

Kvalita života seniorů využívajících služby sociální péče

Bc. Alena Vaculíková, DiS.

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Alena Vaculíková, DiS.**
Osobní číslo: **H160365**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života seniorů využívajících služby sociální péče**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stáří a stárnutí, kvality života seniorů, potřeb seniorů a sociální péče o seniory.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních (sic) zařízeních. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Ilona Kočvarová, Ph.D.

Centrum výzkumu FHS

Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 12.4.2018

Mikuláš Almon

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 nevydávalečně 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 nahlázení 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 vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života seniorů využívajících služby sociální péče. V první části se zabýváme teoretickými východisky, kterými jsou stáří, stárnutí a jejich aspekty. Dále pak demografickým vývojem populace a potřebami ve stáří. Také se zaměřujeme na kvalitu života a sociální služby. Zejména se věnujeme domovům pro seniory, pečovatelské službě a kvalitě poskytování sociálních služeb. Metodologická část se zabývá kvantitativním výzkumem, který byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Hlavním cílem empirické části bylo zjistit úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče.

Klíčová slova: Stáří, stárnutí, senior, potřeby, domov pro seniory, pečovatelská služba

ABSTRACT

Following diploma thesis deals with the quality of seniors' life using the social service. In the first part we deal with the theoretical starting points, which are old age, aging and their aspects. In addition, the demographic development of the population and the needs in old age. We also focus on quality of life and social services. In particular, we focus on homes for the elderly, the home care service and the quality of social services. The methodological part deals with quantitative research, which was realized through a questionnaire survey. The main objective of the empirical part was to determine the quality of life of seniors using social care services.

Keywords: Old age, aging, senior, needs, home for seniors, home care services

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní Mgr. Jitce Vaculíkové, PhD. za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala. Mé poděkování také patří všem respondentům, kteří strávili svůj čas vyplňováním dotazníků. Děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.1 ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	14
1.2 STÁRNUTÍ POPULACE A DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ	18
2 POTŘEBY SENIORŮ	20
3 KVALITA ŽIVOTA	25
3.1 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	26
3.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	29
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
4.1 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	33
4.1.1 Domov pro seniory.....	35
4.1.2 Pečovatelská služba.....	36
4.2 KVALITA POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	40
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
5.2 CÍL VÝZKUMU	40
5.2.1 Vymezení výzkumných otázek	40
5.2.2 Vymezení hypotéz.....	41
5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	42
5.4 METODA SBĚRU DAT	43
5.5 ZPŮSOB ZPRACOVANÝCH DAT	44
6 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝZKUMU	45
6.1 ANALÝZA STANOVENÝCH HYPOTÉZ	55
7 SHRUTÍ VÝZKUMU	64
8 DOPORUČENÍ	68
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
SEZNAM OBRÁZKŮ	77
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM GRAFŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

V dnešní době neustále slycháme o tom, že naše společnost stárne. Je obecně známo, že je medicína na velmi vysoké úrovni, proto lze předpokládat, že průměrná délka života se bude i nadále zvyšovat. V následujících letech bude problematika stáří, stárnutí a života seniorů z ekonomických i sociálních důvodů stále diskutovanějším tématem. I ze statistických dat je patrné, že se prodlužuje délka života. Zvyšuje se počet starších lidí, kterým je bezesporu potřeba věnovat více zájmu a pozornosti, aby pro ně závěrečná životní etapa byla plnohodnotným obdobím v jejich životě. Tito lidé budou muset stále více využívat služeb sociální péče, než je tomu doposud.

Stárnutí populace je celosvětovou záležitostí týkající se i České Republiky. Tato prognóza vyžaduje aktivní přístup odborníků a hledání ideálních řešení ve všech oblastech společenského života. Zvyšující počty seniorů tvoří skupinu, ve které se nachází jak zdraví tak nemocní jedinci. Všichni tito lidé mají nárok na odpovídající profesionální sociální i zdravotní péči, která jim zachová důstojnost a kvalitu života i ve vysokém věku.

V oblasti kvality života bylo již provedeno velké množství výzkumů. Tato diplomová práce se snaží o lepší pochopení vnímání kvality života seniorů využívajících služby sociální péče. Pokud již senior není schopen žít bez cizí pomoci, má možnost využít sociální služby. Jedná se o seniory žijící v domovech pro seniory a o seniory žijící ve svém domácím prostředí, kteří využívají pečovatelskou službu.

Výzkum kvality života seniorů využívajících služby sociální péče považujeme za přínosný zejména proto, že vzhledem ke stárnutí populace bude přibývat seniorů, kteří tento druh sociálních služeb budou potřebovat. Důvodem volby tématu je snaha o to, aby se výsledky výzkumu staly jakousi reflexí pro poskytovatele sociálních služeb. Tyto výsledky jim mohou pomoci pochopit potřeby nynějších seniorů, které jsou důležité pro jejich důstojný život.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. V první – teoretické části se zabýváme teoretickými východisky, jako jsou stáří, stárnutí a jejich aspekty, dále pak potřebami ve stáří. Podstatná část práce je věnována kvalitě života s důrazem na kvalitu života seniorů. Teoretická část práce také popisuje systém sociální péče o seniory. Taktéž jsou zde uvedeny konkrétní nástroje měření kvality života.

Ve druhé, empirické části je popsán cíl práce, výzkumné otázky, hypotézy a metodický postup. Hlavním cílem empirické části práce je zjistit úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče. Dále tuto úroveň kvality života porovnat dle pohlaví a druhu užívané sociální služby. Dílčím cílem práce je zjistit, jak jsou senioři využívající služby sociální péče celkově spokojeni se svým zdravotním stavem a s kvalitou života v jednotlivých životních doménách.

K dosažení výzkumného záměru bylo využito kvantitativního výzkumu. Potřebná data byla získána pomocí české verze standardizovaného dotazníku WHOQOL - BREF, který původně vyvinula světová zdravotnická organizace (WHO) pro výzkum kvality života.

Základní soubor je tvořen ze seniorů využívající služby sociální péče v Mikroregionu Střední Haná ve věku 65 let a více. Ze základního souboru byly sestaveny dva výběrové soubory. První soubor byl záměrným výběrem sestaven z uživatelů pečovatelské služby v Mikroregionu Střední Haná. Druhý soubor byl taktéž sestaven záměrným výběrem z uživatelů sociální služby domov pro seniory v Mikroregionu Střední Haná. Kritéria pro výběr byly věk nad 65 a více let, ochota spolupracovat a mít natolik zachovalé kognitivní schopnosti, aby byli schopni s asistencí či sami odpovídat na jednotlivé položky dotazníku.

Práce je ukončena závěrem a konkrétním doporučením pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Pokud mluvíme o seniorech, tak se nám ihned nabízejí pojmy stáří a stárnutí. Proto se v úvodní kapitole budeme věnovat stáří a stárnutí z pohledu odborníků, kteří se zabývají touto problematikou. Výše zmiňované pojmy vymezuje velké množství autorů, proto uvádíme jen několik málo definic. Otázky týkající se stáří a stárnutí jsou v zájmu lidstva odpradávná.

Haškovcová (2010, s. 16) uvádí, že stáří, stárnutí a smrt jsou jedinou jistotou, kterou v životě máme. Stáří je poslední vývojovou etapou, kterou se uzavírá lidský život. Jde o projev involučních změn, které probíhají specifickou rychlostí. Mluvíme o fenotypu stáří, který je přetvářen vlivy prostředí, životním stylem, zdravotním stavem a sociálně ekonomickými i psychologickými vlivy. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 19)

Stáří a stárnutí Pacovský a Heřmanová (1981, s. 57) definují jako specifický biologický proces, který je charakterizován dlouhodobým nakódováním, neopakuje se, je procesem nevratným, má různou povahu a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí specifickým časovým zákonem a podléhá informativním vlivům prostředí.

Období stáří a stárnutí bývá chápáno mnohdy negativně a s obavami, jelikož lidé v této životní etapě očekávají problémy, které jsou spojeny s mobilitou, se snížením mentálních funkcí, s omezením sociálních kontaktů a bojí se ztráty možnosti seberealizace. Dále mají obavy ze ztráty lidské důstojnosti, z ponižování, ze ztráty respektu a z toho, že již nebudou v běžném životě soběstační. (Malíková, 2011, s. 14)

Vymezení stáří není snadné. V odborné literatuře můžeme najít mnoho různých definic, které na tuto životní etapu pohlížejí z různých hledisek. Klevetová a Dlabalová (2008, s. 11) uvádějí, že stáří je vývojová etapa života, ve které je důraz kladen na zachování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Vágnerová (2007, s. 299) mluví o stáří jako o období, které nám přináší moudrost, nadhled a pocit naplnění. Na druhé straně je vyznačováno úbytkem energie a proměnou osobnosti, která je nezbytná a která směřuje k jejímu konci. Je obdobím svobody i ztrát ve všech oblastech.

Stáří je dále považováno za vyvrcholení života jedince a zároveň za jeho konečnou fázi. Způsob, jakým člověk žil v dětství, mládí a dospělosti, významně ovlivňuje kvalitu stáří. Proto stáří musíme vnímat v kontextu všech životních etap člověka. (Sak a Kolesárová, 2012, s. 11)

Neoddělitelným partnerem stáří je proces stárnutí. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) vymezují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují vyšší zranitelností a snižováním výkonnosti jedince. Mühlpachr (2004, s. 23) uvádí, že stárnutí je individuální, asynchronní a jednotlivé funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Dle Pacovského (1990, s. 30) je stárnutí považováno za přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím.

Stáří dále můžeme dělit na různá věková období. Vágnerová (2007, s. 299) vymezuje dvě období stáří. První období je ve věku 60 – 75 let a nazývá ho obdobím raného stáří. Druhým obdobím je období pravého stáří, které je typické pro věk 75 let a více. Odborníci ze Světové zdravotnické organizace člení stáří na rané stáří (60 – 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost, kterou se označují jedinci nad 90 let a více. Další dělení stáří můžeme zmínit například dle Mlýnkové (2011, s. 14), která stáří vymezuje jako kalendářní, které je určeno věkem člověka a stáří biologické, které se odvíjí od lidské vitality a zdraví. Dále můžeme hovořit o biologickém stáří, které určuje vitalita a zdraví člověka.

Se zvyšující se kvalitou zdravotní péče dochází k prodlužování délky života populace, proto dochází k posunutí věkové hranice směrem nahoru (Kalvach, 2004, s. 47). Z tohoto důvodu dnes můžeme vidět členění stáří od věku 65 let. Lidé ve věku 65 – 74 let spadají do kategorie raného stáří a jsou označováni jako mladí senioři či young old. Senioři ve věku 75 – 84 let jsou nazýváni jako starší senioři neboli old old. Osoby nad 85 let jsou pojmenovány jako velmi staří senioři, neboli dlouhověcí - very old old. (Haškovcová, 2010, s. 20-21)

Podle Kalvacha (2008, s. 36) můžeme seniory rozdělit do skupin dle funkční zdatnosti, rizikovitosti a potřeby zdravotnických služeb. První skupinu tvoří takzvaní zdatní senioři, kteří nepotřebují geriatrickou péči a mají výbornou výkonnost. Druhou skupinu označuje seniory nezávislémi, u kterých dochází k přechodnému horšení jejich zdravotního stavu a fyzických sil vlivem zátěže, kterou představuje operace, infekce nebo vážné onemocnění. Do třetí skupiny spadají křehcí senioři, kteří mají sníženy kognitivní schopnosti, s chronickým rizikem pádů a chronické onemocnění. Tito senioři využívají spolu se zdravotnickými službami i služby sociální nebo neformální pečovatele či osoby blízké. Poslední skupinou jsou senioři zcela nesoběstační a závislí, kteří vyžadují nepřetržitou pomoc rodiny, sociálních služeb nebo jsou umístěni v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Haškovcová (2010, s. 26) upozorňuje na to, že je v dnešní době několik jedinců či organizací, které se snaží stáří oddálit. Toto bylo snem i minulých generací a lidé se snažili o nalezení

elixíru života. Dnešní antiaging medicína, která je nazývána medicínou třetího tisíciletí se snaží bojovat proti stárnutí. Tato medicína však nemůže každému seniorovi zajistit životní spokojenost.

Stáří můžeme tedy označit jako souhrn biologických a psychologických změn, které jsou nezvratné ale individuální. Tyto změny jsou vyústěním celoživotního procesu stárnutí jednotlivých složek organismu. Proto se dále budeme zabývat jednotlivými znaky ve stáří, které se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální.

1.1 Aspekty stárnutí

Ve stáří se zdatně mění způsob našeho života. Vliv na stárnutí má bezesporu genetická výbava jedince, jeho životní styl, ekonomické zajištění či zdravotní stav jedince.

Stáří je nevratným procesem, při kterém dochází k úbytku funkcí organismu, jelikož postihuje všechny orgány a tkáně člověka až dojde k jeho zániku. Involuční změny jsou u každého jedince jinak intenzivní, ale většinou se stupňují kolem šedesátého roku života. (Gruberová, 1998, s. 15)

Biologické aspekty stárnutí

Biologické proměny souvisí se změnami v organismu v období stáří a stárnutí. Ve stárnoucím organismu dochází ke změně pohybového systému, kdy se snižuje tělesná výška a hmotnost jedince obvykle s věkem stoupá. Ubývá svalové hmoty, což souvisí s poklesem síly. Dále se zvyšuje riziko úrazu, jelikož dochází k řídnutí kostí. Ohýbání páteře způsobuje, že se senioři více hrbí.

Také dochází k zužování cév, které vede ke špatnému prokrvování některých částí organismu. Velkými změnami prochází i oběhová soustava, kdy srdeční sval je méně výkonný a cévní systém méně pružný a tím je narušena regulace krevního tlaku. Ten bývá ve vyšším věku zvýšený. Srdce starého člověka nedokáže zvládat velký nápor a jeho výkonnost se snižuje. Velmi často se vyskytují cévní mozkové příhody. Rizikovými faktory pro organismus jsou obezita, kouření, požívání velkého množství solí a tuků či alkoholu.

V lidském organismu ve stáří navíc dochází k pomalejšímu trávení i k poklesu pohlavní činnosti. Muži trpívají zvětšenou prostatou a ženy poklesem dělohy. Senioři se svým zevnějškem liší od mladých lidí větší tvorbou vrásek, což je způsobeno poklesem elasticity pokožky. Taktéž nervový systém prochází velkými změnami. Je ovlivněna rychlost vedení vzruchů. Poruchy neuronů způsobují demenci, poruchy chůze, rovnováhy a spánku. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 20)

V seniorském věku jsou také významné změny i ve smyslovém vnímání. Ondráková (2012, s. 18) uvádí, že tyto změny přispívají k horšímu prožívání života seniorů. Nejvýznamnější změny se projevují ztrátou zrakové schopnosti, zhoršením schopnosti vnímání barev, pomalejším zpracováváním zrakových podnětů i zmenšením zrakového pole. Také změny v oblasti sluchu mají na život seniora značný vliv. Nejčastější je nedoslýchavost, přenos zvuku a zhoršení vnímání vysokých frekvencí. Dále dochází k úbytku čichové, hmatové či chuťové schopnosti. (Kalvach, 2004, s. 100)

Biologické stárnutí je u jednotlivých seniorů individuální. U každého člověka probíhá odlišným způsobem. Tento proces ovlivňuje celá řada faktorů. Jedná se zejména o vrozenou výstavbu organismu, zdravotní stav, anamnézu a životní styl. (Štěpánková, Höschl, Vidovičová, 2014, s. 168)

Psychické aspekty stárnutí

Stárnutí bývá taktéž spojováno se změnami osobnosti člověka. Člověk vnímá to, že se mění jeho tělesný vzhled i funkce orgánů. Z tohoto důvodu se objevují podstatné změny v psychickém vývoji jedince a projevují se negativní vlastnosti. Můžeme říci, že se negativní rysy osobnosti dostávají do popředí. Vágnerová (2007, s. 315) uvádí, že psychologické změny mohou být podmíněny biologicky, jiné důsledkem psychosociálních vlivů. Z části však jde o výsledek jejich interakce. Procesem stárnutí se také mění struktura i funkce mozku. Typickým projevem stárnutí je úbytek mozkové tkáně neboli atrofie.

Ve stáří dále dochází ke zhoršování především krátkodobé paměti, která negativně ovlivňuje schopnost učit se. Stárnutím je také postupně ovlivňován proces myšlení, kdy se myšlenky seniorů vracejí hojně do minulosti (Šimíčková a Čížková, 2003, s. 138). Vzpomínky seniorů bývají často obsahově i citově zkresleny (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 185). Malíková

(2011, s. 21) uvádí, že senior spíše vnímá negativně tělesné změny, což se následně projevuje změnami psychickými.

Psychické změny můžeme také uvést v oblasti citového prožívání, kdy dochází k citové labilitě, která má za následek snížení odolnosti vůči zátěži. Dochází k výskytu častějších depresí. U starých lidí se taktéž začíná značně měnit hierarchie životních potřeb a hodnot, materiální hodnoty ustupují do pozadí. Naproti tomu vyzdvihovanými hodnotami je rodina, spiritualita a životní smysl. (Jarošová, 2006. s. 25-28)

Změny v psychice seniorů dále charakterizuje Jedlička (1991, s. 14-15) následovně:

- Pokles vitality a elánu, zpomalení psychomotorického tempa, snížení pozornosti a schopnosti navazovat či udržovat sociální vztahy. U těchto změn uvádí, že mají sestupnou povahu.
- Zvýšenou toleranci k druhým lidem či zvýšenou vytrvalost řadí k psychickým změnám se vzestupnou povahou.
- Dále vymezuje psychické funkce, které se s věkem nemění. Jedná se o jazykové znalosti, slovní zásobu a intelekt.

Sociální aspekty stárnutí

Stárnutí je také velmi ovlivňováno z hlediska sociálního. Sociální změny se týkají vztahu seniora s okolím.

Dvořáčková (2004, s. 14) uvádí, že se člověk stává sociálně starým dnem, kdy je jeho status změněn z ekonomicky aktivního na důchodce. Odchodem do důchodu je člověk nucen změnit svůj životní styl, jelikož již neuplatňuje dosavadní životní stereotyp a najednou má nadbytek volného času. Odchod do penze může ovlivnit všechny složky osobnosti, postoj ke světu i k sobě samému. (Vágnerová, 2007, s. 359)

Další velmi významná sociální změna bývá způsobena úmrtím životního partnera. V této životní etapě často partnerské vztahy sílí a ztráta milované osoby je pro druhého závažnou událostí. Důsledkem ovdovění je zhroucení struktury navyklého denního režimu i rituálů, jelikož se ztrácí smysl je dodržovat. Člověk, který zůstal sám, najednou nemá pro koho žít, denní aktivity se mu zdají zbytečné, dochází ke ztrátě motivace, jelikož nemá důvod pro koho co dělat. V neposlední řadě dochází ke zhoršení finanční situace, jež je dalším zdrojem stresu převážně u žen, které mají nižší důchody. (Vágnerová, 2007, s. 377)

Taktéž rodina hraje velkou roli v seniorském věku. Rodinný život velmi významně ovlivňuje zachování si soběstačnosti ve svém domácím přirozeném prostředí. Pokud by nebylo rodiny, tak by někteří senioři nemohli dále zůstat ve svém domácím prostředí. Proto je důležité, aby senioři udržovali kladné sociální vztahy se svými dětmi a příbuznými. Pro seniory je přínosná nejen existence rodiny, ale také její materiální a morální blahobyt či úspěchy jejich dětí. Tímto se uspokojuje pocit, že i oni se nějakým způsobem zasloužili o šťastný život rodin svých dětí. (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 25)

Senioři se řadí mezi znevýhodněné skupiny. Jsou ohroženi chudobou a sociální inkluzí v souvislosti s odchodem do důchodu či z jiných příčin. Změny v sociální oblasti si senioři hned neuvědomují, ale mohou výrazně snížit kvalitu jejich života. Odchodem do penze také dochází k omezení kontaktu s bývalými kolegy a mění se sociální status. Senioři se také musejí vyrovnat se snížením finančního příjmu, jelikož se mnohdy stane starobní důchod jejich jediným příjmem. (Ondráková, 2012, s. 25)

Reichardová (in Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 208) uvádí pět strategií, jak se vyrovnat s vlastním stářím:

- *Konstruktivní strategie*, kdy se jedinec konstruktivně vyrovnává se všemi pozitivy a negativy stáří.
- *Strategie závislosti*. Zde se jedinec stává závislý na druhých, z důvodu rezignace na své vlastní síly.
- *Obranná strategie*. Zde se jedinec s vlastním stářím vyrovnává tak, že popírá obavy a obtíže stáří a je přehnaně aktivní.
- *Strategie hostilis*, kdy jedinec příčiny svých problémů dává za vinu druhým.
- *Strategie sebenenávisti*. Zde se jedinec odmítá se stářím smířit. Je k sobě kritický a odsuzuje se.

Všechny výše zmíněné aspekty stárnutí velmi ovlivňují duševní pohodu a zdraví člověka. Jak jsme již zmiňovali výše, změny probíhají u každého jedince odlišným způsobem. Proto je nutné ke každému přistupovat individuálně, dle jeho potřeb a umožnit tak prožít důstojné stáří.

1.2 Stárnutí populace a demografický vývoj

V dřívějších dobách se věku 65 let nedožíval téměř nikdo. „Až do 17. století překročilo 65 let života pravděpodobně jen 1 % populace. Do 19. století se toto číslo zvýšilo přibližně na 4 %. Ve 20. století starší lidé tvořili 12 % západní populace“ (Tošnerová, 2009, s. 13). Dnes v hospodářsky vyspělých zemích velmi rychle narůstá počet osob nad 85 let včetně dlouho-
věkých dožívajících se 100 let. (Kalvach, 2008, s. 54)

Současný demografický vývoj je charakteristický klesající porodností, snižováním úmrtností, prodlužováním střední délky života a nárůstem velmi starých lidí nad osmdesát let. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 13)

Říčan (2004, s. 332-333) uvádí, že příčiny stárnutí populace jsou dvě. První příčinou je prodlužování lidského věku. Tuto příčinu označuje jako trvalou. Druhou příčinou je snižování porodnosti. Přibývá velmi málo mladých lidí a přírůstek seniorů je větší. Tuto příčinu označuje jako dočasnou, jelikož se očekává, že až bude dětem ze slabých ročníků šedesát a více let, tak se porodnost ustálí tak, že se počet obyvatelstva stabilizuje.

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 16) nevidí problém stárnutí populace v prodlužování života či ve zvyšujícím se počtu seniorů, ale ve snižující se porodnosti. Poukazují na to, že tento fenomén se děje i kvůli ekonomice, jelikož ekonomika má vliv na populaci a naopak.

Podle současných prognóz OSN může být Česká republika v polovině 21. století společně s Řeckem a s Itálií společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě. (Kalvach, 2004, s. 51)

Tabulka 1 Podíl osob na území ČR ve věku 60 a více let (%) (Burcin a Kučera, 2003)

Rok	ČR	Poznámky
1950	12,6	
1998	18,1	ČR – 33. místo na světě
2020	27,2	
2050	39,6	ČR – 1. místo na světě (s Itálií a Řeckem)

V souvislosti s populačním vývojem očekáváme, že se výrazně bude prodlužovat věk dožití obyvatelstva. Je ale otázkou, kolik seniorů bude moci dožít v dobrém zdravotním stavu. Prognózy mluví o tom, že starší populace bude zdravější, ale ve větším množství ji postihnou

degenerativní a chronické choroby, které sice nepovedou k úmrtí, ale budou mít za následek ztrátu soběstačnosti u starých lidí. To povede ke zvýšení nákladů na sociální služby i veřejné zdravotnictví. (Glosová, 2006, s. 19)

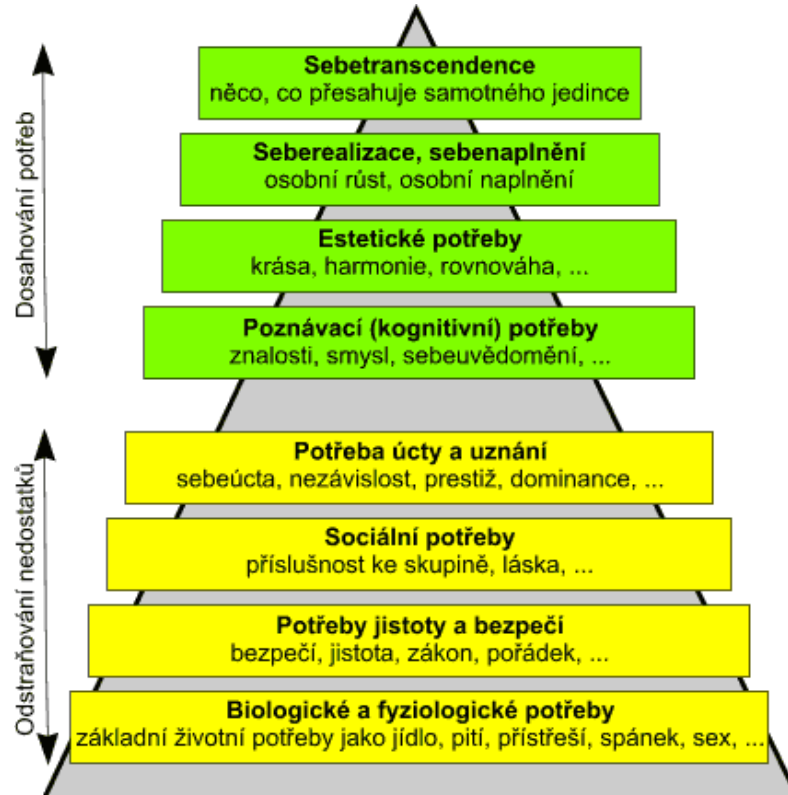
Malíková (2011, s. 26) dále konstatuje, že pro demografický vývoj v České republice je stárnutí obyvatelstva typickým prvkem, který bude pokračovat i v dalších letech. Tento stav, byť je pozitivní pro jedince, kteří prožívají delší život než předchozí generace, s sebou přináší potřebu pro společnost se touto skutečností zabývat a přizpůsobit se jí. Procento starých lidí se podstatně zvýší v důsledku zestárnutí silných ročníků z poválečného období.

Ve stárnoucí populaci seniorů můžeme zaznamenat převahu žen. V roce 2004 ženy tvořily 56% populace nad 65 let. Ve věku nad 80 let již obyvatelstvo tvořilo 64% žen. Jak uvádí český statistický úřad, ženy ve věku nad 65 let tvořily ke dni 31. 12. 2014 celkem 1 102 389 osob. Mužů ve věku nad 65 let žilo pouze 778 025 (Český statistický úřad, © 2015)

2 POTŘEBY SENIORŮ

Každá lidská bytost má zájem na tom, aby byly uspokojovány její životní potřeby. To platí od pradávna. Uspokojování či neuspokojování potřeb bývá v odborné literatuře také spojováno s kvalitou života. Proto je nutné usilovat o pochopení potřeb seniorů.

Lidskými potřebami se zabýval americký psycholog Abraham Maslow, jehož teorie potřeb patří k nejznámějším (Haškovcová, 2010, s. 252). Maslow (Nešporová a kol. 2008, s. 23) uvádí, že teorie motivace by měla být zaměřena především na cíle a nikoliv na prostředky, které vedou k dosažení potřeb. Prostředky vnímá jako kulturně specifické. Cíle označuje jako univerzální. Dále uvádí, že u člověka je předpoklad souběžné existence všech potřeb, avšak aby mohly být naplněny potřeby vyšší, musí dojít do určité míry k naplnění potřeb nižších. Maslow zde hovoří o hierarchii relativní nadvlády, protože aktuálně neuspokojená potřeba má tendenci v organismu dominovat. Dále vysvětluje, že chování je určováno potřebami neuspokojenými, i přesto, že jejich síla slábne tím, jak se pohybujeme od potřeb nižších k potřebám vyšším. Žádnou z potřeb nelze chápat jako ohraničenou neboť se vyskytuje ve vzájemném vztahu k uspokojení či neuspokojení ostatních potřeb.



Obr. 1 Hierarchie lidských potřeb (© Hájek, 2007)

Potřebami a jejich uspokojováním se zabývá celá řada autorů. Nakonečný (1995, s. 125) definoval pojem „potřeby“ jako základní formu motivu, která se projevuje ve smyslu nedostatku v biologické či sociální dimenzi bytí. Ve Slovníku sociální práce Matoušek (2008, s. 147) uvádí, že potřeba je motivem k jednání. Pokud nedochází k uspokojování potřeb, tak to vede ke strádání a k deprivaci. Většina psychologických typologií lidských potřeb dělí potřeby na oblast vztahující se k psychické rovnováze, tělesné pohodě a bezpečí, na oblast souvisící se vztahy k blízkým lidem, na oblast vztahující se ke společenskému uplatnění a oblast spirituálních potřeb.

Lidské potřeby jsou individuální. Mění se v čase a ve vztahu k prostředí, ve kterém člověk žije. Fyziologické potřeby zůstávají stejné. Ale například potřeba jistoty, lásky, bezpečí a sounáležitosti v seniorském věku stoupá. V seniorském věku také dochází k velkému nárůstu spirituální potřeby. Prostřednictvím spirituality senioři hledají to, co je v životě tím nejdůležitějším, nejpodstatnějším, nejhodnotnějším. To co je pro ně posvátné. (Ondrušová, 2011 s. 41) Spiritualita jako zdroj naplnění duchovních potřeb může být pro seniory důležitým zdrojem životní síly, zejména v období, které přináší psychické, fyzické či sociální deficity. Duchovní potřeby se nemusí vztahovat jen k věřícím osobám. Taktéž příslušnost k náboženskému vyznání nezaručuje naplnění spirituálních potřeb. (Štěpánková, Höschl, VidoVICOVÁ, 2014 s. 247)

Jak jsme již zmínili výše, senioři potřebují uspokojovat své životní potřeby jako kdokoliv jiný. Tato skupina je ale často odkázána na pomoc ze svého okolí. Potřeba péče u seniorů vyvstává ze snížené soběstačnosti a z poklesu funkčních schopností, které omezují seniora v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby. (Janečková in Dvořáčková, 2012, s. 38)

Kaufmanová (2004, s. 96-105) ve svém výzkumu zjistila, že pro seniory jsou důležité hodnoty jako zdraví, rodina, láska, přátelství, soběstačnost, vlastní domácnost, sociální kontakt, psychická a fyzická pohoda. Dále z výzkumu vyplynulo, že nejvyšší důležitost senioři kladou na potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a sociální. Domnívá se, že senioři zdůrazňují hodnoty a potřeby, které vnímají jako ohrožené. Dále poukazuje na to, že je velmi pravděpodobné, že hodnoty budou záviset na tom, v jakém prostředí žijí, na jejich zdravotním stavu, na úrovni sociálních kontaktů a na dalších faktorech.

Vágnerová (2007, s. 413 – 414) uvádí, že pro seniory je v pozdním stáří důležitá **potřeba stimulace**. Nedostatek této potřeby může mít vliv na pocit celkové životní pohody i na uchování různých schopností a dovedností. Dále mají značnou potřebu bezpečí. **Potřeba bezpečí** vzrůstá s úbytkem kompetencí a z obav ze zhoršení jejich zdravotního stavu. Také **potřeba sociálního kontaktu a citové vazby** je pro seniory velmi důležitá. Pro seniory je velmi významné mít pocit příslušnosti k nějaké skupině. Především k rodině, na které jsou mnohdy závislí. Obava ze ztráty vazeb s rodinou či ztráty identity v případě umístění do pobytového zařízení může být u starších seniorů silná. Mezi další potřeby autorka řadí **potřebu autonomie** a **potřebu akceptace a uznání**, kdy chce být senior užitečný a snaží se udělat něco pro druhé.

Také Jarošová (2006, s. 32. – 33.) vychází z Maslowovy pyramidy potřeb a uvádí následující potřeby:

- Fyziologické potřeby – vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu (potřeba hygieny, vylučování, dýchání spánku, pohybu).
- Potřeba bezpečí – se objevuje v situacích, kdy dochází ke ztrátě pocitu životní jistoty, ekonomického selhání či jiného nebezpečí.
- Sociální potřeby – se objevují v situacích osamělosti a projevují se jako snaha patřit do nějaké sociální skupiny či být milován.
- Potřeba sebeúcty a uznání – vzniká, jestliže dochází ke ztrátě respektu, důvěry a kompetencí. Tato potřeba se projevuje snahou získat ztracené hodnoty.
- Potřeba sebeaktualizace – se projevuje tendencí realizovat své záměry a schopnosti, nalézt smysl svého života.

Modifikaci Maslowovy hierarchie potřeb popsala také Malíková (20011, s. 169):

- Potřeby fyziologické – charakterizuje stejně jako Maslow. Objevují se při poruše rovnováhy v organismu.
- Potřeba jistoty a bezpečí – potřeba člověka vyvarovat se nebezpečí, touha po důvěře, stabilitě a ochraně.
- Potřeba lásky a sounáležitosti – vyjádřena potřebou milovat a být milován, potřeba náklonnosti. Vystupuje do popředí v případě opuštění či osamocení.
- Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty – tato oblast potřeb se projevuje ve dvou rovinách. Nejprve jde o vztah k sobě samému a poté o vztah k okolí. Uspokojením této potřeby si člověk může potvrdit svůj statut a své místo ve společnosti.

- Kognitivní potřeby – představují potřebu rozumět, poznávat, vědět, touhu po nových informacích.
- Potřeby estetické – jde o uspokojování touhy po estetice, vkusu, kráse, umění. Může se projevovat různým způsobem, jako je touha po upraveném zevnějšku, požadavky na příjemné prostředí, kde jedinec pobývá či návštěvami společenských akcí nebo vlastní tvorbou uměleckých děl.
- Potřeba seberealizace – zde člověk pocituje a vyjadřuje vlastní potenciál. Tato potřeba je úzce spjata s hledáním smyslu života. Souvisí s osobnostním a duchovním vývojem člověka.

Uspokojování potřeb člověka a jejich změny bývají nejčastěji ovlivněny těmito okolnostmi:

- nemocí,
- typem osobnosti (individualitou jedince),
- mezilidskými vztahy,
- vývojovým stádiem jedince,
- okolnostmi, za kterých vzniká nemoc. (Malíková, 20011. s. 170)

Bez ohledu na funkční zdatnost a zdravotní stav jednotlivých seniorů se celosvětově zdůrazňují následující principy potřeb:

- Zabezpečení – zajištění bydlení, ošacení, jídla, základní zdravotní péče.
- Autonomie – zachování si kontroly nad děním, rozhodovacích kompetencí, soukromí.
- Důstojnost – respektování soukromí, osobnosti, studu, vyloučení takové péče, která je pro seniora ponižující.
- Smysluplnost – pomoc při smyslu života, podřízení zdravotní péče sociální roli (Kalvach, Onderková, 2006, s. 12).

Ve stáří dochází ke změně lidských potřeb. Jak je již výše zmíněno, senior se více upíná na rodinu a má větší potřebu lásky a sounáležitosti. Obvykle nejsou zcela saturovány potřeby komunikace a tak se senioři cítí více osamoceni. Celkově se staří lidé mohou cítit více ohrožení a smiřují se s určitou mírou závislosti na okolí. (Jarošová, 2006, s. 43)

Upřednostňování potřeb a touha po jejich uspokojení se může v průběhu věku a vlivem různých událostí měnit. Člověk poté může vyžadovat změnu míry, pořadí nebo způsob uspokojení svých potřeb. Nesmíme zapomenout, že někteří jedinci stále trvají na stejném pořadí

svých potřeb a způsobu jejich uspokojení, i když je to vzhledem ke změněným okolnostem obtížné. S tím, jak jsou jednotlivé potřeby uspokojovány, souvisí kvalita života, kterou se budeme dále zabývat ve třetí kapitole.

3 KVALITA ŽIVOTA

Tato kapitola se zabývá kvalitou života a snažíme se zde nastínit, co si lze pod tímto pojmem představit. Dále se budeme zabývat kvalitou života seniorů a také tím, jak můžeme kvalitu života změřit.

Kvalita života nebyla dosud jednoznačně vymezena. O její definici se pokusila odborná veřejnost z různých vědních oborů, ovšem jednotná všeobecně platná definice doposud neexistuje (Hudáková a Majerníková, s. 36). Od 70. let 20. století probíhají diskuse o tomto pojmu. Odborníci se nemohou shodnout především v tom, jaké jsou indikátory pro měření kvality života, jejich důležitosti a jaký je nejvhodnější měřicí nástroj. Dnes se shodují v tom, že výběr měřicího nástroje se odvíjí od účelu měření kvality života. Výsledkem je velké množství rozmanitých definic a různé měřicí nástroje, kterými jsou dotazníky a strukturované rozhovory. (Vařurová a Mühlpachr, 2005, s. 7 - 9)

Kvalitou života se zabývají psychologové, sociologové, ekonomové, politologové či lékaři po celém světě. Například sociologové se zaměřují na kvalitu života různých sociálních skupin, kterou následně srovnávají. Psychologové sledují především subjektivní pohodu jedinců, kterou se pokoušejí prostřednictvím různých metod měřit. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 70)

Studium této problematiky se především zaměřuje na určení faktorů, které napomáhají ke smysluplnému a dobrému životu. Kvalita života představuje multidimenzionální veličinu, která odráží snahu jedince či společnosti o naplnění představ o životní spokojenosti, pohodě, štěstí i dobrých životních podmínkách. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 70)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje, že „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Křivohlavý, 2011, s. 124). Hogenová (2002, s. 27) vnímá kvalitu života jako něco, co patří k životu jako jeho bezprostřední součást, stejně jako to, co je projevem života samého.

Payne (2005, s. 125) předpokládá, že individuální kvalita života udává rozpor mezi nadějami, sny a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž jedinci jsou motivováni, aby tento rozpor byl minimalizován či odstraňován.

Křížová (2005, s. 56) uvádí, že se odborná veřejnost shoduje v tom, že pojem kvalita života obsahuje tři hlavní domény. Jedná se o fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. Z toho vyplývá, že by měla být kvalita života člověka zkoumána v rámci holistického přístupu k osobnosti jedince a jeho třídimenzionálního bytí.

Kvalita života neznamená jen individuální životní standard, ale je velmi úzce spjata s prostředím a podmínkami, ve kterých lidé žijí, s jejich požadavky a potřebami (Fahey in Dvořáčková, 2012, s. 56). Subjektivní vnímání kvality života souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita života představuje naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví. (Payne, 2005, s. 16)

Otázka kvalitního života jedince v současnosti není záležitostí jednotlivce, ale směřuje k přežití celé lidské populace. Na významu nabývá spirituální a biopsychosociální pohled na život člověka. Pokud mluvíme o kvalitě života, musíme brát zřetel především hodnotu života, která je mezinárodně chráněna právem na život jakožto jedním ze základních lidských práv. Hodnotu života vyjadřuje život samotný a kvalita života je naplněním této hodnoty. (Dvořáčková, 2012, s. 61)

Můžeme říci, že kvalita života je výsledkem interakce sociálních, ekonomických, zdravotních a environmentálních podmínek života a společenského rozvoje. Může zahrnovat otázky smyslu života, přírodní a sociální prostředí jedince, jeho psychický a fyzický stav či jeho subjektivní hodnocení života. (Hrozenská, 2008, s. 22)

3.1 Kvalita života seniorů

Gurková (2011, s. 23) uvádí, že si člověk uvědomí kvalitu svého života v případě, že se jeho životní situace nějakým způsobem mění. Zásadní změnou v životě člověka můžeme považovat ukončení života produktivního, tzn. odchod seniora do starobního důchodu. Mění se sociální status jedince a dochází ke změnám hodnot, které dávaly dosavadnímu životu smysl. Tato nová situace by měla vést seniora k tvorbě a aplikaci nových norem a hodnot, které by měly být zaměřeny na osobní aktivitu jedince, která naplní představy o jeho kvalitním životě.

Haškovcová (2010, s. 26) konstatuje, že s přibývajícím věkem klesá životní dynamika a tomu je potřeba, aby senior přizpůsobil i běžné denní aktivity. Je pravdou, že musejí některé

aktivitu omezit nebo od nich upustit, ale měli by si uvědomit, že některé činnosti jim k dispozici zůstávají. Senioři by si měli pěstovat radost z maličkostí a ostatní by měli takové radosti oceňovat.

Kvalitu života seniorů vyjadřuje úroveň spokojenosti se životem a ukazatele úspěšného stárnutí. Důležitým faktorem je zde subjektivní vnímání a prožívání stáří. Stáří může být plnohodnotnou etapou života. Vše záleží na tom, jak se jedinec dokáže vyrovnat s přibývajícím věkem, životním stylem, který si vyžaduje jeho zdravotní stav a funkční schopnosti a zda dokáže smysluplně využít volný čas, který má. Každý jedinec nemá schopnosti smířit se s přibývajícím věkem či sníženou soběstačností, které stáří přináší (Malíková, 2011, s. 14). I Haškovcová (2010, s. 170) říká, že kvalitu života seniorů do značné míry určuje psychická adaptace jedince na změny, které s sebou přinášejí jak stáří, tak i nový životní způsob.

Payne (2005, s. 208) poukazuje na to, že v současné době můžeme zaznamenat narůstající význam subjektivního hodnocení zdraví. Kvalita života se ukazuje jako vhodnější ukazatel zdraví než morbidita a mortalita. Nepochybně ale platí, že zdraví ovlivňuje všechny aspekty života seniorů.

Podle Dragomirecké (2006, s. 38) se za významnou oblast kvality života ve stáří považuje zdravotní stav jedince, schopnost vykonávat běžné činnosti, životní spokojenost a hmotné zabezpečení. Dále na základě svého výzkumu zaměřeného na kvalitu života ve vyšším věku uvádí, že u seniorů byl prokázán vztah mezi kvalitou života ke zdravotnímu stavu, vyššímu věku, rodinné situaci, hmotnému zabezpečení a vzdělání.

Rabušic a Vohralíková (in Ondrušová, 2011, s. 49) hovoří o tom, že kvalitu života tvoří velké množství aspektů, mezi které zahrnují zdravotní stav, materiální zabezpečení, rodinné zázemí, příležitosti k rozvíjení sociálních kontaktů, možnost udržení si svých koníčků a v neposlední řadě dostupnost sociálních a zdravotních služeb. Dále poukazují na to, že se požadavky na kvalitu života seniorů stupňují a upozorňují na to, že se do budoucna rozevírají nůžky mezi narůstajícími subjektivními potřebami a společenskými možnostmi tyto potřeby uspokojit.

Lékař a bývalý hejtman Olomouckého kraje v magazínu *Moravský senior* konstatoval, že medicína dokáže lidem prodloužit věk, ale prodlouženým létům nedokáže přidat kvalitu života. Proto je třeba podporovat, aby senioři mohli zůstat co nejdéle doma. Prostředí, ve kterém strávili většinu života, je pro ně daleko příznivější. Na tom se shodují i Česká geriatrická

společnost, Světová zdravotnická organizace i Asociace malých nemocnic. (Moravský senior, © 2017)

Ukazuje se, že kvalita života se s přibývajícím věkem výrazněji zhoršuje u žen než mužů. Také bylo zjištěno, že jedinci žijící v manželství mají lepší kvalitu života, než ostatní skupiny. (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 77)

Klíčové oblasti ovlivňující kvalitu života seniorů definoval Laws (in Čevela a Čeladová, 2014, s. 127) následovně: První oblastí je *dostupnost*, kterou je myšlen přístup seniorů na důležitá místa. Tato dostupnost ovlivňuje status člověka a má významný vliv na jeho sebe-pojetí a identitu. Druhou oblastí, která ovlivňuje kvalitu života seniorů je *mobilita*, kterou dělí na fyzickou a sociální. Tyto oblasti jsou propojeny, a jestliže dojde k nedostatku v některé z nich, může ovlivňovat sociální pozici seniora, jeho vztahy k druhým lidem i k celé společnosti. Nedostatek mobility může vést seniora k negativnímu hodnocení a podceňování se. Pokud je výše zmíněné dysfunkční, tak dochází k tzv. prostorové segregaci, která může mít za následek sociální vyloučení jedince.

Problematiku kvality života řešil i Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 – 2012, dle kterého je pro zvýšení kvality života seniorů potřeba kladného celoživotního přístupu ke zdraví, bydlení, vzdělávání, zaměstnanosti, hmotnému zabezpečení a sociální participaci. Nezbytná je také podpora mezigeneračních vztahů, znevýhodněných jedinců či snižování sociálních rozdílů mezi občany České Republiky (MPSV, © 2008). Na tuto koncepci navazuje Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 – 2017, který je zaměřený zejména na oblast zdravého stárnutí a celoživotního vzdělávání, podpory práv seniorů, mezigenerační spolupráci a vytvoření kvalitního prostředí pro život seniorů jako předpoklad pro zajištění zdravého stárnutí populace. (MPSV, © 2013)

Můžeme tedy říci, že předpoklady kvalitního života jsou dány celou řadou faktorů, jak vnějších, tak vnitřních.

3.2 Měření kvality života

V současné době se odborná veřejnost shoduje v tom, že volba měřicího nástroje v případě kvality života závisí na účelu měření.

Kvalitu života lze měřit ze tří hledisek:

- Objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, zdrojů okolí a bariér, které se více hodí pro účely měření kolektivní kvality života a pro mezikulturní srovnání než pro jednotlivce.
- Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem, kdy celkovou spokojenost vnímá jako výsledek životního stylu a osobních hodnot, jehož prostřednictvím se je člověk snaží naplnit.
- Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními doménami. Existují rozmanité výčty oblastí života, které především zahrnují fyzickou kondici a schopnost provádět každodenní činnosti, vztahy s blízkými lidmi a sociálním okolím, prožívání, prostředí ve kterém člověk žije a trávení volného času. (Kirby in Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10)

Pro měření kvality života se nejčastěji používá metoda dotazníkového šetření nebo strukturovaný rozhovor. Je vyvinuto mnoho dotazníků, které lze použít na jakýkoliv výzkumný soubor. Výhodu mají v tom, že umožňují srovnání různých podmínek a souborů osob a mohou se použít i pro populační šetření. Ovšem jejich nevýhodou je, že nemusejí být dost citlivé na podchytení intervence zaměřené na symptomy. Dále existují specializované výzkumné nástroje, které jsou určeny pro specifickou skupinu osob. Tyto dotazníky jsou schopny zachytit klinicky významné změny, ale jejich výsledky jsou těžce srovnatelné či zobecnitelné. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10)

Mezi nejznámější dotazníky kvality života patří WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, které vyvinula Světová zdravotnická organizace (WHO). Jako první byl WHOQOL-100, který vytvořila pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group) složená ze zástupců 15-ti výzkumných center z celého světa. Tento dotazník obsahuje 100 položek, které se skládají ze čtyř oblastí (fyzické zdraví, psychologická oblast, sociální vztahy, úroveň nezávislosti). (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 13 -14)

Druhý dotazník WHOQOL-BREF představuje zkrácenou verzi dotazníku kvality života WHOQOL-100 a je lépe použitelný v praxi. Standardizovaný dotazník obsahuje 26 položek,

které jsou rozděleny do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (Ondrušová, 2011, s. 51). Jako další dotazník zmíníme WHOQOL-OLD, který byl vyvinut pracovní skupinou Psychiatrického centra v Praze v letech 2001 – 2004 a měří kvalitu života seniorů a její vztah ke zdravému stárnutí. Tento nástroj obsahuje šest oblastí, které jsou důležité pro seniory. Není však určen k samostatnému použití, ale jako doplňkový modul k dotazníkům kvality života WHOQOL-100 či WHOQOL-BREF. (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 12-15)

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V následující kapitole představíme služby sociální péče, kterých mohou využít senioři se sníženou soběstačností. Můžeme říci, že se jedná o služby pobytové, terénní a ambulantní. Tyto služby jsou pro seniory velice důležité, neboť jim mají zajistit co nejvyšší míru soběstačnosti a umožnit jim se co nejvíce začlenit či zapojit do běžného života společnosti. Dále pak seniorům zajistit důstojné prostředí na konci jejich života.

System sociální péče o seniory zaznamenal velké změny po roku 1989, kdy došlo k postupné transformaci sociálních služeb (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s. 11). Cílem byla deinstitucionalizace sociálních služeb. Prioritou se stalo také vzdělávání v sociální práci na středoškolské či vysokoškolské úrovni (Matoušek, 2007, s. 151 – 52). Výrazné změny však nastaly až v roce 2007, kdy vstoupil v účinnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jež stanovuje podmínky poskytování sociálních služeb, příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy, inspekci a předpoklady pro práci v sociálních službách. (Česko, 2006)

Zákon o sociálních službách zajišťuje pomoc a podporu znevýhodněným jedincům, kterým se snaží prostřednictvím sociálních služeb zajistit přijatelnou kvalitu života. K jeho hlavním zásadám patří základní sociální poradenství pro všechny, které je bezplatné. Rozsah, forma pomoci a podpory musí zachovat lidskou důstojnost. Dále pak základní lidská práva a svobody. Pomoc a podpora uživatelům by měla vycházet z jejich individuálních potřeb a mělo by být zabráněno sociálnímu vyloučení. Poskytované sociální služby by měly být bezpečné, dostupné a kvalitní. Na základě těchto zásad byly vytvořeny Standardy kvality sociálních služeb, které mají zajistit maximální kvalitu sociálních služeb u jednotlivých poskytovatelů (Matoušek, 2007, s. 9 - 11). Osobám, které jsou závislé na pomoci druhé osoby ve zvládnutí péče, je poskytována státem sociální dávka příspěvek na péči.

Sociální služby mohou v České Republice poskytovat obce a kraje, které mají za úkol zjišťovat skutečné potřeby občanů a zdroje k jejich uspokojení. Mají se snažit vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj sociálních služeb. Obce a kraje bývají často také samotnými zřizovateli sociálních služeb. Mezi důležité poskytovatele sociálních služeb řadíme také fyzické osoby i nestátní neziskové organizace, které taktéž nabízejí širokou nabídku sociálních služeb. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 68)

Jak uvádí Malíková (2011, s. 33) sociální služby pro seniory jsou poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu, díky kterému se klient stává aktivním spoluvůdčem poskytované sociální služby, která má uživatele podporovat v jeho soběstačnosti. Cílem je uživateli pomáhat, aby mohl alespoň některé činnosti dělat sám a být tak co nejméně závislý na druhé osobě.

Sociální služby můžeme rozdělit podle formy poskytování na ambulantní, terénní a pobytové. Za službami ambulantními uživatelé docházejí. Terénní služby jsou poskytovány v domácím přirozeném prostředí uživatele. Naproti tomu pobytové sociální služby souvisejí s pobytem uživatele v zařízení, což znamená, že opouští své přirozené prostředí, na které je zvyklý. (MPSV, © 2018)

Zákon dále vymezuje jednotlivé druhy sociálních služeb a definuje, o jakou službu se jedná, jaká je cílová skupina služby či jaké obsahuje základní činnosti. Mezi druhy sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách patří služby sociální péče, sociální prevence a služby sociálního poradenství.

Tyto sociální služby si může jejich uživatel hradit prostřednictvím příspěvku na péči, který mu byl nebo bude přiznán. Výše příspěvku na péči se odvíjí od přiznaného stupně závislosti na pomoci druhé fyzické osoby:

1. stupeň závislosti (lehká závislost) představuje 880,- Kč,
2. stupeň závislosti (středně těžká závislost) představuje 4.400,- Kč,
3. stupeň závislosti (těžká závislost) představuje 8.800,- Kč,
4. stupeň závislosti (úplná závislost) představuje 13.200,- Kč. (Česko, 2006)

Specifické postavení má v systému sociálních služeb sociální poradenství, které se dělí na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství jsou povinni poskytovat všichni poskytovatelé sociálních služeb. Toto poradenství představuje informace o sociálních službách, a dále informace o možnosti získání pomoci z jiných sociálních systémů. Především ze státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 63)

Odborné sociální poradenství je vymezeno hloubkou poradenství, širším rozsahem a zaměřením na konkrétní cílovou skupinu, což znamená, že je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob například v poradnách pro seniory či občanských poradnách. Součástí odborného sociálního poradenství často bývá i půjčování kompenzačních pomůcek.

(Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 63-64) Zde musíme zdůraznit, že oba typy poradenství jsou bezplatné.

4.1 Služby sociální péče

Pro potřeby naší diplomové práce se budeme zabývat službami sociální péče pro seniory, jejichž rozmanitost je velmi široká. Proto jsme vybrali služby, které jsou seniory využívány nejvíce. Dále se pak zaměříme na Domovy pro seniory a Pečovatelskou službu. Popis jednotlivých služeb uvádíme níže. (Česko, 2006)

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory patří mezi pobytová zařízení sociálních služeb, která poskytují pomoc osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (Česko, 2006)

Domov se zvláštním režimem

Taktéž patří do pobytových služeb. Je zařízením pro osoby, které mají sníženou soběstačnost kvůli duševnímu chronickému onemocnění nebo z důvodu závislosti na návykových látkách. Dále je určen osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou či ostatními typy demence. (Česko, 2006)

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba může být poskytována terénní či ambulantní formou lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. Pokud jde o terénní pečovatelskou službu, tak je poskytována v jednotlivých domácnostech uživatelů. (Česko, 2006)

Osobní asistence

Osobní asistence se stejně jako pečovatelská služba řadí mezi terénní sociální služby a je taktéž poskytována jedincům s omezenou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. Je poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí jedinců. (Česko, 2006)

Denní a týdenní stacionáře

Jedná se o ambulantní nebo pobytovou službu, jejichž cílem jsou osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Dále osoby s duševním, chronickým onemocněním, jejichž sociální situace vyžaduje pravidelnou pomoc pečujících osob. (Česko, 2006)

Odlehčovací služba

Odlehčovací služba bývá poskytována terénní, pobytovou nebo ambulantní formou osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění, věku či zdravotního postižení. O tyto osoby je pečováno v jejich přirozeném prostředí a do odlehčovací služby buď docházejí, jsou v ní dočasně umístěny či pracovník v sociálních službách dochází k uživateli služby domů. (Česko, 2006)

Sociálně aktivizační služby

Tyto služby jsou poskytovány terénní či ambulantní formou seniorům nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. (Česko, 2006)

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Tyto pobytové služby jsou poskytovány osobám, které nyní nepotřebují lůžkovou péči, ale nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné pečující osoby z důvodu zdravotního stavu, a proto nemohou být propuštěny z tohoto zařízení do doby, než je zabezpečena pomoc druhou fyzickou osobou či do doby, než je zajištěno poskytování terénních, ambulantních či pobytových sociálních služeb. (Česko, 2006)

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění je dále provázen vyhláškou 505/2006 Sb., ve které se nachází způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby, rozsah úkonů v rámci základních činností jednotlivých druhů služeb včetně maximální výše úhrad za poskytování těchto služeb. Dále jsou zde uvedeny zdravotní důvody, za kterých je vyloučeno poskytování pobytových sociálních služeb a hodnocení plnění standardů kvality. Touto vyhláškou je také řešena podoba kurzu pro pracovníky v sociálních službách. (Česko, 2006)

Nesmíme opomenout, že k sociální péči o seniory neodmyslitelně patří péče zdravotní a není možné je od sebe oddělovat. Sociální problémy bývají doprovázeny zdravotními a naopak. V naší zemi se model poskytování péče nesoběstačným opírá o tradiční pojetí, kdy rodina je primárně odpovědná za zajištění těchto osob. Sociální služby bývají využívány až v případě,

kdy neformální poskytovatelé chybí nebo péči nezvládají (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 60).

Z výše uvedeného vyplývá, že vytvářet dostatečnou nabídku sociálních služeb je velmi důležité, neboť tyto služby mohou rodinu doplnit či v případě potřeby nahradit a podporovat život seniora v jeho přirozeném prostředí s důrazem na jeho individuální potřeby. Pokud jsou senioři úplně nesoběstační, že nemohou žít ve svém domácím přirozeném prostředí a péče ze strany rodiny je nedostatečná, či úplně chybí, mají možnost využít služby pobytových zařízení. (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008, s. 20)

Můžeme tedy říci, že cílem služeb sociální péče o seniory je řešit nepříznivou sociální situaci, do které se senioři dostali z důvodu snížené soběstačnosti z důvodu věku, zhoršeného zdravotního stavu, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Jedná se o osoby, které jsou ve společnosti znevýhodněny a vyžadují pomoc a podporu druhé osoby, jelikož nejsou schopny se o sebe samy postarat.

4.1.1 Domov pro seniory

Domovy pro seniory patří mezi pobytová zařízení sociálních služeb. Hlavním účelem je poskytnutí dlouhodobé pobytové služby seniorům, kteří z důvodu vysokého věku, zdravotního stavu, či nepříznivé sociální situace vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby. Uživatelé zde mají možnost dle potřeby využít těchto poskytovaných základních činností:

- poskytnutí ubytování a stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- aktivizační a sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování oprávněných zájmů, práv a při obstarávání osobních záležitostí. (Česko, 2006)

K těmto základním činnostem mohou být zavedeny i činnosti fakultativní, které si stanoví poskytovatel dle potřeby uživatelů.

Přijetí uživatele do Domova pro seniory znamená začátek nové významné životní etapy seniora. Každý jedinec se s takovou změnou vyrovnává jinak. Proto jsou v domovech pro seniory uživatelům vytvářeny podmínky, které jim umožňují co nejplynulejší přechod ze svého domova a ulehčí jim tak adaptaci na nové sociální prostředí a nový způsob života. I přesto

je život v domově pro seniory výrazně odlišný od jejich předchozího způsobu života. (Malíková, 2011, s. 79)

Jak jsme již zmiňovali dříve, dnešní poskytování sociálních služeb by se mělo dít na základě stanoveného osobního cíle a individuálního plánu každého uživatele. Malíková (2011, s. 158) shrnula, co pro uživatele individuální přístup může znamenat:

- Možnost individuálních úprav režimu v domově, které vyhovují klientovi a odpovídají jeho předchozím návykům či jeho změněným potřebám, které jsou dány zhoršeným zdravotním stavem nebo jinými důvody.
- Dostatek informací o poskytovaných službách a jejich trvalá dostupnost.
- Vyšší důvěru k pracovníkům a k zařízení samotnému, dodržování lidských práv klientů.
- S ohledem na okolnosti vytvoření prostoru k naplnění a prožívání další životní etapy dle představ klienta.
- Individuální přístup ke klientovi podporuje a zvyšuje jeho soběstačnost, aktivní zapojení. Klient tak má možnost uvědomovat si své rozhodovací právo a svou spoluúčast.
- Zvýšení spokojenosti uživatele s poskytovanými sociálními službami i s přístupem pracovníků.
- Vyšší pocit bezpečí, jistoty a důvěry.

4.1.2 Pečovatelská služba

Pečovatelskou službu řadíme k nejrozšířenějším z terénních služeb. Je poskytována osobám s nízkou soběstačností z důvodu vyššího věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a nejsou si schopni zabezpečit vlastními silami chod domácnosti či další životní potřeby. V případě terénní formy je tato služba poskytována v přirozeném prostředí seniorů, tj. v jejich vlastních domácnostech. Hlavním cílem je tedy zajistit základní životní potřeby uživatelů, podporovat jejich samostatný život ve svých domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a tím oddálit jejich odchod do pobytového zařízení sociálních služeb. (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008, s. 20-22)

Pečovatelská služba poskytuje seniorům péči i podporu. Hauke (2011, s. 20) objasňuje tyto dva pojmy. V případě péče se jedná o pasivní přijímání potřebných úkonů uživatelem. Zna-

mená to, že pečovatelka za uživatele vykonává dohodnuté úkony. Podpora je naopak považována za aktivní prvek při zajišťování péče, kdy je uživateli poskytnuta jen nezbytná podpora. Jde o pomoc při zajišťování úkonů či jejich částí, které uživatel sám nezvládá.

Horecký (2010, s. 13) uvádí, že existence a rozvoj pečovatelské služby je zásadní a nezbytnou podmínkou pro poskytování kvalitní domácí péče seniorům, stejně tak pro zachování či dokonce zvyšování kvality jejich života.

Pečovatelská služba poskytuje v domácím přirozeném prostředí jedinců či v zařízeních následující činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (Česko, 2006)

Všechny činnosti pečovatelské služby jsou poskytovány na základě smluvního vztahu mezi uživatelem a poskytovatelem. Dále mohou být doplněny o další, fakultativní činnosti. Poskytování pečovatelské služby se děje jako u ostatních sociálních služeb na základě individuálního plánu, který má vytvořený každý uživatel. Na kvalitu poskytovaných sociálních dohlíží Inspekce kvality sociálních služeb, kterou představíme v další podkapitole.

4.2 Kvalita poskytovaných sociálních služeb

Jak jsme již uvedli výše, sociální služby jsou poskytovány znevýhodněným občanům ve společnosti, proto péče, která jim je poskytována musí mít náležitou kvalitu. Definice kvality sociálních služeb bývají většinou spojovány s následujícími oblastmi:

- spokojenost uživatele,
- reakce na potřeby uživatele,
- vysoká úroveň péče,
- finanční přiměřenost,
- odpovídající prostředí
- bezpečí a dostupnost
- kontinuita péče. (Malíková, 2011, s. 133)

Měření kvality sociálních služeb je možné pomocí Standardů kvality sociálních služeb, supervize, intervize, benchmarkingu, stížností, sebehodnocení a jiné.

Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality jsou výstupem tříleté spolupráce odborníků na sociální práci a sociální služby, zástupců veřejné právy i uživatelů. Mají také umožnit porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, což je významné pro instituce, které tyto služby financují (místní samosprávy, stát, sponzoři) i pro samotné uživatele. Ve standardech jsou obsaženy společné znaky pro všechny druhy služeb, které zdůrazňují orientaci na uživatele a užívání základních manažerských principů, které jsou nezbytné pro kvalitní fungování organizace (Sýkorová, 2004, s. 9). Cílem Standardů je tedy zajistit, aby poskytování sociálních služeb chránilo a respektovalo práva těch, co službu přijímají, tedy uživatelů, ale i poskytovatelů sociálních služeb. (Bicková, 2011, s. 56)

Tyto standardy by měly zaručovat určitou stanovenou úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb, avšak Horecký (in Malíková, s. 134) poukazuje na to, že nemusí jít o úplně objektivní hodnocení a to ze dvou důvodů. Prvním důvodem je, že Standardy jsou univerzální pro všechny druhy služeb a nerozlišují jejich někdy výrazné odlišnosti. Druhým důvodem je existence nejednotného chápání významu pojmu kvalita.

Na dodržování a naplňování těchto standardů dohlíží Inspekce kvality sociálních služeb. Inspekce kvality slouží k tomu, aby stát, který je hlavním garantem sociální péče v České Republice mohl kontrolovat, zda registrovaní poskytovatelé sociálních služeb řádně plní své povinnosti a naplňují požadavky dané zákonem o sociálních službách. Stěžejním nástrojem, kterým inspekce ověřuje, zda je poskytování služeb v náležitě kvalitě se tedy staly Standardy kvality poskytovaných služeb. (Čámský, 2011, s. 105)

Standardů kvality bylo vytvořeno celkem patnáct a řeší oblast procedurální, personální a materiálně – technickou.

Teoretickou část jsme zakončili sociálními službami, zejména jsme se soustředili na služby sociální péče a na kvalitu poskytovaných sociálních služeb. Nyní přejdeme k části praktické.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Teoretická část diplomové práce nás seznámila s oblastmi, které korespondují s praktickou částí práce. Věnovali jsme se seniorům a jejich potřebám, projevům stáří a stárnutí, stárnutí populace a demografickému vývoji v české republice i kvalitě života. Dále jsme také uvedli, jakým způsobem můžeme kvalitu života měřit. V závěru teoretické části se zaměřujeme na služby sociální péče, zejména na sociální službu domov pro seniory, pečovatelskou službu a kvalitu poskytování v těchto sociálních službách, jelikož všichni naši respondenti jsou uživateli pečovatelské služby a služby domov pro seniory.

5.1 Výzkumný problém

V rámci předložené diplomové práce je řešen výzkumný problém, který se zaměřuje na kvalitu života seniorů využívajících sociální službu domov pro seniory a pečovatelskou službu.

5.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče. Dále tuto úroveň kvality života porovnat dle pohlaví a druhu užívané služby.

Dílní výzkumné cíle:

1. Zjistit jak senioři hodnotí svůj zdravotní stav dle druhu užívané sociální služby.
2. Zjistit, jak jsou senioři využívajících služby sociální péče celkově spokojeni s kvalitou života v jednotlivých životních doménách.

5.2.1 Vymezení výzkumných otázek

Výzkumné otázky vztahující se k cílům výzkumu byly formulovány následovně:

1. Jaká je úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče?
2. Jaká je úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče v závislosti na pohlaví?
3. Jaká je úroveň kvality života seniorů v závislosti na druhu užívané sociální služby?
4. Existují rozdíly ve spokojenosti se zdravím u seniorů využívajících službu domov pro seniory a pečovatelskou službu?
5. Existují rozdíly v oblasti fyzického zdraví seniorů mezi uživateli sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby?

6. Existují rozdíly v oblasti prožívání seniorů mezi uživateli sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby?
7. Existují rozdíly v oblasti sociálních vztahů seniorů mezi uživateli sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby?
8. Existují rozdíly v oblasti sociálního prostředí seniorů mezi uživateli sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby?

5.2.2 Vymezení hypotéz

Dále jsme si pro potřeby výzkumu vymezili následující hypotézy, které budeme ověřovat v podkapitole 6.1.

H1 Předpokládáme, že úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče bude ve vztahu k pohlaví rozdílná.

H2 Předpokládáme, že úroveň kvality života seniorů v závislosti na druhu užívané služby bude rozdílná.

H3 Předpokládáme, že existují rozdíly ve spokojenosti se zdravím u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H4 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti fyzického zdraví u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H5 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti prožívání u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H6 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti sociálních vztahů u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H7 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti sociálního prostředí u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

5.3 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor je tvořen ze seniorů využívajících službu sociální péče, konkrétně službu domov pro seniory a pečovatelskou službu v Mikroregionu střední Haná ve věku 65 let a více. Kritéria pro výběr byly věk nad 65 a více let, ochota spolupracovat a mít natolik zachovalé kognitivní schopnosti, aby byli schopni s asistencí či sami odpovídat na jednotlivé položky dotazníku.

Vzhledem k zaměření na uživatele sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby v Mikroregionu Střední Haná, považujeme výběr výzkumného vzorku za záměrný. Jako záměrný výběr výzkumného vzorku se označuje takový, kdy o výběru jistého prvku nerozhoduje náhoda, ale úsudek výzkumníka či úsudek zkoumané osoby. (Chráška, 2007, s. 22)

Ze základního souboru byly sestaveny dva výběrové soubory. První soubor (DS = 78) byl záměrným výběrem sestaven z uživatelů služby domov pro seniory v Mikroregionu Střední Haná, konkrétně z Domova pro seniory Tovačov. Pro zjednodušení je tento soubor označen DS. Druhý výzkumný soubor (PS = 126) byl taktéž sestaven záměrným výběrem ze seniorů žijících ve svých domácnostech, ve svém přirozeném sociálním prostředí, kteří využívají pečovatelskou službu v Mikroregionu Střední Haná. Zde se jednalo konkrétně o seniory žijící v Kojetíně. Tento soubor označíme PS. Dále můžeme říci, že výzkumný soubor tvořilo celkem 61 mužů a 143 žen, z čehož vyplývá, že ženy jako uživatelky služby sociální péče značně převyšují nad muži. Tento výsledek odpovídá rysům seniorské populace, kde ženy mají vyšší naději dožití (Kalvach a Onderková, 2006, s. 8). Více v tabulce č. 2.

Tabulka 2 Pohlaví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muž	61	30
Žena	143	70
Celkem	204	100

Průměrný věk všech respondentů činil 81,1 roků. Pokud se podíváme na průměrný věk seniorů využívajících domov pro seniory (DS), tak byl průměr 83,7 roků. Průměrný věk uživatelů pečovatelské služby činil 79,5 roků. Průměrný věk výzkumného souboru DS tedy značně převyšoval nad průměrným věkem výzkumného souboru PS. Více tabulka č. 3

Tabulka 3 Průměrný věk

Věk	Min	Max	Modus	Medián	Aritmetický průměr	Rozptyl	Směrodatná odchylka
DS	65	103	88	87	83,7	8,1	8,2
PS	67	93	78	79,5	79,5	6,3	6,3

Pokud si věk respondentů rozdělíme do tří věkových kategorií dle Haškovcové (2010, s. 20-21), tak 39(19%) respondentů využívající služby sociální péče bylo ve věkové kategorii 65 – 74 let, 99(48,5%) respondentů se nacházelo ve věkové kategorii 75 – 84 let a 66 (32,5%) respondentů spadalo do věkové kategorie 85 a více let. Pro přehlednost znázorníme v tabulce č. 4

Tabulka 4 Věk respondentů

Věkové kohorty	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
65 – 74 let	39	19
75 – 84 let	99	48,5
85 a více let	66	32,5
Σ	204	100

5.4 Metoda sběru dat

Pro náš kvantitativní výzkum jsme si zvolili sběr dat metodou dotazníkového šetření. Gavora (2010, s. 121) řadí dotazníkové šetření mezi nejčastější metody sběru dat. Jako instrument pro získání potřebných dat byl zvolen dotazník vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací (WHO) pro výzkum kvality života. Jde o standardizovanou českou verzi WHOQOL – BREF. Tento dotazník byl pro potřeby výzkumu doplněn o základní demografické údaje. Jednalo se o věk, pohlaví, druh užívané sociální služby, rodinný stav, frekvenci návštěv rodiny, a zda mají respondenti děti. Včetně demografických údajů obsahuje 32 položek. Použitý výzkumný nástroj je zcela anonymní, pokyny k jeho vyplnění jsou respondentům sděleny v úvodní části dotazníku, včetně poděkování za jeho vyplnění.

Výzkum probíhal v Mikroregionu Střední Haná během října 2017 až ledna 2018. Senioři byli osloveni prostřednictvím dotazníkového šetření, které se konalo v Domově pro seniory v Tovačově a u uživatelů pečovatelské služby v Kojetíně. Dotazníky byly rozdány osobně nebo prostřednictvím sociálních pracovníků jednotlivých sociálních služeb. Vzhledem

k tomu, že se jednalo o skupinu seniory, tak ve většině případů (zejména v domově pro seniory) jsme byli přítomni osobně u vyplňování dotazníků. Bylo to z toho důvodu, aby docházelo k eliminaci neúplných či špatně vyplněných dotazníků. V domově pro seniory v Tovačově bylo rozdáno 89 dotazníků. Do výzkumu se zapojilo 78 uživatelů, což představuje 87 % návratnosti. Uživatelům pečovatelské služby bylo rozdáno 140 dotazníků, kdy návratnost byla 126 řádně vyplněných dotazníků, což hovoří o 90% návratnosti.

Jak již bylo zmíněno výše, prvních šest položek výzkumného nástroje se tedy týká demografických údajů respondentů. Otázky s pořadovým číslem 7 a 8 jsou samostatné a udávají celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím respondentů. Ostatní otázky se týkají jednotlivých oblastí. Oblast fyzické zdraví představuje otázky č. 9, 10, 16, 21, 22, 23, 24. Oblast prožívání sestává z otázek č. 11, 12, 13, 17, 25, 32. Další je oblast sociálních vztahů, která zahrnuje otázky č. 26, 27, 28. Poslední uvedenou oblastí je prostředí, která zahrnuje otázky č. 14, 15, 18, 19, 20, 29, 30, 31.

Otázky se hodnotí na pětibodových Likertových škálách, které vyjadřují jak moc (1 = vůbec ne, 5 = maximálně) respondenti prožívají určité věci a v jakém rozsahu (1 = vůbec ne, 5 = zcela) provádějí určité činnosti, zda jsou spokojeni s různými oblastmi svého života (1 = velmi nespokojen, 5 = velmi spokojen) a jak často (1 = nikdy, 5 = neustále) prožívají určité věci. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 17)

5.5 Způsob zpracovaných dat

Vzhledem k tomu, že výzkumné šetření bylo založeno na kvantitativním metodologickém přístupu, byla získaná data zpracována následovně. Nejprve jsme data zapsali do datové tabulky v programu Microsoft Office – Excel 2010. Nejdříve byla udělána popisná (deskriptivní) analýza dat prostřednictvím tabulek četností a poté následovala bivariační statistika, testování hypotéz. Všechny stanovené hypotézy byly ověřovány *testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku*. Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Tímto testem jsme získali informace, zda mezi jednotlivými proměnnými existuje vztah či nikoli. Tento test jsme použili, jelikož pracujeme s četnostmi kategoriálních (nominální, ordinální) dat. Škálové položky jsou běžně vnímány jako data ordinální.

6 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝZKUMU

V následující kapitole se zaměříme na vyhodnocení dat, které jsme získali prostřednictvím dotazníkového šetření. Nejprve jsme provedli deskriptivní vyhodnocení dat. Jedná se o demografické údaje a jednotlivé zkoumané oblasti. Získané hodnoty jsou přeneseny do tabulek, kde je uvedena absolutní a relativní četnost z jednotlivých položek. Položka č. 1 a 2 týkající se pohlaví a věku jsou již popsány v kapitole 5.3 výzkumný soubor.

Vyhodnocení položky č. 3: Místo pobytu

Místo pobytu seniorů bylo určeno dle druhu užívané sociální služby. Jak již jsme se zmiňovali u popisu výzkumného souboru, z níže uvedené tabulky názorně vidíme, že zastoupení respondentů v domově pro seniory je nižší 78(38,2%) než zastoupení respondentů z domácího prostředí, které představuje 126(61,8%) respondentů. Tento výsledek odpovídá kapacitě registrovaných sociálních služeb, ve kterých výzkum probíhal.

Tabulka 5 Místo pobytu

Místo pobytu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Domov pro seniory (DS)	78	38,2
Domácí prostředí (PS)	126	61,8
Celkem	204	100

Vyhodnocení položky č. 4: Máte děti?

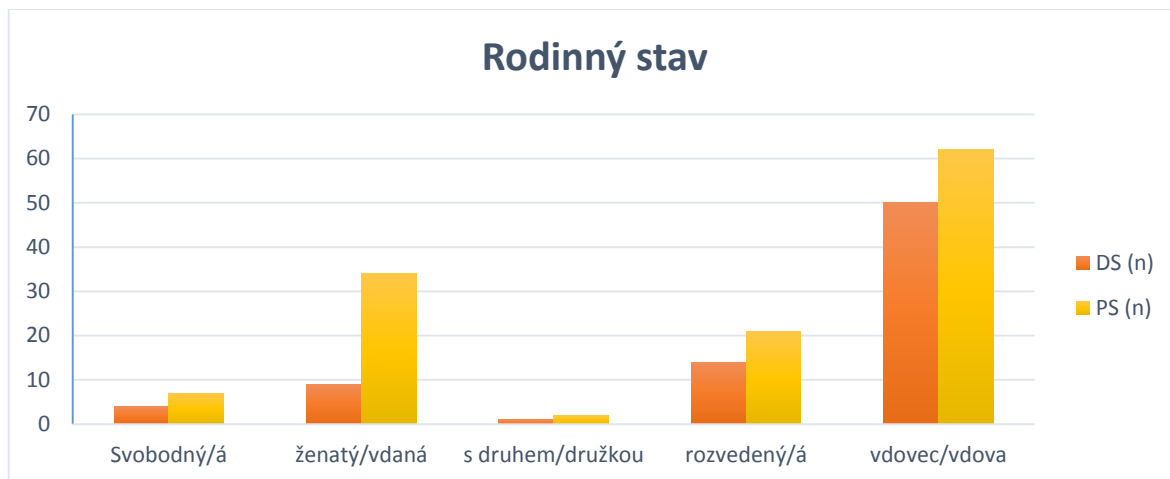
Dále jsme zjistili, že 182(89%) našich respondentů má děti. Zbýlých 22(11%) respondentů je bezdětných. Pro větší přehlednost jsou data zaneseny do tabulky č. 6.

Tabulka 6 Děti

Máte děti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	182	89
Ne	22	11
Celkem	204	100

Vyhodnocení položky č. 5: Jaký je váš rodinný stav?

Graf 1 Rodinný stav



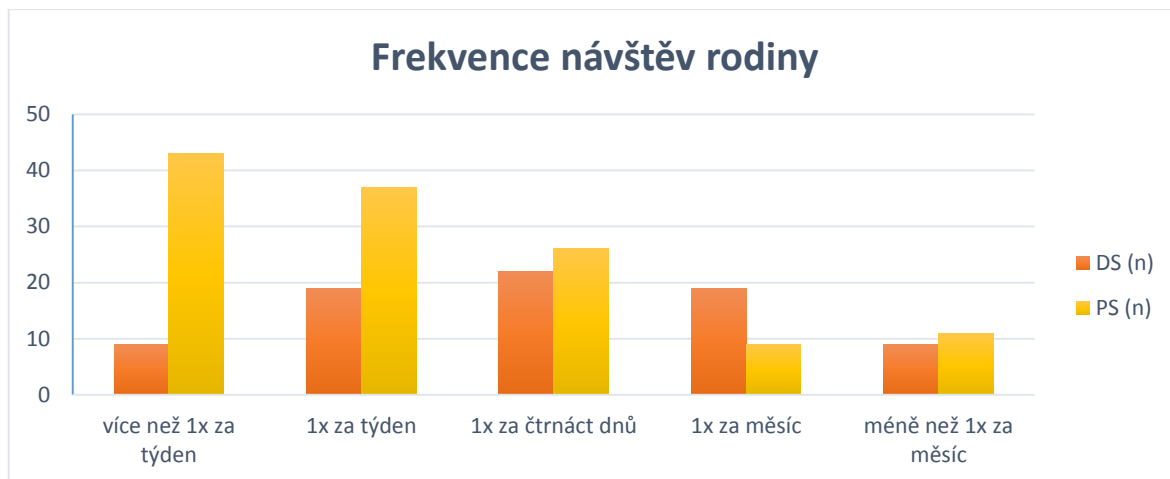
Z výzkumu jsme dále dle očekávání zjistili, že nejvíce seniorů využívající služeb sociální péče je ovdovělých, což činí z celkového počtu 112(54,9%) seniorů. Také jsme zjistili, že 34(27%) seniorů žijící ve svém přirozeném prostředí (PS) jsou stále manželé. Oproti tomu v domově je procento manželských párů nižší 9(11,7%). Procentuální počet rozvedených seniorů obou sociálních služeb je téměř stejný. V domově pro seniory žije 14(7,8 %) rozvedených seniorů. Mezi uživateli PS se nachází 21(16,7%) rozvedených seniorů. Všechny četnosti k položce č. 5 jsou pro znázornění v tabulce č. 7 níže.

Tabulka 7 Rodinný stav

Rodinný stav	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
svobodný/á	4	5,2	7	5,5	11	5,4
ženatý/vdaná	9	11,7	34	27	43	21,1
s druhem/družkou	1	1,3	2	1,5	3	1,5
rozvedený/á	14	17,8	21	16,7	35	17,1
vdovec/vdova	50	64	62	49,3	112	54,9
Celkem	78	100	126	100	204	100

Vyhodnocení položky č. 6: Jak často Vás navštěvuje Vaše rodina?

Graf 2 Frekvence návštěv rodiny



Z další položené otázky je patrné, že nejvyšší frekvence návštěv rodiny u seniorů využívající pobytovou službu domov pro seniory je jedenkrát za 14 dnů, což uvedlo 22(28%) seniorů. Že jsou senioři navštěvováni jedenkrát týdně uvedlo 19(24,5%) seniorů, stejně jako odpověď jedenkrát měsíčně označilo 19(24,5%) seniorů. Dále jsme z analýzy zjistili, že návštěvy rodiny u seniorů více než jedenkrát za týden jsou tak četné jako návštěvy méně než jedenkrát za měsíc 9(11,5%). Oproti tomu 43(34%) uživatelů terénní pečovatelské služby odpovědělo, že je navštěvuje rodina více než jedenkrát za týden či odpověď jedenkrát týdně označilo 37(29,44%) uživatelů. Dalších 26(20,6%) uživatelů PS uvedlo, že se se svou rodinou vidí jedenkrát za 14 dnů. 9(7%) uživatelů navštíví rodina jedenkrát za měsíc a 11(9%) uživatelů rodinu vidí méně než jedenkrát měsíčně. Můžeme konstatovat, že u seniorů užívajících PS je frekvence návštěv rodiny častější, než u seniorů žijících v DS. Pro lepší orientaci jsme jednotlivé četnosti zaznamenali do tabulky č. 8.

Tabulka 8 Frekvence návštěv rodiny

Frekvence návštěv	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
více než 1x za týden	9	11,5	43	34	52	25,5
jednou za týden	19	24,5	37	29,4	56	27,5
1x za čtrnáct dnů	22	28	26	20,6	48	23,5
1x za měsíc	19	24,5	9	7	28	13,7
méně než 1x za měsíc	9	11,5	11	9	20	9,8
Celkem	78	100	126	100	204	100

Vyhodnocení položky č. 8: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Graf 4 Spokojenost se zdravím



Uvedený graf č. 4 a tabulka č. 10 nás informují o tom, že 39(50%) seniorů žijících v domově pro seniory uvedlo, že jsou se svým zdravím nespokojeni. Velmi spokojen je pouze jeden (2%) respondent. U seniorů žijících ve svém domácím prostředí, kteří využívají pečovatelskou službu, převažuje taktéž odpověď, že jsou se svým zdravím nespokojeni 50(37,7%). Oproti DS se jedná o menší množství odpovědí. Velmi spokojeni se svým zdravím jsou pouze 2(1,6%) senioři, což se mnoho neliší od seniorů z domova pro seniory. Dále také vidíme, že 25(32%) seniorů z DS jsou se svým zdravím spokojeni. Respondenti z PS uvedli položku č. 4, která vystihuje, že jsou se zdravím spokojeni ve 37(29,4%) případech. Více v tabulce č. 10.

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 **velmi spokojen/a**

Tabulka 10 Spokojenost se zdravím

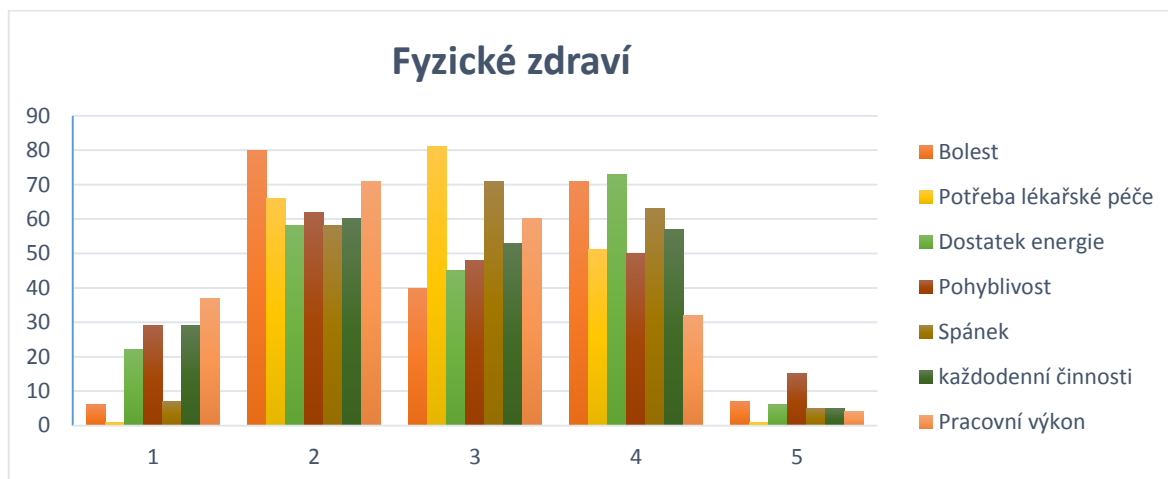
Likertova škála	Domov pro seniory		Pečovatelská služba	
	n	%	n	%
1	2	2	8	6,3
2	39	50	50	39,7
3	11	14	29	23
4	25	32	37	29,4
5	1	2	2	1,6
Celkem	78	100	126	100

Průměr za položku je u DS i PS 2,8. Průměr za obě služby je také 2,8, což znamená, že se průměrná hodnota v použité škále přibližuje ke stupni 3, což nám ukazuje, že průměrně jsou senioři se svým zdravím spokojeni středně.

Deskriptivní analýza zbývajících položek z dotazníku se dále nachází v příloze č. 2 diplomové práce. Nyní přistoupíme k vyhodnocení jednotlivých životních domén.

Vyhodnocení domény č. 1 Fyzické zdraví

Graf 5 Fyzické zdraví



Doménou č. 1 je oblast fyzického zdraví, kdy respondenti odpovídali na celkem sedm otázek, které se týkaly jejich fyzického zdraví v posledních třech měsících. Do této oblasti spadá otázka z dotazníku č. 9, 10, 16, 21, 22, 23 a 24. Z níže uvedené tabulky můžeme vidět, že nejvíce seniorů 80(39,2%) z celkového počtu 204 hodnotilo na Likertově škále stupněm č. 2, že jim bolest brání jen trochu v tom, co potřebují dělat. Naopak dalším 71(34,8%) seniorům bolest brání hodně v jejich činnosti. Lékařskou péči nejvíce seniorů 81(39,7%) potřebuje středně. Celkem 66(32,4%) seniorů označilo stupeň č. 2, z čeho vyplývá, že lékařskou péči potřebují trochu. Také 5 (25%) seniorů lékařskou péči potřebuje hodně. Z tabulky č. 11 také vidíme největší nespokojenost seniorů se svou schopností provádět každodenní činnosti 60(29,4%) a dále jsou pak nejvíce nespokojeni se svým pracovním výkonem 71(34,8%). Naopak 73(35,8%) seniorů uvedlo, že většinou mají dostatek energie pro každodenní život. Se svým spánkem je spokojeno 63(30,8%) respondentů, ani spokojeno, ani nespokojeno je 7 (34,8) respondentů a 58(28,4%) respondentů uvedlo, že jsou se svým spánkem nespokojeni.

Průměr za doménu fyzické zdraví je u DS 2,7 a u PS 2,9. Průměr za obě služby je 2,8, což znamená, že se průměrná hodnota v použité škále přibližuje ke stupni 3 středně spokojen.

Zda jsou statisticky významné rozdíly v doméně fyzické zdraví mezi uživateli DS a PS budeme ověřovat později v hypotéze č. 4. v podkapitole 6.1.

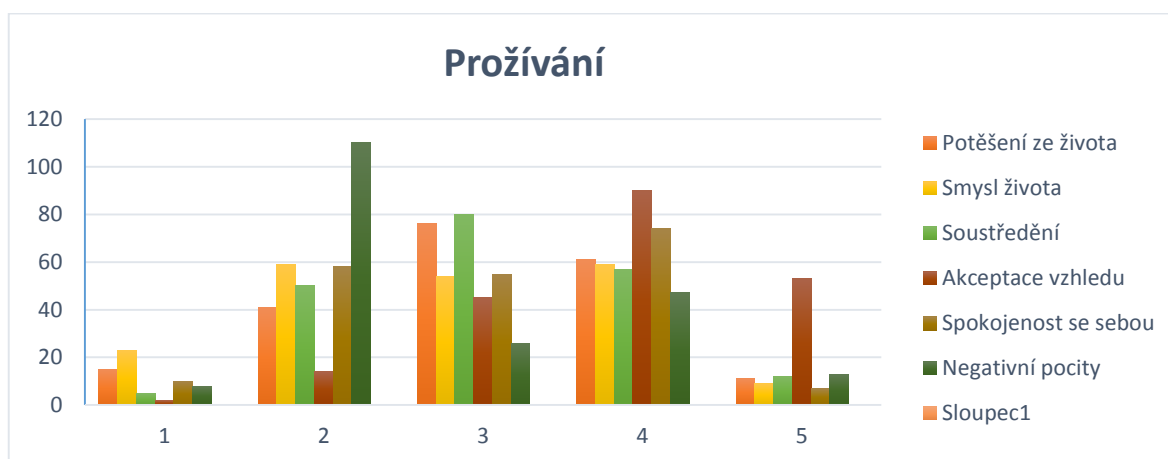
vůbec ne, velmi nespokojen 1 2 3 4 5 maximálně, velmi spokojen

Tabulka 11 Fyzické zdraví

Otázka č.	Položka	Likertova škála, n (%)				
		1	2	3	4	5
Q9	Bolest	6 (2,9)	80 (39,2)	40 (19,6)	71 (34,8)	7 (3,5)
Q10	Potřeba lékařské péče	1 (0,5)	66 (32,4)	81 (39,7)	51 (25)	5 (2,4)
Q16	Dostatek energie	22 (10,8)	58 (28,4)	45 (22,1)	73 (35,8)	6 (2,9)
Q21	Pohyblivost	29 (14,2)	62 (30,4)	48 (23,5)	50 (24,5)	15 (7,4)
Q22	Spánek	7 (3,5)	58 (28,4)	71 (34,8)	63 (30,8)	5 (2,5)
Q23	Každodenní činnosti	29 (14,2)	60 (29,4)	53 (26)	57 (27,9)	5 (2,5)
Q24	Pracovní výkon	37 (18,1)	71 (34,8)	60 (29,4)	32 (15,7)	4 (2)

Vyhodnocení domény č. 2 Prožívání

Graf 6 Prožívání



Doménou č. 2 je oblast prožívání, kdy respondenti odpovídali na celkem šest otázek, které se týkaly jejich prožívání v posledních třech týdnech. Tato doména zahrnuje položky z dotazníku č. 11, 12, 13, 17, 25, 32. Nejvíce seniorů 76(37,3%) uvedlo, že je život těší středně. Dále 59(28,9%) seniorů zaznamenalo, že smysl jejich života má jen trochu. Zato stejný počet seniorů 59(28,9%) označilo smysl jejich života stupněm 4, což znamená, že jejich život má smysl hodně. Dále převážná část seniorů 90(44,1%) uvedla, že většinou dokáží akceptovat svůj tělesný vzhled. Stejně tak většina seniorů je spokojena sama se sebou 74 (36,3). Ze všech položek této domény největší množství seniorů 110(53,9) uvedlo, že negativní pocity jako rozmrzelost či deprese prožívají jen někdy. Neustálé prožívání negativních pocitů zažívá

13(6,5%) seniorů. Vyhodnocení jednotlivých otázek můžeme vidět v tabulce č. 12 a znázornění v grafu č. 6. Zda jsou statisticky významné rozdíly v doméně prožívání mezi uživateli DS a PS budeme ověřovat hypotézou č. 5 v podkapitole 6.1.

vůbec ne, velmi nespokojen 1 2 3 4 5 maximálně, velmi spokojen

Tabulka 12 Prožívání

Otázky č.	Položka	Likertova škála				
		1	2	3	4	5
Q11	Potěšení ze života	15 (7,3)	41 (20,1)	76 (37,3)	61 (29,9)	11 (5,4)
Q12	Smysl života	23 (11,3)	59 (28,9)	54 (26,5)	59 (28,9)	9 (4,4)
Q13	Soustředění	5 (2,5)	50 (24,5)	80 (39,2)	57 (27,9)	12 (5,9)
Q17	Akceptace vzhledu	2 (0,1)	14 (6,9)	45 (22,5)	90 (44,1)	53 (26,4)
Q25	Spokojenost se sebou	10 (4,9)	58 (28,4)	55 (27)	74 (36,3)	7 (3,4)
Q32	Negativní pocity	8 (3,9)	110 (53,9)	26 (12,7)	47 (23)	13 (6,5)

Průměr za doménu prožívání je u seniorů využívající PS 3,08 a u seniorů využívající DS 3,17. Celkový průměr za doménu je celkem 3,13, což znamená, že průměrně senioři hodnotili střední spokojenost v oblasti prožívání.

Vyhodnocení č. 3 Sociální vztahy

Graf 7 Sociální vztahy



Doménu č. 3 představuje oblast sociálních vztahů, kdy respondenti odpovídali celkem na 3 otázky, které se týkaly jejich sociálních vztahů v rámci přátel či rodiny. Doména zahrnuje otázky z dotazníku č. 26, 27, 28. Můžeme říci, že tato oblast je seniory hodnocena pozitivně až na sexuální život seniorů. Nejvíce seniorů 119(58,3%) je se svými osobními vztahy spokojeno, stejně tak je nejvíce seniorů 99(48,5%) spokojeno s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Nejhůře z této oblasti dle očekávání dopadlo hodnocení sexuálního života, kde

129(63,2%) respondentů označilo, že se svým sexuálním životem nejsou spokojeni. Zda jsou statisticky významné rozdíly v oblasti sociálních vztahů, mezi uživateli DS a PS budeme testovat níže v hypotéze č. 6 (6H). Pro znázornění uvádíme tabulku četností č. 13 a graf č. 7.

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

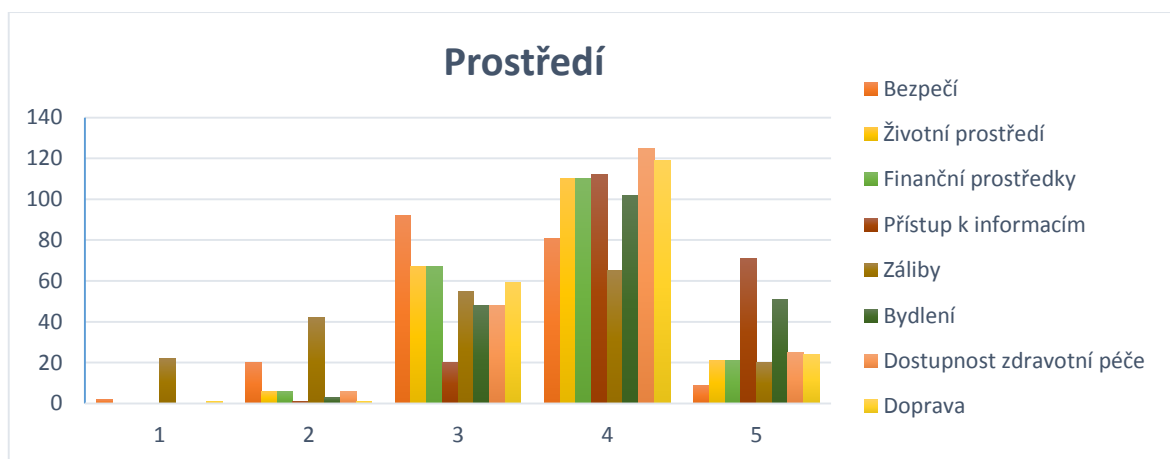
Tabulka 13 Sociální vztahy

Otázka č.	Položka	Likertova škála				
		1	2	3	4	5
Q26	Osobní vztahy	0	24 (11,8)	37 (18,1)	119 (58,3)	24 (11,8)
Q27	Sexuální život	29 (14,2)	129 (63,2)	38 (18,6)	7 (3,4)	1 (0,5)
Q28	Podpora od přátel	0	21 (10,3)	51 (25)	99 (48,5)	33 (16,2)

Průměrně doménu sociálních vztahů senioři hodnotili stupněm 3,2, což znamená, že jsou ani spokojeni, ani nespokojeni se svými sociálními vztahy.

Vyhodnocení domény č. 4: Prostředí

Graf 8 Prostředí



Poslední sledovanou oblastí bylo sociální prostředí seniorů, ve kterém žijí. Tato oblast obsahuje celkem 8 položek a je nejobsáhlejší ze zkoumaných oblastí. Zahrnuje položky č. 14, 15, 18, 19, 20, 29, 30, 31. Z uvedeného grafu č. 8 i tabulky č. 14 je jasně patrné, že oblast prostředí byla nejlépe hodnocenou oblastí. Nejvíce seniorů 125(61,3%) označilo stupeň 4, že jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče. Dále z analýzy dat vyplynulo, že jsou spokojeni 112(54,9%) až velmi spokojeni 71(34,8%) s možností přístupu ke každodenním informacím. Také na otázku zda mají možnost věnovat se svým zálibám většina seniorů

65(31,9%) odpovědělo, že většinou ano. Zde musíme ale poukázat, že značná část dotázaných 42(20,6%) uvedla, že se spíše nemají možnost věnovat svým zálibám. Také je potěšující, že většina 110(54%) je hodně spokojena s prostředím, ve kterém žijí. Dále můžeme konstatovat, že většina respondentů má většinou dostatek peněz k uspokojení svých potřeb. Zda jsou statisticky významné rozdíly v oblasti sociálních vztahů mezi uživateli DS a PS, budeme testovat dále v hypotéze č. 7.

vůbec ne, velmi nespokojen 1 2 3 4 5 maximálně, velmi spokojen

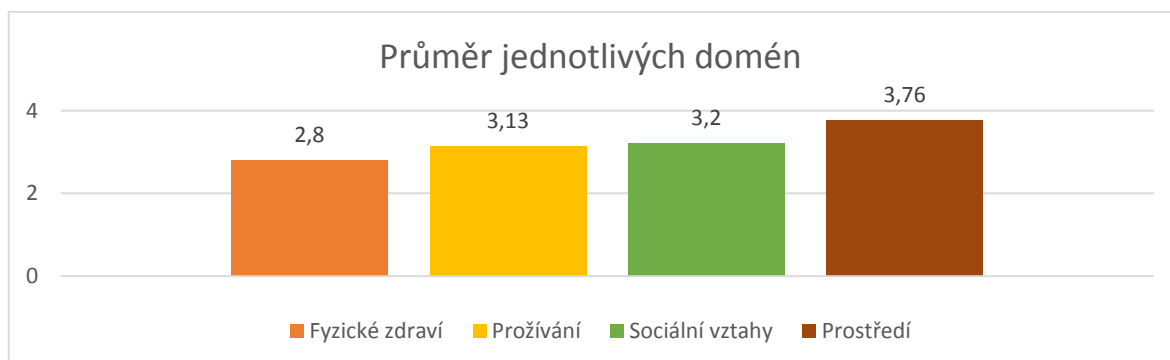
Tabulka 14 Prostředí

Položka č.	Položka	Likertova škála				
		1	2	3	4	5
Q14	Bezpečí	2 (1)	20 (9,8)	92 (45,1)	81 (39,7)	9 (4,4)
Q15	Životní prostředí	0	6 (2,9)	67 (32,8)	110 (54)	21 (10,3)
Q18	Finanční prostředky	0	16 (7,8)	50 (24,5)	97 (47,5)	41 (20,2)
Q19	Přístup k informacím	0	1 (0,5)	20 (9,8)	112 (54,9)	71 (34,8)
Q20	Záliby	22 (10,8)	42 (20,6)	55 (27)	65 (31,9)	20 (9,7)
Q29	Bydlení	0	3 (1,5)	48 (23,5)	102 (50)	51 (25)
Q30	Dostupnost zdravotní péče	0	6 (2,9)	48 (23,5)	125 (61,3)	25 (12,3)
Q31	Doprava	1 (0,5)	1 (0,5)	59 (28,9)	119 (58,3)	24 (11,8)

Průměr za doménu prostředí u uživatelů PS je 3,66 a u uživatelů DS je 3,85. Průměr celkem je 3,76. Zde můžeme konstatovat, že jsou senioři průměrně spokojeni v oblasti prostředí.

Níže se můžeme podívat na graf, který nám ukáže, jakým stupněm respondenti průměrně hodnotili kvalitu svého života v jednotlivých životních doménách.

Graf 9 Kvalita života seniorů v jednotlivých životních doménách (průměr)



Nyní po popisné analýze dat přistoupíme k testování hypotéz.

6.1 Analýza stanovených hypotéz

Pomocí deskriptivní analýzy dat jsme popsali, jak senioři hodnotí celkovou kvalitu svého života, jak jsou spokojeni se svým zdravím i spokojenost v jednotlivých životních doménách.

Nyní přejdeme k testování hypotéz, prostřednictvím statistického testu významnosti. U každé hypotézy jsme si určili proměnné. Stanovené hypotézy jsme ověřovali pomocí MS Excel. K ověření hypotéz jsme použili test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti 0,05, která nám říká, že celková možnost omylu je 5%.

Hypotéza č. 1

H1: Předpokládáme, že úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče bude ve vztahu k pohlaví rozdílná.

Jak jsme již uvedli výše, pro ověření hypotézy byla použita metoda testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

V postupu testování uvedené hypotézy (H1) začínáme stanovením H_0 a H_A .

H_0 Kvalita života seniorů využívajících služby sociální péče se ve vztahu k pohlaví neliší.

H_A Kvalita života seniorů využívajících služby sociální péče se ve vztahu k pohlaví liší.

Tabulka 15 Kontingenční tabulka H1, Kvalita života, pohlaví

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	Σ
<i>Muži</i>	2 (2,09)	13 (9,57)	15 (14,05)	29 (30,8)	2 (5,08)	61
<i>Ženy</i>	5 (4,91)	19 (22,43)	32 (32,95)	72 (70,8)	15 (11,92)	143
Σ	7	32	47	101	17	204

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $(P-O)^2/O$. Testové kritérium χ^2 následně vypočítáme jako součet hodnot $(P-O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. P = pozorovaná četnost, kterou jsme získali prostřednictvím dotazníků, O = očekávaná četnost, v závorkách. (Chráška, 2007, s. 77)

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 4,582$$

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) \times (s-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

Dle Chrásky (2007, s. 248) je kritická hodnota pro $x^2_{0,05}(4) = 9,488 > 4,582$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 4,582$ je menší jak kritická hodnota testového kritéria, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Nebylo prokázáno, že existuje významný rozdíl mezi kvalitou života a pohlavím seniorů.

Podmínkou oprávněného použití testu nezávislosti chí-kvadrát je, že očekávané četnosti musí být ve více než 20% polí kontingenční tabulky větší než 5 a v některém poli tabulky nesmí být četnost menší než 1. Tato podmínka byla splněna.

Hypotéza č. 2

H2: Předpokládáme, že úroveň kvality života seniorů v závislosti na druhu užívané služby bude rozdílná.

Pro ověření hypotézy byla použita metoda testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. V postupu testování uvedené hypotézy (H2) začínáme stanovením H_0 a H_A .

H_0 Předpokládáme, že kvalita života seniorů v závislosti na druhu užívané služby se neliší.

H_A Předpokládáme, že kvalita života seniorů v závislosti na druhu užívané služby se liší.

Tabulka 16 Kontingenční tabulka H2, kvalita života, druh služby

Druh služby	1	2	3	4	5	Σ
DS	2 (2,68)	7 (11,85)	20 (17,97)	41 (40,15)	8 (5,35)	78
DPS	5 (4,32)	24 (19,15)	27 (29,03)	64 (64,85)	5 (8,65)	126
Σ	7	31	47	106	13	204

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $(P-O)^2/O$. Testové kritérium x^2 následně vypočítáme jako součet hodnot $(P-O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. (Chráska, 2007, s. 77)

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 6,018$$

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) \times (s-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

Dle Chrásky (2007, s. 248) je pro $x^2_{0,05}(4) = 9,488 > 6,018$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $x^2 = 6,018$ je menší jak kritická hodnota testového kritéria, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Nebylo prokázáno, že existuje významný rozdíl mezi kvalitou života seniorů a druhem užívané služby.

Podmínkou oprávněného použití testu nezávislosti chí-kvadrát je, že očekávané četnosti musí být ve více než 20% polí kontingenční tabulky větší než 5 a v některém poli tabulky nesmí být četnost menší než 1. Tato podmínka byla splněna.

Hypotéza č. 3

H3: Předpokládáme, že existují rozdíly ve spokojenosti se zdravím u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

V postupu testování uvedené hypotézy (H3) začínáme stanovením H_0 a H_A . Pro ověření hypotézy byla použita metoda testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti se zdravím u seniorů využívajících službu domov pro seniory a pečovatelskou službu.

H_A Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti se zdravím u seniorů využívajících službu domov pro seniory a pečovatelskou službu.

Tabulka 17 Kontingenční tabulka H3, spokojenost se zdravím, druh služby

	1	2	3	4	5	Σ
DS	7 (5,74)	38 (33,65)	10 (14,91)	22 (22,56)	1 (1,15)	78
DPS	8 (9,26)	50 (54,35)	29 (24,09)	37 (36,44)	2 (1,85)	126
Σ	15	88	39	59	3	204

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $(P-O)^2/O$. Testové kritérium χ^2 následně vypočítáme jako součet hodnot $(P-O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. (Chráška, 2007, s. 77)

$$\chi^2 = (P-O)^2/O$$

$$\chi^2 = 4,03$$

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) \times (s-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

$$\chi^2_{0,05}(4) = 9,488 > 4,03$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 4,03$ je menší jak kritická hodnota testového kritéria, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Nebylo prokázáno, že existuje statisticky významný rozdíl mezi subjektivním vnímáním zdravotního stavu seniorů a druhem užívané služby.

Podmínkou oprávněného použití testu nezávislosti chí-kvadrát je, že očekávané četnosti musí být ve více než 20% polí kontingenční tabulky větší než 5 a v některém poli tabulky nesmí být četnost menší než 1. Tato podmínka byla splněna.

Hypotéza č. 4

H4 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti fyzického zdraví u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

V postupu testování uvedené hypotézy (H4) začínáme stanovením H_0 a H_A . Pro ověření hypotézy byla použita metoda testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly v oblasti fyzického zdraví u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H_A Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v oblasti fyzického zdraví u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

Tabulka 18 Kontingenční tabulka H4, oblast fyzického zdraví, druh služby

	1	2	3	4	5	Σ
DS	55 (51,62)	165 (175,5)	180 (159,44)	128 (142,62)	18 (16,82)	546
PS	80 (83,38)	294 (283,5)	237 (257,56)	245 (230,38)	26 (27,18)	882
Σ	135	459	417	373	44	1428

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $(P-O)^2/O$. Testové kritérium χ^2 následně vypočítáme jako součet hodnot $(P-O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. (Chráška, 2007, s. 77)

$$\chi^2 = (P-O)^2/O$$

$$\chi^2 = 8,228$$

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) \times (s-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

$$\chi^2_{0,05}(4) = 9,488 > 8,228$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 8,228$ je menší jak kritická hodnota testového kritéria a proto přijímáme nulovou hypotézu. Nebylo prokázáno, že existuje statisticky významný rozdíl v oblasti fyzického zdraví seniorů a druhem užívané služby.

Podmínkou oprávněného použití testu nezávislosti chí-kvadrát je, že očekávané četnosti musí být ve více než 20% polí kontingenční tabulky větší než 5 a v některém poli tabulky nesmí být četnost menší než 1. Tato podmínka byla splněna.

Hypotéza č. 5

H5 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti prožívání u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

V postupu testování uvedené hypotézy (H5) začínáme stanovením H_0 a H_A .

H_0 Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly v oblasti prožívání u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H_{1A} Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v oblasti prožívání u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

Tabulka 19 Kontingenční tabulka H_5 , oblast prožívání, druh služby

	1	2	3	4	5	Σ
DS	23 (24,47)	114 (126,94)	133 (128,09)	157 (148,35)	41 (40,15)	468
DPS	41 (39,53)	218 (205,06)	202 (206,91)	231 (239,65)	64 (64,85)	756
Σ	64	332	335	388	105	1224

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $(P-O)^2/O$. Testové kritérium χ^2 následně vypočítáme jako součet hodnot $(P-O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. (Chráška, 2007, s. 77)

$$\chi^2 = (P-O)^2/O$$

$$\chi^2 = 3,429$$

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) \times (s-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

$$\chi^2_{0,05}(4) = 9,488 > 3,429$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 3,429$ je menší jak kritická hodnota testového kritéria, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Neexistují statisticky významné rozdíly v oblasti prožívání a užiteli jednotlivých druhů sociálních služeb.

Podmínkou oprávněného použití testu nezávislosti chí-kvadrát je, že očekávané četnosti musí být ve více než 20% polí kontingenční tabulky větší než 5 a v některém poli tabulky nesmí být četnost menší než 1. Tato podmínka byla splněna.

Hypotéza č. 6

H6 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti sociálních vztahů u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

V postupu testování uvedené hypotézy (H6) začínáme stanovením H_0 a H_A . Pro ověření hypotézy byla použita metoda testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly v oblasti sociálních vztahů u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H_A Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v oblasti sociálních vztahů u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

Tabulka 20 Kontingenční tabulka H6, oblast sociálních vztahů, druh služby

	1	2	3	4	5	Σ
DS	10 (11,09)	60 (66,53)	56 (48,18)	83 (86,03)	25 (22,18)	234
DPS	19 (17,91)	114 (107,47)	70 (77,82)	142 (138,97)	33 (35,82)	378
Σ	29	174	126	225	58	612

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $(P-O)^2/O$. Testové kritérium χ^2 následně vypočítáme jako součet hodnot $(P-O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. (Chráška, 2007, s. 77)

$$\chi^2 = (P-O)^2/O$$

$$\chi^2 = 4,02$$

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) \times (s-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

$$\chi^2_{0,05}(4) = 9,488 > 4,02$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 4,02$ je menší jak kritická hodnota testového kritéria, a proto přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významný vztah v oblasti sociálních vztahů a uživatelů jednotlivých druhů služeb.

Podmínkou oprávněného použití testu nezávislosti chí-kvadrát je, že očekávané četnosti musí být ve více než 20% polí kontingenční tabulky větší než 5 a v některém poli tabulky nesmí být četnost menší než 1. Tato podmínka byla splněna.

Hypotéza č. 7

H7 Předpokládáme, že existují rozdíly v oblasti sociálního prostředí u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

V postupu testování uvedené hypotézy (H7) začínáme stanovením H_0 a H_A . Pro ověření hypotézy byla použita metoda testu chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

H_0 Předpokládáme, že neexistují statisticky významné rozdíly v oblasti sociálního prostředí u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

H_A Předpokládáme, že existují statisticky významné rozdíly v oblasti sociálního prostředí u uživatelů sociální služby domov pro seniory a pečovatelské služby.

Tabulka 21 Kontingenční tabulka H7, prostředí, druh služby

	1	2	3	4	5	Σ
DS	4 (9,56)	20 (36,32)	156 (167,85)	331 (310,09)	113 (100,18)	624
PS	21 (14,44)	75 (58,68)	283 (271,15)	480 (500,91)	149 (161,82)	1008
Σ	25	95	439	811	262	1632

Pro každé pole kontingenční tabulky vypočítáme hodnotu $(P-O)^2/O$. Testové kritérium χ^2 následně vypočítáme jako součet hodnot $(P-O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. (Chráška, 2007, s. 77)

$$\chi^2 = (P-O)^2/O$$

$$\chi^2 = 23,401$$

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

$$\text{Stupeň volnosti } f = (r-1) \times (s-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

$$\chi^2_{0,05}(4) = 9,488 < 23,401$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 23,401$ je větší jak kritická hodnota testového kritéria, a proto přijímáme alternativní hypotézu. Můžeme tedy konstatovat, že existuje statisticky významný vztah v oblasti prostředí a uživateli jednotlivých druhů služeb.

Podmínkou oprávněného použití testu nezávislosti chí-kvadrát je, že očekávané četnosti musí být ve více než 20% polí kontingenční tabulky větší než 5 a v některém poli tabulky nesmí být četnost menší než 1. Tato podmínka byla splněna.

7 SHRNU TÍ VÝZKUMU

V úvodu praktické části práce jsme si vytýčili výzkumný problém, výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Dále jsme si určili metodu realizace výzkumu, abychom byli schopni výzkum zrealizovat, ale také abychom dosáhli stanovených cílů. Hlavním cílem bylo zjistit úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče, konkrétně pečovatelskou službu a službu domov pro seniory. Dále tuto úroveň kvality života porovnat dle pohlaví a druhu užívané služby. Dalším vytyčeným cílem bylo zjistit, jak jsou senioři spokojeni se svým zdravím v závislosti na druhu užívané sociální služby. Posledním cílem výzkumu bylo zjistit, jak jsou senioři využívající služby sociální péče celkově spokojeni s kvalitou života v jednotlivých životních doménách. Celý výzkum probíhal v Mikroregionu střední Haná, konkrétně v Domově pro seniory Tovačov a v Centru sociálních služeb Kojetín – v pečovatelské službě.

Pro realizaci výzkumu se jako nejvhodnější jevila možnost využití kvantitativního výzkumu a proto se stal výzkumným nástrojem dotazník kvality života WHOQOL-BREF, který byl doplněn o demografické údaje. Respondenti na pětibodové Likertově škále s výroky „1 = vůbec ne, 5 = maximálně, 1 = nikdy, 5 = neustále, 1 = vůbec ne, 5 = zcela“ subjektivně určovali, jak prožívají určité věci a v jakém rozsahu provádějí určité činnosti, zda jsou spokojeni s různými oblastmi svého života.

Výzkum tedy nebyl zaměřen jen na celkovou úroveň kvality života, ale i na kvalitu života v jednotlivých životních doménách, kterými jsou: oblast fyzického zdraví, oblast sociálních vztahů, oblast prožívání a oblast prostředí.

Celkovou úroveň kvality života nejvíce seniorů využívajících služby sociální péče ohodnotilo jako dobrou. Průměrně kvalitu svého života překvapivě hodnotili lépe senioři žijící v DS, kde průměr činil 3,6, což znamená, že kvalitu života hodnotí spíše pozitivně a průměrně ji vnímají jako ani dobrou ani špatnou až dobrou. Většina seniorů využívající PS kvalitu života označila také za ani dobrou, ani špatnou až dobrou (průměr 3,5). V obou případech můžeme označit výsledek za potěšující, jelikož senioři kvalitu svého života nehodnotí ve velké míře negativně. Musíme však konstatovat, že statisticky významný vztah mezi hodnocením kvality života a užívaným druhem sociální služby nebyl prokázán. Taktéž nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení kvality života seniorů v závislosti na pohlaví, i když ženy hodnotily kvalitu svého života jako velmi dobrou více než muži, kteří kvalitu života za velmi dobrou neoznačili. Také Farský a Solárová (2010, s. 37) na základě

výsledků svého výzkumu uvádějí, že nezjistili rozdíly v hodnocení kvality života z hlediska pohlaví.

Celkovou spokojenost se zdravím senioři hodnotili daleko hůře. Zde jsou dle očekávání více nespokojeni senioři z DS, kteří hodnotili spojenost se zdravím tak, že jsou spíše nespokojeni až ani spokojeni ani nespokojeni. Průměr za tuto položku činil 2,79. U seniorů využívajících PS se také senioři nejvíce přiklonili k odpovědi nespokojen/a. Našlo se zde ale více seniorů, kteří spokojeni se zdravím jsou. Proto průměr za položku u uživatelů PS je 2,82. Výsledky ukazují, že i přesto, že jsou senioři převážně nespokojeni se svým zdravím, kvalitu života hodnotí spíše pozitivně. Statisticky významný rozdíl mezi spokojeností seniorů se svým zdravím a druhem užívané sociální služby nebyl prokázán.

Oblast fyzického zdraví byla nejvíce negativně hodnocenou oblastí jak u seniorů využívajících DS, tak u seniorů využívajících PS. Důvodem může být skutečnost, že všichni senioři využívající služby sociální péče mají sníženou soběstačnost v určitých oblastech, projevují se zde tělesné změny ve stáří, kdy dochází ke zhoršení zdravotního stavu a s tím spojený úbytek sil. Vágnerová (2007, s. 402) uvádí, že značným ukazatelem zhoršujícího se zdravotního stavu je kumulace postižení různých funkcí, které snižují celkovou soběstačnost seniorů. Dle předpokladů přece jen v této oblasti lepších výsledků dosahovali senioři využívající PS, kteří průměrně hodnotili oblast stupněm 2,9. Senioři žijící v DS průměrně dosahovali stupně 2,7 a častěji uváděli, že nemají dostatek energie pro svůj každodenní život, jsou jen částečně mobilní či jsou nespokojeni se svým pracovním výkonem. V oblasti fyzického zdraví nebyl prokázán statisticky významný rozdíl, mezi uživateli DS a PS, i přesto že se odpovědi uživatelů lišily v potřebnosti lékařské péče, kterou hodně či maximálně potřebuje v DS 48,7% seniorů. U uživatelů PS je to jen 14,3% seniorů, kteří uvedli, že lékařskou péči potřebují hodně.

Další výzkumnou oblastí byla doména prožívání, která se skládala ze šesti položek dotazníku. Senioři zde hodnotili, jak moc je těší život a zda má smysl, jak moc se dokáží ve svém věku soustředit, zda jsou schopni akceptovat svůj tělesný vzhled, či jak často prožívají negativní pocity. Průměrně doménu prožívání hodnotili senioři z DS na Likertově škále číslem 3,17, podobně jako uživatelé PS, jejichž průměrné hodnocení bylo 3,08. Dovolíme si zde konstatovat, že senioři dokáží přijmout svůj tělesný vzhled a přijmout tak proměny, které jim stáří přináší. Po testování hypotézy č. 5 jsme zjistili, že nejsou statisticky významné rozdíly v hodnocení oblasti prožívání seniorů využívajících sociální službu DS a PS.

Třetí hodnocenou oblastí byla doména sociálních vztahů, která obsahovala pouze tři položky z dotazníku. Senioři zde zaznamenávali odpovědi na otázky, jak jsou spokojeni se svými osobními vztahy, s podporou přátel či se svým sexuálním životem. Dle našeho očekávání nejhůře dopadla spokojenost se sexuálním životem. Jinak jsou senioři s osobními vztahy spokojeni, což je velmi potěšující. Sociální vztahy, podpora rodiny a přátel jsou důležitými faktory v hodnocení celkové kvality života. Průměrně byla tato oblast hodnocena stupněm 3,2. Statisticky významné rozdíly mezi doménou sociálních vztahů a druhem užívané služby nebyly také prokázány.

Poslední oblastí výzkumu byla doména prostředí, která je také zároveň nejobsáhlejší a obsahovala 8 položek z výzkumného nástroje. Respondenti zde odpovídali na to, jak moc se cítí bezpečně ve svém životě, jaké je prostředí, ve kterém žijí, zda jim stačí peníze k uspokojování svých potřeb či zda mají dostatečný přístup k informacím, které jsou pro ně důležité. Dále zde vyjádřili svými odpověďmi, zda mají možnost věnovat se svým zálibám, jak jsou spokojeni se svým bydlením či s dostupností zdravotní péče nebo s dopravou. Zde můžeme říci, že tato doména je nejlépe hodnocena ze všech domén. Na pětibodové škále průměrné hodnocení představovalo 3,76. Také Hřebačková (2017, s. 64) ve své diplomové práci konstatuje, že senioři mají nejvyšší kvalitu života v doméně prostředí. Přesto musíme říci, že z testování hypotézy vyplynulo, že zde existují statisticky významné rozdíly mezi uživateli DS a PS. Uživatelé DS ve všech položkách domény dosahovali průměrného označení 3,9, z čehož vyplývá, že jsou v této oblasti více spokojeni, než uživatelé PS, jejichž průměr byl 3,65. Vyšší spokojenost uživatelů DS si vysvětlujeme tím, že v domově pro seniory se cítí bezpečně vzhledem k jeho bezbariérovosti či nepřetržité přítomnosti personálu, mají zajištěnu lékařskou péči nebo v rámci široké škály volnočasových aktivit mají možnost věnovat se svým zálibám a tím uspokojovat své potřeby. Uživatelé PS žijí ve svých samostatných domácnostech a někdy mohou mít pocit, že to pro ně není až tak bezpečné, vzhledem k náhlé zdravotní indispozici či možnosti pádu. Také si sami musí zajišťovat lékaře, dopravu či jiné aktivity, které by uspokojovaly jejich zájmy. Mezi uživateli PS se najdou také imobilní nebo jen částečně mobilní senioři, které mnohdy pravidelně nenavštěvuje rodina a jsou z velké části odkázáni „jen“ na pomoc pečovatelky, která bývá člověkem, díky kterému mají kontakt se světem.

V celém výzkumu je nutné vzít v úvahu, že odpovědi seniorů jsou subjektivní a mohou být mnohdy ovlivněny osobním přáním jedince, jeho pocity či momentální náladou. Výsledky

výzkumu mohou být dále limitovány velikostí souboru, díky kterému nelze výsledky generalizovat na všechny seniory využívající služby sociální péče. Dalším limitem výzkumu může být aktuální zdravotní stav jednotlivých respondentů, který mohl přímo ovlivnit jejich odpovědi.

8 DOPORUČENÍ

Na základě výsledků výzkumu musíme konstatovat, že kvalita života seniorů využívajících služby sociální péče v Mikroregionu střední Haná je na více než dobré úrovni. Seniori hodnotili kvalitu svého života na pětibodové škále, jejichž průměrný výsledek byl 3,55, což hodnotíme velmi pozitivně. I přesto bychom doporučili zaměřit se především na prevenci a zdravý životní styl v seniorském věku již před tím, než má člověk sníženou soběstačnost a je závislý na pomoci druhých. Dále v Domově pro seniory a v pečovatelské službě bychom zavedli přednášky, brožury, které by daly seniorům náměty pro jejich duševní optimismus. Jestliže se seniori budou cítit v psychické pohodě, budou obklopeni rodinou či přáteli a budou život vnímat pozitivně, tak i jejich kvalita života bude vyšší.

Jelikož vyšlo najevo, že jsou seniori žijící v DS přece jen o trochu více spokojeni s celkovou kvalitou svého života, než seniori, kteří žijí ve svých domácnostech, tak je to trochu znepokojující, jelikož se běžně v literaturách uvádí, že pro seniory je nejlepší domácí přirozené prostředí. Navíc je trend podporovat domácí péči prostřednictvím rodiny či terénních sociálních služeb, kterými je pečovatelská služba, odkud pochází část našich respondentů. Jelikož uživatelé PS negativně hodnotili položku možnost věnovat se svým zálibám, tak bychom doporučili do terénní pečovatelské služby zavést volnočasové aktivity, aby pracovník v sociálních službách měl možnost navštěvovat seniory terénní pečovatelské služby v jejich domácnostech a seniori by tak měli možnost s dopomocí věnovat se svým zálibám, které by zlepšily kvalitu jejich života.

Taktéž doporučujeme cílené vzdělávání zaměstnanců sociálních služeb, které bude přínosem zvyšování kvality života seniorů. Dále doporučujeme individuálně se co nejvíce zaměřovat na motivaci seniorů, aby měli pocit, že má jejich život smysl.

ZÁVĚR

Stáří a stárnutí je nevyhnutelným procesem, který se týká každého jedince v naší společnosti. Senioři se sníženou soběstačností jsou znevýhodněnou skupinou, proto jim je věnováno stále více pozornosti v oblasti dostupnosti poskytování sociálních služeb i v oblasti kvality života. Každý z nás by si přál prožít důstojné stáří naplněné láskou či sociálním kontaktem a mít pocit bezpečí, že o nás bude postaráno i v době, kdy se o sebe nedokážeme postarat sami. Proto se naše diplomová práce věnuje seniorům užívajících služby sociální péče a jejich kvalitě života, která hraje velkou roli v závěru života jedince. V rámci práce jsme se snažili o teoretické vymezení stáří, stárnutí a potřeb seniorů, kdy jejich uspokojování souvisí s pozitivním či negativním pohledem na život, což významně působí na hodnocení kvality jejich života. Dále jsme se věnovali kvalitě života se zaměřením na cílovou skupinu senioři a sociálním službám s důrazem na služby sociální péče, konkrétně na terénní pečovatelskou službu a pobytovou sociální službu domov pro seniory.

Empirická část předložené diplomové práce zahrnuje kvantitativní výzkum, pro jehož účely jsme použili standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Dotazníkové šetření probíhalo v Mikroregionu Střední Haná, konkrétně se seniory v Domově pro seniory Tovačov a s uživateli pečovatelské služby v Kojetíně. Hlavním cílem empirické části, která navazuje na teoretické poznatky, bylo zjistit úroveň kvality života seniorů využívajících služby sociální péče. Dále tuto kvalitu porovnat dle druhu užívané sociální služby a pohlaví.

V rámci výzkumu jsme dosáhli všech stanovených cílů. Zjistili jsme, jak senioři užívající služby sociální péče hodnotí kvalitu svého života. Na základě výzkumu můžeme konstatovat, že senioři kvalitu svého života hodnotí spíše jako dobrou, což je pozitivní zpětnou vazbou poskytovatelům sociálních služeb. Dále jsme zjistili, že není rozdíl ve vnímání kvality života seniorů mezi ženami a muži. Se svým zdravím jsou senioři spíše nespokojeni či ani spokojeni, ani nespokojeni. V oblasti fyzického zdraví jsou dle očekávání více nespokojeni senioři z domova pro seniory, kde je potřeba lékařské péče daleko větší než u seniorů využívajících pečovatelskou službu. Další odlišnost jsme zaznamenali v oblasti prostředí, kde senioři z domova pro seniory vykazovali lepší výsledky zejména v možnostech věnování se svým zálibám. Senioři využívající pečovatelskou službu sice bydlí ve svém přirozeném prostředí, ale možnost věnovat se svým zájmům mají značně omezenou už z toho důvodu, že mají sníženou soběstačnost v různých oblastech. Pečovatelská služba na rozdíl od

domova pro seniory nemá v základních činnostech stanovených zákonem činnosti aktivizační, což se ukazuje pro seniory z pečovatelské služby nevýhodou.

Výsledky výzkumu budou předány vedení Domova pro seniory Tovačov a vedení pečovatelské služby v Kojetíně, kde se budou moci zaměřit na nejvíce negativně hodnocené oblasti a pokusit se zvýšit seniorům dosavadní kvalitu jejich života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BALOGOVÁ, Beáta. *Seniori*. Bratislava: Akcent print, 2005. ISBN 80-969-2749-3.
- [2] BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7.
- [3] BURCIN, Boris a Tomáš KUČERA. *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003-2065*. Praha: Demo-Art, 2003.
- [4] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [5] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [6] ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4745442.
- [7] DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- [8] DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
- [9] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [10] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315.
- [11] GLOSOVÁ, Dagmar. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, c2006. 21. století. ISBN 80-7366-057-1.
- [12] GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. ISBN 80-7040-286-5.

- [13] GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- [14] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [15] HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738499.
- [16] HOGENOVÁ, Anna. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0457-4.
- [17] HROZENSKÁ, Martina. *Sociální práce so staršími ľudmi*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [18] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [19] HŘEBAČKOVÁ, Radka. *Kvalita života seniorů a postoje ke stárnutí a stáří*. Olomouc, 2018. diplomová práce (Mgr.). UNIVRZITA PALACKÉHOV OLOMOUCI. Fakulta tělesné kultury
- [20] HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- [21] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
- [22] JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- [23] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- [24] JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 8070131098.
- [25] KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [26] KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.

- [27] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
- [28] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
- [29] KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [30] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- [31] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- [32] MATOUŠEK, *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [33] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [34] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738727.
- [35] MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 978-80-210-5029-7.
- [36] NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0.
- [37] NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.
- [38] ONDRÁKOVÁ, Jana. *Vzdělávání seniorů a jeho specifika*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2012. ISBN 978-80-7465-038-3.
- [39] ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-2461997-2.
- [40] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- [41] PACOVSKÝ, Vladimír a Helena HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 304 s. ISBN 08-044-81.

- [42] PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [43] ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
- [44] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-2473-850-5.
- [45] SÝKOROVÁ, Jaroslava. *Standardy kvality sociálních služeb: metodika pro zavádění standardu kvality sociálních služeb č. 2 - Ochrana práv uživatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory: aplikační příručka pro poskytovatele, uživatele a zřizovatele*. Praha: Český helsinský výbor, 2004. ISBN 80-86436-15-2.
- [46] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0629-2.
- [47] ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.
- [48] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
- [49] VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- [50] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Elektronické zdroje

- [1] ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb. Ze dne 14. 03. 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky . č. 72/2006.* Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- [2] Český statistický úřad [online]. Praha: ČSÚ, © 2018 [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz>
- [3] HÁJEK, Martin. *Motivace lidí* [online]. ©2018 [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif
- [4] KAUFMANOVÁ, Petra. *Pohled seniorů na pečovatelskou službu* [online]. © 2014 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://socialniproce.cz/?clanekid=640&id=20&sekce=2&ukol=detail>
- [5] MPSV: *Sociální práce a služby* [online]. © 2018 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/2857
- [6] MPSV: *Senioři a politika stárnutí* [online]. © 2013 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/20848/NAP_2013-2017_070114.pdf
- [7] MPSV: *Senioři a politika stárnutí* [online]. © 2008 [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/5045

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A kol.	A kolektiv
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
DS	Domov pro seniory
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PS	Pečovatelská služba
S.	Strana
Sb.	Sbírka
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Group

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 Hierarchie lidských potřeb (© Hájek, 2007)</i>	20
--	----

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Podíl osob na území ČR ve věku 60 a více let (%) (Burcin a Kučera, 2003)</i>	18
<i>Tabulka 2 Pohlaví</i>	42
<i>Tabulka 3 Průměrný věk</i>	43
<i>Tabulka 4 Věk respondentů</i>	43
<i>Tabulka 5 Místo pobytu</i>	45
<i>Tabulka 6 Děti</i>	45
<i>Tabulka 7 Rodinný stav</i>	46
<i>Tabulka 8 Frekvence návštěv rodiny</i>	47
<i>Tabulka 9 Kvalita života</i>	48
<i>Tabulka 10 Spokojenost se zdravím</i>	49
<i>Tabulka 11 Fyzické zdraví</i>	51
<i>Tabulka 12 Prožívání</i>	52
<i>Tabulka 13 Sociální vztahy</i>	53
<i>Tabulka 14 Prostředí</i>	54
<i>Tabulka 15 Kontingenční tabulka H1, Kvalita života, pohlaví</i>	55
<i>Tabulka 16 Kontingenční tabulka H2, kvalita života, druh služby</i>	56
<i>Tabulka 17 Kontingenční tabulka H3, spokojenost se zdravím, druh služby</i>	57
<i>Tabulka 18 Kontingenční tabulka H4, oblast fyzického zdraví, druh služby</i>	59
<i>Tabulka 19 Kontingenční tabulka H5, oblast prožívání, druh služby</i>	60
<i>Tabulka 20 Kontingenční tabulka H6, oblast sociálních vztahů, druh služby</i>	61
<i>Tabulka 21 Kontingenční tabulka H7, prostředí, druh služby</i>	62

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Rodinný stav</i>	46
<i>Graf 2 Frekvence návštěv rodiny</i>	47
<i>Graf 3 Hodnocení kvality života</i>	48
<i>Graf 4 Spokojenost se zdravím</i>	49
<i>Graf 5 Fyzické zdraví</i>	50
<i>Graf 6 Prožívání</i>	51
<i>Graf 7 Sociální vztahy</i>	52
<i>Graf 8 Prostředí</i>	53
<i>Graf 9 Kvalita života seniorů v jednotlivých životních doménách (průměr)</i>	54

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dotazník

PŘÍLOHA P II: Analýza jednotlivých položek dotazníku

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Kvalita života seniorů

Dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění krátkého dotazníku, který je zaměřený na kvalitu života seniorů. Veškeré získané údaje jsou anonymní a budou použity jen pro zpracování diplomové práce.

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života. Je rozdělen do dvou částí. První tvoří otázky týkající se sociodemografických údajů. Druhá část je tvořena otázkami, které se zabývají kvalitou života. V obou jeho částech vyjadřujete svůj názor zakroužkováním zvoleného pole v dotazníku, popřípadě uvedením požadovaných informací. Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte při tom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. **Ptám se Vás na život za poslední tři měsíce.**

Děkuji Vám za spolupráci.

Bc. Alena Vaculíková, UTB ve Zlíně, obor Sociální pedagogika

Zakroužkujte hodící se odpověď:

1. Jste 1 - muž 2 - žena

2. Napište Váš věk:

3. Kde žijete?

a) Domov pro seniory

b) Domácí přirozené prostředí (dům, byt, DPS)

4. Máte děti? 1 - ano

2 - ne

5. Jaký je Váš současný rodinný stav?

1 - svobodný/á

2 - ženatý/vdaná

3 - s druhem/družkou

4 - rozvedený/á

5 - vdovec/vdova

6. Jak často Vás navštěvuje Vaše rodina?

- 1 - více než jednou za týden
- 2 - jednou za týden
- 3 - jednou za čtrnáct dnů
- 4 - jednou za měsíc
- 5 - méně, než jednou za měsíc

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

7. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5
8. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **do jaké míry** jste v posledních třech měsících zažil/a/pocítil/a některé situace.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
9. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
10. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
11. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
12. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
13. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5

14. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
15. Jak zdravé je prostředí ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
16. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
17. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
18. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
19. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
20. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
21. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních třech měsících.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojena	spokojen/a	velmi spokojen/a
22. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5

26. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
27. Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
28. Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojena	spokojen/a	velmi spokojen/a
29. Jak jste spokojený/á se svým bydlením?	1	2	3	4	5
30. Jak jste spokojený/á s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
31. Jak jste spokojený/á s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních tří měsíců.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
32. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA P II: ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK DOTAZNÍKU

Položka č. 9: Do jaké míry vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	2	2,6	4	3,2	6	2,9
2	39	50	41	32,5	80	39,2
3	11	14,1	29	23	40	19,6
4	25	32	46	36,5	71	34,8
5	1	1,3	6	4,8	7	3,5
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 10: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

vůbec nepotřebuji 1 2 3 4 5 maximálně potřebuji

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	1	0,9	1	0,5
2	12	15,4	54	42,6	66	32,4
3	28	35,9	53	42,2	81	39,7
4	33	42,3	18	14,3	51	25
5	5	6,4	0	0	5	2,4
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 11: Jak moc Vás těší život?

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	3,8	12	9,5	15	7,5
2	14	17,9	27	21,4	41	20,1
3	27	34,6	49	38,9	76	37,3
4	30	38,5	31	24,6	61	29,9
5	4	5,2	7	5,6	11	5,2
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 12: Na kolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	10	12,8	13	10,3	23	11,3
2	20	25,6	39	31	59	28,9
3	29	37,2	37	29,4	66	32,4
4	17	21,8	30	23,8	47	23
5	2	2,6	7	5,5	9	4,4
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 13: Jak se dokážete soustředit?

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	5	4	5	2,5
2	14	17,9	36	28,6	50	24,5
3	34	43,6	46	36,5	80	39,2
4	24	30,8	33	26,2	57	27,8
5	6	7,7	6	4,7	12	6
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 14: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	2	1,6	2	1
2	8	10,3	12	9,5	20	9,8
3	34	43,6	58	46	92	45,1
4	31	39,7	50	39,7	81	39,7
5	5	6,4	4	3,2	9	4,4
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 15: Jak zdravé je prostředí ve kterém žijete?

vůbec ne 1 2 3 4 5 maximálně

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	6	4,8	6	2,9
3	25	32,2	42	33,3	67	32,8
4	45	57,3	65	51,6	110	54
5	8	10,5	13	10,3	21	10,3
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 16: Máte dost energie pro každodenní život?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	5	6,4	17	13,5	22	10,8
2	18	23,2	40	31,7	58	28,4
3	22	28	23	18,3	45	22,1
4	32	41,1	42	33,3	74	36,3
5	1	1,3	4	3,2	5	2,4
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 17: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	1	1,3	1	0,8	2	1
2	4	5,1	10	7,9	14	6,9
3	19	24,4	61	48,4	80	39,2
4	29	37,2	26	20,6	55	27
5	25	32	28	22,3	53	25,9
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 18: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	1	1,3	15	11,9	16	7,8
3	17	21,8	33	26,2	50	24,5
4	42	53,8	55	43,7	97	47,5
5	18	23,1	23	18,2	41	20,2
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 19: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	1	1,3	0	0	1	0,5
3	6	7,7	14	11,1	20	9,8
4	36	46,2	76	60,3	112	54,9
5	35	44,8	36	28,6	71	34,8
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 20: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	3	3,9	19	15	22	10,8
2	9	11,4	33	26,2	42	20,6
3	21	27	34	27	55	27
4	33	42,3	32	25,4	65	31,9
5	12	15,4	8	6,4	20	9,7
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 21: Jak se dokážete pohybovat?

vůbec ne 1 2 3 4 5 zcela

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	18	23,1	11	8,7	29	14,2
2	22	28,2	40	31,7	62	30,4
3	22	28,2	26	20,6	48	23,5
4	13	16,7	37	29,4	50	24,5
5	3	3,8	12	9,6	15	7,4
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 22: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	7	5,6	7	3,4
2	16	20,5	42	33,3	58	28,4
3	33	42,3	38	30,2	71	34,8
4	28	35,9	35	27,8	63	30,9
5	1	1,3	4	3,1	5	2,5
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 23: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	13	16,7	16	12,7	29	14,2
2	22	28,2	38	30,2	60	29,4
3	21	26,9	32	25,4	53	26
4	18	23,1	39	31	57	27,9
5	4	5,1	1	0,7	5	2,5
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 24: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	16	20,5	22	17,5	38	18,6
2	26	33,3	45	35,7	71	34,8
3	26	33,3	35	27,8	61	29,9
4	10	12,9	23	18,3	33	16,2
5	0	0	1	0,7	1	0,5
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 25: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	5	6,4	6	4,7	11	5,4
2	19	24,4	39	31	58	28,4
3	22	28,2	32	25,4	54	26,5
4	28	35,9	46	36,5	74	36,3
5	4	5,1	3	2,4	7	3,4
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 26: Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	11	14,1	13	10,3	24	11,8
3	15	19,2	22	17,5	37	18,1
4	42	53,8	77	61,1	119	58,3
5	10	12,9	14	11,1	24	11,8
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 27: Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	10	12,8	19	15,1	29	14,2
2	43	55,1	86	68,2	129	63,2
3	19	24,4	19	15,1	38	18,6
4	6	7,7	1	0,8	7	3,4
5	0	0	1	0,8	1	0,6
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 28: Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	6	7,7	15	11,9	21	10,3
3	22	28,2	29	23	51	25
4	35	44,9	64	50,8	99	48,5
5	15	19,2	18	14,3	33	16,2
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 29: Jak jste spokojený/á se svým bydlením?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	3	2,4	3	1,5
3	20	25,6	28	22,2	48	23,5
4	39	50	63	50	102	50
5	19	24,4	32	25,4	51	25
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 30: Jak jste spokojený/á s dostupností zdravotní péče?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	1	1,3	5	4	6	2,9
3	8	10,3	40	31,7	48	23,5
4	60	76,9	65	51,6	125	61,3
5	9	11,5	16	12,7	25	12,3
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 31: Jak jste spokojený/á s dopravou?

velmi nespokojen/a 1 2 3 4 5 velmi spokojen/a

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	1	1,3	0	0	1	0,5
2	0	0	1	0,8	1	0,5
3	25	32,1	34	27	59	28,9
4	45	57,7	74	58,7	119	58,3
5	7	8,9	17	13,5	24	11,8
Celkem	78	100	126	100	204	100

Položka č. 32: Jak často prožíváte negativní pocity, jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

nikdy 1 2 3 4 5 neustále

	Domov pro seniory		Pečovatelská služba		Senioři celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	4	5,1	4	3,2	8	3,9
2	43	55,1	67	53,2	110	53,9
3	14	17,9	12	9,5	26	12,7
4	17	21,9	30	23,8	47	23
5	0	0	13	10,3	13	6,5
Celkem	78	100	126	100	204	100