anomálií a bolesti. (Příbyl, 2015, str. 33)

Psychogenní neboli sekundární potřeby, jsou potřeby získané. Odehrávají se na nevědomé úrovni. Psychogenní potřeby jsou zakotveny v psychice jedince a jeho povaze. Jejich vzorce utváří osobnost. (Příbyl, 2015, str. 33)

Zvláštní potřeba je potřeba sexuální, která se objevuje jak ve viscerálních tak i psychogenních potřebách. Murray nepřisuzuje potřebám hierarchiální uspořádání, ale situační. Potřeby jsou na stejné úrovni a aktualizují se na základě vnějších a vnitřních podmínek. (Příbyl, 2015, str. 33-34)

2.1.2.2 A. H. Maslow

Abraham Harold Maslow byl americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Abraham Harold Maslow je představitelem nejznámější motivační teorie. (Příbyl, 2015, str. 34)

Podle A. H. Maslowa by jedinec měl dávat přednost naplnění daného cílů nikoliv však prostředkům, které vedou k dosažení daného potřeby. Prostředky totiž mohou být kulturně specifické, zatímco cíle jsou obecné. Všechny potřeby existují zároveň, avšak k naplnění vyšších potřeb musíme prvně naplnit potřeby nižší. Při naplnění vyšších potřeb, nižší potřeba nezmizí, stále existují a vyžadují se naplnění. (Říčan, 2007str. 232-233)

Maslow dělí potřeby na dvě skupiny. První skupinou jsou označovány D- potřeby jako potřeby nedostatku. Druhou skupinu tvoří B- potřeby neboli potřeby spojené s bytím člověka. Pokud dochází neúplnému uspokojení D potřeb, člověk cítí úzkost a snaží se nedostatek odstranit. Pokud je potřeba neuspokojena, jedinec se jí snaží zaplnit nebo nahradit. Při uspokojení těchto potřeb nepocítuje nic. Naopak při naplnění B potřeb, jedinec pocítuje uspokojení a roste motivace dosáhnout něčeho většího. (Příbyl, 2015, str. 34-35)

Potřeby jsou dle Maslowa uspořádány hierarchicky, ve formě pyramidy. Původně byla pyramida pětiúrovňová, později se ale rozšiřovala na osmi úrovňovou, kde je na vrcholu pyramidy transcendence. V základu pyramidy se nacházejí fyziologické potřeby, nad ní se nachází potřeba bezpečí, lásky a sounáležitosti, nad ní se nacházejí potřeby uznání, dále se na vyšší úrovni nachází potřeba seberealizace a na vrcholu pyramidy se nacházejí potřeba vědění, znání a rozumění. (Nešporová, Svobodová a Vidovicová, 2008, str. 24)

2.1.2.3 A. M. Max- Neef

Artur Manfred Max- Neef je autorem Modelu rozvoje lidské škály. Jeho teorie vychází z holistického přístupu, je výsledkem transdisciplinárního týmu, který byl složen z ekonomů, sociologů, politologů a dalších odborníků. (Příbyl, 2015, str. 35)

Max- Neef definoval devět základních potřeb, které nejsou určeny hierarchicky. Jedná se potřeby bytí, živobytí a péče, ochrana a láska, cit a pochopení, porozumění a participace, účastenství a zahálení, volný čas a tvorba, kreace a totožnost, identita a svoboda, volnost. (Příbyl, 2015, str. 35)

Tyto potřeby jsou stálé a konečné, jsou totožné ve všech kulturách i historických dobách. Jsou tedy neměnné a univerzální, to co se mění jsou pouze prostředky k jejich dosažení. (Příbyl, 2015, str. 35)

Potřeby se promítají do čtyř forem uspokojení: být (kvalita bytí), mít (vlastnictví věci), činit (jednání), být v interakci (vztahy s prostředím). Každá potřeba může být uspokojována v různé intenzitě a na různých úrovních. Intenzita a kvalita uspokojení potřeb je podmíněna kontextem, časem, místem a okolnostmi. K saturaci potřeb dochází ve třech úrovních: vzhledem k egu, ke společenské skupině a vzhledem k životnímu prostředí. Některé formy uspokojování potřeb mohou uspokojení pouze předstírat, nebo mohou být i destruktivní či zamezit uspokojení potřeby jiné. (Příbyl, 2015, str. 35)

2.1.2.4 M. Vágnerová

Marie Vágnerová je česká psycholožka, zabývající se pedopsychologií, vývojovou psychologií a psychologií handicapu. Marie Vágnerová se také věnuje vývojovým potřebám, které dělí do šesti skupin. (Příbyl, 2015, str. 38)

První skupina se věnuje potřebám stimulace správnými podněty. Jedná se o jednu z prioritních potřeb, které jsou pro organismus nezbytné. Organismus potřebuje dostávat správné podněty, ve správný čas a na správném místě. Jedná se o základní činnost nervové soustavy, kdy mozek potřebuje smyslové podněty. Smyslové podněty máme zrakové, čichové, sluchové, hmatové a chuťové. Pokud dochází ke zhoršení smyslových funkcí, snižuje i schopnost orientace. Snížení těchto smyslů může vést k pocitům nejistoty, strachu i úzkosti. Senioři se proto drží v ústraní, bojí se chodit do společnosti mezi lidmi a stávají se nedůvěřivými. (Příbyl, 2015, str. 38-39)

Druhou potřebou je potřeba smysluplného světa. Člověk je součástí světa, proto by měl mít i zodpovědnost nejen za sebe, ale i za svět ve kterém žije. Pro člověka je důležité objevit smysl života, který nelze bez stanovení cílů, kterých chceme dosáhnout. Pokud senior před sebou nemá žádný cíl, je těžké si pro ně stavit smysl života. (Příbyl, 2015, str. 39)

Další potřebou je potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a druhými. Každý jedinec má své biologické rytmy, které ovlivňují prožívání. Ve stáří dochází ke změnám rytmu, proto bychom se měli vracet k jejich zvykům a rituálům. (Příbyl, 2015, str. 39)

Mezi další potřebu patří potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti, kdy všichni pocítují potřebu někam patřit a mít svou roli ve společnosti či rodině. Pro seniory jsou velmi obtížné sociální změny a ztráty role ve společnosti, proto důležité, aby seniorům zůstala role v rodině, ujistovat je, že v rodině mají pořád své místo. (Příbyl, 2015, str. 39)

Mezi další potřebu patří potřeba identity a uznání vlastního já sebou samými i druhými. Pro člověka je důležité mít svůj život pod kontrolou a rozhodovat o svých náležitostech. Dále by jedinec měl sebe přijmout takového jaký je. Ve stáří může docházet ke ztrátě autonomie nebo o možnosti za sebe rozhodovat. Za seniora přebíráme zodpovědnost za sebe rozhodovat, i když by v určitých náležitostech za sebe mohl rozhodovat sám. (Příbyl, 2015, str. 39)

Mezi poslední potřebu dle M. Vágnerové je potřeba otevřené budoucnosti, kdy je potřeba budoucnosti důležitá pro každého jedince. Pro seniory je důležité se na něco těšit a jejich blízcí by jim měli pomoci to zajistit nebo pomoci jim vidět věci, na které se mohou těšit, i když jsou součástí jejich běžného dne. (Příbyl, 2015, str. 39-40)

3 AKTIVIZACE SENIORŮ

Mezi nejsilnější faktory ovlivňující zdravé stárnutí patří pohyb. Pohyb zlepšuje dýchání, stav svalů, kloubů a kostí, i tělesnou výkonnost. Snižuje riziko vzniku neinfekčních onemocnění, depresí a snížení kognitivních funkcí. V každém věku má organismus jiné pohybové schopnosti. Jako první se rozvíjí obratnost, pak rychlost, síla a nakonec vytrvalost. Pokud dochází k úbytku sil, jedinec ztrácí schopnosti ve stejném pořadí, v jakém k nim přišel. Nejprve ztrácí obratnost a zhoršuje se jemná motorika, potom ztrácí rychlost, které je dána kvalitou pružnosti svalových vláken, naposled ztrácí sílu, která závisí na intenzitě pružnosti svalů. Ideální tělesnou aktivitou pro seniory je chůze. Aby chůze měli pozitivní vliv na zdraví, měl by jedinec ujít alespoň 3-4 km za hodnu, chůzi by měl doprovázet hlubokým dýcháním. (Hegyí, 2012, str. 163)

3.1 Ergoterapie

Výraz ergoterapie pochází z řeckého ergos neboli práce a therapia neboli terapie, léčení. Za zakladatele profese se považuje George Barton, který naznal, pokud existuje nemoc způsobená činností, musí na ni existovat i terapie pomocí které by měla být nemoc odstraněna. (Krivošíková, 2011, str. 14)

První formální definici popsala H. A. Pattisonová, která popsala ergoterapii jako „jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je prováděna za účelem přispívání nebo urychlení uzdravení nemoci nebo poranění. (Krivošíková, 2011, str. 14)

Ergoterapie pomáhá udržet, obnovit nebo sladit schopnosti jedince, nároky činností a prostředí tak, aby se zachoval nebo zlepšil funkční stav jedince a sociálně se začlenil. (Krivošíkova, Jelinkova, Šajtarová, 2009, str. 16)

Ergoterapie pomáhá lidem vykonávat každodenní činnosti pomocí jejich zapojení do těchto činností navzdory jejich postižení nebo onemocnění. Hlavním cílem ergoterapie je zhodnotit chování a působení jedince v zaměstnání, rozvíjet a podporovat jeho zdraví. Dále je cílem podporovat a udržovat funkční výkon jedince a zabránění vzniku a rozvíjení dysfunkce. (Krivošíková, 2011, str. 19)

Ergoterapie má široké uplatnění u seniorů, kde je jejím hlavním cílem obnovení funkcí, které byly důsledkem nemoci nebo úrazu poškozeny a snaží se udržet tyto funkce a vitalitu seniora. Dále se snaží o úpravu prostředí nebo vybrání vhodných pomůcek,

aby mohl být senior co nejvíce soběstačný. Ergoterapie je prováděna skupinově nebo individuálně. (Klusoňová, 2011, str. 195)

Cílem ergoterapie je rozvoj dovedností potřebných pro denní činnosti nebo vykonávání různých úkonů, zapojení se do aktivit nebo zapojení se do společnosti. Zaměřují se na udržení, zlepšení nebo kompenzaci ztracených senzomotorických, kognitivních, psychických nebo sociálních schopností. Pokud se v domácím prostředí nacházejí bariéry, které znemožňují výkon činností pro zlepšení nebo udržení schopností, ergoterapeut by měl tyto bariéry odstranit nebo alespoň zmírnit jejich vliv na rozvoj jedince. Hlavním cílem však je aby klient získal schopnosti k dosažení sebeobslužných nebo pracovních činností a aktivit volného času. (Krivošíkova, Jelinkova a Šajtarová, 2009, str. 16-17)

Pro seniora je důležité zachování hrubé motoriky, obnovení nebo udržení bezpečné chůze schopnost sednout a vstát, obrácení se na posteli a další základní pohyby, které senior pro aktivní život potřebuje. Pomocí ergoterapie tyto schopnosti podpoříme pomocí činností, kdy dochází ke střídání sedu, stoje a přecházení, mohou zde být zařazovány i malé pohybové aktivity, ale záleží na zdravotním stavu. (Klusoňová, 2011, str. 196)

Dále je důležité zachování jemné motoriky, kdy je snaha o zachování koordinace oko- ruka, součinnost horní končetiny a prstů s perцепčními schopnostmi. Pro zachování jemné motoriky jsou vhodné stolní hry, grafomotorické cvičení nebo ruční práce. (Klusoňová, 2011, str. 196)

Mezi další cíle u seniorů je zachování nebo obnovení schopností alespoň sebezpečí, kdy je klient schopen se o sebe postarat. Do jaké míry je klient nezávislý závisí na schopnostech jemné i hrubé motoriky a na psychickém stavu. Ergoterapie se snaží dosáhnout nejvyššího možného stupně nezávislosti za pomoci různých kompenzačních a technických pomůcek a vytvoření vhodných podmínek. (Klusoňová, 2011, str. 196)

Mezi další cíle ergoterapie je zachování kognitivních funkcí, kdy jde o trénink paměti, pozornosti koncentrace a orientace v místě a čase. Trénink může probíhat pomocí biografie, reminiscence, praktickými činnostmi vyžadující soustředěnost nebo pohybovými aktivitami. (Klusoňová, 2011, str. 196)

Pro seniory v domovech pro seniory je mnoho možností využití ergoterapie, může to být formou kroužku, klubů nebo kurzů. Důležité je začít nenáročnými a známými

činnostmi, později se může přejít na nové. Senioři jsou zdrženlivý a bojí se, že něco pokazí. Neradi navazují na něčí práci, rádi si celý výrobek dělají sami od začátku do konce. (Klusoňová, 2011, str. 196)

3.2 Rehabilitace

Rehabilitace je chápána jako celospolečenský proces, pomocí kterého se snažíme nemocného nebo postiženého člověka důsledkem nemoci, úrazu nebo vrozené vady zařadit do aktivní společnosti. Rehabilitace je dynamický proces, který je označován jako komplexní rehabilitace. Komplexní rehabilitace obsahuje sociální rehabilitaci, léčebnou rehabilitaci, pedagogickou rehabilitaci a pracovní rehabilitaci. (Klusoňová, 2011, str. 7)

Cílem léčebné rehabilitace je obnovení poškozených nebo ztracených funkcí, zlepšení poškozených funkcí, kompenzace ztracených funkcí, snaha o co největší soběstačnost a nezávislost, udržení stávající funkce a zpomalení progresu. (Klusoňová, 2011, str. 8)

Léčebná rehabilitace je poskytována ve zdravotnických zařízeních, na klinikách léčebné rehabilitace, odděleních následné a akutní péče, rehabilitačních ústavech, lázních a odborných léčebných ústavech. Léčebná rehabilitace se dělí na kineziologii neboli léčbu pohybem a fyzikální terapii a balneologii kdy se během léčby využívají přírodní prostředky. (Klusoňová, 2011, str. 9)

Podstatou sociální rehabilitace je zmírnění stupně invalidity a dosažení schopnosti normálních funkcí. Řeší sociální problémy a potřeby zdravotně postižených nebo nemocných osob, kdy se jedná o zajištění ekonomické pomoci, péče, integrace do populace zdravotně postižených nebo nemocných a následná integrace do společnosti. Cílem je smíření se s danou životní situací nebo zdravotním stavem, navození pohody a zajištění podmínek pro aktivity klienta. (Klusoňová, 2011, str. 8-9)

Pedagogická rehabilitace se zabývá vzděláním a výchovou dětí a mládeže se zdravotním postižením. Cílem je rozvoj osobnosti a podpora rozvoje inteligence. Během pedagogické rehabilitace spolu spolupracují zdravotnické a školské zařízení, sociální instituce a soukromé i charitativní zařízení. (Klusoňová, 2011, str. 9)

Pracovní rehabilitace se zabývá obnovením funkčních schopností jedince, kdy je cílem obnovení nebo zachování pracovního potenciálu. Pracovní rehabilitace je proces

obnovy pracovní schopnosti a příprava na produktivní pracovní činnost. (Klusoňová, 2011, st. 10)

3.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je technika zaměřené na vyvolávání vzpomínek. Tato metoda se využívá zejména geriatrici, kdy se používá u osob s demencí nebo k podpoře imobilních pacientů. Reminiscenční terapie je efektivní převážně u osob, které mají zachovanou alespoň část kognitivních funkcí a jsou schopni si alespoň částečně vybavit minulost. (Čeledová, 2011, str. 239)

Schopnost aktivně si vybavovat vzpomínky patří mezi základní funkce lidské psychiky. Při vzpomínání dochází k obnovení paměťových stop, které poté přejdou do vědomí, to nám dává možnost znovuprožití a přehodnocení daného momentu a znovuzaražení do našeho života. Jde o prožívání minulosti v představách, převyprávění příběhu nebo zkušenosti z minulosti ať už své nebo jiných lidí. Vzpomínání plní důležitou roli v závěrečné fázi lidského cyklu, kdy dochází k rekapitulaci celého života. (Janečková, 2010, str. 14)

Jako reminiscenční terapii lze považovat rozhovor pracovníka se starším člověkem nebo celou skupinou o jeho životě, událostech, které jeho život ovlivnily, zkušenostech, které získal nebo o dřívějších aktivitách. Během reminiscence se využívají různé pomůcky např. knihy, fotografie, hudba. Tato terapie může být spontánní nestrukturovaná nebo více či méně strukturovaná. Její využití převážně u osob s demencí, kdy je důležité vybavení si vzpomínek nebo zkušeností, které jsou převážně pozitivní a pro daného člověka nějakým způsobem důležité. (Janečková, 2010, str. 22)

Během reminiscence je důležité navození dobrého pocitu, uspokojení a pohody, avšak během reminiscence mohou mít klienti nějaký traumatický zážitek, který může vyjít napovrch, v tomto případě nejde pouze o zábavu, ale o psychoterapii. (Janečková, 2010, str. 22)

Vzpomínky hrají i důležitou roli při péči o klienta. Vzpomínka nabízí pracovníkovi důležité informace o klientovi, kterému je služba poskytována, poznání jeho života posílí nejenom vztah mezi klientem a pracovníkem, ale také se zlepší kvalita poskytované péče, která bude zaměřena více na individualitu daného jedince. Znalost vzpomínek může pomoci pochopit klientovo problémové chování, poskytovat službu, které bude odpovídat

jeho individuálním potřebám a získá dobrý pocit ze získaných informací a bude mít zájem i o jiné klienty. (Janečková, 2010, str. 52-53)

3.4 Zooterapie

Zooterapie je pozitivní působení zvířete nebo až léčení pomocí něho člověka. Může pomáhat ve zlepšení motoriky, komunikace, zmírnění stresu nebo zlepšení paměti. Můžeme mít několik druhů terapií, canisterapie je terapie za pomoci psa, lamaterapie je za pomoci lamy, delfinoterapie je za pomoci delfinů, hippoterapie je za pomoci koně a mnoho dalších. (Freeman, 2007, str. 30-32)

3.4.1 Canisterapie

Canisterapie je terapie za pomoci psa, kdy se využívá pozitivní působení psa na daného jedince. Canisterapie se dá také definovat jako léčebný kontakt psa s člověkem, kdy se může provádět formou skupinovou nebo individuální. Canisterapie má pozitivní vliv na jemnou motoriku, podněcuje komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci klienta a zlepšuje interakci klienta s okolím. (Tichá, 2007, str. 60)

Při příchodu psa do domova důchodců mají klienti menší pocit osamění. Pokud se zlepší naše psychika, tak se to odrazí i na fyzické stránce. Pro klienty v domovech pro seniory je důležitý tělesný kontakt, kdy pes přijde k nim, lísá se, žádá si jejich pozornost a pohlázení. Pro seniory je to příjemné oživení a pocit těšit se na pejska, jelikož oni mají potřebu být pohlázeni a hlavně mají potřebu hladit. (Galajdová, 2011, str. 31)

Cíl canisterapie u seniorů je závislý na individualitě daného jedince, kdy jde o trénování jemné a hrubé motorik, motivace k pohybu, koordinace pohybu, snaha o zachování sebeobsluhy, zpestření všedního dne, pozitivní naladění, odpoutání od problémů, emoční jistota, pocit blaha, zmírnění pocitu méněcennosti, podpora sebevědomí a sebejistoty, vyjádření emocí a další. Dále může mít vliv na vnímání, bdělost, trénování smyslů, orientaci v okolí a čase, soustředění, navání mezilidského kontaktu, vyrovnaný přístup a vztah k sobě samému, udržení schopností a ztráta sociální izolace. (Tichá, 2007, str. 81)

Canisterapie v domovech pro seniory je důležitá, jelikož pro seniory je často zvíře jediným přítelem v čase osamocení nebo nemoci. Během této terapie zaleží na zdravotním

stavu jedince, ty průběhu onemocnění nebo na symptomech onemocnění. (Hančlová, 2007, str. 135)

Cílem canisterapie v domovech pro seniory je pozitivní ovlivnění zdravotního stavu, zvýšení kvality života, zlepšení adaptace, zvýšení sebevědomí a sebejistoty, zmírnění stresu a pocitu osamělosti, zlepšení jemné motoriky. (Hančlová, 2007, str. 135-137)

Canisterapie ovlivňuje život klienta. Pomocí psa dochází ke sblížování ve skupině a navazování nových kontaktů. Pomocí canisterapie se dá ovlivnit klientovo chování, kdy se dají potlačit negativní emoce a vzbudit v nich ty kladné. Pomocí terapie můžeme v klientovi vzbudit touhu chodit zase ven, kdy může psa vodit na vodítku. V rámci canisterapie si může klient trénovat zrakovou paměť, kdy pomocí šátku se schovají předměty, které pes používá a klient musí hádat, jaké předměty tam byli. Dále je vhodná pro zlepšování paměti, kdy pracovník klientovi podává informace o psovi a klient se snaží se vzpomenout si. Pomocí canisterapie můžeme také procvičovat jemnou motoriku, kdy je pro klienty příjemné hladit psa, mazlit se s ním bez pocitu studu. Jemnou motoriku můžeme procvičovat také pomocí česání psa, hlazení psa, házení míčku, připnutí vodítka nebo nasazení obojku. (Hančlová, 2007, str. 138-139)

3.4.2 Felinoterapie

Jedná se o metodu terapie, kdy se pro kontakt s klientem používá kočka. Pro klienty v domovech pro klienty je to zpestření, zvláště pro ty, kteří nemají dostatek sociálních kontaktů. Kontakt s domácím mazlíčkem je zvláště důležitý pro ty klienty, kteří jsou v domově pro seniory pouze chvíli, a zatím si nezvykli na nové prostředí a stýská se jim po domově. Pomáhají jim překlenout těžké období v jejich životě. (Hypšová, 2007, str. 276)

Kočky seniorům prohřívají ruce, stimulují hmat, navozují pocit zklidnění a uvolnění. Může dojít ke snížení napětí a krevního tlaku. Pomocí felinoterapie si klient vybavuje vzpomínky na své zvířata, které musel opustit, navozují se mu spíše příjemné vzpomínky a pomocí toho dochází ke stimulaci paměťových funkcí. (Hypšová, 2007, str. 276)

3.5 Muzikoterapie

Jedná se o terapii, která se řadí mezi tzv. expresivní terapie. Tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými předměty. Dané umělecké předměty mohou být hudební,

dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Podle použití daných předmětů se také nazývá dané terapie. (Kantor, Lipský a Weber, 2009, str. 21)

Muzikoterapie využívá hudební zkušenosti, která zahrnuje hudbu nebo pouhý zvuk. Mezi muzikoterapeutické cíle patří léčba, učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjadřování, motivace, zvládnání stresu nebo bolesti, zvýšení kvality života a rozvoj osobnosti i spirituality. (Kantor, Lipský a Weber, 2009, str. 26)

Muzikoterapie se využívá pro naplnění biologických, psychických, sociálních ne spirituálních potřeb daného jedince. Terapie pomocí hudby může mít pozitivní vliv na celý organismus a může být využívána se všemi věkovými skupina s různými schopnostmi a dovednostmi. (Kantor, Lipský a Weber, 2009, str. 26)

Muzikoterapie se může rozlišovat na kreativní nebo nekreativní. Kreativní muzikoterapie převážně preferuje improvizaci na hudební nástroje a často využívá i vokálních projevů. Jde o využití primárního tvořivého potenciálu klienta, který rozvíjí klientovu fantazii, spontánnost, komunikaci a probouzí v něm různé emoce. (Kantor, Lipský, Weber, 2009, str. 206)

3.6 Bazální stimulace

Bazální stimulace je metoda, která podporuje základní lidské vnímání. Každá člověk vnímá pomocí smyslů a smyslových orgánů, které jsou nenahraditelné. Pomocí smyslů vnímáme sami sebe a i okolní svět. Pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. (Friedlová, 2010, str. 19)

Konceptem bazální je pomocí předmětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi, kteří mají problémy s komunikací a vnímáním. Během bazální stimulace dochází k stimulaci vlastního vnímání těla. Cílenou stimulací paměťových drah lze znovu aktivovat mozkovou činnost a tím i podpořit vnímání, komunikaci a pohyb. (Friedlová, 2010, str. 19)

Základní bazální stimulace se dělí na somatickou, vestibulární, vibrační nebo optickou. Somatická bazální stimulace slouží k zprostředkování vjemů z vlastního těla. To slouží k tomu, aby si jedinec uvědomil své okolí a možnost komunikace. Vestibulární stimulace podporuje to, aby si jedinec uvědomoval pohyby hlavy. To je důležité u jedinců, kteří jsou schopni minimálního pohybu a mohou se objevovat poruchy orientace vlastního těla, kdy se tato metoda bazální stimulace snaží tomu zabraňovat. Vibrační metoda slouží ke stimulaci kožních receptorů a současně se stimulují receptory hluboké citlivosti. K tomu

se využívají vibrační pomůcky. Optická metoda slouží k poznávání okolního světa a navázání komunikace pomocí zraku. Pomocí této metody si jedinec vybavuje obrazy, které mají vliv na jeho zlidnění. (Čeledová, 2011, str. 194-195)

Součástí konceptu bazální stimulace je používání různých druhů koupelí a polohování s využitím speciálních polohovacích pomůcek. (Malíková, str. 196)

4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Kvalita života je předmětem zájmu medicíny, psychologie, sociologie politologie a dalších oborů. Zatímco v minulosti byla pozornost zaměřena na odstraňování problémů nemocných a chudých, později byla pozornost zaměřena na spokojenost lidí se životem a s prací. Nyní je středem zájmu měření a zkoumání kvalita života a pohoda. (Svobodová, 2008)

Subjektivní měření kvality života závisí na psychické pohodě jedince a všeobecnou spokojeností se životem. Zatímco objektivní měření je závislé na naplnění materiálních a sociálních požadavků a na fyzickém zdraví. (Payne, 2005)

Kvalitu života ve stáří a průběhy stárnutí ovlivňuje příprava na stáří, kterou můžeme rozlišit na dlouhodobou, která je celoživotní, středně dobou, která je od 45let a krátkodobou, která je 2-3 roky před tím, než jedinec půjde do penze. (Zavázalová, 2001, str. 78)

Kvalitu života ve stáří ovlivňuje několik faktorů, úspěchy v osobním i profesním životě, onemocnění, které měl jedinec již v produktivním věku nebo jeho životní styl. Pro lidi v produktivním věku je nejdůležitější práce, proto je pro ně odchod do důchodu traumatizující. (Zavázalová, 2001, str. 78)

Pro kvalitní život ve stáří je důležitá aktivita. Každá osoba v penzi, by si měla vytvořit svůj program aktivit, které bude dělat, to je i prevencí proti ztrátě soběstačnosti. Pro kvalitní život ve stáří jsou také důležité sociální kontakty, které pomocí aktivit mohou navazovat. Pro úspěšné stárnutí je důležitá duševní hygiena, kdy by měla být rovnováha mezi aktivním životem a odpočinkem, životní náplň by měla obsahovat duševní i fyzickou aktivitu, udržování přátelských vztahů a navazování nových sociálních kontaktů. Během aktivity by si měl každý jedinec nalézt své krátkodobé nebo dlouhodobé cíle, které by si měl stanovit sám, a měli by se zaměřovat na individualitu každého jedince. Pomocí těchto cílů jedinec prožije nové zážitky, získá sebeúctu a udržuje soběstačnost. Jakákoliv aktivita, kterou jedinec provozuje, dává mu to pocit naplnění. (Langmajer, Krejčíková, 1999, str. 98, str. 194)

Jedincům s odchodem do důchodu se může změnit chování, vnímání i prožívání. Pokud jedinec nemá žádné zájmy a koníčky, může se stát, že neví co s volným časem, jak ho využít. Senioři se od sebe liší zájmy, zdravotním stavem, funkčním stavem, koníčky, zkušenostmi, hodnotami nebo rodinnou situací. (Dvořáčková, 2008, str. 116)

Z filosofického hlediska lze říci, že kvalitu života netvoří pouze materiální a formální věci, které se pak jedinci snaží uskutečnit. S kvalitou života souvisí i to, kam člověk směřuje a čemu říká smysl života. (Hogenová, 2002, str. 31)

Kvalita života a smysl života souvisí se spiritualitou jedince. Pokud je u starších osob zkoumána kvalita života, je u nich kladen velký důraz na spiritualitu, z důvodu toho, že se dostávají do poslední fáze jejich života. Spirituální pohled může být vnímán jako rozšíření chápání kvality života. (Křivohlavý, 2002, str. 169)

Vymětal uvádí, že stáří je část života, pomocí kterého se život uzavírá do celku. Ve stáří si lidé uvědomují vlastní smysl života a jeho naplnění. Pochopení vlastního života vede k uvědomění a smíření. (Vymětal, 2003, str. 46)

Zájem o lidské blaho, štěstí a kvalita života není otázkou současnosti. Již dříve se touto otázkou zabývali filozofové a teologové. Antický pohled na problematiku kvality života, byl spíše vnímán jako subjektivní vnímání pohody jako nejvýraznější indikátor kvality života. Seneca považoval za důležité ekonomickou a sociální rovinnou lidského života. Zabýval se finančním zabezpečením a schopností uspokojení materiálních potřeb. (Hrozenská, 2008, str. 47-49)

Spokojenost a intenzita péče v kombinaci s placenou a dobrovolnou prací neformálních pečovatelských jsou jedním z pilířů domácí zdravotní péče. (Acton, 2013, str. 9)

4.1 Faktory ovlivňující kvalitu života

Na kvalitě života se podílí několik faktorů, které ji ovlivňují. Tyto faktory jsou vnímány subjektivně, proto je nelze přesně definovat. Můžeme ale vyjmenovat několik faktorů, které kvalitu života ať přímo či nepřímo ovlivňují. Jedná se o zdravotní, sociální, environmentální a ekonomické oblasti. Další faktory, které kvalitu života ovlivňují, jsou specifické, jedná se především o věk, pohlaví, rodinnou situaci, zaměstnání a další. Mezi nejčastější faktor ovlivňující kvalitu života ve stáří je zdraví. (Dvořáčková, 2012, str. 76)

Zdraví je však ovlivňováno několika faktory, které jsou ve vzájemné interakci. Kvalita života je ovlivňována několika dalšími faktory, ale důraz se klade spíše na subjektivní spokojenost. (Hrozenská, 2011, str. 74)

Dle Topinkové, je jednou z nejdůležitějších hodnot zdraví a soběstačnost. Soběstačný člověk je definován, jako člověk, který nemá podstatné tělesné nebo duševní

omezení a ten, který zvládá veškeré denní činnosti bez pomoci druhé osob. Pokud klient potřebuje oporu druhé osoby, hovoříme o závislosti. (Topinková, 2005, str. 7)

Stáří doprovázejí zdravotní a funkční problémy. Postupné ubývání samostatnosti a zvyšování nesoběstačnosti je důležitý faktor ovlivňující stáří. Příčinou zhoršené soběstačnosti nemusí být pouze zdravotní problémy, ale může na to mít vliv např. zhoršené bytové podmínky, špatná ekonomická situace, nedostupnost pečovatelské služby nebo neochota pomoci ze strany rodiny. (Topinková, 2005, str. 7-9)

Za hlavní pojem při chápání zdraví je lze považovat potencionál zdraví, který je lze chápat tři různé faktory, které se navzájem ovlivňují. Změny involuční, chorobné i režimové vedou ve stáří k úbytku potenciálu zdraví a dochází k poklesu zdatností, schopnosti, prodlužuje se doba zotavení a schopnosti adaptability související se stařeckou křehkostí a funkčním deficitům. Potencionál zdraví je specifický pro každého jedince, je vnímán subjektivně a hodnocen objektivně. (Kalvach, Zadák, Jirák, 2008, str. 27)

Kvalita života je subjektivní a individuální. Je definována podle každého jedince tak, jak ji vnímá. Kvalita života vyjadřuje rozpor mezi realitou a očekáváním. V různých životních fázích a obdobích je kvalita života vnímána jinak. (Hudáková a Majerníková, 2013, str. 39)

4.2 Samotná kvalita života

S pojmem kvalita života jsme se poprvé setkali ve 20. letech 20. Století, kdy byla kvalita života pojata spíše z ekonomického hlediska, které zahrnovalo materiální zajištění. Následně v 50. letech 20. století se objevil nový náhled na kvalitu života ze sociologického pohledu. Největší rozvoj mělo studium kvality života ve 21. století. Cílem kvality života je podporovat podmínky, které by lidem umožňovali žít život, který má smysl a význam. (Ludíková a kol., 2014, str. 5)

Kvalita života (QOL) je široký multidimenzionální koncept, který obvykle zahrnuje subjektivní vyhodnocování pozitivních i negativních aspektů života. Kvalita života je velmi těžko měřitelná, pro každého má jiný význam a může být i různě definována. I když zdraví je jedním z důležitých oblastí ovlivňující celkovou kvalitu života, existují i jiné domény, které ovlivňují kvalitu života stejně např. zaměstnanost, bydlení, školy, vzdělávání, sousedství. Aspekty kultury, hodnot a duchovnosti jsou také klíčové

domény celkovou kvalitu života, které přidávají ke složitosti její měření. (Centers for disease control and prevention, © 2016)

Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života rozdělena na čtyři základní okruhy, podle kterých je následně zkoumána. První okruh je fyzické zdraví a úroveň samostatnosti, druhý je psychické zdraví a duchovní stránka, třetí jsou sociální vztahy a poslední okruh tvoří prostředí, ve kterém se daný jedinec nachází. (world health organization, © 2017)

V dnešní době se během zkoumání kvality života dává do popředí pozornosti subjektivní aspekty ovlivňující kvalitu života. Zejména je zaměřena pozornost na měření štěstí a míru spokojenosti v životě. Během výzkumu se věnuje pozornost subjektivním aspektům, které se mohou rozdělit do třech hlavních kruhu. První se zabývá celkovou spokojeností se životem, druhý spokojeností s dílčími oblastmi života a třetí se zaměřuje na nejvýznamnější faktory ovlivňující kvalitu života. (Heřmanová, 2012, str. 17)

Mezi nejznámější organizace a zařízení zabývající se kvalitou života např. American Thoracic Society- QOL Group, Department of Palliative Care Policy and Rehabilitation, Australian centre of quality of life nebo International society for quality of life studies. (Heřmanová, 2012, str. 19)

Smyslem medicíny je nejenom snížení morbidit a mortality, ale také snížení utrpení a zlepšení kvality života pacientů. Jako parametry kvality života jsou uváděny např. nezávislost, absence bolesti, zachování tělesných, emočních a intelektuálních funkcí, dále pak produktivita, schopnost naplnění sociální role, prospívání a spokojenost klienta. (Kalvach, 1995, str. 191)

Světové zdravotnické organizace (WHO) definuje zdraví jako "stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody nikoli pouze nepřítomnost nemoci...". Měření zdraví a účinků zdravotní péče musí obsahovat údaje o změnách frekvence a závažnosti onemocnění, ale také odhad pohody, a to může být hodnoceno na základě měření zlepšení kvality života související na zdravotní péči. (world health organization, © 2017)

WHO, pomocí 15 spolupracujících center po celém světě, a proto vyvinul dva nástroje pro měření kvality života (WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF), které mohou být použity v různých kulturních prostředí a zároveň umožňuje výsledky z různých populací a zemí, které mají být porovnány. (world health organization, © 2017)

WHO definuje kvality života, jako vnímání postavení jedince v životě v kontextu systémů kultury a hodnot, v nichž žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a obavám. To je široký pojem, kdy jedinec komplexním způsobem vnímá kvalitu života. Dílčí cíle se zaměřují na vnímání fyzického zdraví, psychického stavu, osobní přesvědčení, sociálních vztahů a jejich vztah k charakteristickým rysům jejich prostředí. (world health organization, © 2017)

Snaha o měření kvality života lidí se objevila již 50. letech 20. století v USA. Statistiky zaznamenávající sociální indikátory se objevily v 60. letech. Ty se soustředily na neznámé aspekty lidského života. Domény jsou kategorie různých sociálních indikátorů, které se sdružují do těchto domén. Sociální indikátory jsou sociální faktory, které ovlivňují chování daného jedince nebo různé statistiky, pomocí kterých můžeme vyhodnotit cíle daného jedince. (Hrozenská, Dvořáčková, 2012, str. 21)

Individuální úroveň kvality života je možné analyzovat na základě objektivních aspektů kvality života a jejich důležitost před aspekty subjektivními jako jsou štěstí nebo pocit emocionálního naplnění. Kolektivní úrovni jsou problémy intenzivnější a společnost, která se snaží o maximalizaci kvality života svých členů a snaží se dosáhnout „dokonalé společnosti“ je spíše přetrvávající snahou z minulosti. (Hrozenská, Dvořáčková, 2012, str. 21)

Existuje několik přístupů vnímání kvality života a její ovlivňování. Existují ontologické rozdíly, které můžeme dělit na objektivní a subjektivní přístupy k individuálním potřebám a faktorům ovlivňující pohodu a kvalitu života. Jedinci, kteří se přiklánějí k subjektivistickému přístupu, vnímají radost jako základ lidského štěstí nebo kvality života. Zatímco objektivisti vnímají jako základ kvality života ekonomické zajištění, uspokojení biologických potřeb nebo třeba vzdělání. (Hrozenská, Dvořáčková, 2012, str. 22)

Subjektivní pohodu je potřebné vnímat s jejími silnými i slabými stránkami. Tento přístup je převážně zaměřen na štěstí, které však nemusí být dostatečný důkaz o dobré kvalitě života. Příklad můžeme uvést na „šťastných chudých lidech“. Při měření kvality života nezáleží pouze na subjektivních faktorech ovlivňující kvalitu života, ale také na objektivních což mohou být dostatečný výživa, bezpečné prostředí, zdraví a další. (Hrozenská, Dvořáčková, 2012, str. 22-23)

Indikátory kvality života dle WHO: jsou fyzické zdraví, psychické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí nebo spiritualita. Fyzické zdraví ovlivňuje energii člověka, bolest nebo spánek. Psychické zdraví vyjadřuje city, sebehodnocení, způsob myšlení nebo učení a pozornost. Mezi úroveň nezávislosti lze zařadit nezávislost ohledně pohybu, denních činností, pracovní náplně nebo závislost na lécích. Faktor ovlivňující kvalitu života je také prostředí, kdy potřebujeme zdravé a bezpečné prostředí, domov, svobodu nebo přístup k informačním zdrojům. Mezi poslední faktory patří spiritualita, kdy je kvalita života ovlivňována vírou, přesvědčením nebo hodnotovou orientací. (Hrozenská, Dvořáčková, 2012, str. 25-26)

Kvalita života je determinována životními podmínkami a subjektivním vnímáním těchto podmínek. U zjišťování kvality života jsou různá kritéria, pro identifikování jejího stupně. Kvalita života zahrnuje historické, kulturní nebo životní vývojové prvky. Kvalitu života u seniorů výrazně ovlivňuje zdravím, kdy se jedná jak o objektivní faktor, ale i také o subjektivní vnímání. (Hrozenská, Dvořáčková, 2012, str. 26)

Kvalita života je hodnocena z různých perspektiv, které jsou srovnatelné s hierarchií potřeb daného jedince. Mezi ně patří autonomie, schopnost rozhodování se, zachování smyslových funkcí, zachování soběstačnosti, zachování určité finanční úrovně a další. Kvalita života tedy může znamenat různé hodnoty pro různé jedince. (Hrozenská, Dvořáčková, 2012, str. 27)

Objektivní kvalita života často obsahuje měřitelné životní podmínky, které ovlivňují jedince během dosažení určité životní úrovně. Daného jedince ovlivňují životní podmínky i jeho životní úroveň během dosažení daného sociálního statusu. Kvalita života významně ovlivňuje jedince a jeho další rozvoj. Mezi základní životní podmínky patří průměrná mzda, dostupnost služeb, dostupnost zdravotní péče, dostupnost vzdělání, dostupnost bydlení, kvalita životního prostředí, možnost uplatnění na trhu práce nebo dostupnost dopravy. Mezi další životní podmínky, které jsou již těžko ověřitelné patří míra korupce, možnost svobodné volby a rozhodování, nastavení právního systému, vliv tradice a regionálních mentalit. (Heřmanová, 2012, str. 47)

Životní úroveň se většinou zjišťuje na základě materiálních věcí, na základě bohatství a chudoby buď obyvatelstva jako celku nebo jednotlivců, kdy se zaměřují na příjmy, výdaje a spotřeby domácností. (Heřmanová, 2012, str. 47)

Oba pojmy životní úroveň i životní podmínky spolu velmi souvisí a navzájem se ovlivňují, jelikož s materiální a finanční životní úrovní souvisí také dostupnost a kvalita služeb nebo produktů. (Heřmanová, 2012, str. 47)

Zdraví je vnímáno jako významná část plnohodnotného života, nachází se většinou na čelních místech žebříčku hodnot a je často bráno jako samozřejmost. Jak fyzické, tak taky duševní zdraví lze považovat za důležitý faktor, který ovlivňuje kvalitu života, zejména pokud se jedná o schopnost soběstačnosti, schopnost pohybu nebo nezávislost na druhých. Vnímání hranice mezi zdravím a nemocí je výrazně ovlivněno biologickými, psychickými a sociálními predispozicemi. Obsah pojmů zdraví a nemoci jsou různě vnímány závisle na čase, prostoru, kulturních kontextech a sociálnímu a institucionálnímu systému. Velkou roli zde hraje psychika jedince a interakce se sociálním prostředím. (Heřmanová, 2012, str. 63)

Hodnocení kvality života pacienta souvisí s intenzitou jeho obtíží, rozhodnutím o léčbě nebo zvažování o prospěchu nebo rizicích zdravotnických intervencí. Z hlediska geriatrické je nutné dávat podněty k jejich vlastnímu rozhodnutí nebo kompetencí geriatrického pacienta. (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2008, str. 109)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 Základní cíle výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zjistit, jaká je kvalita života v domovech pro seniory a porovnat, jak vnímají kvalitu života seniorů klienti a pracovníci domova pro seniory.

Cílem je zjistit, jak jsou klienti spokojeni s poskytovanou péčí v domově pro seniory a jak jsou spokojeni s kvalitou života. Dále je cílem zjistit, jak jsou informováni o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory, do jaké míry je využívají a do jaké míry jsou pracovníky informováni o možnosti využití těchto aktivizačních služeb.

Cílem je zjistit, jak pracovníci vnímají kvalitu poskytované péče a kvalitu života klientů v domově pro seniory. Dále je cílem zjistit, jak jsou pracovníci informováni o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory, do jaké míry je podle nich klienti využívají a jak často klienty informují o možnosti využívání těchto aktivizačních metod.

5.2 Stanovené výzkumné problémy hypotézy

1. Jaká je spokojenost klientů s kvalitou života v domově pro seniory?

1.1 Jaká je spokojenost klientů s kvalitou života v domově pro seniory dle pohlaví?

H_0 : spokojenost klientů s kvalitou života není rozdílná

H_A : spokojen klientů s kvalitou života je rozdílná

H_1 : spokojenost klientů s kvalitou života je vyšší u mužů než u žen.

2. Jaká je spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory?

2.1 Jaká je spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory dle pohlaví?

H_0 : spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče není rozdílná

H_A : spokojen klientů s kvalitou poskytované péče je rozdílná

H_2 : spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče je vyšší u mužů než u žen.

3. Jaká je míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory?

3.1 Jaká je míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory dle pohlaví?

H_0 : míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních metodách není rozdílná

H_A : míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních metodách je rozdílná

H_3 : míra informovanosti o poskytovaných aktivizačních metodách je vyšší u mužů než u žen.

4. Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody v domově pro seniory?

4.1 Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody v domově pro seniory dle pohlaví?

H_0 : mezi využíváním aktivizačních metod klienty není rozdíl

H_A : mezi využíváním aktivizačních metod klienty je rozdíl

H_4 : aktivizační metody poskytované domovem pro seniory více využívají mužů než u žen

5. Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů v domově pro seniory?

5.1 Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů v domově pro seniory dle pohlaví?

H_0 : spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů není rozdílná

H_A : spokojen pracovníků s kvalitou života klientů je rozdílná

H_1 : spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

6. Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory?

6.1 Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory dle pohlaví?

H_0 : spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům není rozdílná

H_A : spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům je rozdílná

H_2 : spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům je vyšší u mužů než u žen.

7. Jaká je míra informovanosti pracovníků s aktivizačními metodami poskytovanými domovem pro seniory?

7.1 Jaká je míra informovanosti pracovníků aktivizačními metodami poskytovanými domovem pro seniory dle pohlaví?

H_0 : míra informovanosti pracovníků o poskytovaných aktivizačních metodách není rozdílná

H_A : míra informovanosti pracovníků o poskytovaných aktivizačních metodách je rozdílná

H_3 : míra informovanosti o poskytovaných aktivizačních metod je vyšší u mužů než u žen.

8. Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody v domově pro seniory dle pracovníků?

8.1 Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody dle pracovníků dle pohlaví?

H_0 : míra využívání aktivizačních metod klienty není dle pracovníků rozdílná

H_A : míra využívání aktivizačních metod klienty je dle pracovníků rozdílná

H_4 : aktivizační metody více využívají ženy než muži dle pracovníků

5.3 Charakteristika a výběr respondentů

5.3.1 Výzkumný soubor klientů

Základní soubor byl vytvořen pomocí nestratifikovaného náhodného výběru, kdy byl dotazník rozdán náhodným klientům Domova pro seniory Manželů Curieových. Dotazník byl rozdán 65 klientům, z toho se vrátilo 58 vyplněných dotazníků od respondentů, tudíž návratnost dotazníků je 89 %. Pokud některý z klientů byl ochotný vyplnit dotazník, ale ze zdravotních důvodů to nebylo možno, tak za mé pomoci jsme to vyplnili. Četla jsem klientovi otázky a on mi diktoval odpovědi. Na konci dotazníku jsem klientovi dotazník vrátila, aby si ho mohl přečíst a zkontrolovat, zda je vše správně, popřípadě jsme ti vše spolu prošli. Základní soubor tvoří klienti domova pro seniory, kdy je celkový počet respondentů 58. Z celkového počtu respondentů je 20 mužů a 38 žen.

5.3.2 Výzkumný soubor pracovníků

Základní soubor byl vytvořen pomocí nestratifikovaného náhodného výběru, kdy byl dotazník rozdán pracovníkům Domova pro seniory Manželů Curieových, jednalo se o pracovníky v sociálních službách, zdravotní sestry, sociální pracovnice, rehabilitační pracovníky nebo ergoterapeuty. Dotazník byl rozdán 70 pracovníkům, z toho se vrátilo 61 vyplněných dotazníků od respondentů, tudíž návratnost dotazníků je 87 %. Základní soubor tvoří pracovníci domova pro seniory, kdy je celkový počet respondentů 61. Z celkového počtu respondentů je pouze 5 mužů a 56 žen.

5.4 Výzkumná metoda

Pro získání dat z kvantitativního výzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření. Během výzkumu byly využity dva typy dotazníků, kdy jeden dotazník byl určen pro klienty Domova pro seniory Manželů Curieových a druhý dotazník byl určen pro pracovníky Domova pro seniory Manželů Curieových. Každý dotazník obsahuje 19 otázek, které obsahují otevřené i uzavřené otázky.

5.4.1 Výzkumná metoda dle klientů

Ve výzkumu byl použit vlastní dotazník, který je zcela anonymní a je určen pro klienty Domova pro seniory Manželů Curieových. Dotazník obsahuje 19 otázek, kdy 6 otázek otevřených a 13 uzavřených otázek.

První část tvoří otázky, které se týkají sociodemografických údajů otázka č. 1, otázka č. 2, otázka č. 3, otázka č. 4. Tyto otázky se týkají pohlaví klientů, zda se jedná o klienta či pracovníka, jaký byl důvod jejich přechodu do domova pro seniory, co pro ně bylo při přechodu nejtěžší a co jim zde nejvíce chybí.

Druhá část tvoří otázka č. 6, otázka č. 7, otázka č. 8, otázka č. 10, otázka č. 11, otázka č. 13 zkoumá, jak jsou klienti spokojeni se spolubydlícím, s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, zda jsou spokojeni se stravou a chováním personálu, pokud byl někdo z klientů nespokojen s chováním personálu, byla vytvořena otevřená otázka č. 12, kam respondent uvedl, jak byl nespokojen a jakého chování se to týkalo. Otázka č. 9 zkoumá, jak jsou klienti spokojeni s kvalitou života v tomto zařízení.

Třetí část tvoří otázky č. 14, č. 15, č. 16, č. 17, č. 18, č. 19, které se zabývají, jak klienti tráví svůj volný čas, zda klienti vědí, co jsou to aktivizační metody, pokud ano, jaké znají, do jaké míry klienti využívají aktivizační metody, zda je pracovníci klienty pravidelně informují o daných aktivizačních metodách a jaké aktivizační metody využívají.

5.4.2 Výzkumná metoda dle pracovníků

Ve výzkumu byl použit vlastní dotazník, který byl určen pracovníkům Domova pro seniory Manželů Curieových. Dotazník obsahuje 19 otázek.

První část tvoří otázky, které se týkají sociodemografických údajů otázka č. 1, č. 2, č. 3, č. 4 zkoumá, jaké je respondent pohlaví, zda je to klient nebo pracovník, jaké má nejvyšší dosažené vzdělání a na jaké pracují pracovní pozici v domově pro seniory.

Druhá část je tvořena otázkami č. 5 a č. 6. Které se týkají míry spokojenosti spoluprací mezi pracovníky. Tyto otázky zjišťují, jak spolupracuje multidisciplinární tým.

V třetí části otázky č. 7, č. 8, č. 10, č. 11, č. 13 zjišťují, jak pracovníci vnímají kvalitu poskytované zdravotní a sociální péče, jak vnímají kvalitu péče poskytovanou personálem, jak jsou pracovníci spokojeni s chováním personálu vůči klientům a jak jsou pracovníci spokojeni s poskytovanou stravou klientům. Otázka č. 9 zkoumá, jakou podle pracovníků mají klienti kvalitu života v domově pro seniory.

V další části se otázky č. 14 zkoumá, jak klienti tráví svůj volný čas. Otázky č. 15 a č. 16 zkoumají, zda pracovníci vědí, co jsou to aktivizační metody a pokud ano, vypisují, jaké aktivizační metody, které poskytuje zařízení znají.

Na otázky č. 17, č. 18 a č. 19 se zkoumá, zda pracovníci pravidelně informují klienty o pravidelných aktivitách, do jaké míry podle pracovníků klienti dané aktivizační metody využívají a pokud ano, jaké aktivizační metody využívají.

5.5 Zpracování dat

Vzhledem k tomu, že bylo výzkumné šetření založeno na kvantitativním metodologickém přístupu, byly zvoleny následující metody zpracování dat. Popis dat byl znázorněn prostřednictvím tabulek četností a deskriptivní charakteristiky. Při testování hypotéz byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Data byla zpracována ručním výpočtem testu dobré shody chí-kvadrát a testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Tyto testy byly zvoleny na základě testování nominálních proměnných.

6 EMPIRICKÁ ČÁST KLIENTI

Otázka č. 1: Pohlaví klientů

Tabulka 1

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž (1)	20	34,48 %
Žena (2)	38	65,52 %
Σ	58	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho je 20 klientů mužů (34,48%) a 38 žen (65,52 %).

Otázka č. 3: Důvod přechodu do DS

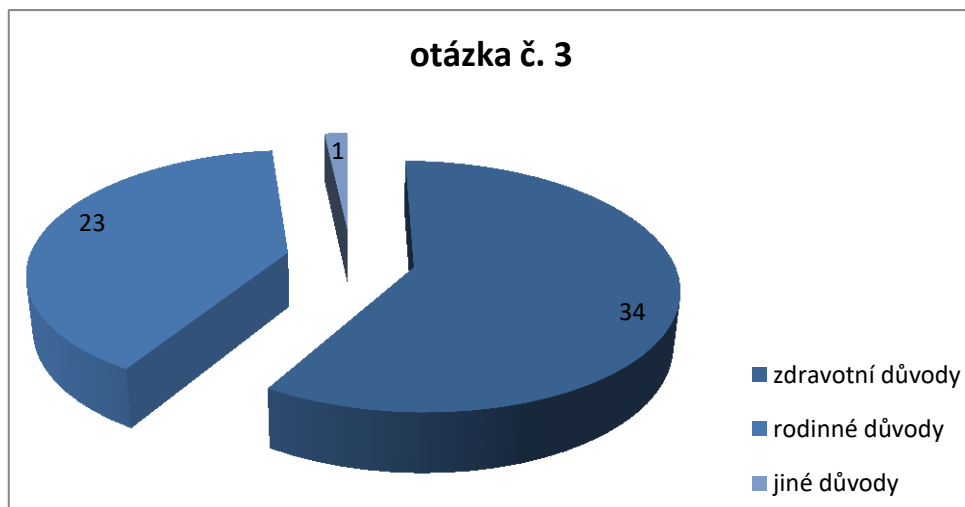
Tabulka 2

MUŽI	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní (1)	9	45 %
Rodinné (2)	11	55 %
Jiné (3)	0	0 %
Σ	20	100 %

Tabulka 3

ŽENY	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní (1)	25	65,79 %
Rodinné (2)	12	31,58 %
Jiné (3)	1	2,63 %
Σ	38	100 %

graf č. 1



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, jaký byl důvod jejich přechodu do domova pro seniory. 9 respondentů (45%) přešlo do domova pro seniory ze zdravotních důvodů, 11 respondentů (55 %) do domova pro seniory přešlo z rodinných důvodů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 38 žen, 25 respondentek (65,79 %) přešlo do domova pro seniory ze zdravotních důvodů, 12 respondentek (31,58 %) přešlo do domova pro seniory z rodinných důvodů a 1 respondentka (2,63 %) přešla do domova pro seniory z jiných důvodů, než byly uvedeny.

Otázka č. 4: co bylo nejtěžší po přestěhování

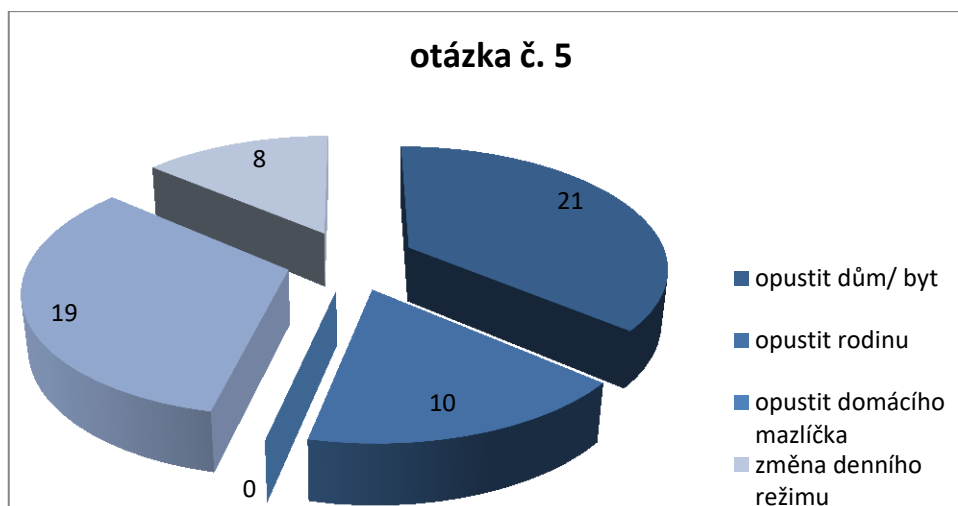
Tabulka 4

MUŽI	Absolutní četnost	Relativní četnost
Opustit dům/ byt (1)	5	25 %
Opustit rodinu (2)	3	15 %
Opustit domácího mazlíčka (3)	0	0 %
Zvyknout si na nové lidi (4)	8	40 %
Změna denního režimu (5)	4	20 %
Σ	20	100 %

Tabulka 5

ŽENY	Absolutní četnost	Relativní četnost
Opustit dům/ byt (1)	16	42,11 %
Opustit rodinu (2)	7	18,42 %
Opustit domácího mazlíčka (3)	0	0 %
Zvyknout si na nové lidi (4)	11	28,95 %
Změna denního režimu (5)	4	10,53 %
Σ	38	100 %

graf č. 2



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, co pro ně bylo nejtěžší, při přechodu do domova pro seniory. Pro 5 respondentů (25 %) bylo nejtěžší opustit dům/ byt, podle 3 respondentů (15%) bylo nejtěžší opustit rodinu, podle 8 respondentů (40 %) bylo nejtěžší zvyknout si na nové lidi a pro 4 respondenty (20 %) byla nejtěžší změna denního režimu. Dotazníkového šetření se také zúčastnilo 38 žen, podle 16 respondentek (42,11 %) bylo nejtěžší opustit dům/ byt, pro 7 respondentek (18,42 %) bylo nejtěžší opustit rodinu, pro 11 respondentek (28,95 %) bylo nejtěžší zvyknout si na nové lidi a pro 4 respondentky (10,53 %) bylo nejtěžší zvyknout si na nový režim.

Otázka č. 5: co klientům nejvíce v DS chybí

Tabulka 6

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
nic (1)	5	25,00 %
rodina (2)	2	10,00 %
vše (3)	0	0 %
Nevyplněno (4)	4	20,00 %
sousedé/ přátele (5)	2	10,00 %
Klid (6)	2	10,00 %
Soukromí (7)	4	20,00 %
Svůj režim (8)	1	5,00 %
Práce/aktivita (9)	0	0 %
Kočka (10)	0	0 %
Σ	20	100 %

Tabulka 7

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
nic (1)	14	36,84 %
rodina (2)	2	5,26 %
vše (3)	2	5,26 %
Nevyplněno (4)	10	26,32 %
sousedé/ přátele (5)	2	5,26 %
Klid (6)	0	0 %
Soukromí (7)	4	10,53 %
Svůj režim (8)	3	7,89 %
Práce/aktivita (9)	0	0 %
Kočka (10)	1	2,63 %
Σ	38	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, co jim v domově pro seniory chybí. 5 respondentům (25 %) v domově pro seniory nechybí nic, 2 respondentům (10 %) chybí v domově pro seniory rodina, 4 respondenti (20 %) na danou otázku neodpověděli. 2 respondentům (10 %) zde chybí sousedé nebo přátelé, 2 respondentům (10 %) chybí klid, 4 respondentům (20 %) chybí soukromí a 1 respondentu (5 %) chybí svůj denní režim. Dotazníkového šetření se také zúčastnilo 38 žen, kdy 14 respondentkám (36,87 %) nechybí nic, 2 respondentkám (5,26 %) v domově pro seniory chybí rodina, 2 respondentkám (5,26 %) chybí vše, a 10 respondentek (26,32 %) na danou otázku neodpověděli. 2 respondentkám (5,26 %) v domově pro seniory chybí přátelé a sousedé, 4 respondentkám (10,53 %) chybí soukromí, 3 respondentkám (7,89 %) chybí svůj denní režim a 1 respondentce (2,63%) v domově pro seniory chybí kočka.

Otázka č. 6: spokojenost klientů se spolubydlícím

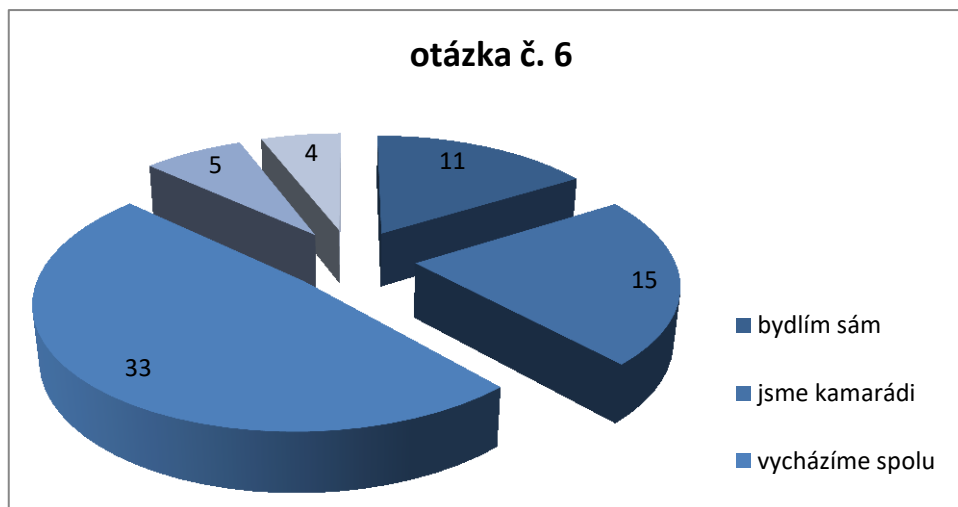
Tabulka 8

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bydlím sám (1)	1	5,00 %
Jsmo kamarádi (2)	4	20,00 %
Vycházíme spolu (3)	11	55,00 %
Nevycházíme spolu (4)	2	10,00 %
Chtěl bych bydlet sám (5)	2	10,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 9

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bydlím sám (1)	10	26,32 %
Jsmo kamarádi (2)	11	28,95 %
Vycházíme spolu (3)	12	31,58 %
Nevycházíme spolu (4)	3	7,89 %
Chtěl bych bydlet sám (5)	2	5,26 %
Σ	38	100 %

graf č. 3



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, jak jsou spokojeni se spolubydlícím. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho 1 respondent (5%) bydlí sám, 4 respondenti (20 %) jsou se spolubydlícím kamarádi, 11 respondentů (55 %) se spolubydlícím vychází, 2 respondenti (2%) se spolubydlícím ne vycházejí a 2 respondenti (10 %) by chtěli bydlet sami. Dotazníkového šetření se také zúčastnilo 38 žen, podle 10 respondentek (26,32 %) bydlí sami, podle 4 respondentek (28,95 %) jsou se spolubydlící kamarádky, podle 12 respondentek (31,58 %) se svoji spolubydlící vychází, 3 respondentky (7,89 %) se svoji spolubydlícím ne vychází a 2 respondentky (5,26 %) by chtěli bydlet sami.

Otázka č. 7: spokojenost s poskytovanou zdravotní péčí

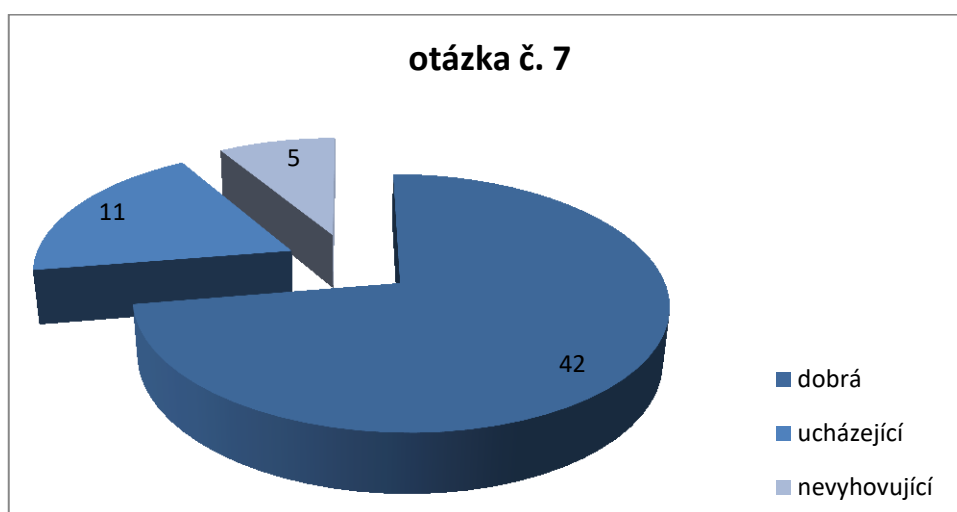
Tabulka 10

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	13	65,00 %
ucházející (2)	4	20,00 %
nevyhovující (3)	3	15,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 11

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	29	76,32 %
ucházející (2)	7	18,42 %
nevyhovující (3)	2	5,26 %
Σ	38	100 %

graf č. 4



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, jaká je v domově pro seniory úroveň poskytované zdravotní péče. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho podle 13 respondentů (65 %) je úroveň poskytované zdravotní péče dobrá, podle 4 respondentů (20 %) je zdravotní péče poskytovaná na ucházející úrovni a podle 3 respondentů (15 %) je zdravotní péče poskytovaná v domově pro seniory nevyhovující. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, kdy podle 29 respondentek (76,32 %) úroveň poskytované zdravotní péče dobrá, podle 7 respondentek (18,42 %) je zdravotní péče ucházející a podle 2 respondentek (5,26 %) je úroveň zdravotní péče nevyhovující.

Otázka č. 8: spokojenost s poskytovanou sociální péčí

Tabulka 12

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	13	65,00 %
ucházející (2)	5	25,00 %
nevyhovující (3)	2	10,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 13

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	33	86,84 %
ucházející (2)	5	13,16 %
nevyhovující (3)	0	0,00 %
Σ	38	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, jaká je v domově pro seniory úroveň poskytované sociální péče. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho podle 13 respondentů (65 %) je úroveň poskytované zdravotní péče dobrá, podle 5 respondentů (25 %) je zdravotní péče poskytovaná na ucházející úrovni a podle 2 respondentů (10 %) je sociální péče poskytovaná v domově pro seniory nevyhovující. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, kdy podle 33 respondentek (86,84 %) úroveň poskytované sociální péče dobrá, podle 5 respondentek (13,16 %) je zdravotní péče ucházející a podle 2 respondentek (5,26 %) je úroveň zdravotní péče nevyhovující.

1. Jaká je spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory?

H_0 : spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory není rozdílná

H_A : spokojen klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je rozdílná

Tabulka 14

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	$(P-O)^2$	$(P-O)^2 / O$
Dobrá	88	38,33	49,67	2467,11	64,60
Ucházející	21	38,33	-17,33	300,33	7,84
Nevyhovující	6	38,33	-32,33	1045,23	27,27
Σ	115	115			99,71

$x^2=99,71$

$$x^2_{0,05}(2) = 7,815 < 99,71$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2=99,71$ je větší, než kritická hodnota, a proto přijímáme alternativní hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímáním spokojenosti klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je významný rozdíl.

1.1 Jaká je spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory dle pohlaví?

H_2 : spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je vyšší u žen než u mužů.

Tabulka 15

	Dobrá	Ucházející	Nevyhovující	Σ
MUŽ	26 (28,33) ^{0,19}	9(8,75) ^{0,01}	5 (2,92) ^{1,48}	40 ^{1,68}
ŽENA	42 (39,67) ^{0,14}	12 (12,25) ^{0,01}	2 (4,08) ^{1,06}	56 ^{1,21}
Σ	68	21	7	96 ^{2,89}

$x^2=2,89$

$$F = (r-1) \cdot (s-1) = (2-1) \cdot (3-1) = 2$$

$$x^2_{0,05}(2) = 5,991 > 2,89$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,01) s kritickou hodnotou (z tabulek) $\chi^2_{0,05}(2)=5,991 > 2,89$, zjistíme, že kritická hodnota je menší, proto se nám hypotéza nepotvrdila. Nebylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 9: spokojenost s kvalitou života

Tabulka 16

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dle zdravotního stavu (1)	4	20,00 %
spokojen (2)	7	35,00 %
nevyplněno (3)	3	15,00 %
Musíme být spokojeni (4)	0	0 %
Kdybych bydlel (a) sám (5)	3	15,00 %
Dobře co bydlím sám (6)	0	0 %
Chování klientů (7)	0	0 %
Aktivity (8)	3	15,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 17

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dle zdravotního stavu (1)	4	10,53 %
spokojen (2)	19	50,00 %
nevyplněno (3)	3	7,89 %
Musíme být spokojeni (4)	4	10,53 %
Kdybych bydlel (a) sám (5)	3	7,89 %
Dobře co bydlím sám (6)	2	5,26 %
Chování klientů (7)	1	2,63 %
Aktivity (8)	2	5,26 %
Σ	38	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 8 žen, kteří odpovídali na otázku, jak jsou spokojeni s kvalitou života v domově pro seniory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho podle 4 respondentů (20 %) záleží na aktuálním zdravotním stavu, 7 respondentů (35 %) jsou s kvalitou života spokojeni, 3 respondenti (15%) na danou otázku neodpověděli, 3 respondenti (15 %) by byli s kvalitou života v domově pro seniory spokojeni, pokud by bydleli sami na pokoji a 3 respondenti (15 %) jsou s kvalitou života spokojeni, vzhledem k množství poskytovaných aktivit. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, podle 4 respondentek (10,53 %) je kvalita života v domově pro seniory závislá na zdravotním stavu klienta, 19 respondentek (50 %) je s kvalitou života v domově pro seniory spokojeno, 3 respondenty (7,89 %) na danou otázku neodpověděli, 4 respondenky (10,53%) na danou otázku odpověděli tím, že musejí být spokojeni a nic jiného jim nezbyvá, 3 respondenky (7,89 %) by s kvalitou života byli spokojeni, pokud by bydleli sami a 2 respondenky (5,26 %) jsou s kvalitou života spokojeni, vzhledem k množství poskytovaných aktivit.

Otázka č. 10: spokojenost klientů s kvalitou života

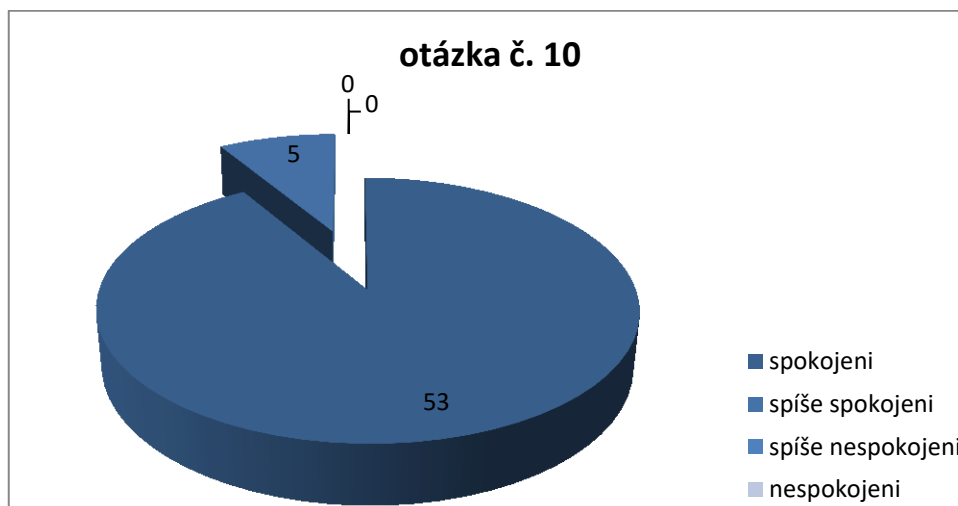
Tabulka 18

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	16	80,00 %
Spíše spokojeni (2)	4	20,00 %
Spíše nespokojeni (3)	0	0,00 %
nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 19

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	37	97,37 %
Spíše spokojeni (2)	1	2,63 %
Spíše nespokojeni (3)	0	0,00 %
nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	38	100 %

graf č. 5



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kdy odpovídali na otázku, jak jsou spokojeni s kvalitou života v domově pro seniory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho 16 respondentů (80 %) jsou s kvalitou života spokojeni a 4 respondenti (20 %) jsou s kvalitou života v domově pro seniory spíše spokojeni. Dotazníkového šetření se také zúčastnilo 38 žen, z toho 37 respondentek (97,37 %) jsou s kvalitou života v domově pro seniory spokojeni a 1 respondentka (2,63 %) je spíše spokojena s kvalitou života v domově pro seniory.

2. Jaká je spokojenost klientů s kvalitou života v domově pro seniory?

H_0 : spokojenost klientů s kvalitou života není rozdílná.

H_A : spokojenost klientů s kvalitou života je rozdílná

Tabulka 20

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	$(P-O)^2$	$(P-O)^2 / O$
Spokojeni	53	14,5	38,5	1482,25	102,22
Spíše spokojeni	5	14,5	-9,5	90,25	6,22
Spíše nespokojeni	0	14,5	-14,5	210,25	14,5
Nespokojeni	0	14,5	-14,5	210,25	14,5
Σ	58	58			137,44

$$x^2 = 137,44$$

$$x^2_{0,05}(3) = 7,815 < 137,44$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 137,44$ je větší, než kritická hodnota, a proto přijímáme alternativní hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímání spokojenosti klientů s kvalitou života v domově pro seniory je významný rozdíl.

2.1 Jaká je spokojenost klientů s kvalitou života v domově pro seniory dle pohlaví?

H_2 : spokojenost klientů s kvalitou života je vyšší u mužů než u žen.

Tabulka 21

	Spokojeni	Spíše spokojeni	Spíše nespokojeni	Nespokojeni	Σ
MUŽ	16 (18,27) ^{0,28}	4 (1,72) ^{3,02}	0 (0) ⁰	0 (0) ⁰	20 ^{3,3}
ŽENA	37 (34,72) ^{0,14}	1 (3,27) ^{1,57}	0 (0) ⁰	0 (0) ⁰	38 ^{1,71}
Σ	53	5	0	0	58 ^{5,01}

$$x^2 = 5,01$$

$$F = (r-1) \cdot (s-1)^* = (2-1) \cdot (4-1) = 3$$

$$x^2_{0,05}(3) = 7,815 > 5,01$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,01) s kritickou hodnotou (z tabulek) $\chi^2_{0,05}(3)=7,815 > 5,01$, zjistíme, že kritická hodnota je menší, proto se nám hypotéza nepotvrdila. Nebylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 11- spokojenost klientů s chováním personálu

Tabulka 22

MUŽI	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	19	95,00 %
Spíše spokojeni (2)	1	5,00 %
Spíše nespokojeni (3)	0	0,00 %
nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 23

ŽENY	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	32	84,21 %
Spíše spokojeni (2)	6	15,79 %
Spíše nespokojeni (3)	0	0,00 %
nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	38	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, jak jsou spokojeni s chováním personálu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho 19 respondentů (95 %) jsou s chováním personálu spokojeni a 1 respondent (5 %) je s kvalitou života spíše spokojen. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, z toho 32 respondentek (84,2 %) je s chováním personálu spokojeno a 6 respondentek (15,79 %) je spíše spokojeno s chováním personálu.

Otázka č. 13- spokojenost se stravou

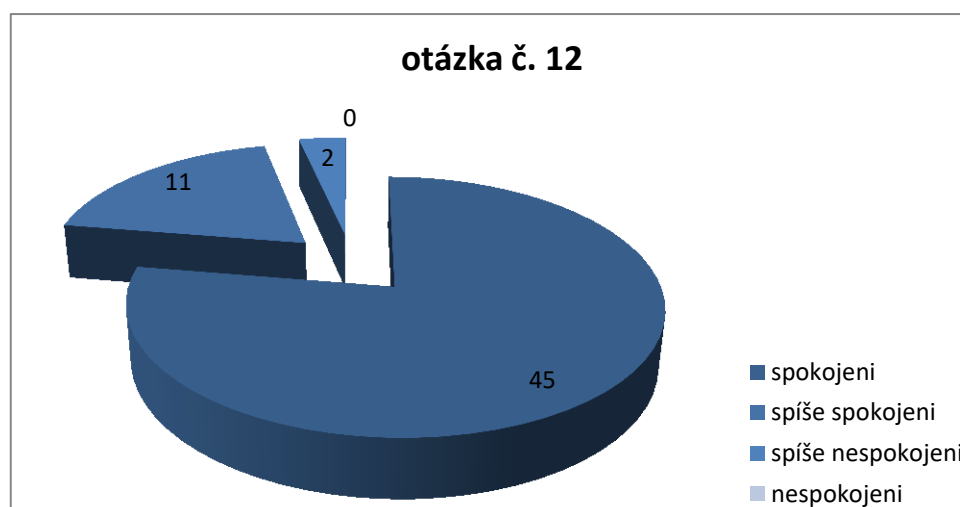
Tabulka 24

MUŽI	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	17	85,00 %
Spíše spokojeni (2)	3	15,00 %
Spíše nespokojeni (3)	0	0,00 %
nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 25

ŽENY	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	28	73,68 %
Spíše spokojeni (2)	8	21,05 %
Spíše nespokojeni (3)	2	5,26 %
nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	20	100 %

graf č. 6



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 žen, z 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali, jak jsou spokojeni s poskytovanou stravou. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho 17 respondentů (85 %) jsou s poskytovanou stravou spokojeni a 3 respondenti (15 %) jsou s poskytovanou stravou spíše spokojeni. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, z toho 28 respondentek (73,68 %) jsou s kvalitou poskytované stravy spokojeni, 8 respondentek (21,05 %) spíše spokojeni a 2 respondentky (5,26 %) jsou spíše nespokojeni s poskytovanou stravou v domově pro seniory.

Otázka č. 14: jak tráví klienti volný čas

Tabulka 26

MUŽI	Absolutní četnost
sbor (1)	0
TV (2)	5
zahrada (3)	6
Rádio (4)	4
Odpočinek (5)	0
Křížovky (6)	1
Rehabilitační cvičení (7)	4
Chůze (8)	5
U3V(9)	0
Nevyplněno (10)	1
Četba (11)	3
Dílny (12)	2
Úklid (13)	0
Harmonika (14)	1
Zvířata (15)	3
Σ	20

Tabulka 27

ŽENY	Absolutní četnost
sbor (1)	5
TV (2)	8
zahrada (3)	6
Rádio (4)	4
Odpočinek (5)	3
Křížovky (6)	6
Rehabilitační cvičení (7)	5
Chůze (8)	2
U3V(9)	1
Nevyplněno (10)	1
Četba (11)	9
Dílny (12)	3
Úklid (13)	6
Harmonika (14)	1
Zvířata (15)	2
Σ	38

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, jak tráví svůj volný čas v domově pro seniory.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 respondentů. Mezi nejčastější aktivity, které respondenti zvolili, bylo trávení času na zahradě, tuto možnost zvolilo 6 respondentů, druhou nejčastější zvolenou odpovědí bylo trávení čas sledováním televize, tuto možnost zvolila 5 respondentů a chůze po zahradě a domově pro seniory, kterou zvolilo 5 respondentů. Mezi třetí nejvyskytovanější odpověď, které byly zvolené, jsou poslouchání radia, kterou zvolili 4 respondenti, účast na rehabilitačním cvičení, kterou zvolili 4 respondenti. Mezi další zvolené odpovědi patří četba knih, kterou zvolili 3 respondenti, další odpovědí bylo trávení času staráním se o zvířata, kterou zvolili 3 respondenti, další odpověď, kterou zvolili 2 respondenti je trávení času v pracovních dílnách, 1 respondent tráví čas hraní na harmoniku a 1 respondent tráví čas u křížovek.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, kdy nejčastější odpovědí je četba knih, kterou zvolilo 9 respondentek, 8 respondentek tráví čas sledováním televize, 6 respondentek tráví čas na zahradě a 6 respondentek tráví čas uklízením svého pokoje. Mezi další zvolené odpovědi patří účast na rehabilitačním cvičení, kterou zvolilo 5

respondentek, 5 respondentek tráví volný čas v pěveckém sboru, další zvolenou odpovědí trávení volného času poslechem rádia, tuto možnost zvolily 4 respondentky, 3 respondentky tráví volný čas v pracovních dílnách a odpočinkem na pokoji. Další odpovědi, které byly zaznamenány, jsou trávení čas a starání se o zvířata, tuto možnost zvolily 2 respondentky, 2 respondentky tráví volný čas chůzí po domově pro seniory a zahradě, 1 respondentka tráví volný čas hrou na harmoniku, 1 respondentka danou otázku nevyplnila a 1 respondentka tráví volný čas tím, že navštěvuje univerzitu třetího věku

Otázka č. 15: zda klienti využívají nebo nevyžívají aktivizační metody

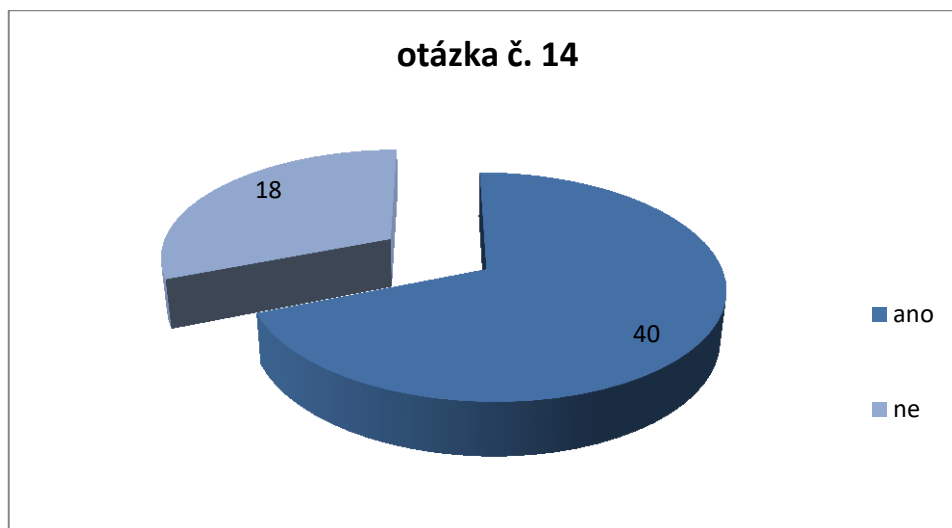
Tabulka 28

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano (1)	11	55,00 %
ne (2)	9	45,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 29

ŽENY	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano (1)	29	76,32 %
ne (2)	9	23,68 %
Σ	38	100 %

graf č. 7



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, zda využívají nebo nevyužívají aktivizační metody. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, kdy 11 respondentů (55 %) aktivizační metody využívají a 9 respondentů (45 %) aktivizační metody v domově pro seniory nevyužívají. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 38 žen, z toho 29 respondentek (76,32 %) aktivizační metody využívají a 9 respondentek (23,68 %) aktivizační metody poskytované domovem pro seniory nevyužívají.

Otázka č. 16: znalost poskytovaných aktivizačních metod

Tabulka 30

MUŽ	Absolutní četnost
neodpověděli (1)	5
Dílny/ ergo (2)	4
Muzikoterapie (3)	5
RHB (4)	4
Oslavy (5)	2
Vaření (6)	0
U3V (7)	2
Výlety (8)	5
Σ	20

Tabulka 31

ŽENA	Absolutní četnost
neodpověděli (1)	7
Dílny/ ergo (2)	17
Muzikoterapie (3)	14
RHB (4)	6
Oslavy (5)	2
Vaření (6)	4
U3V (7)	1
Výlety (8)	2
Σ	38

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen, kteří odpovídali na otázku, jaké znají aktivizační metody poskytované v domově pro seniory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho 5 respondentů na danou otázku neodpovědělo, další možností byla muzikoterapie, což zvolilo 5 respondentů a výlety, kterou zvolilo 5 respondentů. Tyto odpovědi se vyskytovaly nejvíce. 4 respondenti zvolili jako odpověď dílny/ ergoterapii, 4 respondenti a rehabilitaci, kterou zvolilo 5 respondentů, což byla druhá nejčastěji zvolená odpověď. Mezi další zvolené odpovědi patří účast na společenských oslavách a navštěvování univerzity třetího věku, kterou zvolili 2 respondenti. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 38 žen, z toho 14 respondentek tráví volný čas v pracovních dílnách, tato odpověď se vyskytovala jako nejčastější. Mezi druhou nejčastější odpovědi patřilo trávení volného času na muzikoterapii, kterou zvolilo 14 respondentek. 7 respondentek na tuto otázku neodpovědělo, 6 respondentek tráví volný čas rehabilitací, 4 rehabilitace tráví volný čas skupinovým vařením, 2 respondentky tráví volný čas výlety a společenskými oslavami a 1 respondentka navštěvuje univerzitu třetího věku.

Otázka č. 17: informování pracovníky o poskytovaných aktivizačních metodách

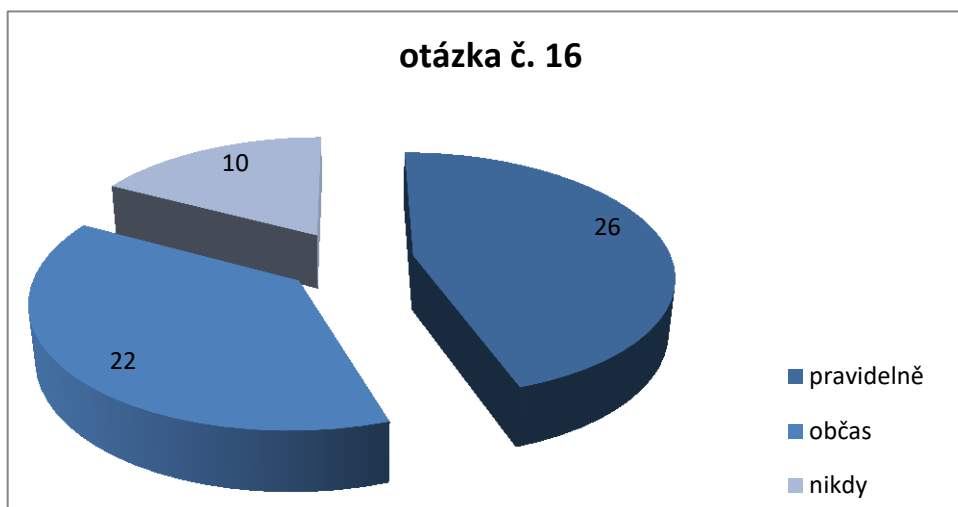
Tabulka 32

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	11	55,00 %
občas (2)	5	25,00 %
nikdy (3)	4	20,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 33

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	15	39,47 %
občas (2)	17	44,74 %
nikdy (3)	6	15,79 %
Σ	38	100 %

graf č. 8



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho se ho zúčastnilo 20 mužů a 38 žen, které odpovídali na to, jak jsou často informováni pracovníky o možnostech návštěvy aktivizačních metod. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho 11 respondentů (55 %) jsou pravidelně informováni, 5 respondentů (25 %) jsou občas informováni a 4 respondenti (20 %) nejsou informováni nikdy. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, z toho 15 respondentek (39,47 %) pracovníci informují pravidelně, 17 respondentek (44,74 %) jsou informovány občas a 6 respondentek (15,79 %)

3. Jaká je míra informovanosti klientů s aktivizačními metodami poskytovanými v domově pro seniory?

H_0 : míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních službách není rozdílná

H_A : míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních službách je rozdílná

Tabulka 34

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² /O
Pravidelně	26	19,3	6,7	44,89	6,7
Občas	22	19,3	2,7	7,29	2,7
Nikdy	10	19,3	-9,3	86,49	9,3
Σ	58	58			18,7

$$x^2 = 18,7$$

$$x^2_{0,05}(2) = 5,991 < 18,7$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 18,7$ je větší, než kritická hodnota, a proto přijímáme alternativní hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímání spokojenosti klientů s kvalitou života v domově pro seniory je významný rozdíl.

3.1 Jaká je míra informovanosti pracovníků poskytovaných aktivizačních metod v domově pro seniory dle pohlaví?

H₃: míra informovanosti poskytovaných aktivizačních metod je vyšší u žen než u mužů.

Tabulka 35

	Pravidelně	Občas	Nikdy	Σ
MUŽ	11 (8,96) ^{0,23}	5 (7,59) ^{0,34}	4 (3,45) ^{0,16}	20 ^{0,73}
ŽENA	15 (17,03) ^{0,12}	17 (14,41) ^{0,18}	6 (6,55) ^{-0,08}	38 ^{0,22}
Σ	26	22	10	58 ^{0,95}

$$x^2 = 0,95$$

$$F = (r-1) \cdot (s-1) = (2-1) \cdot (3-1) = 2$$

$$x^2_{0,05}(2) = 5,991 > 0,95$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,01) s kritickou hodnotou (z tabulek) $X^2_{0,05}(2) = 5,991 > 0,95$, zjistíme, že kritická hodnota je menší, proto se nám hypotéza nepotvrdila. Nebylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 18: jak často klienti využívají aktivizační metody

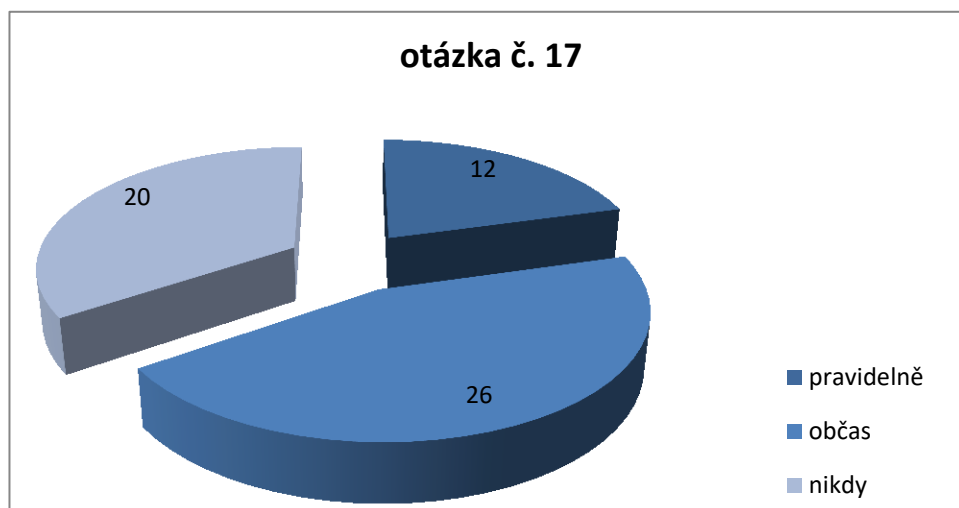
Tabulka 36

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	3	15,00 %
občas (2)	10	50,00 %
nikdy (3)	7	35,00 %
Σ	20	100 %

Tabulka 37

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	9	23,68 %
občas (2)	16	42,11 %
nikdy (3)	13	34,21 %
Σ	38	100 %

graf č. 9



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, z toho 20 mužů a 38 žen. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 respondentů, z toho 3 respondenti (15 %) jsou pracovníky informováni pravidelně, 10 respondentů (50 %) je informováno občas a 7 respondentů (35 %) není informováno nikdy. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 38 žen, z toho 9 respondentek (23,68 %) je pravidelně informováno o poskytovaných aktivizačních metodách, 16 respondentek (42,11 %) je informováno občas a 13 respondentek (34,21 %) není informováno nikdy..

Tabulka 38

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² / O
Pravidelně	12	19,3	-7,3	53,29	2,76
Občas	26	19,3	6,7	44,89	2,33
Nikdy	20	19,3	0,7	0,49	0,03
Σ	58	58			5,12

$$x^2 = 5,12$$

$$x^2_{0,05}(2) = 5,991 > 5,12$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 5,12$ je menší, než kritická hodnota, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímání spokojenosti klientů s kvalitou života v domově pro seniory není významný rozdíl.

Tabulka 39

	Pravidelně	Občas	Nikdy	Σ
MUŽ	11 (18,27) ^{8,97}	5 (1,72) ^{4,14}	4 (0) ^{3,45}	20 ^{16,56}
ŽENA	15 (34,72) ^{17,03}	7 (3,27) ^{7,86}	6 (0) ^{6,55}	38 ^{31,44}
Σ	26	12	10	58 ⁴⁸

$$x^2 = 48$$

$$F = (r-1) \cdot (s-1)^* = (2-1) \cdot (3-1) = 2$$

$$X^2_{0,05}(2) = 7,815 > 5,01$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,01) s kritickou hodnotou (z tabulek) $X^2_{0,05}(3)=7,815 > 5,01$, zjistíme, že kritická hodnota je menší, proto se nám hypotéza nepotvrdila. Nebylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 19: jaké aktivizační metody klienti využívají

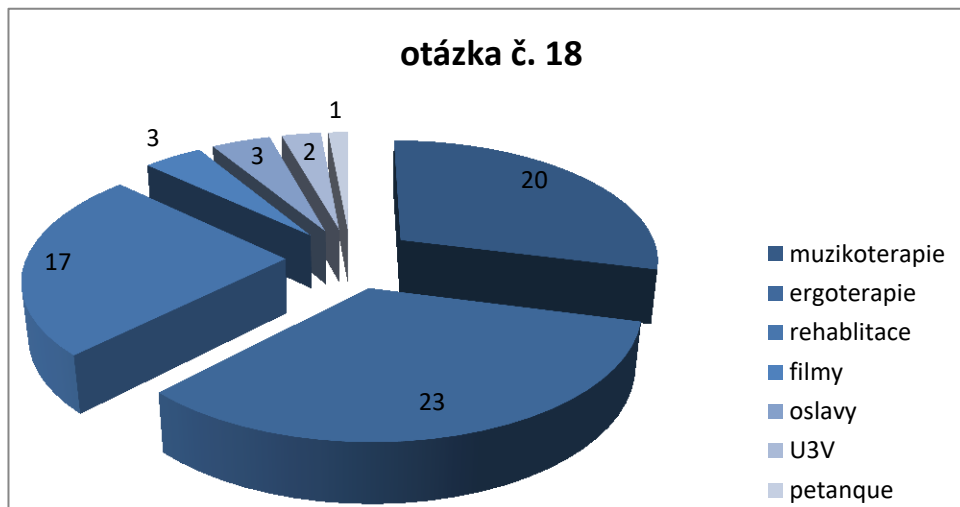
Tabulka 40

MUŽ	Absolutní četnost
muzikoterapie (1)	6
ergoterapie (2)	8
rehabilitace (3)	5
Filmy (4)	2
Oslavy (5)	1
U3V (6)	2
Petanque (7)	1
Σ	20

Tabulka 41

ŽENA	Absolutní četnost
muzikoterapie (1)	14
ergoterapie (2)	15
rehabilitace (3)	12
Filmy (4)	1
Oslavy (5)	2
U3V (6)	0
Petanque (7)	0
Σ	38

graf č. 10



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, 20 mužů a 38 žen.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 20 mužů, z toho nejčastější zvolenou aktivizační metodou je ergoterapie, kterou zvolilo 8 respondentů, mezi další zvolenou metodu, kterou zvolilo 6 respondentů je muzikoterapie. 5 respondentů využívá rehabilitaci 2 respondenti navštěvují univerzitu třetího věku a 2 respondenti navštěvují skupinové sledování filmů. Mezi další aktivizační metody, které navštěvuje 1 respondent je navštěvování skupinových oslav a 1 respondent navštěvuje skupinové hraní pétanque.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 38 žen, z toho nejčastější zvolenou aktivizační metodou, kterou navštěvuje 15 respondentek je ergoterapie, 14 respondentek navštěvuje muzikoterapii a 1 respondentek navštěvuje rehabilitaci. Mezi další aktivizační metody, které 2 respondentky navštěvují jsou skupinové oslavy a 1 respondentka navštěvuje skupinové sledování filmů.

7 EMPIRICKÁ ČÁST PRACOVNÍK

Tabulka 42

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž (1)	5	8,47 %
Žena (2)	54	91,53 %
Σ	59	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen a 5 mužů

Otázka č. 3: vzdělání pracovníků

Tabulka 43

MUŽI	Absolutní četnost	Relativní četnost
základní (1)	0	0,00 %
Středoškolské s výučním listem (2)	2	40,00 %
Středoškolské s maturitou (3)	3	60,00 %
Vyšší odborné (4)	0	0,00 %
Vysokoškolské (5)	0	0,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 44

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
základní (1)	2	3,70 %
Středoškolské s výučním listem (2)	18	33,33 %
Středoškolské s maturitou (3)	28	51,85 %
Vyšší odborné (4)	4	7,41 %
Vysokoškolské (5)	2	3,70 %
Σ	54	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy 2 respondenti mají středoškolské vzdělání s výučním listem (40 %), tři respondenti mají středoškolské vzdělání s maturitou (60%). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen, kdy 2 respondentky mají základní vzdělání (3,70%), 18 respondentek má středoškolské vzdělání s výučním listem (33,33 %) a středoškolské vzdělání s maturitou má 28 respondentek (51,85%), 4 ženy mají vyšší odborné vzdělání (7,41%) a 2 respondentky ženy mají vysokoškolské vzdělání (3,78%).

Otázka č. 4: pracovní pozice

Tabulka 45

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pracovník v sociálních službách (1)	5	100,00 %
Zdravotní sestra (2)	0	0,00 %
Sociální pracovník (3)	0	0,00 %
Rehabilitační pracovník (4)	0	0,00 %
ergoterapeut (5)	0	0,00 %
Jiné (6)	0	0,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 46

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pracovník v sociálních službách (1)	41	75,93 %
Zdravotní sestra (2)	8	14,81 %
Sociální pracovník (3)	2	3,70 %
Rehabilitační pracovník (4) ergoterapeut (5)	2	3,70 %
Jiné (6)	1	1,85 %
Σ	0	0,00 %
	54	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, která řeší jejich pracovní pozici v domově pro seniory. Dotazníkové šetření se zúčastnilo 5 respondentů, kteří pracují na pozici pracovníka v sociálních službách (100 %). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 41 respondentek (75,93 %), které pracují na pozici pracovníka v sociálních službách, 8 respondentek (14,81 %) pracují na pozici zdravotní sestry, 2 respondentky (3,70 %) pracují na pozici sociálního pracovníka, 2 respondentky pracují na pozici rehabilitačního pracovníka (3,70 %) a 1 respondentka (1,85 %) pracuje na pozici ergoterapeuta.

Otázka č. 5: spolupráce pracovníků

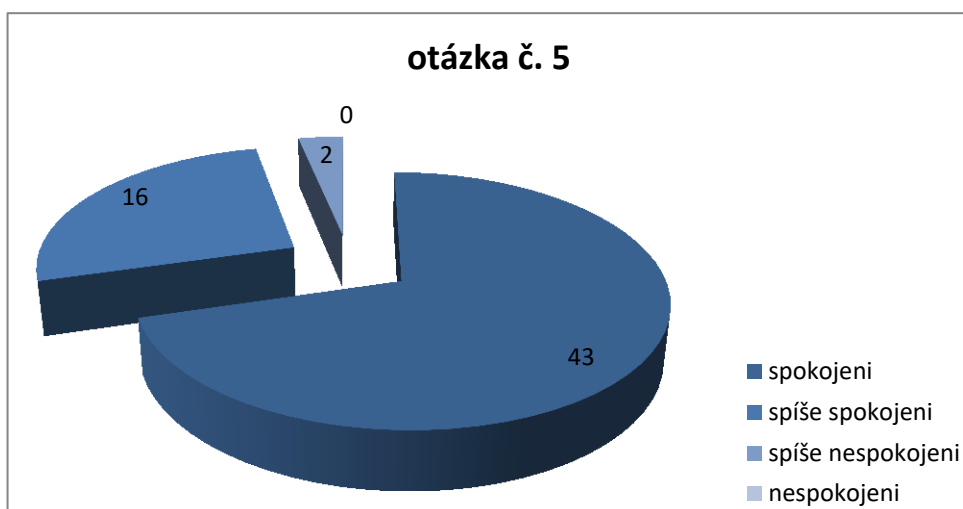
Tabulka 47

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojen (1)	3	60,00 %
Spíše spokojeni (2)	2	40,00 %
Spíše nespokojen (3)	0	0,00 %
nespokojen (4)	2	0,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 48

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojen (1)	40	74,07 %
Spíše spokojeni (2)	14	25,93 %
Spíše nespokojen (3)	0	0,00 %
nespokojen (4)	0	0,00 %
Σ	54	100 %

graf č. 11



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jak jsou spokojeni ni se spoluprací mezi pracovníky. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy 3 respondenti (60 %) jsou spokojeni se spoluprací mezi pracovníky a 2 respondenti (40 %) jsou spíše spokojeni se spoluprací. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen, kdy 40 respondentek (74,07 %) jsou se spoluprací mezi pracovníky spokojeni a 14 respondentek (25,93 %) jsou se spoluprací mezi pracovníky spíše spokojeni.

Otázka č. 6: spolupráce multidisciplinárního týmu

Tabulka 49

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Špatná (1)	1	20,00 %
Jak s kým (2)	0	0,00 %
Dobrá (3)	0	0,00 %
Snaží sen (4)	0	0,00 %
Nevyplnili (5)	0	0,00 %
Velmi dobrá (6)	1	20,00 %
Některé úseky (7)	0	0,00 %
Ošetřovatelky velmi dobře (8)	1	20,00 %
Zlepšení (9)	2	40,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 50

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
Špatná (1)	4	7,41 %
Jak s kým (2)	8	14,81 %
Dobrá (3)	12	22,22 %
Není ideální, ale snaží sen (4)	7	12,96 %
Nevyplnili (5)	2	3,70 %
Velmi dobrá (6)	8	14,81 %
Některé úseky (7)	8	14,81 %
Ošetřovatelky velmi dobře (8)	3	5,56 %
Zlepšení (9)	2	3,70 %
Σ	54	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jak jsou spokojeni se spoluprací v multidisciplinárním týmu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy 1 respondent (20 %) je se spoluprací mezi pracovníky velmi spokojen, podle 1 respondenta (20 %) je spolupráce mezi pracovníky špatná, podle 1 respondenta (20 %) je spolupráce mezi pracovníky v sociálních službách dobrá a podle 2 respondentů (40 %) by se měla spolupráce mezi pracovníky zlepšit. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 54 žen, kdy podle 4 respondentek (7,41 %) je spolupráce mezi pracovníky špatná, podle 8 respondentek (14,81 %) je spolupráce závislá, s kým se pracuje, podle 12 respondentek (22,22 %) je spolupráce mezi pracovníky dobrá, podle 7 respondentek (12,96 %) není

spolupráce mezi pracovníky ideální, ale snaží se. 2 respondentky (3,70 %) na danou otázku neodpověděly. Podle 8 respondentek (14,81 %) je spolupráce mezi pracovníky velmi dobrá, podle 8 respondentek (14,81 %) je spolupráce závislá na úseku zdravotnické, ošetrovatelské nebo popřípadě rehabilitační péče. Podle 3 respondentek (5,56 %) pracovníce v sociálních službách spolupracují velmi dobře a podle 2 respondentek (3,70 %) by mělo dojít ke zlepšení ve spolupráci.

Otázka č. 7: kvalita poskytované zdravotní péče

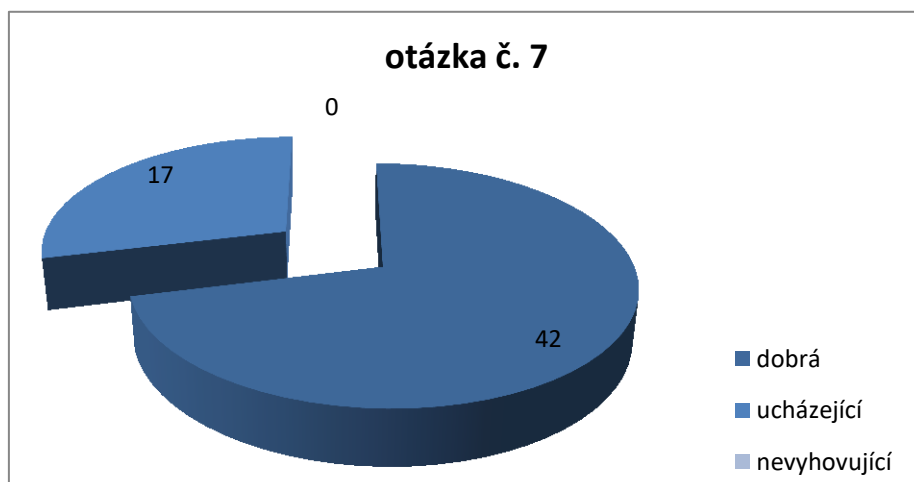
Tabulka 51

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	3	60,00 %
ucházející (2)	2	40,00 %
nevyhovující (3)	0	0,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 52

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	39	72,22 %
ucházející (2)	15	27,78 %
nevyhovující (3)	0	0,00 %
Σ	54	100 %

graf č. 12



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jak jsou spokojeni s poskytovanou zdravotní péčí. Dotazníkové šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy podle 3 respondentů (60 %) je úroveň zdravotní péče dobrá a podle 2 respondentů (40%) je zdravotní péče ucházející. Dotazníkové šetření se zúčastnilo 54 žen, kdy podle 39 respondentek (72,22 %) je poskytovaná zdravotní péče dobrá a podle 15 respondentek (27,78 %) je zdravotné péče ucházející.

Otázka č. 8: kvalita poskytované sociální péče

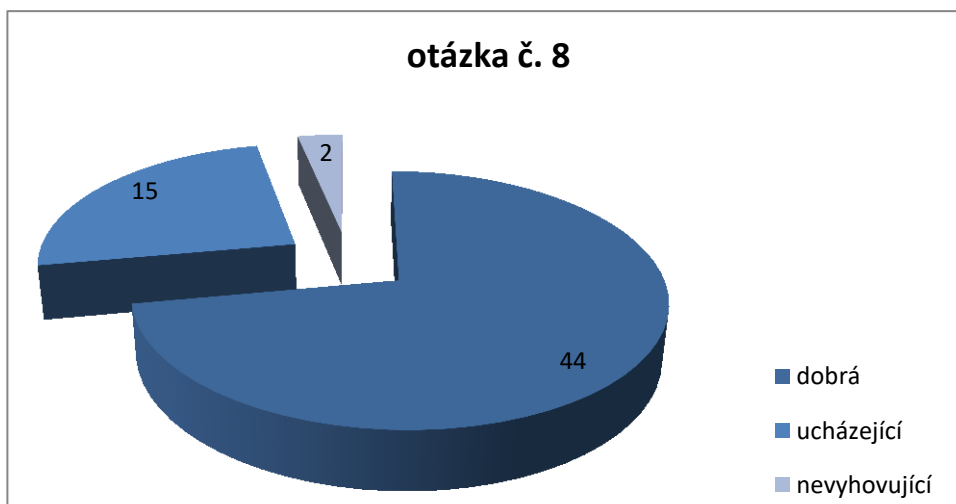
Tabulka 53

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	3	60,00 %
ucházející (2)	2	40,00 %
nevyhovující (3)	0	0,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 54

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
dobrá (1)	41	75,93 %
ucházející (2)	13	24,07 %
nevyhovující (3)	0	0,00 %
Σ	54	100 %

graf č. 13



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jak jsou spokojeni s kvalitou poskytované sociální péče. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy podle 3 respondentů (60 %) je úroveň poskytované sociální péče dobrá a podle 2 respondentů (40%) je úroveň sociální péče ucházející. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen, kdy podle 41 respondentek (75,93 %) je úroveň sociální péče dobrá a podle 13 respondentek (24,07 %) je úroveň poskytované sociální péče ucházející.

1. Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory?

H_0 : míra spokojenosti pracovníků s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory není rozdílná

H_A : míra spokojenosti pracovníků s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je rozdílná

Tabulka 55

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² / O
Dobrá	86	39,33	46,67	2178,09	55,38
Ucházející	32	39,33	-7,33	53,73	1,37
Nevyhovující	0	39,33	-39,33	1546,85	39,33
Σ	118	118			96,08

$$x^2=96,08$$

$$x^2_{0,05}(2)= 7,815 < \mathbf{96,08}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2= 96,08$ je větší, než kritická hodnota, a proto přijímáme alternativní hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímáním spokojenosti klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je významný rozdíl.

- 1.1 Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory dle pohlaví?

H_2 : spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory je vyšší u žen než u mužů.

Tabulka 56

	Dobrá	Ucházející	Nevyhovující	Σ
MUŽ	6 (8,96) ^{0,98}	4(3,33) ^{0,13}	0 (0) ⁰	10 ^{1,11}
ŽENA	80 (96,75) ^{2,90}	28 (36) ^{1,81}	0 (0) ⁰	108 ^{4,71}
Σ	86	32	0	96 ^{5,82}

$$x^2=5,82$$

$$F = (r-1) \cdot (s-1) = (2-1) \cdot (3-1) = 2$$

$$x^2_{0,05}(3) = 5,991 > 5,82$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,82) s kritickou hodnotou (z tabulek) $x^2_{0,05}(2) = 5,991 > 5,82$, zjistíme, že kritická hodnota je menší, proto se nám hypotéza nepotvrdila. Nebylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 9: kvalita života klientů

Tabulka 57

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní stav (1)	2	40,00 %
Velmi dobrá (2)	0	0,00 %
Nevyplněno (3)	0	0,00 %
Vyhovující (4)	1	20,00 %
Hodně aktivit (5)	0	0,00 %
Kvalitní péče (6)	0	0,00 %
Individuální přístup (7)	2	40,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 58

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dle zdravotního stavu (1)	14	25,93 %
Velmi dobrá (2)	9	16,67 %
Nevyplněno (3)	7	12,96 %
Vyhovující (4)	4	7,41 %
Hodně aktivit (5)	10	18,52 %
Kvalitní péče (6)	6	11,11 %
Individuální přístup (7)	4	7,41 %
Σ	54	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jaká je kvalita života klientů v domově pro seniory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy podle 2 respondentů (60%) je kvalita života v domově pro seniory závislá na zdravotním stavu klienta, podle 1 respondenta (20 %) je kvalita života v domově pro seniory ucházející a podle 2 respondentů (40%) kvalitu života v domově pro seniory pozitivně ovlivňuje individuální přístup pracovníků. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen, kdy 14 respondentek (25,93 %) je kvalita života v domově pro seniory závislá na zdravotním stavu, podle 10 respondentek (18,52 %) je kvalita života dobrá, vzhledem k množství aktivit poskytovaných domovem pro seniory, podle 9 respondentek (16,67 %) je kvalita života seniorů v domově pro seniory velmi dobrá, 7 respondentek (12,96 %) danou otázku nevyplnilo. Podle 4 respondentek (7,41 %) je kvalita života seniorů v domově pro seniory vyhovující a podle 4 respondentek (7,41 %) je kvalita života dobrá, vzhledem k individuálnímu přístupu pracovníků.

2. Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů v domově pro seniory?

H_0 : spokojenost pracovníků s kvalitou života není rozdílná

H_A : spokojen pracovníků s kvalitou života je rozdílná

Tabulka 59

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² / O
Dle zdravotního stavu	16	8,43	7,57	57,30	6,80
Velmi dobrá	9	8,43	0,57	0,32	0,04
Nevyplnili	7	8,43	-1,43	2,04	0,24
Vyhovující	5	8,43	-3,43	11,76	1,40
Hodně aktivní	10	8,43	1,57	2,56	0,30
Kvalitní péče	6	8,43	-2,43	5,90	0,70
Individuální přístup	6	8,43	-2,43	5,90	0,70
Σ	59	58			10,18

$$x^2 = 10,18$$

$$X^2_{0,05}(6) = 12,592 > 10,18$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 10,18$ je menší, než kritická hodnota, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímání spokojenosti klientů s kvalitou života v domově pro seniory není významný rozdíl.

2.1 Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů domově pro seniory dle pohlaví?

H_1 : spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Tabulka 60

	Dle zdravotního stavu	Velmi dobrá	Nevyplnili	Vyhovující	Hodně aktivit	Kvalitní péče	Individuální přístup	Σ
Muž	2 (1,36) ^{0,3}	0 (0,83) ^{0,83}	0 (0,6) ^{0,6}	1 (0,42) ^{0,8}	0 (8,45) ^{8,45}	0(0,51) ^{0,51}	2(0,51) ^{4,35}	5 ^{15,84}
Žena	14(14,64) ^{0,03}	9 (8,24) ^{0,07}	7 (6,41) ^{0,05}	4 (4,57) ^{0,07}	10 (9,15) ^{0,08}	6(5,50) ^{0,04}	4 (5,49) ^{0,4}	54 ^{0,74}
Σ	16	9	7	5	10	6	6	59 ^{16,8}

$$x^2=16,48$$

$$F = (2-1) \cdot (7-1) = (2-1) \cdot (7-1) = 6$$

$$x^2_{0,05}(6) = 12,592 < 16,48$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,01) s kritickou hodnotou (z tabulek) $X^2_{0,05}(6) = 12,592 < 16,48$, zjistíme, že kritická hodnota je větší, proto se nám hypotéza potvrdila. Bylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 11: chování pracovníků vůči klientům

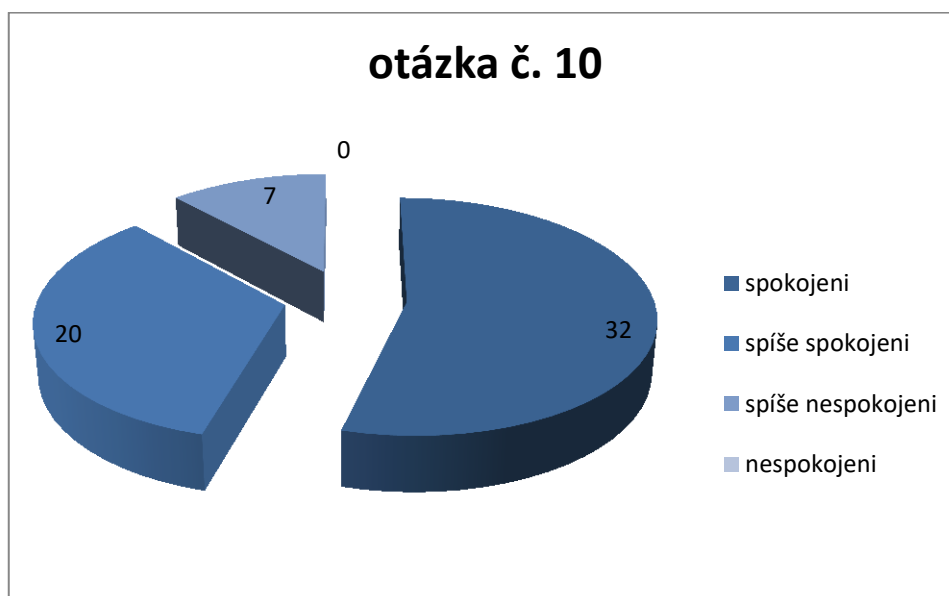
Tabulka 61

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	2	40,00 %
spíše spokojeni (2)	3	60,00 %
Spíše nespokojeni (3)	0	0,00 %
Nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	54	100 %

Tabulka 62

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	30	55,56 %
spíše spokojeni (2)	17	31,48 %
Spíše nespokojeni (3)	7	12,96 %
Nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	54	100 %

graf č. 14



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jak jsou spokojeni s chováním personálu vůči klientům. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy 2 respondenti (40 %) jsou s chováním personálu vůči klientům spokojeni a 3 respondenti (60 %) jsou s chováním pracovníku vůči klientům spíše spokojeni. Dotazníkového šetření se také zúčastnilo 54 žen, kdy 30 respondentek (55,56 %) je s chováním personálu vůči klientům spokojeni, 17 respondentek (3,48 %) je spíše spokojeno a 7 respondentek (12,96 %) je spíše nespokojeni s chováním personálu.

Otázka č. 12: chování pracovníků vůči klientům

Tabulka 63

ŽENY	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevhodné řeči/připomínky (1)	3	42,86 %
Zvýšení hlasu (2)	4	57,14 %
Σ	7	100 %

Komentář

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 7 žen, které byli s chováním personálu vůči klientům spíše nespokojeni. Podle 3 respondentek (42,86 %) má personál občas nevhodné připomínky a 4 respondentky (57,14 %) jsou s chováním personálu nespokojeni z důvodu, že pracovníci na klienty nevhodně zvyšují hlas.

Otázka č. 13: spokojenost s poskytovanou stravou

Tabulka 64

MUŽI	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	2	40,00 %
spíše spokojeni (2)	1	20,00 %
Spíše nespokojeni (3)	2	40,00 %
Nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 65

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
spokojeni (1)	18	33,33 %
spíše spokojeni (2)	19	35,19 %
Spíše nespokojeni (3)	17	31,48 %
Nespokojeni (4)	0	0,00 %
Σ	54	100 %

Komentář

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, které odpovídají na otázku, jak jsou spokojeni s poskytovanou stravou klientům. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů. 2 respondenti (40 %) jsou s poskytovanou stravou v domově pro seniory spokojeni, 1 respondent (20 %) s poskytovanou stravou spíše spokojeni a 2 respondenti (40 %) jsou s poskytovanou stravou spíše nespokojeni. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen, kdy podle 18 respondentek (33,33 %) je s poskytovanou stravou spokojeno, 19 respondentek (35,19 %) jsou s poskytovanou stravou klientům spíše spokojeni a 17 respondentek (31,48 %) jsou s poskytovanou stravou spíše nespokojeny.

Otázka č. 14: trávení volného času klientů

Tabulka 66

MUŽI	Absolutní četnost
četba (1)	3
TV (2)	3
rádio (3)	0
Ergo (4)	0
RHB (5)	0
Zahrada (6)	1
Výlety (7)	1
Oslavy (8)	0
U3V(9)	1
Canisterapie (10)	0
Spínek (11)	1
Křížovky (12)	1
Sudoku (13)	1
Kaple (14)	0
Σ	10

Tabulka 67

ŽENA	Absolutní četnost
četba (1)	22
TV (2)	30
rádio (3)	24
Ergo (4)	6
RHB (5)	9
Zahrada (6)	16
Výlety (7)	14
Oslavy (8)	16
U3V(9)	3
Canisterapie (10)	3
Spínek (11)	9
Křížovky (12)	10
Sudoku (13)	4
Kaple (14)	5
Σ	54

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídali na otázku, jak klienti tráví svůj volný čas v domově pro seniory.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy nejčastější odpověď trávení volného času klientů je četba a sledování televize, kdy tuto odpověď zvolili 3 respondenti. Podle 1 respondent tráví volný čas chůzí po zahradě, podle 1 respondent tráví společenskými výlety, podle 1 respondenta klienti tráví volný čas odpočinkem a spánkem, dle 1 respondenta klienti vyplňují křížovky, dle 1 respondenta vyplňují sudoku a podle 1 respondent navštěvuje univerzitu třetího věku.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 54 žen, kdy nejčastější zvolenou odpovědí jak klienti tráví volný čas je sledování televize, kterou zvolilo 30 respondentek, druhou nejčastější zvolenou odpovědí je poslech rádia, kterou zvolilo 24 respondentek, mezi třetí nejčastější odpovědí trávení volného času klientů je četba knihy, kdy tuto možnost zvolilo 22 respondentek. Mezi další zvolené odpovědi trávení volného času je účast na ergoterapii, kdy tuto možnost zvolilo 6 respondentek, podle 9 respondentek tráví volný čas klienti rehabilitací, podle 16 respondentek tráví klienti volný čas na zahradě, podle 14 respondentek tráví volný čas klienti společnými výlety, 16 respondentek tráví volný čas společnými oslavami. Mezi další možnosti trávení volného času, který zvolili 3 respondentky, je navštěvování univerzity třetího věku, podle 3 respondentek klienti využívají canisterapii, podle 9 respondentek tráví volný čas odpočinkem a spánkem, 10 respondentek uvedlo, že klienti tráví volný čas vyplňováním křížovek, podle 4 respondentek tráví volný čas vyplňováním sudoku a 5 respondentek tráví volný čas návštěvou kaple.

Otázka č. 15: znalost aktivizačních metod

Tabulka 68

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano (1)	3	60,00 %
ne (2)	2	40,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 69

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano (1)	43	79,63 %
ne (2)	11	20,37 %
Σ	54	100 %

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídali na otázky, zda znají aktivizační metody poskytované v domově pro seniory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, 3 respondenti (60 %) vědí, že jsou v domově pro seniory poskytovány aktivizační metody a 2 respondenti (40 %) neví, že se v domově pro seniory poskytují aktivizační metody. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 54 žen, kdy 43 respondentek (79,63 %) ví, o tom, že domov pro seniory poskytuje aktivizační metody a 11 respondentek (20,37 %) není informováno možnosti aktivizačních metod v domově pro seniory.

3. Jaká je míra informovanosti pracovníků s aktivizačními metodami poskytovanými v domově pro seniory?

H_0 : spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory není rozdílná

H_A : spokojen pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory není rozdílná

Tabulka 70

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	$(P-O)^2$	$(P-O)^2 / O$
Ano	46	29,5	16,5	272,25	9,23
Ne	13	29,5	-16,5	272,25	9,23
Σ	59	59			18,46

$$x^2 = 18,46$$

$$x^2_{0,05}(1) = 3,841 < 18,46$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 18,46$ je větší, než kritická hodnota, a proto přijímáme alternativní hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímání spokojenosti klientů s kvalitou života v domově pro seniory je významný rozdíl.

3.1 Jaká je míra informovanosti pracovníků aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pohlaví?

H_3 : míra informovanosti poskytovaných aktivizačních metod je vyšší u žen než u mužů.

Tabulka 71

	Ano	Ne	Σ
MUŽ	3 (2,20) ^{0,29}	2 (1,86) ^{0,34}	5 ^{0,63}
ŽENA	43 (20,80) ^{23,69}	11 (20,14) ^{4,15}	54 ^{27,84}
Σ	26	22	59 ^{28,47}

$$x^2=28,47$$

$$F = (2-1) \cdot (2-1)^* = (2-1)^* (2-1) = 1$$

$$x^2_{0,05}(6) = 3,841 < 28,47$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,01) s kritickou hodnotou (z tabulek) $x^2_{0,05}(1) = 3,841 < 28,47$, zjistíme, že kritická hodnota je větší, proto se nám hypotéza potvrdila. Bylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 16: poskytované aktivizační metody

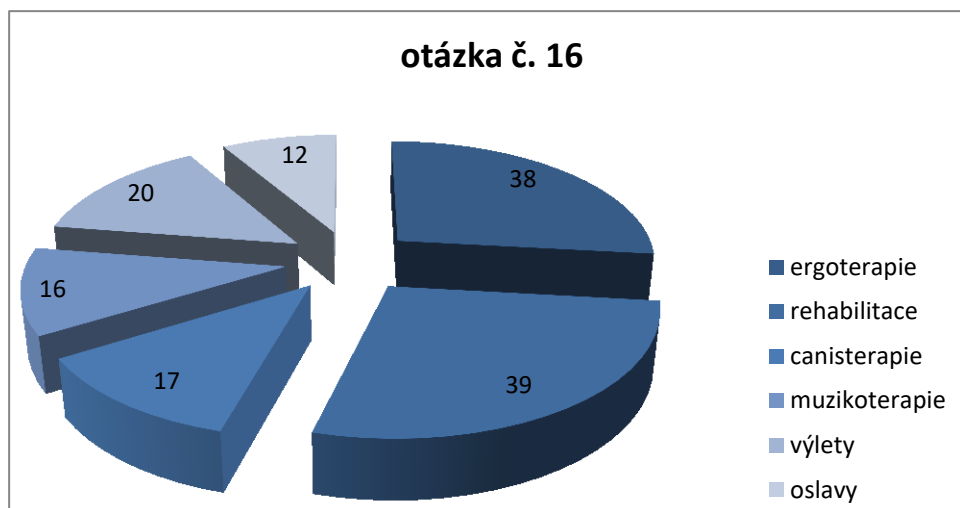
Tabulka 72

MUŽ	Absolutní četnost
ergo (1)	3
RHB (2)	3
Canisterapie (3)	1
Muzikoterapie (4)	1
Výlet (5)	1
Oslavy (6)	0
Σ	5

Tabulka 73

ŽENA	Absolutní četnost
ergo (1)	35
RHB (2)	36
Canisterapie (3)	16
Muzikoterapie (4)	15
Výlet (5)	19
Oslavy (6)	12
Σ	5

graf č. 15



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídali na otázku, jaké znají aktivizační metody poskytované domovem pro seniory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy 3 respondenti znají aktivizační metodu ergoterapii, rehabilitaci a 1 respondent zná aktivizační metodu canisterapii a 1 respondent zná aktivizační metodu, kdy se jedná o společné výlety poskytované domovem pro seniory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 54 žen, kdy 36 respondentek zná aktivizační metodu rehabilitaci, 35 respondentek zná ergoterapii, 19 respondentek uvádí aktivizační metodu jako společné výlety, 15 respondentek uvádí muzikoterapii a 12 respondentek uvádí jako aktivizační metodu společné oslavy.

Otázka č. 17: jak často informují klienty

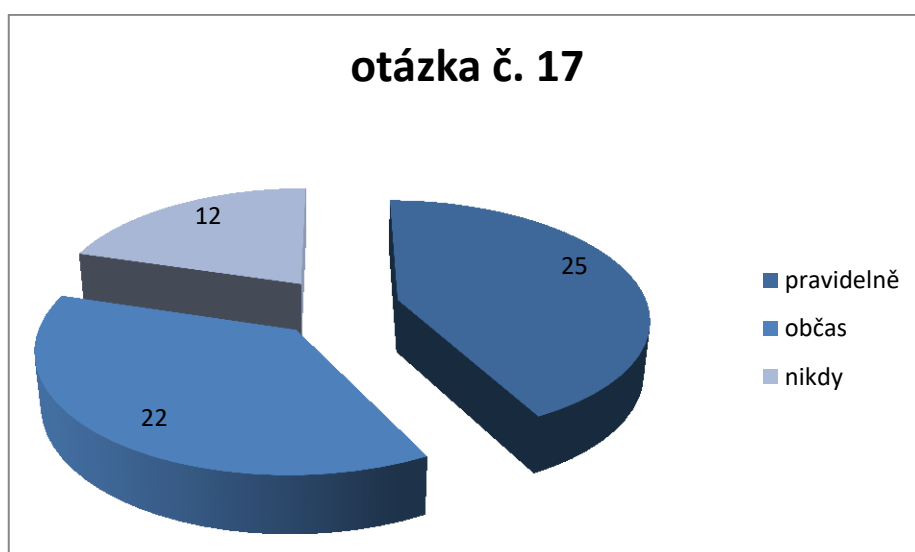
Tabulka 74

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	0	0,00 %
občas (2)	4	80,00 %
nikdy (3)	1	20,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 75

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	25	46,30 %
občas (2)	18	33,33 %
nikdy (3)	11	20,37 %
Σ	54	100 %

graf č. 16



Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají, jak často informují klienty o možnostech aktivizačních metod, které mohou klienti navštěvovat. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy 4 respondenti (80 %) občas informují klienty o aktivizačních metodách poskytovaných v domově pro seniory a 1 respondent (20 %) nikdy klienty neinformuje o aktivizačních metodách. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen, kdy 25 respondentek (46,30 %) pravidelně informují klienty o aktivizačních metodách, 18 respondentek (33,33 %) občas informují klienty o aktivizačních metodách a 11 respondentek (20,37 %) nikdy klienty neinformují o poskytovaných aktivizačních metodách.

Otázka č. 18: jak často klienti využívají aktivizační metody

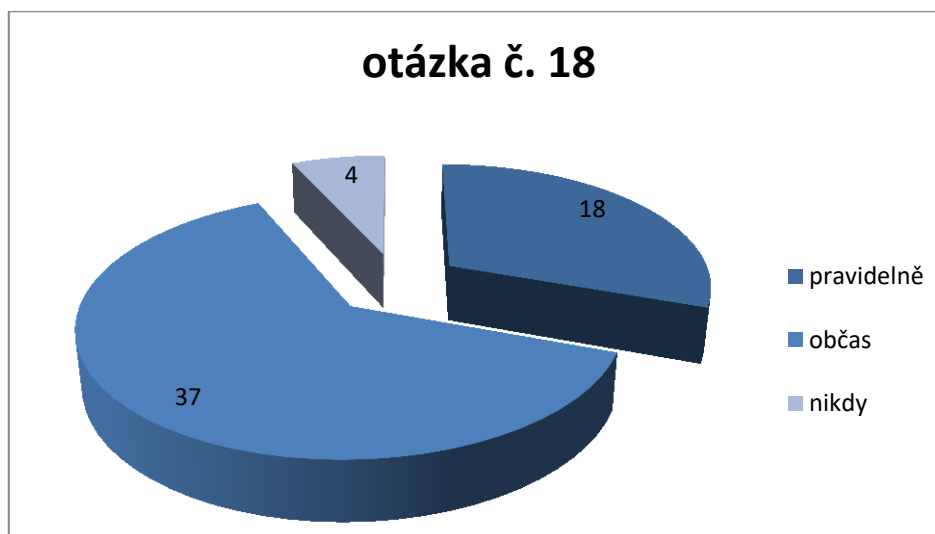
Tabulka 76

MUŽ	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	2	40,00 %
občas (2)	1	20,00 %
nikdy (3)	2	40,00 %
Σ	5	100 %

Tabulka 77

ŽENA	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelně (1)	16	29,63 %
občas (2)	36	66,67 %
nikdy (3)	2	3,70 %
Σ	54	100 %

graf č. 17

**Komentář**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, kteří odpovídají na otázku, jak často podle nich klienti navštěvují aktivizační metody. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů. Podle 2 respondentů (40 %) klienti pravidelně využívají aktivizační metody v domově pro seniory, podle 1 respondent (20 %) občas využívají aktivizační metody a podle 2 respondentů (20%) nikdy aktivizační metody nevyužívají. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 54 žen, kdy podle 16 respondentek (29,63 %) využívají aktivizační metody, podle 36 respondentek (66,67%) klienti využívají občas aktivizační metody v domově pro seniory a podle 2 respondentek (3,70 %) klienti nikdy nevyužívají aktivizační metody.

4. Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody v domově pro seniory dle pracovníků?

H_0 : míra využívání aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pracovníků není rozdílná

H_A : míra využívání aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pracovníků je rozdílná

Tabulka 78

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² / O
Pravidelně	18	19,6	-1,6	2,56	0,13
Občas	37	19,6	17,4	302,76	15,44
Nikdy	4	19,6	-15,6	243,36	12,42
Σ	59	58			27,99

$$x^2 = 27,99$$

$$x^2_{0,05}(2) = 5,991 > 27,99$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 27,99$ je větší, než kritická hodnota, a proto přijímáme alternativní hypotézu. Bylo prokázáno, že mezi vnímání spokojenosti klientů s kvalitou života v domově pro seniory je významný rozdíl.

4.1 Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody dle pohlaví dle pracovníků?

H₄: aktivizační metody více využívají ženy než muži

Tabulka 79

	Pravidelně	Občas	Nikdy	Σ
MUŽ	2 (1,53) ^{1,44}	1 (3,14) ^{1,46}	2 (0,34) ^{8,1}	5 ¹¹
ŽENA	16 (16,47) ^{0,01}	36 (33,86) ^{0,14}	2 (1,83) ^{0,06}	54 ^{0,21}
Σ	18	37	4	59 ^{11,21}

$$x^2 = 11,21$$

$$F = (r-1) \cdot (s-1) = (2-1) \cdot (3-1) = 2$$

$$X^2_{0,05}(2) = 5,991 < 11,21$$

Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testovaného kritéria (5,01) s kritickou hodnotou (z tabulek) $X^2_{0,05}(2) = 5,991 < 11,21$, zjistíme, že kritická hodnota je větší, proto se nám hypotéza potvrdila. Bylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Otázka č. 19: znalost aktivizačních metod

Tabulka 80

MUŽ	Absolutní četnost
ergo (1)	3
RHB (2)	3
Canisterapie (3)	1
Muzikoterapie (4)	1
Výlet (5)	1
Oslavy (6)	0

Tabulka 81

ŽENA	Absolutní četnost
ergo (1)	32
RHB (2)	39
Canisterapie (3)	14
Muzikoterapie (4)	12
Výlet (5)	17
Oslavy (6)	12

Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů a 54 žen, které se ptají na to, jaké aktivizační metody klienti využívají. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů, kdy podle 3 respondentů využívají ergoterapii, 3 respondentů využívají klienti rehabilitaci, 1 respondent uvedl využívání canisterapii, 1 respondent využívá aktivizační metodu formou skupinových výletů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 54 žen, kdy podle 39 respondentek využívají klienti rehabilitaci, podle 32 respondentek využívají klienti ergoterapii. 14 respondentek uvedlo využívání canisterapii, 17 respondentek využívá aktivizační metodu formou skupinových výletu a 12 respondentek uvedlo využívání aktivizačních metody formou skupinových oslav.

8 ZHODNOCENÍ

1. Jaká je spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory?

H_0 : spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory není rozdílná

H_A : spokojen klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je rozdílná

Mezi odpověďmi na vnímání kvality poskytované péče byly významné rozdíly. Více než 70 % respondentů uvedla, že kvalita poskytované péče je dobrá, pouze 18 % respondentů uvedlo, že je kvalita péče ucházející a pouze 5 % respondentů uvedlo, že kvalita poskytované péče je nevyhovující. Bylo prokázáno, že mezi vnímáním spokojenosti klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je významný rozdíl, proto **přijímáme alternativní hypotézu.**

1.1 Jaká je spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory dle pohlaví?

H_2 : spokojenost klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je vyšší u žen než u mužů

Vzhledem k získaným hodnotám, nebylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám nepotvrdila.**

2. Jaká je spokojenost klientů s kvalitou života v domově pro seniory?

H_0 : spokojenost klientů s kvalitou života není rozdílná.

H_A : spokojenost klientů s kvalitou života je rozdílná

Více než 90 % respondentů uvedlo, že kvalita života seniorů v domově pro seniory je dobrá a pouze necelých 9 % respondentů uvedlo, že je kvalita života seniorů spíše dobrá. Bylo prokázáno, že mezi vnímání spokojenosti klientů s kvalitou života v domově pro seniory je významný rozdíl, proto **přijímáme alternativní hypotézu.**

2.1 Jaká je spokojenost klientů s kvalitou života v domově pro seniory dle pohlaví?

H_2 : spokojenost klientů s kvalitou života je vyšší u mužů než u žen

Vzhledem k získaným hodnotám, nebylo prokázáno, že spokojenost s kvalitou života v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám nepotvrdila.**

3. Jaká je míra informovanosti klientů s aktivizačními metodami poskytovanými v domově pro seniory?

H_0 : míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních metodách není rozdílná

H_A : míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních metodách je rozdílná

Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že mezi informovaností klientů o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory je významný rozdíl, proto **přijímáme alternativní hypotézu.**

3.1 Jaká je míra informovanosti pracovníků poskytovaných aktivizačních metod v domově pro seniory dle pohlaví?

H_3 : míra informovanosti poskytovaných aktivizačních metod je vyšší u žen než u mužů.

Vzhledem k získaným hodnotám, nebylo prokázáno, že míra informovanosti o poskytovaných aktivizačních metodách je vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám nepotvrdila.**

4. Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody v domově pro seniory dle pracovníků?

H_0 : míra využívání aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pracovníků není rozdílná

H_A : míra využívání aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pracovníků je rozdílná

Vzhledem k získaným hodnotám, kdy mezi hodnotami není významný rozdíl, proto **přijímáme nulovou hypotézu**. Bylo prokázáno, že mezi využíváním aktivizačních metod klientů v domově pro seniory není významný rozdíl.

4.1 Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody dle pohlaví?

H₄: aktivizační metody více využívají ženy než muži

Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že využívání aktivizačních metod v domově pro seniory není vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám nepotvrdila.**

5. Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory?

H₀: míra spokojenosti pracovníků s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory není rozdílná

H_A: míra spokojenosti pracovníků s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je rozdílná

Více než 70 % pracovníků uvedlo, že kvalita poskytované péče je dobrá a podle 27 % pracovníků je kvalita poskytované péče ucházející. Bylo prokázáno, že mezi vnímáním spokojenosti klientů s kvalitou poskytované péče v domově pro seniory je významný rozdíl, proto **přijímáme alternativní hypotézu**.

5.1 Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory dle pohlaví?

H₂: spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory je vyšší u žen než u mužů.

Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že využívání aktivizačních metod v domově pro seniory není vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám nepotvrdila.**

6. Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů v domově pro seniory?

H₀: spokojenost pracovníků s kvalitou života není rozdílná

H_A: spokojenost pracovníků s kvalitou života je rozdílná

Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že mezi vnímáním kvality života seniorů v domově pro seniory není významný rozdíl. Proto **přijímáme nulovou hypotézu**.

6.1 Jaká je spokojenost pracovníků s kvalitou života klientův domově pro seniory dle pohlaví?

H_1 : spokojenost pracovníků s kvalitou života klientů v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen.

Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že spokojenost pracovníků s kvalitou života seniorů v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám potvrdila**. Vzhledem k malému počtu respondentů mužů, nelze brát tyto výsledky jako prokazatelné/ kvalitní.

7. Jaká je míra informovanosti pracovníků s aktivizačními metodami poskytovanými v domově pro seniory?

H_0 : spokojenost pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory není rozdílná

H_A : spokojen pracovníků s kvalitou poskytované péče klientům v domově pro seniory není rozdílná

Více než 90 % pracovníků uvedlo, že jsou informováni o poskytovaných aktivizačních metodách. Vzhledem k získaným hodnotám **přijímáme alternativní hypotézu**. Bylo prokázáno, že mezi informovaností pracovníků o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory je významný rozdíl.

7.1 Jaká je míra informovanosti pracovníků aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pohlaví?

H_3 : míra informovanosti poskytovaných aktivizačních metod je vyšší u žen než u mužů.

Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že informovanost pracovníků o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám potvrdila**. Ale vzhledem k malému množství mužských respondentů, není tento výsledek kvalitní/ prokazatelný.

8. Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody v domově pro seniory dle pracovníků?

H_0 : míra využívání aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pracovníků není rozdílná

H_A : míra využívání aktivizačních metod poskytovaných v domově pro seniory dle pracovníků je rozdílná

Vzhledem k získaným hodnotám, více než polovina pracovníků uvedla, že klienti využívají aktivizační metody občas, 30 % pracovníků uvedlo, že klienti využívají aktivizační metody pravidelně a pouze podle 6 % pracovníky, klienti nevyžívají aktivizační metody. Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že podle pracovníků mezi využíváním aktivizačních metod klienty jsou významné rozdíly. Proto **přijímáme alternativní hypotézu.**

8.1 Do jaké míry využívají klienti aktivizační metody dle pohlaví dle pracovníků?

H_4 : aktivizační metody více využívají ženy než muži

Vzhledem k získaným hodnotám, bylo prokázáno, že informovanost pracovníků o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory je vyšší u mužů než u žen. **Hypotéza se nám potvrdila.** Ale vzhledem k malému množství mužských respondentů, není tento výsledek kvalitní/ prokazatelný.

DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života v domově pro seniory Manželů Curieových v Třebíči, kde jsem zkoumala, jak vnímají kvalitu života nejenom klienti, ale také jak vnímají kvalitu života klientů pracovníci. Na základě stanovených cílů jsem vytvořila dva dotazníky, jeden pro dotazování klientů a jeden pro dotazování pracovníků, kdy každý dotazník obsahuje 19 otevřených a uzavřených otázek. Dotazníky jsou od sebe odlišné, otázky v nich stanovené nejsou shodné.

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 58 klientů, z toho 20 mužů a 38 žen

Více než polovina klientů přešla do domova pro seniory ze zdravotních důvodů, dále více třetina klientů přešla do domova pro seniory z rodinných důvodů a nejméně klientů přešlo do domova pro seniory z jiných důvodů, než byly uvedeny.

Pro více než třetinu klientů bylo nejtěžší opustit dům nebo byt, pro více než třetinu klientů bylo těžké zvyknout si na nový režim. Pro méně než třetinu klientů bylo těžké zvyknout si na nové lidi, jako třetí nejčastější zvolenou odpověď patří opustit rodiny, kdy tuto možnost zvolilo méně než třetina klientů a mezi nejméně zvolenou odpověď je zvyknout si na nový režim a pro žádného z klientů nebylo těžké opustit domácího mazlíčka.

Více než polovina klientů se svým spolubydlíci vychází, více než třetina klientů jsou se svými spolubydlíci kamarádi a méně než třetina klientů bydlí sama. Nejméně respondenti zvolili možnost, že se svým spolubydlíčem nevycházejí a že chtějí bydlet sami. Tyto možnosti zvolil skoro stejný počet klientů, rozdíl mezi nimi je pouze jeden respondent.

Kvantitativního výzkumu se také zúčastnilo 59 pracovníků z toho 5 mužů a 54 žen.

Více než polovina pracovníků má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, více než třetina pracovníků má středoškolské vzdělání s výučním listem. Pouze čtyři pracovníci mají vyšší odborné vzdělání, pouze dva pracovníci mají vysokoškolské vzdělání a dva pracovníci mají základní vzdělání.

Více než polovina pracovníků uvedla, že jsou spokojeni se spoluprací pracovníků, více než třetina pracovníků je spíše spokojena se spoluprací a pouze dva pracovníci jsou spíše nespokojeni se spoluprací mezi pracovníky

Spokojenost s poskytovanou zdravotní péčí v domově pro seniory je dobrá. Skoro tři čtvrtě klientů uvedlo, že kvalita poskytované zdravotní péče je v domově pro seniory dobrá,

méně než třetina uvedla, že kvalita zdravotní péče je ucházející a nejméně klientů uvedlo, že kvalita zdravotní péče poskytovaná v domově pro seniory je nevyhovující.

Více než polovina pracovníků je s kvalitou poskytované zdravotnické péče spokojena a podle více než třetiny pracovníků je kvalita poskytované péče ucházející.

Spokojenost s kvalitou poskytované sociální péče je dobrá, více než tři čtvrtě klientů uvedlo, že kvalita sociální péče je dobrá, méně než třetina uvedla, že kvalita sociální péče je ucházející a nejméně klientů uvedlo, že kvalita poskytované péče je nevyhovující, kdy tento názor zaujímají pouze 2 respondenti.

Více než polovina pracovníků uvedla, že kvalita poskytované sociální péče je na dobré úrovni, více než třetina uvedla, že kvalita poskytované sociální péče je ucházející a pouze dva pracovníci uvedli, že kvalita poskytované sociální péče je nevyhovující.

Spokojenost klientů s kvalitou života v domově pro seniory je výborná. Více než tři čtvrtě klientů uvedlo, že jsou spokojeni se svoji kvalitou života v domově pro seniory a pouze 5 klientů je spíše spokojeno se svoji kvalitou života.

Více než tři čtvrtě klientů uvedlo, že jsou s chováním personálu vůči nim spokojeni a pouze 7 klientů uvedlo, že jsou spíše spokojeni s jejich chováním.

Více než polovina pracovníků je spokojena s chováním pracovníků vůči klientům, více než třetina je s chováním pracovníků spíše spokojeni a 7 pracovníků uvedlo, že jsou spíše nespokojeni s chováním pracovníků vůči klientům. Pracovníci, kteří jsou spíše nespokojeni s chováním pracovníků, uvedli, že pracovníci mají občas nevhodné řeči a připomínky a také uvedli, že dochází ke zvyšování hlasu na klienty.

Více než tři čtvrtě klientů uvedlo, že jsou spokojeni s poskytovanou stravou v domově pro seniory, méně než třetina klientů je spíše spokojena a pouze dva respondenti jsou s poskytovanou stravou v domově pro seniory spíše nespokojeni.

Více než třetina pracovníků jsou spokojeni s poskytovanou stravou, více než třetina je spíše spokojena s poskytovanou stravou klientům a více než třetina pracovníků je spíše nespokojena s poskytovanou stravou klientům v domově pro seniory.

Skoro více než polovina klientů uvedla, že aktivizační metody poskytované domovem pro seniory využívají a více než třetina klientů aktivizační metody nevyužívají

Více než třetina klientů je informována pracovníky ohledně aktivizační metody pravidelně a více než třetina uvádí, že jsou informováni občas, nejméně klienti uvedli, že nejsou informováni vůbec o poskytovaných aktivizačních metodách.

Více než třetina pracovníků informuje klienty o poskytovaných aktivizačních metodách pravidelně, více než třetina informuje klienty občas a méně než třetina neinformuje klienty nikdy o poskytovaných aktivizačních metodách

Více než třetina klientů využívá aktivizační metod občas a více než třetina uvádí, že využívá aktivizační metody občas a nejméně klientů využívá aktivizační metody poskytované domovem pro seniory pravidelně

Podle více než třetiny pracovníků využívají klienti aktivizační metody pravidelně, podle více než poloviny pracovníků, využívají klienti aktivizační metody občas a podle čtyř pracovníků klienti aktivizační metody nevyužívají.

Nejvíce klienti využívají z široké nabídky aktivizačních metod ergoterapii, na druhém místě muzikoterapii a na třetím místě rehabilitaci. Tyto aktivizační metody zvolila více než třetina respondentů. Dále pak využívají sledování filmů, společné oslavy, navštěvují univerzitu třetího věku a na posledním místě využívají pétanque.

Podle pracovníků klienti nejvíce využívají rehabilitaci, poté ergoterapii a mezi třetí nejvyužívanější patří společné výlety. Mezi méně využívané patří canisterapie, muzikoterapie a společné oslavy.

V úvodu jsem si stanovila osm výzkumných otázek a k tomu byly vytvořeny hypotézy. První otázka se zajímala o to, jak klienti vnímají kvalitu poskytované péče. Zde jsme přijali alternativní hypotézu, mezi odpověďmi klientů byli významné rozdíly. Dále se nám nepotvrdilo, že muži jsou více spokojeni s kvalitou poskytované péče než ženy.

Dále jsem se zabývala, jak jsou klienti spokojeni s kvalitou života v domově pro seniory. Vzhledem k získaným hodnotám, které byly rozdílné, jsem přijala alternativní hypotézu. Dále nebylo prokázáno, že by muži byli více spokojeni s kvalitou života než ženy.

Dále jsem se zabývala, jaká je míra informovanosti klientů o poskytovaných aktivizačních metodách. Vzhledem k získaným hodnotám, které byly rozdílné, jsem přijala alternativní hypotézu a neprokázala se hypotéza, že by muži byli více informováni o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory.

Dále jsem se zabývala, do jaké míry klienti využívají aktivizační metody poskytované domovem pro seniory. Vzhledem k získaným hodnotám, mezi kterými nebyl významný rozdíl, přijímám nulovou hypotézu. Dále se nám nepotvrdila hypotéza, že by aktivizační metody využívali více muži než ženy.

Dále jsem se zabývala, jak pracovníci vnímají kvalitu poskytované péče. Vzhledem k získaným rozdílným hodnotám, jsem přijala alternativní hypotézu, dále se nám nepotvrdilo, že by muži byli více spokojeni s kvalitou poskytované péče.

Dále jsem zkoumala, jak jsou pracovníci spokojeni s kvalitou života klientů v domově pro seniory. Vzhledem k získaným hodnotám, které nebyly příliš rozdílné, jsem přijala nulovou hypotézu. Dále se nám potvrdila hypotéza, že muži jsou spokojenější s kvalitou života klientů v domově pro seniory než ženy. Ale vzhledem k malému množství mužských respondentů, není tento výsledek kvalitní/ prokazatelný.

Dále jsem zjišťovala, jaká je informovanost pracovníku o poskytovaných aktivizačních metodách v domově pro seniory. Vzhledem k získaným rozdílným hodnotám, jsem přijala alternativní hypotézu. Dále se nám potvrdila hypotéza, že více jsou informováni muži o aktivizačních metodách než ženy. Ale vzhledem k malému množství mužských respondentů, není tento výsledek kvalitní/ prokazatelný.

Dále jsem se zabývala, do jaké míry klienti využívají aktivizační metody v domově pro seniory dle pracovníků. Vzhledem k rozdílným získaným hodnotám jsem přijala alternativní hypotézu. Dále se mi potvrdila hypotéza, že podle pracovníků více aktivizační metody využívají muži než ženy. Ale vzhledem k malému množství mužských respondentů, není tento výsledek kvalitní/ prokazatelný.

Práci jsem porovnávala s bakalářskou prací Lucie Marhanové na téma Kvalita života seniorů žijící v domovech pro seniory. Práce zkoumala kvalitu života seniory v domově pro seniory Milešov. V pracích je společné, že seniorům chybí rodina, přátelé, koníčky, které vykonávají. Klienti jsou rádi, za velké množství volnočasových aktivit, které mohou využívat, záleží pouze na jejich vlastním zájmu. Pro seniory v obou zařízeních hraje důležitou roli zdravotní stav, který ovlivňuje jejich spokojenost s životem. V obou zařízeních by klienti stáli o více soukromí a musejí se dělit o pokoj s jiným klientem. Ani v jednom zařízení není možné z kapacitního hlediska všem klientům zajistit jednolůžkový pokoj. Pro klienty v obou zařízeních bylo pro klienty těžké, jelikož se museli vzdát toho, co měli rádi.

ZÁVĚR

Kvalita života je pro každého velmi důležitá. Každý jedinec by měl prožít svůj život kvalitně, zvláště závěr života by měl jedinec prožít s důstojností a dle možností aktivně. Každé pobytové zařízení poskytuje aktivizační metody, pomocí níž mohou senioři prožít svůj život aktivně vzhledem ke svému zdraví a i postupnému ztrácení síla soběstačnosti. Vzhledem k tomu, že klienti ztrácejí soběstačnost, jsou s postupem času více závislí na pomoci své rodiny, okolí nebo personálu v pobytových zařízeních. Proto bychom se měli snažit jim život udělat co nejpříjemnější a snažit se aby si ho v rámci možností užili.

V pobytových zařízeních se poskytuje mnoho aktivizačních metod, které nejsou určeny pouze pro aktivní seniory, jsou i takové aktivity, které jsou vhodné pro osoby se sníženou soběstačností nebo pro osoby s úplnou ztrátou soběstačnosti, pro tyto jedince je vhodná bazální stimulace, canisterapie nebo ergoterapie.

Dle mého názoru je kvalita života seniorů v domovech pro seniory dobrá, vzhledem k množství klientů a pracovníků. Pracovníci v domově pro seniory Manželů Curieových v Třebíči se snaží poskytovat nejlepší péči a snaží se, aby život klientů v domově pro seniory byl co nejkvalitnější, vzhledem k poskytované péči a množství poskytovaných aktivizačních metod. Více než polovina respondentů uvedla, že jsou s kvalitou života klientů spokojeni, což je skvělé.

Kvalita života je pro každého jedince důležitá a každý jedinec má různé žebříčky hodnot a své priority. Ale pro každého je jak prožít svůj život důležité. Nikdy by si na konci života neměl říci, že ho promarnil. Zatímco senioři by měli co nejvíce svůj život prožít aktivně nebo důstojně. Měli by mít co nejklidnější stáří a měli bychom se jim snažit co nejvíce ulehčit stáří a dopřát jim, vše po čem touží. Pro seniory je důležité, i když stráví stáří v domově pro seniory, ale byli obklopeni rodinou a těmi co mají rádi, i když chodí pouze na návštěvy. Kontakt s životem mimo domov pro seniory je důležitý.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČEVELA Rostislav, ČELEDOVÁ Libuše, KALVACH Zdeněk, HOLČÍK Jan, KUBŮ Petr. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 2014. Grada publishing. ISBN 978-80-247-4544-2
- [2] DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 2012. Grada publishing. ISBN 978-80-247-4138-3
- [3] FARKOVÁ Marie.. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada publishing. 2009. ISBN 978-80-247-2480-5.
- [4] FRIEDLOVÁ Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 2007. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-1314-4
- [5] GALAJDOVÁ Lenka, GALAJDOVÁ Zdenka. *Canisterapie*. 2011. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-879-1
- [6] HEŘMANOVÁ Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 2012. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. ISBN 978-80-7419-106-0
- [7] HROZENSKÁ Martina a DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 2011. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-4139-0
- [8] HEGYI Ladislav. *Sociálna gerontológia*. 2012. Herba. ISBN 978-80-89171-99-6
- [9] JELÍNKOVÁ Jana, KRIVOŠÍKOVÁ Mária, ŠAJTAROVÁ Ludmila. *Ergoterapie*. 2009. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7
- [10] KALVACH Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, HOLMEROVÁ Iva, WEBER Pavel. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 2008. Grada publishing. ISBN 978-80-247-2490-4
- [11] KANTOR Jiří, LIPSKÝ Matěj, Weber Jana a kol. *Základy muzikoterapie*. 2009. Praha: Garada publishing. ISBN 978-80-247-2846-9
- [22] KRIVOŠÍKOVÁ Mária. *Úvod do ergoterapie*. 2011. Praha: Garada publishing. ISBN 978-80-247-2699-1
- [33] KLUSOŇOVÁ Eva. *Ergoterapie v praxi*. 2011. Národní centrum ošetrovatelství a národní centrum nelékařských oborů. ISBN 978-80-7013-535-8
- [44] KALVACH Zdeněk a kolektiv. *Vybrané kapitoly z geriatrickej a medicíny chronologických stavů*. 2. díl 1995. Praha: Karlova Univerzita. ISBN 80-7184-001-7

- [55] kolektiv autorů. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 2007. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6
- [66] LUDOVÍKOVÁ Libuše a kolektiv. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. 2011. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3827-6
- [77] MALÍKOVÁ Eva, *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 2011, Grada Publishing, ISBN 978-80-247-3148-3
- [88] MATOUŠEK Oldřich a kolektiv. *Sociální služby*. Nakladatelství portál. 2011. ISBN 978-80-262-0041-3
- [19] OTOVÁ Berta, MIHALOVÁ Romana. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2109-8
- [20] Q. ACTION Ashton. *Issues in quality in healthcare and quality life*. 2013. scholarly editions. ISBN 978-14-901-0803-2
- [21] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5.
- [22] SLEPIČKA, Pavel, Jiří MUDRÁK a Irena SLEPIČKOVÁ. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015,. ISBN 978-80-246-3110-3.
- [23] TOPINKOVÁ Eva. *Geriatric pro praxi*. 2005. Galén. ISBN 80-7262-365-6
- [24] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [25] ZAVÁZALOVÁ Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Kolonium. 2001. ISBN 978-80-246-0326-1
- [26] HRQOL concept [online]. Centers for disease control and prevention, © 2016 [cit. 2017-4-13]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/>
- [27] WHOQOL: Measuring quality of life [online]. World health organization, © 2017 [cit. 2017-4-13]. Dostupné z: <http://www.who.int/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DS Domov pro seniory.

WHO World health organisation

SEZNAM GRAFŮ

graf č. 1	49
graf č. 2	50
graf č. 3	53
graf č. 4	54
graf č. 5	59
graf č. 6	62
graf č. 7	65
graf č. 8	68
graf č. 9	70
graf č. 10	73
graf č. 11	77
graf č. 12	79
graf č. 13	80
graf č. 14	86
graf č. 15	93
graf č. 16	94
graf č. 17	96

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	48
Tabulka 2	48
Tabulka 3	48
Tabulka 4	49
Tabulka 5	50
Tabulka 6	51
Tabulka 7	51
Tabulka 8	52
Tabulka 9	52
Tabulka 10	53
Tabulka 11	54
Tabulka 12	55
Tabulka 13	55
Tabulka 14	56
Tabulka 15	56
Tabulka 16	57
Tabulka 17	57
Tabulka 18	58
Tabulka 19	59
Tabulka 20	60
Tabulka 21	60
Tabulka 22	61
Tabulka 23	61
Tabulka 24	62
Tabulka 25	62
Tabulka 26	63
Tabulka 27	64
Tabulka 28	65
Tabulka 29	65
Tabulka 30	66
Tabulka 31	66
Tabulka 32	67

Tabulka 33	67
Tabulka 34	69
Tabulka 35	69
Tabulka 36	70
Tabulka 37	70
Tabulka 38	71
Tabulka 39	71
Tabulka 40	72
Tabulka 41	72
Tabulka 42	74
Tabulka 43	74
Tabulka 44	75
Tabulka 45	75
Tabulka 46	76
Tabulka 47	76
Tabulka 48	77
Tabulka 49	78
Tabulka 50	78
Tabulka 51	79
Tabulka 52	79
Tabulka 53	80
Tabulka 54	80
Tabulka 55	81
Tabulka 56	82
Tabulka 57	82
Tabulka 58	83
Tabulka 59	84
Tabulka 60	85
Tabulka 61	85
Tabulka 62	86
Tabulka 63	87
Tabulka 64	87
Tabulka 65	88

Tabulka 66	89
Tabulka 67	89
Tabulka 68	90
Tabulka 69	91
Tabulka 70	91
Tabulka 71	92
Tabulka 72	92
Tabulka 73	93
Tabulka 74	94
Tabulka 75	94
Tabulka 76	95
Tabulka 77	95
Tabulka 78	97
Tabulka 79	97
Tabulka 80	98
Tabulka 81	98

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK č. 1	117
PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK č. 2	120

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK č. 1

Dotazník o kvalitě života seniorů v pobytovém zařízení a metody aktivizace

Dobrý den,

jsme studentky 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Zdravotně sociální pracovník. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku mé bakalářské práce, která je na téma Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních a jejich aktivizace. Tímto výzkumem bych chtěla zjistit, jaká je kvalita života seniorů Domova pro seniory Manželů Curieových, jaké aktivizační metody zařízení poskytuje a do jaké míry ho klienti využívají.

V případě uzavřených otázek, prosím, zvolenou odpověď zakroužkujte. V případě otevřených otázek odpověď vypište.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Jste klientem/ pracovníkem Domova pro seniory Manželů Curieových?

- a) klient
- b) pracovník

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské s výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Jaká je Vaše pracovní pozice v domově pro seniory Manželů Curieových?

- a) Pracovník v sociálních službách
- b) Zdravotní sestra
- c) Sociální pracovník
- d) Rehabilitační pracovník
- e) Ergoterapeut
- f) Jiné

5. Jak jste spokojeni se spoluprací mezi pracovníky?

- a) spokojen
- b) spíše spokojen
- c) spíše nespokojen
- d) nespokojen

6. Jak podle vás spolupracují veškeré členové týmu při péči o klienty? Vypište

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

7. Jaká je podle vás kvalita zdravotní péče poskytovaná v tomto zařízení?

- a) dobrá
- b) ucházející
- c) nevyhovující

8. Jaká je podle vás kvalita sociální péče poskytovaná v tomto zařízení?

- a) dobrá
- b) ucházející
- c) nevyhovující

9. Jaká je podle vás kvalita života klientů v tomto zařízení? Vypište

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

10. Jak jste spokojeni s kvalitou poskytované péče personálem v tomto zařízení?

- a) spokojeni
- b) spíše spokojeni
- c) spíše nespokojeni
- d) nespokojeni

11. Jak jste spokojeni s chováním personálu vůči klientů?

- a) Spokojeni
- b) Spíše spokojeni
- c) Spíše nespokojeni
- d) Nespokojeni

12. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli c nebo d, vypište, z jakého důvodu jste takto odpověděli.

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

13. Jak jste spokojeni s poskytovanou stravou klientům?

- a) spojeni
- b) spíše spokojeni
- c) spíše nespokojeni
- d) nespokojeni

14. Jak klienti tráví svůj volný čas v domově pro seniory? Vypište

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

15. Víte, jaké jsou poskytovány v tomto zařízení aktivizační metody?

- a) Ano
- b) Ne

16. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, vypište, jaké aktivizační metody zařízení poskytuje.

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

17. Informujete pravidelně klienty o aktuálních aktivizačních metodách?

- a) pravidelně
- b) občas
- c) nikdy

18. V jaké míře podle vás využívají klienti aktivizační metody?

- a) pravidelně
- b) občas
- c) nikdy

19. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, V jaké vypište, jaké aktivizační metody využíváte.

.....
.....

Děkuji za Váš čas a za vyplnění dotazníku.

Lenka Procházková

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK č. 2

Dotazník o kvalitě života seniorů v pobytovém zařízení a metody aktivizace

Dobrý den,

jsme studentky 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Zdravotně sociální pracovník. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku mé bakalářské práce, která je na téma Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních a jejich aktivizace. Tímto výzkumem bych chtěla zjistit, jaká je kvalita života seniorů Domova pro seniory Manželů Curieových, jaké aktivizační metody zařízení poskytuje a do jaké míry ho klienti využívají.

V případě uzavřených otázek, prosím, zvolenou odpověď zakroužkujte. V případě otevřených otázek odpověď vypište.

20. Jaké je vaše pohlaví?

- c) Muž
- d) Žena

21. Jste klientem/ pracovníkem Domova pro seniory Manželů Curieových?

- c) klient
- d) pracovník

22. Jaký byl Váš důvod přechodu do Domova pro seniory?

- a) zdravotní
- b) rodinný
- c) jiné

23. Co bylo pro Vás nejtěžší po přestěhování?

- g) opustit dům/byt
- h) opustit rodinu
- i) opustit domácí mazlíčky
- j) zvyknout si na nové lidi
- k) změna denního režimu

24. Co vám zde chybí nejvíce? Vypište

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

25. Jak jste spokojeni se spolubydlícím?

- a) bydlím sám
- b) jsme kamarádi
- c) vycházíme spolu
- d) nevycházíme spolu
- e) chtěl bych bydlet sám

26. Jaká je kvalita zdravotní péče poskytovaná v tomto zařízení?

- d) dobrá

- e) ucházející
- f) nevyhovující

27. Jaká je kvalita sociální péče poskytovaná v tomto zařízení?

- d) dobrá
- e) ucházející
- f) nevyhovující

28. Jak jste spokojeni/nespokojeni s kvalitou života v tomto zařízení? Vypište

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

29. Jak jste spokojeni s kvalitou poskytované péče personálem v tomto zařízení?

- e) spokojeni
- f) spíše spokojeni
- g) spíše nespokojeni
- h) nespokojeni

30. Jak jste spokojeni s chováním personálu?

- e) Spokojeni
- f) Spíše spokojeni
- g) Spíše nespokojeni
- h) Nespokojeni

31. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli c nebo d, vypište, z jakého důvodu jste takto odpověděli.

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

32. Jak jste spokojeni s poskytovanou stravou?

- e) spojeni
- f) spíše spokojeni
- g) spíše nespokojeni
- h) nespokojeni

33. Jak trávíte svůj volný čas? Vypište

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

34. Víte, jaké jsou poskytované v tomto zařízení aktivizační metody?

- c) Ano
- d) Ne

35. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, vypište, jaké aktivizační metody zařízení poskytuje.

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

36. Jste informováni pracovníky o aktuálních aktivizačních metodách?

- d) pravidelně
- e) občas
- f) nikdy

37. Do jaké míry využíváte aktivizační metody daného zařízení?

- d) pravidelně
- e) občas
- f) nikdy

38. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, vypište, jaké aktivizační metody využíváte.

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

Děkuji za Váš čas a za vyplnění dotazníku.

Lenka Procházková