

# **Kvalita života klientů v domech pro seniory**

## Life Quality of Clients in Homes for Seniors

Monika Bartoníková

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Bartoníková**  
Osobní číslo: **H14032**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života klientů v domech pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Rešerše literatury a výzkumných prací k zadanému tématu.

Teoretická východiska a vymezení pojmů k problematice stáří z pohledu zdravotně sociálního pracovníka.

Metodologie výzkumu: kvantitativní metoda, technika dotazníkového šetření.

Analýza, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich zhodnocení a návrh aplikace do praxe.

Mgr. Zlata Dohová, Ph.D.  
ředitelka ústavu



doc. Ing. Aneta Langšvát, Ph.D.  
ředitelka ústavu

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

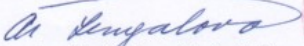
- ČELEDOVÁ, Libuše, ČVELA, Rostislav, HOLČÍK, Jan, KALVACH, Zdeněk a Pavel KUBŮ. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- JIRÁK, Roman. Gerontopsychiatrie. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7232-873-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- SARGEANT, Malcolm. Age discrimination and diversity: multiple discrimination from an age perspective. Vyd. 1. New York: Cambridge University Press, 2011. ISBN 978-110-7003-774.
- THOROVÁ, Kateřina. Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**  
Ústav zdravotnických věd

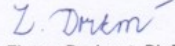
Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.2.2017

Radovan Kováč

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života klientů v domech pro seniory. Teoretická část se zaměřuje na péči a pomoc různorodým cílovým skupinám obyvatelstva. Práce se bude konkrétně zaměřovat na definování a vymezení problematiky týkající se seniorů, dále na sociální gerontologii, diskriminaci seniorů a ageismus. Uvedené téma bylo zvoleno z důvodu jeho aktuálnosti a důležitosti, se kterou se prezentuje v dnešní moderní společnosti. Velmi často se na seniory a jejich problémy zapomíná nebo se jejich problémy přehlíží a bagatelizují, neboť v současné společnosti je snaha o prosazování a prezentování především kultu zdraví, mládí, krásy, dokonalosti a schopnosti pracovat a učit se stále rychleji novým věcem. Stáří je teda chápáno jako něco, čím se raději nezabývat, neboť není spojeno s žádnými pozitivy, spíše naopak. V praktické části je vyhodnoceno dotazníkové průzkumné šetření, jehož hlavním cílem bylo zjištění kvality života klientů ve vybraných domovech.

Klíčová slova:

domovy pro seniory, kvalita života, senioři, stáří, stárnutí.

## **ABSTRACT**

This thesis deals Life Quality of Clients in Homes for Seniors. Theoretical work focuses on care and assistance for diverse target group of the population. But work will specifically on defining and identifying issues relating as well as on social gerontology, the discrimination of seniors, ageism. This subject was chosen, because of its topicality and importance with which he presents in today 's modern society. The seniors and their problems forgets or overlook and downplay very often, because in today's society is the pursuit of promotion presentation of the particular cult of health, youth, beauty, perfection and ability to work and learn new things faster. Old age is therefore seen something rather deal with, because it is not associated with any positives, indeed quite the contrary. The practical part is attention devoted to research technology survey, its main objective is to focus on the evaluation Life Quality of Clients in Devices.

Keywords:

clients, homes for seniors, life quality old age, seniors.

Děkuji vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za její vedení, rady a získané informace při zpracování bakalářské práce. Dále chci poděkovat zařízení Domova Harmonie ve Vsetíně a Domova pro seniory v Rožnově pod Radhoštěm za umožnění informací ke zpracování kvantitativního šetření techniky dotazníku.

Děkuji také rodině za podporu a pochopení.

Motto:

„Ten kdo jednou zestárne, měl by zbytek svého života prožít důstojně.“

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

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>11</b>
1.1    DEFINOVÁNÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA .....	12
1.2    PROBLEMATIKA KVALITY ŽIVOTA .....	13
1.2.1    Základní dimenze .....	13
<b>2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ</b> .....	<b>15</b>
2.1    ROZDĚLENÍ STÁŘÍ.....	17
2.1.1    Definice stáří .....	18
<b>3 SENIORSKÁ PROBLEMATIKA</b> .....	<b>19</b>
3.1    STÁRNUTÍ ČESKÉ POPULACE.....	21
3.1.1    Stáří, zdraví a životní koncept.....	23
3.1.2    Sociální determinanty zdraví.....	26
<b>4 SOCIÁLNÍ IZOLACE</b> .....	<b>29</b>
4.1    SOCIÁLNÍ OPORA .....	29
4.1.1    Výživa .....	30
<b>5 DISKRIMINACE SENIORŮ</b> .....	<b>31</b>
5.1    AGE MANAGEMENT .....	34
<b>6 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE</b> .....	<b>36</b>
6.1    ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	36
6.1.1    Sociální péče a sociální služby.....	37
6.1.2    Sociální služby .....	38
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>41</b>
<b>7 VÝZKUM</b> .....	<b>42</b>
7.1    VYMEZENÍ CÍLE A STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	42
7.2    METODIKA A VYBRANÉ METODY VÝZKUMU.....	43
7.2.1    Výběr a charakteristika výzkumného vzorku.....	43
<b>8 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>45</b>
8.1    VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	69
8.2    CELKOVÉ ZHODNOCENÍ ZJIŠTĚNÝCH INFORMACÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	72
<b>9 DISKUZE</b> .....	<b>74</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>75</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>76</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>81</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>82</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>83</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>84</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>85</b>



## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá pohledem na kvalitu života v domovech pro seniory. Toto téma bylo zvoleno proto, že se jedná o zařízení, která poskytují a zajišťují pomoc a podporu zdravotně sociálního charakteru různým cílovým skupinám obyvatelstva. Práce se konkrétně zaměřuje na cílovou skupinu, kterou jsou senioři. Senioři jsou skupinou obyvatelstva, která bohužel bývá v současné společnosti poměrně často diskriminována a opomíjena, neboť stáří již není něčím úctyhodným a tím, co by si zasloužilo respekt a obdiv, ale spíše naopak je něčím, co by mělo zůstat skryto. Důvodem tohoto pohledu může být skutečnost nebo dojem mnoha z nás, že stáří, vzhledem k tomu, že je konečným vývojovým stadiem lidského života, již nemůže svému nositeli nic nového „přinést“, neboť ve společnosti panuje názor a přesvědčení, že stáří je vždy úzce propojeno pouze s celkovým chátráním organismu, ztrátou funkčnosti a schopností adaptace, učení se novému a je ukončeno smrtí, což je „něco“, čeho se všichni obáváme.

Bakalářská práce je standardně rozčleněna na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části práce je popsána a definována problematika stáří a stárnutí se všemi jejími dopady na tělesný, psychický, emocionální a sociální život stárnoucího jedince. Součástí této části je zaměření pozornosti na poměrně „moderní“ chápání stáří, kterým je do jisté míry diskriminace seniorů a všeho, co s touto tematikou úzce souvisí. Samostatná kapitola se zaměřuje na vymezení a definování kvality života jako důležitého aspektu a faktoru životní spokojenosti či životní nespokojenosti.

V praktické části práce je věnována pozornost provedenému dotazníkovému šetření, jehož hlavním cílem bylo zaměření na vyhodnocení kvality života klientů ve vybraných domovech.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je obecně poměrně dynamický a neustále se měnící proces, jenž je na jedné straně modifikován celou řadou vnějších faktorů a činitelů, a na straně druhé rovněž subjektivním vnímáním lidí. A proto i u seniorů je leckdy obtížné generalizovat kvalitu jejich života, neboť ta je u nich sice dána určitými standardy, ale podstatný vliv má také vlastní vnímání jejich životní situace, kvalita interpersonálních vztahů a uvědomování si vlastní životní pohody (nebo naopak nepohody). Kvalita života člověka je tedy přímo úměrná míře uspokojování jeho základních životních potřeb a naplňování jeho cílů. Širokospektrální pojem kvality života je tak třeba vnímat ve vztahu k prostředí. U seniorské populace je to často okolí ošetrovatelské a sociální, které předpokládá nejen jejich vzájemnou symbiózu, ale také uspokojivou adaptaci seniora nebo geriatrického pacienta na faktory prostředí (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 8).

Současná medicína již nereflektuje pouze poskytování zdravotní péče ve smyslu prodloužení délky života jedince či jeho zachraňování, ale její zájem se přesunul dále ke každému jedinci, především k seniorům, u kterých patří kvalita prodlouženého života k velmi důležité oblasti. Kvalita života se tedy stala jedním z nejfrekventovanějších pojmů a hledisek současného zdravotnictví, ošetrovatelské péče a také oblasti sociálních služeb a sociální péče (Ludíková a kol., 2015, s. 14).

Ludíková a kol. (2015, s. 14) uvádějí, že zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacienta.

Bužgová (2015, s. 101) se zmiňuje o tom, že z hlediska problematiky definice kvality života je v literatuře popsáno mnoho definic kvality života. Jedním z pojetí je vnímání kvality života jako osobní pohody (well-being).

Osobní pohoda zahrnuje, psychospirituální, fyzickou a sociální dimenzi. O osobní pohodu člověka je nutné usilovat vždy a za všech okolností (Bužgová, 2015, s. 101).

V definici kvality života dochází k integraci oblastí, které souvisejí se zdravím, kdy se jedná o dva základní aspekty: kvalita života v jejich pojetí představuje stav celkové pohody tvořený dvěma složkami (schopnost vykonávat každodenní aktivity, které odrážejí fyzickou, psychickou, sociální pohodu). Druhou složkou je pak spokojenost pacienta s fungováním organismu a úrovní kontroly příznaků nemocí nebo léčby (Ludíková a kol., 2015, s. 15).

Ludíková a kol. (2015, s. 7) dále uvádějí, že kvalitu života vnímáme jako velmi složitý a současně také široký pojem, který je poměrně obtížně uchopitelný, a to pro svou multidimenzionalitu a komplexnost, které v sobě soustřeďují mnoho pohledů, ale i střetů, a jejichž interpretace je často výrazně zasažena subjektivním pohledem, a to jak na samotného jedince se speciálními potřebami, tak i vnějšího hodnotitele.

## 1.1 Definování pojmu kvalita života

Kvalitu života lze pojímat a vymezovat jako komplexní a holistickou veličinu, která odráží snahu a úsilí jedince, ale i celé společnosti o naplnění představ o životní pohodě neboli well-being. Výzkumy, které se týkají kvality života, s sebou nesou pochopení celé lidské existence, smyslu života a samotného bytí konkrétního jedince. Současně je zde zahrnuto hledání klíčových faktorů a aspektů lidského bytí a sebepojetí, což jsou vše aspekty nutné pro spokojený, zdravý a šťastný život člověka (Ludíková a kol., 2015, s. 7).

Dále k tématu kvality života Ludíková a kol. (2015, s. 7) zastávají názor, že kvalita života souvisí obecně také se smyslem života a že ti jedinci, kteří vnímají prožívání svého života jako smysluplné, jsou ve větší duševní pohodě.

Pojem kvality života je v současné době v odborných kruzích skloňován v mnoha pádech, nazírán z mnoha rozmanitých úhlů pohledu, reflektuje jej celá řada humanitních a vědních oborů, jeho obsah a rozsah se neustále proměňují a modifikují, a to v úzké souvislosti a závislosti na subjektivních, ale i objektivních determinantech. Mezi odborníky panuje všeobecná shoda a přesvědčení, že pojem well-being zahrnuje dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována, hodnocena a pojímána spokojenost jedince s jeho vlastním životem, spokojenost se sebou samým a pozitivním sebehodnocením, schopnost mít rád sám sebe apod. Termín well-being je zakotven a chápán jako důležitá charakteristika a specifikace lidského zdraví, přičemž se diferencují tělesné, mentální a sociální dimenze tohoto prožitku osobní pohody (Ludíková a kol., 2015, s. 14–16).

Z hlediska kvality života je důležité uvést, že dospělý jedinec prochází ve svém vývoji celou řadou změn a proměn, a to jak psychického, tak sociálního charakteru, které je nutno brát v potaz v případě jeho přípravy na stáří, vzdělávání a také realizace aktivizačního procesu (Salivarová, Veteška, 2014, s. 55).

Salivarová a Veteška (2014, s. 55) rovněž uvádějí, že dochází nejen k proměně emocionality, kognitivních funkcí, ale také profesních a dalších sociálních rolí. Tyto proměny jsou se stoupajícím věkem ještě umocňovány.

## 1.2 Problematika kvality života

Problematika kvality života je velmi aktuální a řada odborníků se pokouší ji měřit. Máme-li ale na starosti starého nemocného člověka, je důležité vědět, jak kvalitně prožívá život právě teď a kam směřují jeho tužby. V praktické medicíně se osvědčují takové metody, které umožňují objektivizovat životní spokojenost právě tohoto „okamžiku“. Výrazný deficit, daný rozdílem očekávání a naplnění, který má za následek psychický diskomfort, by měl být kvalifikovaně odstraněn, je-li to alespoň trochu možné (Haškovcová, 2010, s. 259).

Z psychologického úhlu pohledu je osobní pohoda definována na pomezí mezi afekty, náladami a osobními rysy daného jedince. V konceptu osobní pohody lze však vysledovat a hodnotit i složku postojovou, a to především s ohledem na průběžně se odehrávající hodnotící vztahy a interakce. Kvalita života současně obsahuje a integruje proměnlivější komponenty, které souvisí s aktuálním mentálním stavem i proměnlivostí a dynamikou nálad konkrétního člověka. Zpravidla je zdůrazňována míra pozitivní afektivity (eventuálně negativní afektivity) a životní spokojenosti, přičemž je současně reflektována otázka a hledisko aktuálního osobního rozpoložení (Ludíková a kol., 2015, s. 19).

### 1.2.1 Základní dimenze

V rámci psychologického pojetí je definováno a popisováno šest základních dimenzí. Sebepřijetí představuje pozitivní postoj k sobě samému, osobní spokojenost se sebou samým a akceptaci veškerých aspektů sebe sama. Dalším pilířem je autonomie zahrnující nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a také způsob jednání. Environmental mastery neboli zvládání životního prostředí je další z dimenzí, která je charakterizována pocitem kompetentnosti při zvládání nároků každodenního lidského života a přehledem o dění v jeho okolním prostředí a schopnosti využít toto dění pro uspokojování vlastních potřeb. Další komponentou je smysl života, který reflektuje pocit, že minulý a současný život má smysl a určité směřování k dosažení a naplnění vlastních cílů. Poslední definovanou dimenzí je dimenze osobního rozvoje, která je charakterizována pocitem dlouhodobého subjektivního vývoje, otevřeností jedince ke



všemu novému, nepřipuštním si stagnace a naopak schopností vnímat pozitivní změny v oblasti vlastního „JÁ“ (Ludíková a kol., 2015, s. 19–20).

## 2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V následující kapitole bude věnována pozornost definování a popisu vývojového stadia, kterým je stáří a s ním spojené fyzické, mentální, emoční a sociální změny, které proces stárnutí a stáří nutně doprovázejí a mohou být jeho projevy. Stáří jako takové bývá spojováno především se situacemi stagnace stárnoucího jedince, který již přestává mít zájem o cokoli, o jakoukoli činnost. Velmi častým „nešvarem“ stárnoucího jedince je skutečnost, že přestává vést aktivní život, začíná se stranit společnosti a druhých lidí. Toto chování a jednání je nebezpečné z rizika důvodu vzniku sociální izolace. Starý či stárnoucí člověk svůj nezáměr o aktivní život omlouvá slovy „to já již nemůžu a nedokážu“, „již na to nemám věk, „to již není pro mě“ apod. (Koukolík, 2014, s. 118).

S problematikou stáří je spojováno i téma tzv. ageismu čili diskriminace jedince z hlediska jeho věku. Jedná se o téma, které je velmi aktuální a závažné. Snahou společnosti by mělo být to, aby se podařilo pozměnit obraz stárnoucích osob v očích mladších generací, ale i dětí a mládeže. Důležitým aspektem je to, aby si uvědomili, že i oni budou jednou staří, že se nejedná o téma, které se jich netýká. Chování, jednání a schopnosti či dovednosti starších osob bývají velmi často ovlivňovány stereotypy a předsudky, které se naučily již v předchozích vývojových etapách svého života. Je nutné, aby i stárnoucí generace pohlížela a chápala svůj budoucí život bez studu, aby jej pojímala s hrdostí a dokázala se stále zapojovat do aktivit, kterým se věnovala v minulosti, nikoli aby v důsledku stáří docházelo k její stagnaci a apatii na cokoli „nového“. Koukolík (2014, s. 118) upozorňuje na to, že si neuvědomujeme, že začínáme stárnout již kolem třicítky.

V kultu věčného mládí si nechceme a mnohdy ani nedokážeme připustit, že proces stárnutí již byl viditelně zahájen (Koukolík, 2014, s. 118).

Stáří a stárnutí jsou pojmy v současnosti často užívané, které jsou spojeny se závažnými osobními a společenskými následky. Čeledová a kol. (2014, s. 16) zdůrazňují, že za velmi důležitou považujeme skutečnost, že stárnutí i stáří, jejich vymezování, standardizování, společenské pojímání, provazování s jinými faktory osobního života i se společenskými systémy mají sice své objektivní zákonitosti, ale do značné míry jde o sociální konstrukty a záležitosti subjektivního nahlížení.

Na individuální úrovni představuje stárnutí bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních, tj. regresivních změn a adaptačních změn, k nimž v organismu a u organismu

při dosažení určité sexuální vyspělosti dochází a s ním související vrcholné úrovně výkonnosti (Čeledová a kol., 2014, s. 17).

Dále Čeledová a kol. (2014, s. 17) uvádějí, že jde o součást ontogenetického vývoje, se kterým se v čase stále významněji prolínají chorobné projevy a důsledky chorob, úrazů i adaptace na ně.

Smetana (2013, s. 242) z hlediska tématu a problematiky stárnutí poukazuje na to, že otázka Proč člověk stárne? Zajímala lidstvo vždy.

Stárnutí je velice komplikovaný a komplexní proces, tudíž se ho nepodařilo dodnes objasnit v jeho prapodstatě, principu a celistvosti, to znamená všechny jeho aspekty, známky, původní znaky, vlivy a příčiny shrnout pod jednoznačně vymezující a specifikující definici. (Čeledová a kol., 2014, s. 17).

Za jednu z nejvýraznějších složek celého procesu stárnutí jsou považovány rozmanitě rychle probíhající a prezentující se pokles zdravotního potenciálu, vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti, adaptability, kdy postupně klesá celková výkonnost jedince, jeho schopnost přizpůsobovat se změnám a odolnosti vůči zátěži a jednotlivým stresorům. Stárnoucí jedinec je tedy výrazně znevýhodňován oproti mladším lidem, což má evoluční význam, neboť se kompetenčně mohou uplatňovat úspěšné strategie procesu stárnutí, zachování vysoké míry zdraví do vysokého věku jedince, což opět evolučně prospěšně favorizuje úspěšnost jedince (Čeledová a kol., 2014, s. 17).

Stáří představuje konečnou čili terminální vývojovou etapu v životě člověka, která je nevyhnutelně zakončena úmrtím individua. Toto období v sobě interiorizuje a obsahuje veškeré předešlé situace, návyky, zážitky a také zkušenosti, které se odehrály v minulých vývojových etapách života člověka. Je zde tedy obsaženo vše, co daný jedinec doposud prožil. Stáří do určité míry odpovídá faktu, jaký životní styl jedinec doposud vedl (strava, pracovní tempo, míra odpočinku, užívání návykových látek apod.) (Thorová, 2015, s. 466).

Stáří je následek procesu stárnutí, kdy se jedná o pozdní fázi přirozeně dlouhého života, podle osobnostního fenotypu jedince (biologické stáří), vznik a prezentace sociálních rolí, společensky-ekonomického postavení stárnoucího jedince (sociální stáří), věku a naděje na delší dožití (kalendářní stáří). Tyto charakteristiky a specifikace mohou, ale také nemusejí být v úplně vzájemné shodě. Například biologický věk může být významně vyšší (tzv. drogerie) nebo nižší (dlouhověkost) nežli je skutečný věk kalendářní. (Čeledová a kol., 2014, s. 17–18).

Čeledová a kol. (2014, s. 18) zdůrazňují, že stárnutí může probíhat různým způsobem a stáří může nabývat variantních podob, na nichž se podílejí různé faktory (genetická dispozice, vlastní involuce, vlivy prostředí, životní způsob, psychické charakteristiky, choroby a úrazy), je možné a nutné hledat formy úspěšného stárnutí, zdravého, aktivního, funkčně zdatného, spokojeného stáří a vytvářet pro ně vhodné podmínky.

## 2.1 Rozdělení stáří

Biologické stáří je hypotetickým označením charakteristiky a také míry probíhajících a prezentujících se involučních změn, jako je například pokles funkční a tělesné zdatnosti a adaptability jedince, postupná atrofie jednotlivých orgánů a orgánových systémů, změny mentálních a kognitivních schopností (Haškovcová, 2012, s. 194).

Biologické stáří bývá také nevyhnutelně spojeno s typickými změnami, které přinášejí choroby, které jsou pro vývojovou fázi stáří zcela specifické (ateroskleróza, diabetes apod.). Určení a vymezení biologického stáří není příliš přesným mechanismem a z tohoto důvodu se v praxi příliš neuzívá (Čeledová a kol., 2014, s. 17–18).

Sociální stáří je obdobím, které je dáno některými sociálními změnami, se kterými role seniora úzce souvisí. Jedná se o následující kritéria: odchod do starobního důchodu a penzionování, vznik nároku na výplatu starobního důchodu (tj. dosažení určité věkové hranice) apod. Stáří jako takové je chápáno jako významná sociální událost a zcela samozřejmě vede k výrazným změnám. V dosavadním životním stylu a způsobu „starého“ jedince. Dále způsobuje i změnu sociálních rolí jedince a míru jeho finančního zajištění (Čeledová a kol., 2014, s. 17–19).

Kalendářní čili chronologické stáří je vymezené tím, kdy jedinec dosáhne určitého kalendářního věku. Z hlediska chronologického je stáří rozděleno na následující skupiny:

- mladí senioři (65–74 let),
- staří senioři (75–84 let),
- velmi staří senioři (85 let a více) (Čeledová a kol., 2014, s. 17–19).

Dlouhověkost je věkovým obdobím pokročilého věku, kdy došlo u jedince k překročení věkové hranice 90 let a více (Křivohlavý, 2011, s. 48 - 49).

O stáří se začíná hovořit v době, kdy je u jedince viditelný úbytek jak psychických, tak tělesných sil, což mu již neumožňuje podávat takové výkony, jako tomu bylo v minulosti (Thorová, 2015, s. 464 – 466).

### 2.1.1 Definice stáří

Jednoznačně vymezit a definovat, kdy člověk začíná stárnout, je velmi obtížné, neboť se jedná o proces přísně inter individuální a intra individuální, který je závislý na genetických predispozicích, způsobu a kvalitě života jedince v předcházejících vývojových etapách (Čeledová a kol., 2014, s. 18).

Haškovcová (2012, s. 14) poukazuje na to, že stárnoucí lidé si jsou dobře vědomi toho, že jim postupně ubývá sil, že už zdaleka nezvládnou takové množství práce v požadovaném tempu, jako dřív.



### 3 SENIORSKÁ PROBLEMATIKA

Již v roce 1982 se konalo pod patronací OSN (Organizace spojených národů) tzv. Světové zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni. Již tehdy mnozí odborníci konstatovali a uváděli, že přichází demografická revoluce, která spočívá v tom, že starých lidí bude stále více přibývat, a to ve všech státech bez výjimky. Výsledkem zasedání bylo vytvoření dokumentu s názvem „Mezinárodní akční plán“, který byl konkretizován jako Rok úcty ke starším, a dále deseti-letým projektem Úcta ke starším, jehož garantem byl tehdejší Československý červený kříž, jehož cílem bylo posílení soběstačnosti stárnoucích osob (Haškovcová, 2012, s. 21).

Následně v roce 1992 byly definovány tzv. Principy Spojených národů pro starší občany, které jsou známy jako „Zásady OSN pro seniory“, kde byla zdůrazňována nezávislost seniorů, jejich možnost společenského zapojení, možnost seberealizace, důstojnost a případně i dostupnost efektivní a kvalitní zdravotní a sociální péče (Haškovcová, 2012, s. 22).

V roce 1999 byl pak OSN vyhlášen Mezinárodní rok seniorů s názvem „Společnost pro každý věk“. Ke zcela mimořádným aktivitám a činnostem Světové zdravotnické organizace (WHO) patří „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a jeho následné pokračování programem „Zdraví pro všechny v 21. století“. Tyto programy se zaměřují nejen na seniorskou problematiku. V roce 2002 bylo konáno Světové shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu, jehož výsledkem byl tzv. „Madridský plán pro problematiku stárnutí“, který také tematizoval a požadoval vytvoření přátelské společnosti pro všechny generace, které žijí v lidské společnosti. Zdraví seniori jsou v současné době nabádáni k tomu, aby pečovali o své zdraví a dlouhodobou soběstačnost, k čemuž jim může nápomoci projekt s názvem „Program zdravého stárnutí“, v jehož smyslu byl koncipován evropský projekt „Stárnout zdravě“, který je znám v České republice pod názvem „Stárnout zdravě v České republice“ (Haškovcová, 2012, s. 22–23).

Každý si přeje žít dlouho, ale s přáním kvalitního života a v plném zdraví (Křivohlavý, 2011, s. 49).

Haškovcová (2012, s. 24) dodává, že uvedenému může nápomoci i projekt Evropské unie „Zdravé (nebo též úspěšné) stárnutí“.

Cílovou skupinou tohoto projektu s názvem EY 2012 jsou lidé ve věku nad 50 let, kteří se mají náležitě a s podporou soběstačnosti starat o své zdraví, aby ještě po dlouhá léta žili jak

v tělesné, tak i mentální a společenské pohodě a aby se bez projevu diskriminace mohli podílet na všech pracovních a společenských aktivitách. Tedy aby mohli žít svůj nezávislý život. Současný dokument EY 2012 projekt zdůrazňuje i to, že by senioři neměli být diskriminováni na trhu práce, a jsou-li ochotni a schopni pracovat, tak by je měli zaměstnavatelé nechat. Ekonomická aktivita seniorů je totiž přínosná v mnoha hlediscích, například dochází k tvorbě důchodového systému, ke zvyšování úrovně jednotlivců, k upevňování a zkvalitňování mezigeneračních vztahů mezi starší a mladší generací a zároveň posilují vlastní zdraví a sebezpejetí stárnoucího jedince a seniora (Haškovcová, 2012, s. 22).

Haškovcová (2012, s. 24) uvádí, že i senioři, kteří už ukončili svoji ekonomickou činnost, mají a mohou úspěšně stárnout.

Národní strategie stárnutí – národní programy přípravy na stárnutí trvaly čtyři roky a jejich platnost skončila dne 31. prosince 2012. Připravuje se nový dokument vlády, který bude navazovat na tyto programy – tzv. komunitní přístupy. Jsou zde aktivně zapojeni zástupci z institucí, krajů, ministerstev i sociálních oblastí. Později byla vytvořena skupina Evropského roku 2012 ( EY 2012) a společně byly vytvořeny další možnosti – Strategie. Těchto strategií je celkem osm. V rámci priorit vznikly tematické skupiny, které byly složeny z členů koordinačních skupin, kteří se snažili řešit dané problémy a navrhovali určitá řešení a opatření. Zpracovává se první verze strategie, u které budou moci členové skupiny diskutovat, velký podíl na tom má dokument EY 2012. Občané budou mít možnost vyjádřit své názory. Vše pak bude zveřejněno a zpracováno koncem června 2017 (MPSV, online, © 2012).

Lidský život se postupně prodlužuje a velký vliv na to má kvalita lidského života, která přispívá ke zlepšování zdravotního stavu u seniorů. Tím pádem se senioři dožívají vyššího věku a je důležité, aby senioři zůstali aktivní – zapojovali se do různých aktivit. Důraz je kladen především na spokojenost a kvalitu života a péči seniorů, protože to hraje významnou roli v prodlužování života. Někteří senioři se snaží vzdělávat, chodí na Univerzitu třetího věku, což je pro ně velkým přínosem. Studium si senioři osvěžují paměť a přicházejí do kontaktu s druhými lidmi. Pro seniory jsou důležité především dvě základní oblasti, a to zdraví a celoživotní učení. Využití na trhu práce by vedlo k tomu, aby senioři mohli aktivně stárnout a také pomohli k rozvoji společnosti nebo rodiny. Nejčastější je dobrovolnictví. Pro všechny občany platí povinnost dodržovat pravidla ve společnosti, a to zajištění důstojné a odpovídající péče ve stáří. Národní strategie, které podporují pozitivní stárnutí v letech

2013–2017, povedou ke zlepšení a také ke zvyšování kvality života všech obyvatel společnosti (MPSV, online, ©2012).

### 3.1 Stárnutí české populace

V populaci České republiky, stejně jako v populaci ostatních vyspělých zemí, dle dlouhodobých prognóz a predikcí budoucího vývoje věkové struktury obyvatelstva, bude podíl starších jedinců v populaci neustále narůstat (Čeledová a kol., 2012, s. 263).

K uvedenému demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a v důsledku dlouhodobého zlepšování a zefektivňování úmrtnostních poměrů se současným poklesem intenzity porodnosti v současné společnosti (Čeledová a kol., 2014, s. 22–23).

Čeledová a kol. (2014, s. 23) upozorňují na fakt, že v České republice jsou tyto změny patrné po roce 1999, kdy došlo v důsledku změny životního stylu k poklesu úhrnné míry plodnosti. Současně mezi lety 1990 až 2010 vzrostla díky zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva střední délka života u mužů téměř o sedm let a u žen o pět let.

Výše uvedené informace potvrzují Tabulka 1 a Tabulka 2, které zobrazují data o stárnutí populace v České republice. Současně obě níže uvedené tabulky predikují budoucí vývoj obyvatelstva v České republice, a to podle konkrétních věkových kategorií.

Na základě předpovědí Českého statistického úřadu bude mít počet osob, které se nacházejí ve věku 0–14 let, klesající charakter (do roku 2010), kdy následně dojde mezi roky 2010–2015 k mírnému nárůstu počtu osob ve věkovém rozpětí 0–14 let. Po roce 2015 dojde k opětovnému poklesu dětí ve věkovém rozpětí 0–14 let. Tabulka 1 ukazuje, že po roce 2015 bude již mít počet osob ve věku 0–14 let pouze klesající charakter, a proto se v populaci bude nacházet stále více osob ve věku 65 let a více (Statistiky, online, © 2015).

Tab. 1 Budoucí prognóza vývoje ve složení obyvatelstva v České republice dle vybraných věkových skupin s prognózou pro roky 2002 až 2050

	0-14	15-64	65+
2002	1 589 766	7 195 541	1 417 962
2005	1 487 148	7 302 144	1 446 681
2010	1 400 028	7 286 202	1 596 812
2015	1 426 352	7 011 496	1 864 146
2020	1 408 644	6 786 952	2 088 333
2025	1 346 384	6 669 506	2 201 310
2030	1 274 155	6 520 205	2 308 073
2035	1 219 739	6 337 422	2 399 918
2040	1 197 000	5 964 564	2 633 554
2045	1 190 477	5 569 751	2 862 020
2050	1 173 004	5 309 251	2 956 079

Zdroj: Statistika, [online] ©2015. [cit. 2016-09-15].

Tab. 2 Budoucí prognóza ve vývoji složení obyvatelstva České republiky podle hlavních věkových skupin a to pro roky 2002 až 2050 (vyjádřeno v %)

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

Zdroj: Statistika, [online] ©2015. [cit. 2016-09-15]

Z hlediska procentuálního zastoupení hlavních věkových skupin v populaci obyvatel v České republice dojde mezi roky 2002–2050 k výraznému poklesu podílu dětí v české společnosti, a to především věkových skupin 0–14 let, kdy z počtu 15,6 % dojde k poklesu až na 12,4 %. U skupiny osob ve věku 65 let a výše naopak dojde k výraznému nárůstu, a to z 13,9 % až na podíl 31,3 %.

Z výše uvedených tabulek o prognóze a predikci stárnutí obyvatelstva České republiky vyplývá, že je důležitá sociální a zdravotně sociální péče o seniory, neboť lze předpokládat, že pozornost a péči budou vyžadovat především vyšší věkové skupiny obyvatelstva, tedy senioři. Na základě demografických predikcí modelovaných pro Českou republiku vyplývá, že jako zvláště výrazný se předpokládá nárůst počtu osob v nejstarších věkových skupinách, tedy ve věku 85 let a více, jejichž podíl by se měl do roku 2066 výrazně zvýšit. V úzké souvislosti s poklesem úmrtnosti osob vyššího věku nabývá na aktuálnosti otázka, která se týká kvality života ve stáří, byť prodlužování střední délky života není spojeno s expanzí nemocnosti, protože závažné disability v pokročilém stáří ubývá (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 24).

Snaha o zmapování kvality života ve stáří vede k potřebě vytvoření takových demografických ukazatelů, tzv. zdravé délky života, které by vyjadřovaly a prezentovaly průměrný počet let, kterých se jedinec dožije bez zdravotního omezení (disability), respektive kdy se senior nachází v dobrém zdravotním stavu, a počtu let, které mu zbývají v daném, aktuálně dosaženém věku, k dožití (Čeledová a kol., 2014, s. 26).

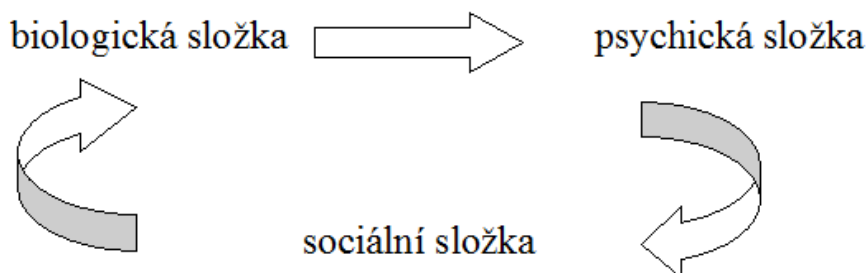
Z uvedeného vyplývá, že v důsledku setrvalého zlepšování a zefektivňování zdravotního a funkčního stavu i u nejstarších věkových skupin jedinců tak dojde k absolutnímu nárůstu případů typických chorob pokročilého stáří včetně syndromů demence a závažných stavů disability. Jejich výskyt v seniorské populaci se poměrně snížil, ale absolutní počet osob se specifickými potřebami přesto narůstá (Čeledová a kol., 2014, s. 27).

Čeledová a kol. (2014, s. 27) uvádějí, že naléhavou potřebou se tak stává zlepšování funkčního zdraví seniorů, jeho přesnější hodnocení, účinnější a účelnější intervenování geriatricky modulovanými službami.

### **3.1.1 Stáří, zdraví a životní koncept**

Kolem poloviny 20. století Světová zdravotnická organizace přijala definici zdraví, která byla formulována jako „více nežli jen absence chorob, jako stavu tělesného, duševního i sociálního prospívání“. Jedná se o funkční model celostně chápaného a pojímaného zdraví se vzájemně prolnutými složkami biologickými, psychickými, sociálními a v posledních letech se přidává i složka spirituálního čili duchovního charakteru (Čeledová a kol., 2014, s. 30).



**ucelený (tzv. holistický) přístup**

Obr. 1 Holistické pojetí osobnosti z hlediska bio-psycho-sociálního (Matlasová, 2010)

Za vůbec nejzávažnější zdravotní postižení v současných vyspělých státech je považována tzv. geriatrická křehkost a další geriatrické syndromy (instabilita, pády, hypomobilita a další). Jedná se o velmi závažnou jak zdravotní, tak i zdravotně sociální problematiku, která se nachází nad rámcem přirozeného stárnutí. Pro stáří je typická také tzv. polymorbidita, což je přítomnost různého a většího počtu chorob současně. Toto vše vede ke vzniku obtíží nemocné osoby, jeho omezení (disability), zhoršování jeho prognózy a také narůstání potřeb a péče zdravotnického charakteru či dalších služeb z hlediska zdravotnického a sociálního (Čeledová a kol., 2014, s. 30–31).

Geriatrickou křehkost Čeledová a kol. (2014, s. 31) popisují následovně: „Geriatrická křehkost je klinickou manifestací, symptomatickou formou nízké úrovně potenciálu zdraví, která negativně interferuje se subjektivní pohodou, obvyklými sociálními rolemi, běžnými aktivitami denního života, souhrnně s kvalitou života, svébytností a soběstačností daného člověka.“

Geriatrická křehkost je dána nízkou úrovní potenciálu zdraví – zdatnosti, odolnosti a také adaptability. Tyto tři kvality se týkají dimenze tělesné, psychické, sociální a spirituální. Z tohoto důvodu také v procesu involuční deteriorace a neustále narůstající geriatrické křehkosti mohou vést stále slabší stresory, které mohou být jak fyzického, tak i psychického, emočního a sociálního charakteru (Čeledová a kol., 2014, s. 31–32).

Uvedené stresory mohou vést k výrazné dekompenzaci celkového zdravotního stavu seniora, může dojít ke zhoršení jeho funkčního stavu a také jeho kvality života. Toto vše má za následek ztrátu soběstačnosti a prezentaci zvýšeného rizika úmrtí seniora (Jiráková a kol., 2012, s. 24–25).

Čeledová a kol. (2014, s. 32) uvádějí, že somatická událost (například banální zánět dýchacích cest s mírně zvýšenou teplotou) může vést u křehkého seniora k psychické odezvě (delirantnímu stavu se zmateností), k závrativosti, instabilitě, pádu, upoutání na lůžko, ztrátě soběstačnosti (sociální události), dlouhodobému umístění v ústavní péči, k rozvoji dekubitů a k úmrtí.

V 90. letech 20. století byla definována a charakterizována základní kritéria tzv. somatické křehkosti, jejímž klíčovým aspektem je svalová atrofie a slabost:

- Nechutenství (anorexie) a hmotnostní úbytek, který se pohybuje v rozpětí pěti kilogramů a více za posledních 12 měsíců.
- Sarkopenie, tj. úbytek svalové hmoty, síly, kdy se prezentuje výrazná svalová slabost.
- Pomalá a obtížná chůze.
- Zvýšená únavnost a celková hypomobilita (Čeledová a kol., 2014, s. 32–33).

Z hlediska prevalence, incidence, rizika zhoršení funkčního zdraví a nedostatečné terapeutické ovlivnitelnosti patří dnes k nejzávažnějším a nejčastěji se prezentujícím onemocněním vyššího věku následující choroby:

- ateroskleróza a její symptomy a projevy (vaskulární encefalopatie, ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin),
- obezita,
- arteriální hypertenze,
- diabetes mellitus,
- hyperlipoproteinemie,
- Alzheimerova choroba
- osteoporóza (Jiráček a kol., 2012, s. 25–26).

Životní styl ve stáří Čeledová a kol. (2014, s. 35) chápou jako souhrn životních priorit, hodnotových žebříčků, volených každodenních zvyklostí, způsobu chování a seberealizace.

Životní styl je označován jako skupinový charakter, který úzce souvisí se sociálně-ekonomickým statutem. Významně je ovlivňován tradicí a společenskou kulturou. Prezentace životního stylu u starších a starých osob se v průběhu 20. století výrazně změnila. Důvodem těchto změn je skutečnost, že do oblasti středního věku se posunulo např. zakládání rodiny, řešení a realizace životní kariéry a výchova dětí (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 35–36).

Životní styl osob vyššího věku je v současné době vymezen a ovládán procesem tzv. úspěšného stárnutí a programem aktivního stárnutí. Charakteristickým rysem změn životního stylu je osobní seberealizace, tj. vzdělávání, studium na univerzitách třetího věku, cestování nebo realizace sportovních a kulturních aktivit (Millová, 2012, s. 126).

Mezi základní determinanty lidského zdraví ve stáří zařazujeme životní prostředí, životní styl, úroveň a kvalitu zdravotní péče a biologický čili genetický podklad jedince (tj. genetické predispozice) (Čeledová a kol., 2014, s. 72).

### 3.1.2 Sociální determinanty zdraví

Na podkladě mnohých výzkumných šetřeních a z iniciativy Světové zdravotnické organizace byly definovány a vymezeny sociální determinanty. Čeledová a kol. (2014, 72–75) uvádějí, že sociální povaha determinant zdraví připomíná, že je jistě dobré, když se každý sám stará o své zdraví, ale to nestačí. Každý žijeme v nějakém společenství a máme odpovědnost nejen za sebe, ale v určité míře i za své blízké a také za celou společnost.

Níže jsou uvedeny determinanty, které se uplatňují a ovlivňují kvalitu života osob vyššího věku, tj. seniorů. Jedná se o tzv. sociální gradient, stres, sociální izolaci, nezaměstnanost, sociální oporu a výživu (Čeledová a kol., 2014, s. 75).

**Sociální gradient** – mezi nejvyšší a nejnižší sociální skupinou lze diagnostikovat rozdíly, a to nejen na úrovni zdraví. Tyto rozdíly jsou podmíněny úrovní bydlení, výchovou a vzděláváním, problematickým zaměstnáním, rodinným zázemím a rodinnými problémy, ztrátou pocitu bezpečí a následným vznikem a prezentací pocitů nejistoty a tenze. Tyto veškeré negativní okolnosti se koncentrují a vzájemně prolínají, kdy se kumuluje jejich účinek a následný negativní dopad na samotného pacienta, seniora. Označení gradient představuje, že se nejedná pouze o rozdíl mezi těmi nejbohatšími a nejchudšími, ale že se zdravím je na tom jedinec tím lépe, čím je jeho sociální, tedy i finanční situace lepší (Čeledová a kol., 2014, s. 75–76).

Čeledová a kol. (2014, s. 76) se domnívají, že by co nejméně lidí mělo klesnout pod tíhou sociálních okolností a neměli by se dostat až na samé dno lidské existence.

**Stres** – stresové situace u člověka vznikají v tom případě, kdy se osoba ocitá v takové situaci, která je pro ni vysoce už zcela neúnosná, popřípadě se nachází v takové situaci, která je pro ni neúnosná a dlouhotrvající, kdy při ní působí velmi silný, ničím neodklonitelný stresor. Při vzniku a působení stresoru, a tedy rozboje stresové situace, je důležitým hlediskem to, jak

sama daná osoba vzniklou situaci prožívá, jak ji hodnotí a také jaké mechanismy řešení užívá. Jedná se o tzv. copingové strategie, neboť každý z nás hodnotí a vnímá situace velmi rozmanitě a s různou intenzitou (Bednář a kol., 2013, s. 187–188).

Ve skutečnosti stres může prezentovat poměrně širokou škálou reakcí, jejichž projevy a symptomy jsou úzkost, napětí, pocity strachu, nervozity, objevuje se riziko vzniku sociální izolace, bolesti hlavy a zad (především bolest krční páteře), anorexie, nebo naopak stavy přejídání. Dále se mohou objevovat panické ataky, stavy vyčerpanosti, hypertenze či hypotenze se současnou tachykardií, poruchy sexuálních funkcí, problémy v oblasti gastrointestinálního systému (bolesti žaludku, nauzea, pálení žáhy, zvracení a další) (Bednář a kol., 2013, s. 187–188).

Výrazný a nepříznivý vliv na zdraví má tedy především dlouhotrvající úzkost neboli tenze, pocit méněcennosti, sociální izolace a také omezené možnosti ovlivňování pracovních a životních podmínek. Je všeobecně známo, že k vůbec nejsilnějším stresorům patří ztráta blízké osoby. Platí, že pozitivně naladěni lidé se dokáží po určité době i s tímto stresem vyrovnat. Závažnější stres bývá spojený se skutečnou, nebo i například se zdánlivou bezvýhodností či s výraznou intenzivní ztrátou naděje jedince do budoucna (např. vznik a rozvoj chronického a závažného onemocnění). Je známo, že některé stresové situace si člověk vytváří zcela sám a následně v tomto ohledu jedinec působí i na své okolí. Může se jednat například o některé neblahé následky špatné či neadekvátní výchovy nebo o některé charakterové rysy, jako je závist, chtivost, snaha vynikat v určité společnosti, potřeba vyhledávání kontaktů a sociálních interakcí, ale také neschopnost jedince těšit se z drobných radostí a i dílčích úspěchů (Čeledová a kol., 2014, s. 76).

Bednář a kol. (2013, 188) ohledně problematiky stresu a rozvoje stresových situací uvádějí, že dokonce i malé množství stresu může být pro člověka prospěšné, ba dokonce i zdravé.

Co se týká působení jednotlivých stresorů, jejich intenzity a následných dopadů na lidské zdraví, tak touto problematikou se zabývali Holmes a Rahe, kteří ve 40. letech 20. století definovali konkrétní stresory a následně vypracovali stupnici, prostřednictvím které je možné hodnotit a stanovovat míru působícího stresu a jednotlivých stresorů. Tato stupnice stresorů byla zpracována a sestavena na základě detailního vyšetření 5 000 osob, jichž se tázali na skutečnost, jak ony samy hodnotí a vnímají intenzitu potřebné psychické, sociální a emoční adaptace na tyto rozmanité životní události, tj. stresory (Kebza, 2013, s. 19–20).

Tab. 3 Stupnice hodnocení míry stresu a jednotlivých možných působících

Životní událost	Body
Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna bydliště	20
Dovolená	13
Vánoce	12

Zdroj: Kebza, 2013, s. 137

V případě, že osoba dosáhne v součtu působícího stresoru hodnotu 150 bodů, tak se u ní objevuje potenciální riziko vzniku budoucího somatického onemocnění až ve 36 %. Jestliže celkový součet je 300 bodů, tak zde se již riziko vzniku somatického onemocnění pohybuje až kolem 83 % pravděpodobnosti (Kebza, 2013, s. 19–20).

Řešení stresových situací není pro jedince nikdy snadné, neboť neexistuje jednotný a obecný „návod“, jak vzniklou situaci adekvátně a efektivně řešit. Následkem nejistoty jedince, která vzniká proto, že osoba neví jak stresovou situaci řešit, je vznik bezvýhodného trápení, které ale nikam nevede a nejistotu a tenzi člověka neustále prohlubuje a zhoršuje (Čeledová a kol., 2014, s. 77).



## 4 SOCIÁLNÍ IZOLACE

Zoufalství a nouze mnohdy provázejí sociální izolaci některých sociálních skupin (např. osamělí senioři, zdravotně a sociálně handicapované skupiny obyvatelstva apod.). Čeledová a kol. (2014, s. 78) zdůrazňují, že je velmi důležitá ochrana proti diskriminaci, měl by být umožněn přístup k potřebným sociálním službám, uspokojivému bydlení a prostřednictvím veřejného zdravotnictví by měla být garantována zdravotní péče za ekonomicky únosných podmínek.

Sociální izolace je problémem, který se objevuje především u osob vyššího věku, a to v návaznosti na neustále klesající a progredující schopnost soběstačnosti a sebepéče. Platí, že například problémy s pohyblivostí a imobilitou či únavou mohou být příčinou „dobrovolné“ izolace, na kterou následně navazují klesající schopnosti komunikace, dále se zhoršující péče o své okolí i o sebe sama. Pro zdraví, spokojenost a kvalitu života lidí je velmi důležité, aby byli v neustálém a opakovaném kontaktu s druhými lidmi, se kterými jsou v interakci (Čeledová a kol., 2014, s. 78).

K problematice sociální izolace například Příbyl (2015, s. 11) konstatuje, že nesmíme zapomenout na silný vliv psychického stavu, který vyplývá z pozitivního či negativního hodnocení dosavadního života, se smířením se stárnutím a stářím a prohlubující se sociální izolací.

### 4.1 Sociální opora

Sociální opora – přátelství, dobré sociální vztahy a podpůrné sociální sítě mnohdy přispívají k možnosti řešení jak emocionálních, tak i materiálních problémů. Sociální soudržnost, tj. vzájemná a mezilidská úcta, napomáhá chránit a posilovat zdraví lidu. Mnohé experimentální studie dokazují, že dobrá a efektivní sociální opora pomáhá zvládat stresové situace (Čeledová a kol., 2014, s. 79).

Čeledová a kol. (2014, s. 79) potvrzují fakt, že klinické studie dokládají, že ti pacienti, které ve zdravotnickém zařízení nikdo nenavštěvuje a kteří čas tráví pohledem do stropu nebo do zdi, se uzdravují hůře než ti, za kterými chodí příbuzní a známí a ujišťují nemocné, že se těší, až se zase vrátí domů.

Sociální opora pomáhá čelit pesimismu, navozuje pocity bezpečí a posiluje naději a zároveň odstraňuje pocit osamocení a bezmoci. Dobré a adekvátní vztahy v rodině jsou důležitou a potřebnou zárukou sociální opory (Čeledová a kol., 2014, s. 79).

Předpokladem pro efektivní rozvoj lidského potenciálu je především dobrá rodinná politika státu, která zabezpečuje vývoj a podporu rodiny, a to ve všech jejích základních funkcích a postojích (Petrášek, 2014, s. 140).

#### 4.1.1 Výživa

Špatná a neadekvátní výživa, z hlediska kvantity a kvality, velmi výrazně ohrožuje jedince a také jeho rodinu. Je chyba, že mnohdy jsou staří lidé okolnostmi nuceni k tomu, že se snaží šetřit finanční zdroje na jídle a jsou tedy mnohdy odkázáni na nedostatečnou, popřípadě jednotvárnou stravu. Příkladem je skutečnost, kdy doplácí vysoké částky za léky a poté jim již nezůstávají peníze na kvalitní a adekvátní stravu. Nežádoucím jevem je u některých seniorů pokles sebevědomí a také sebeúcty, neboť se domnívají, či jsou dokonce přesvědčeni, že na nich již nezáleží. V takovémto případě je poté potřeba, aby „zde“ působila právě výše zmíněná sociální opora a pomoc (Čeledová a kol., 2014, s. 80).

## 5 DISKRIMINACE SENIORŮ

V posledních letech je věnována značná pozornost rozmanitým formám násilí, kdy jednou z nich je právě tzv. ageismus neboli averze proti všem jedincům, kteří jsou staří, nebo všemu, co mladším stáří připomíná. Stáří lidé představují jakýsi ventil agresivity pro vybití vlastních frustrací, neboť seniori bývají snadným terčem. Agresor, původce a strůjce ageismu využívá faktického nebo i tušeného či stereotypizačního postoje a sebehodnocení seniorů, kterým jsou následující stanoviska, která uvádí a prezentuje sama Haškovcová (2012, s. 13) jako „jsem nepotřebný/nepotřebná“, „nikdo mě nechce“, „nikdo o mě nestojí“.

Tato uvedená smýšlení a postoje starých lidí o sobě sama ještě projevy ageismu a jeho intenzitu prohlubují, podporují a výrazně posilují (Haškovcová, 2012, s. 13).

S problematikou vzniku a následného rozvoje tématu ageismu jistě souvisí tzv. zdravé stárnutí, jež sice nezajišťuje zastavení procesu stárnutí organismu a „příchodu“ vlastního stáří, ale umožňuje zkvalitňovat toto vývojové období a to, jak jej senior prožívá a subjektivně přijímá (Kolesárová, Sak, 2012, s. 11).

Dobré stárnutí by se nemělo stát nepříjemnou povinností, ale celoživotním posláním jedince, který se na stáří začne „připravovat“ již v předchozích vývojových fázích (např. střední a starší dospělost). Dle pojetí „zdravého stárnutí“ by měl proces vlastního stárnutí představovat aktivní projekt, do kterého, vyjma konkrétní stárnoucí osoby, budou zapojeny i osoby z jejího nejbližšího rodinného a sociálního prostředí (Burne, Holford, 2013, s. 32–34).

Autoři Burne a Holford vytvořili tzv. pyramidu zdravého stárnutí, která přináší a prezentuje pozitivní vliv na celý proces stárnutí jedince a je jedním z mechanismů prevence proti ageismu (Burne, Holford, 2013, s. 35).



Obr. 2 Pyramida stárnutí Zdroj: Burne, Holford, 2013, s. 35

Úspěšné stárnutí může probíhat v době, kdy lidem je 65–75, ale také před 90 lety. Poznáte je podle tělesné a duševní zdatnosti, podle sociálních vztahů, podle nálady a samozřejmě podle zdraví (Koukolík, 2014, s. 12).

Úspěšné stárnoucí lidé se pohybují, jsou mobilní. Chodí a pracují na zahrádce. Úspěšně stárnoucí lidé jsou aktivní i mentálně, nesedí pouze před televizí, ale čtou knihy a jedná se o poměrně náročné knihy, náročné stolní hry, šachy nebo golf. Vedou si deníky, někteří pracují i na počítači (Koukolík, 2014, s. 12).

Dále Koukolík (2014, s. 12) připomíná další významný znak úspěšné stárnoucích osob, kterým je fakt dobrá nálada a žádné známky deprese. Každý den je dobrý a za každý den jsou vděční.

Podle Haškovcové (2012, s. 48) ageismus označuje pestré projevy averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná. Praktickým a častým příznakem ageismu je tzv. věková diskriminace.

Vedle toho Koukolík (2014, s. 117) charakterizuje ageismus jako systematickou diskriminaci lidí na základě jejich rostoucího věku spojenou se stereotypizací.

Hlavním jádrem ageismu je strach z vlastního stárnutí a kladení významu na ekonomickou produktivitu a individualitu, na dravost lidí a na naprostou samostatnost (Koukolík, 2014, s. 117).

Jednou z výrazných změn, které stáří provází, je změna v sociálním statusu seniorů. Důvodem je skutečnost, že v moderní společnosti dochází k degradaci a snižování

sociálního statusu starých osob a stáří jako takového. Hovoří se až o tzv. ageismu neboli diskriminaci seniorů z důvodu vysokého věku. Vůbec poprvé (v roce 1968) termín ageismus použil americký psychiatr jménem Butler, který jej uvedl v odborném článku ve „Washington Post“. Podrobněji tuto problematiku Butler rozpracoval v knize *Why Survive? Being Old in America*. Až v roce 1979 byl pojem ageismus zahrnut a definován v odborném výkladovém slovníku (O ageismu, online, ©2016).

V oblasti sociální gerontologie byl koncept ageismu propracován až začátkem 90. let 20. století, kdy ke konci tohoto století se dostává i do povědomí laické veřejnosti. Pojem ageismus je někdy nahrazován termínem „věková diskriminace“ či „diskriminace na základě vysokého věku jedince“ (O ageismu, online, ©2016).

Dvořáčková a Hrozenská (2013, s. 51) definují ageismus jako věkovou diskriminaci starých lidí, která je někdy vnímána jako averze vůči starším lidem.

Ze současného hodnotového systému společnosti právě vychází problematika ageismu, což je postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a starých osob (Dvořáčková, Hrozenská, 2013, s. 51–52).

Ageisté také mnohdy záměrně a především zcela lživě tvrdí, že stáří a proces stárnutí znamená jistě nevyhnutelný úpadek jak tělesných, tak i mentálních sil, ztrátu kreativity, ekonomickou i rodinnou závislost a další. Propagandistickými slogany ageistů jsou například pojmy jako je „závislý“, „závislost“, „neefektivní“, „neproduktivní“ nebo dokonce „neschopný“ (Koukolík, 2014, s. 117).

S uvedenými stereotypizacemi stáří, ve smyslu ageismu, jistě úzce souvisí skutečnosti, které u jedince prezentují jeho pokročilý věk a stáří, neboť ve stáří dochází k celkové proměně vzezření postavy jedince, ale mění se i jednotlivé tělesné funkce, objevují se problémy s chůzí a celkovou mobilitou (Příbyl, 2015, s. 11–12).

Podle Příbyla (2015, s. 11) se tyto změny ve stáří projevují tím, že člověk se rychleji unaví, potřebuje delší čas k obnově fyzických a duševních sil, má pomalejší reakce na podněty, dochází ke zpomalení psychomotorického tempa.

Ageismus, obdobně jako jakýkoliv jiný prostředek čili stereotyp, přílišně zjednodušuje a také generalizuje. Dle této teorie dochází k ageistickému pojmání všech „starších“ osob, a to bez rozdílu, kdy není brána v potaz jejich variabilita, individualita, což jsou aspekty, které je potřeba u seniorů respektovat a dodržovat. (Sargeant, 2011, s. 51–52).

Zatím mezi definované a identifikované zdroje a aspekty ageismu patří mnoho faktorů, které jsou individuálně podmíněné, dále se jedná o psychologické vlivy (strach ze smrti, strach z dlouhodobého a nevléčitelného onemocnění apod.). Na podkladě prvního zrealizovaného klinického empirického výzkumného šetření, které zrealizovala Vidovičová, bylo zjištěno a odhaleno, že problematika ageismu čili věkové diskriminace je v České republice poměrně aktuální a „živá“ a také že nejsou definovány postupy. V rámci výzkumného šetření byla věnována pozornost oblasti pracovního trhu a průceschopnosti, problematice penzionování seniorů a ztrátě jejich sociálního statusu.

Koncept ageismu je velice obtížný, obsáhlý a také bohatý. V současné době je problematika ageismu v české společnosti zaměřena především na ochranu osob vyššího věku z hlediska jejich zaměstnávání, a to § 4 zákona o zaměstnanosti (zákon č. 435/2004). V rámci evropské legislativy jde v boji proti diskriminaci o dokument s názvem Amsterdamská smlouva (jež je platná od roku 1999), kde je uvedeno v článku 13, že členské země musí bojovat proti diskriminaci z různých hledisek, kdy jedním z nich je hledisko věku (O ageismu, online, © 2016).

## 5.1 Age management

Age management představuje řízení věkové struktury obyvatel, a to na úrovni společnosti, organizací, ale i jednotlivců. Konkrétně se dotýká celé řady témat, jako je například demografický vývoj ve společnosti se současným trendem stárnutí obyvatel, důchodové politiky a odchodu ze zaměstnání do starobního důchodu, věková diskriminace, problematika zaměstnanosti starší generace, a to především osob ve věku 50 let a více. Age management umožňuje řešení problematiky ageismu (Čeledová a kol., 2014, s. 185).

Podle Čeledové a kol. (2014, s. 185) age management představuje vytváření a řízení programu, strategie postupů, které se zabývají demografickými změnami pracovní síly a jsou určeny k podpoře věkové diverzity na pracovišti, k získávání a zaměstnávání starších i mladších pracovníků, předávání znalostí, k podpoře zdraví a dobré atmosféry.

K prosazení age managementu jako nového přístupu celé společnosti k problematice stárnutí je nutná spolupráce širokého spektra institucí, subjektů a dalších aktérů. V posledních letech dochází k odklonu od medicínského pojetí a objevuje se

multidimenzionální pohled, kde dominuje práceschopnost jedince (Čeledová a kol., 2014, s. 189).

## 6 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Hlavní snahou seniorů i osob, které o seniory pečují, by mělo být, aby tyto osoby zůstaly co nejdéle soběstačné a schopné sebezpěče. Důležitým hlediskem je také snaha o udržení jejich vlastní nezávislosti při pobytu v jejich přirozeném a domácím prostředí. Ke stárnutím jedince již ale mnohdy nestačí pouze sebezpěče, neboť začíná nutně vyžadovat i pomoc odborného a specializovaného charakteru. Jedná se o péči zdravotní a zdravotně sociální (Dienstbier, Procházková, 2011, s. 58–59).

Platí, že nelze od sebe jak zdravotní, tak i sociální péči oddělovat, neboť tyto problémy se vzájemně prolínají, podněcují a vzájemně ovlivňují (Dvořáčková, Hrozenská, 2013, s. 60).

### 6.1 Zdravotní péče

Čeledová a kol. (2014, s. 208) upozorňují na fakt, že křehčí, mnohdy multimorbidní geriatrictí pacienti i pečující rodiny se často jen velmi obtížně orientují v labyrintu zdravotnických služeb, odborností a kompetencí.

Z pohledu realizace podpory samotné péče o seniory se jedná například o poskytování zdravotní péče, kdy jsou konkrétní zdravotnické výkony prováděny v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Další službou je tzv. konzultační služba, jejímž účelem je posouzení a hodnocení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení změn a postupů další péče ohledně realizace a poskytování zdravotní péče. Služba nakládání s tělem zemřelé osoby a realizace zdravotnické záchranné služby. Služba zdravotnické dopravní služby se zaměřuje na přepravu pacientů mezi poskytovateli zdravotnické péče (Čeledová a kol., 2014, s. 209).

Zdravotní péče představuje soubor činností, aktivit a opatření, která jsou realizována u fyzických osob, a to za účelem prevence, diagnostiky a léčby nemocí a „navrácení“ osoby do původního stavu před chorobným stavem (Čeledová a kol., 2014, s. 209).

Čeledová a kol. (2014, s. 209) definují zdravotní péči jako preventivní, diagnostické, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky.

Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče, které jsou realizovány ve vlastním sociálním prostředí nemocné osoby. Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na



lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní zdravotnické péče o pacienty (Čeledová a kol., 2012, s. 188–189).

Aktuální situace v poskytování ambulantní geriatrické péče v České republice je poměrně nevyhovující. Při těchto zjištěních se vycházelo z poznatků a výsledků, které byly získány v rámci dotazníkového šetření, které bylo realizováno mezi českými geriatry, a to v roce 2013. Cílový soubor respondentů byl tvořen 129 respondenty z celkového počtu 230 geriatrů, kteří jsou zapsáni v registru České lékařské komory (Čeledová a kol., 2014, s. 213).

Podle Čeledové a kol. (2014, s. 231) je pravděpodobné, že dobrá úroveň znalostí lékařů jiných oborů z oblasti geriatrické by vedla ke zlepšení kvality péče o pacienty ve věku nad 72 let.

Dlouhodobá zdravotní péče je definována jako spektrum základních jak zdravotních, tak ošetrovatelských a sociálních služeb, které jsou zajišťovány a poskytovány osobám, které jsou v důsledku chronické nemoci nebo tělesného či mentálního postižení dlouhodobě závislé na pomoci jiné osoby při každodenních činnostech, jako je například příjem potravy, hygiena, oblékání, užívání toalety. Systémově se jedná o pilíř, který doplňuje jak oblast zdravotního, tak oblast sociálního charakteru. V důsledku stárnutí populace České republiky je predikováno, že dojde k přibývání počtu osob vyššího věku, které budou vyžadovat dlouhodobou péči. (Čeledová a kol., 2012, s. 175).

### **6.1.1 Sociální péče a sociální služby**

Služby sociální péče jsou poskytovány všem uživatelům sociálních služeb, jejichž cílem je zlepšení a zkvalitnění jejich života. Prostřednictvím realizace sociálních služeb je realizována například pomoc v péči o sebe sama, o domácnost. Pro uživatele sociálních služeb je jejich prostřednictvím zajišťována služba ubytování, stravování, poskytování informací, ošetření a realizace některých zdravotnických postupů a také umožnění společenské interakce. Hlavním záměrem sociálních služeb je především podpora rozvoje a ochrany osobnosti seniora, jeho zachování soběstačnosti s možností návratu seniora do jeho přirozeného domácího prostředí. Současně je záměrem snížení zdravotních a sociálních rizik, které mohou úzce souviset se způsobem a kvalitou života uživatelů sociálních služeb. Konkrétní forma a také rozsah sociální péče, která je poskytována prostřednictvím sociálních služeb, vychází z individuálních potřeb seniora a to tak, aby byla zajištěna jeho samostatnost, aktivizace a aktivita, umožnění a posílení jeho sociálního začlenění do společnosti se zachováním lidské důstojnosti seniora (Dvořáčková, Hrozenková, 2013, s. 61).

Klíčovou roli mají především sociální služby terénní, kde především pečovatelské služby umožňují seniorům setrvat co nejdéle v domácím prostředí, a to často i mnohdy v situacích zhoršující se soběstačností a zhoršené sebepéče (Čeledová a kol., 2012, s. 214).

Podle dat SHARE z roku 2007 žilo 90 % osob ve věku 65 let ve stejném bytě či domě alespoň 20 let a v téže lokalitě dokonce 36 a více let (Čeledová, Čevela a Kalvach, 2012, s. 214).

Ukazuje se také současně, že terénní služby jsou mnohem levnější, nežli služby pobytového charakteru. Rovněž také sociální služby ambulantní umožňují a zároveň podporují setrvávání seniora se sníženou soběstačností v jeho původním domově a totéž umožňují i rodinným pečovatelům, kteří zajišťují a realizují péči o přibližně 80 % seniorů, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby, ve snaze kombinovat péči o seniora se svým zaměstnáním (Čeledová, Čevela a Kalvach, 2012, s. 214–215).

### 6.1.2 Sociální služby

Sociální služby znamenají koncepci systému jak sociálních služeb, tak i sociální práce, které jsou v souladu s principy sociálního zabezpečení jedinců, sociální ochrany a dalšími. Současně se zaměřují na oblast sociálního bydlení, rovných příležitostí (Čeledová, Čevela a Kalvach, 2012, s. 215).

Konkrétní typy sociálních služeb definuje a vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, kdy se jedná o následující formy sociální péče:

- 1) Sociální poradenství, které se člení na základní sociální poradenství (poskytování základních a obecných informací, které napomáhají řešit a zvládat spíše aktuálně vzniklé situace a problémy). Dále se jedná o tzv. odborné sociální poradenství, které je již zaměřeno na poskytování poradenství určitým a vybraným cílovým skupinám jako jsou senioři, lidé s postižením a další.
- 2) Osobní asistence představuje sociální službu, která je terénního, tak i ambulantního charakteru, která je realizována u jedinců se sníženým stupněm mobility, soběstačnosti a sebepéče, a to nejčastěji z důvodu vysokého věku.
- 3) Pečovatelská služba je sociální služba jak terénního, tak i ambulantního charakteru, která je realizována u osob se sníženou mobilitou, soběstačností a schopností sebepéče, a to nejčastěji z důvodu vysokého věku, přítomnosti chronické choroby či postižení.

- 4) Tísňová péče je spíše terénní službou, která je klientům zprostředkovávána nepřetržitě, a to za využití distanční hlasové a elektronické komunikace s osobami, u kterých je reálné riziko vzniku poškození jejich zdraví.
- 5) Odlehčovací služby jsou pobytového, terénního či ambulantního charakteru a jsou poskytovány u jedinců se sníženou soběstačností, imobilitou a schopností péče o vlastní osobu, a to z důvodu vysokého věku, přítomnosti chronické choroby nebo postižení, a u nichž je péče o jejich osobu realizována v jejich domácím prostředí (jedná se o péči osobami blízkými). Záměrem této sociální služby je umožnit pečující osobě, aby měla čas na svůj potřebný a zcela nezbytný odpočinek.
- 6) Centra denních služeb realizují ambulantní sociální služby u osob se sníženou soběstačností a imobilitou, a to následkem jejich vysokého věku, přítomnosti chronické choroby a postižení.
- 7) Denní, týdenní stacionáře jsou sociální služby pobytového až trvalého charakteru u osob, jež mají sníženou soběstačnost, a tedy nutně vyžadují odbornou a pravidelnou péči jiné osoby.
- 8) Domovy pro osoby se zdravotním postižením realizují především pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností a imobilitou či zdravotním handicapem, které vyžadují pravidelnou a odbornou pomoc, péči a kontrolu jiných osob.
- 9) Domovy pro seniory jsou sociální služby pobytového až trvalého charakteru u osob, jež mají sníženou soběstačnost, a tedy nutně vyžadují odbornou a pravidelnou péči jiných osob.
- 10) Raná péče znamená buď ambulantní, nebo terénní službu, která je realizována jak s postižením u dětí, tak i u rodičů dítěte. Tato služba je poskytována maximálně do věku sedmi let dítěte. Uvedená sociální služba je především zaměřena na podporu a pomoc rodinám s postižením u dětí, na podporu vývoje a rozvoje dítěte s postižením a na plnění jeho specifických a individuálních potřeb, které mohou mít úzkou souvislost právě s přítomností konkrétního postižení.
- 11) Telefonická krizová pomoc a tlumočnické služby (Zákon č. 108/2006 Sb.).

O potřebě kvalitních sociálních služeb se dnes velmi honě hovoří, neboť je snahou společnosti kontrolovat, měřit a hodnotit jejich smysl ve vztahu k potřebám jejich uživatelů. Jediným praktickým nástrojem pro zjišťování kvality a přesnosti sociálních služeb jsou tzv. standardy sociálních služeb, které jsou následně kontrolovány prostřednictvím inspekce sociálních služeb (Haškovcová, 2012, s. 110).

Podle Haškovcové (2012, s. 110) lze říct, že je třeba provádět sociální služby správně a v přiměřeně vybaveném a vstřícném prostředí. Hlavním kritériem kvality musí být spokojenost uživatelů.

Subjektivní pocit uživatelů sociálních služeb a sociální péče je důležitý a musí být vždy nadřazen dlouhodobě preferovaným biologickým přístupům v oblasti sociální péče (Haškovcová, 2012, s. 110).

Je všeobecně známo, že v posledních letech bývá udělována tzv. značka kvality těm institucím a subjektům, kde je zjištěno, že je vše v pořádku, to znamená, že tyto instituce a subjekty dodržují a respektují příslušné standardy a uživatelé sociálních služeb jsou s poskytovanými službami spokojeni (Haškovcová, 2012, s. 110).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 VÝZKUM

V této kapitole jsou vybraná zařízení sociálních služeb – domovy pro seniory analyzovány ve smyslu stanového výzkumného cíle, s pomocí výzkumných otázek a zjištěné údaje vyhodnoceny s ohledem na stanovené hypotézy. Je zde blíže charakterizován výzkumný vzorek respondentů, popsána metodika realizace výzkumu a na základě vyhodnocených dat navržena doporučení aplikovatelná pro praxi.

### 7.1 Vymezení cíle a stanovení hypotéz

Cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu života seniorů/klientů v domovech pro seniory, spokojenost s režimem v domovech pro seniory a spokojenost s pobytem a s poskytovanou péčí. V návaznosti na cíl byly stanoveny následující výzkumné otázky.

#### Hlavní výzkumný cíl

Zhodnotit kvalitu života seniorů/klientů v následujících domovech pro seniory:

Domov Harmonie, Ohrada 1864, Vsetín, 755 01 Vsetín 1

Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm, Julia Fučíka 1605, 756 61 Rožnov pod Radhoštěm 1.

#### Dílčí výzkumné cíle

1. Zjistit rodinné zázemí respondentů/seniorů.
2. Jaké byly/jsou oblíbené koníčky respondentů/seniorů?
3. Jak jsou respondenti/senioři v zařízení spokojeni?
4. Jakých aktivit se respondenti/senioři nejčastěji účastní?

Na základě dosavadních poznatků v návaznosti na teoretickou část práce byly stanoveny následující hypotézy k jednotlivým výzkumným otázkám:

1. Zjistit rodinné zázemí respondentů/seniorů.

H0: Muži mají méně početné rodiny než ženy.

H1: Muži mají bližší vztah se svoji rodinou, se kterou udržují více kontaktů než ženy.

2. Jaké byly/jsou oblíbené koníčky respondentů/seniorů?

H0: Domácí zvířectvo patří k oblíbeným koníčkům seniorů, mužům je bližší pes než kočka, která je naopak oblíbeným zvířetem u žen.

H1: Muži více upřednostňují ve svém volném čase poslech hudby a sledování oblíbených pořadů v televizi než ženy.

3. Jak jsou respondenti/senioři v zařízení spokojeni?

H0: Většina mužů je v zařízení spokojenější s personálem než ženy.

H1: Většina mužů je v zařízení méně spokojena se stravováním než ženy.

4. Jakých aktivit se respondenti/senioři nejčastěji účastní?

H0: Muži se v zařízení více účastní kroužku čtení než ženy, které preferují výtvarné dílny.

H1: Většina mužů se méně účastní výletů než ženy.

## 7.2 Metodika a vybrané metody výzkumu

V bakalářské práci je použita metoda kvantitativního výzkumu, a to v podobě dotazníkového šetření. Tato metoda byla zvolena vzhledem ke zpracování většího množství dat, které byly analyzovány do číselné podoby. Zjištěná data z obou zařízení byla sumarizována a zpracována do četnostních tabulek, poté graficky znázorněna v grafech a následně vyhodnocena s ohledem na stanovené hypotézy, které jsou provedeným výzkumem buď potvrzeny, nebo vyvráceny. V závěru práce jsou na základě zjištěných výsledků uvedena doporučení pro zaměstnance zařízení pro zkvalitnění jejich práce. Jelikož se jedná o „citlivá“ data respondentů, je mnohem etičtější zjišťování informací pomocí dotazníku, než by tomu bylo např. formou rozhovorů. U dotazníků jde o anonymní přístup a na vyplnění mají respondenti čas. Dotazníky si mohou v klidu vyplnit v domácím prostředí, v jakékoli jim vyhovující době, příp. za pomoci personálu či rodinných příslušníků. Rovněž je tímto způsobem zajištěn nestranný pohled hodnotitele. Tištěné dotazníky byly respondentům v obou zařízeních rozdány ve stejném znění, podrobně jim byl objasněn způsob vyplnění a odevzdání.

### 7.2.1 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 20 seniorů/klientů zařízení Domov Harmonie ve Vsetíně a 100 seniorů/klientů Domova pro seniory Rožnov pod Radhoštěm, jejichž výběr byl náhodný.

Pro zajištění co nejobjektivnějších dat byl osloven rozmanitý vzorek respondentů, a to 90 žen (75 %) a 30 mužů (25 %). Největší zastoupení je ve věkové kategorii starších 81 let,

kteří již ovdověli. Většina respondentů dosáhla pouze základního vzdělání, s praxí v oblasti jiné, než byla v dotazníku nabídnuta.

Dotazník se skládá z 22 uzavřených otázek, na které jsou předem definovány odpovědi. Otázky č. 1–5 jsou identifikační, otázky č. 6–9 se týkají rodinných vazeb a koníčků a otázky č. 10–22 slouží k vyhodnocení kvality života v zařízeních. Respondenti mohli zvolit vždy pouze jednu odpověď, přesto v otázce č. 21 vybrali více odpovědí. Celé znění dotazníku je uvedeno v Příloze č. 3.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž bylo vyplněno a odevzdáno 120, což představuje vysokou návratnost ve výši 80 %.



## 8 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

### Vyhodnocení identifikačních údajů

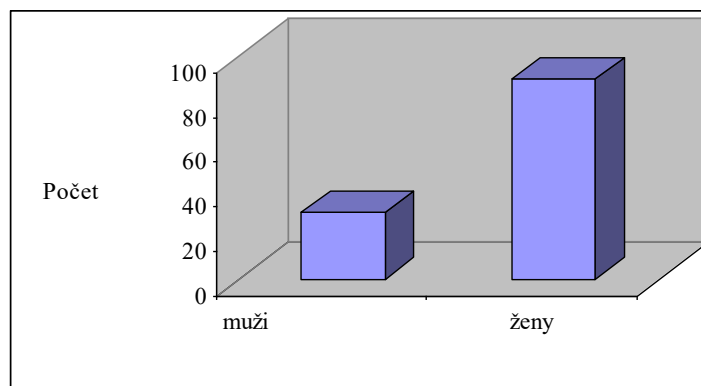
#### Otázka č. 1 Pohlaví respondentů

Výzkumný vzorek tvoří celkem 120 seniorů, z toho se jedná o 90 žen a 30 mužů. Je zde patrná větší četnost žen, před muži.

*Tab. 1 Pohlaví respondentů*

	Počet abso- lutní	Počet re- lativní v %
muži	30	25
ženy	90	75

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 1 Pohlaví respondentů (vlastní šetření)*

V domovech pro seniory žije více žen, muži jsou zastoupeni v menším počtu.

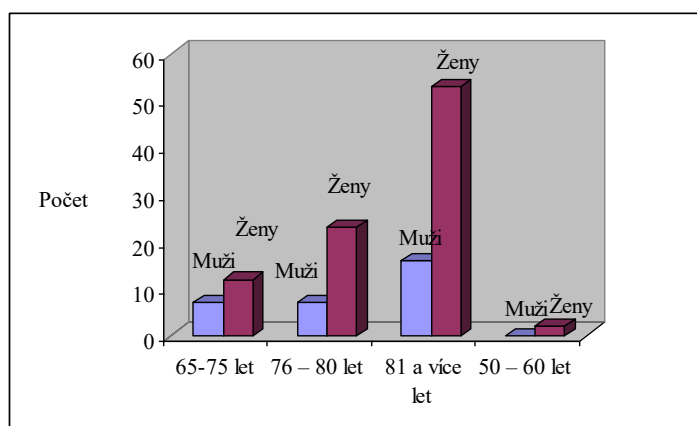
**Otázka č. 2 Věk respondentů**

Největší zastoupení respondentů v zařízeních je ve věku nad 81 let (celkem 69 seniorů), a to bez rozdílu pohlaví, což koresponduje s cílovou skupinou, pro kterou jsou tato zařízení určena. Přesto je zřejmé, že i osoby v předdůchodovém věku se občas vyskytují v zařízeních zaměřených pro seniory (dvě ženy ve věkovém rozpětí 50–60 let).

*Tab. 2 Věk respondentů*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
65–75 let	7	12
76–80 let	7	23
81 a více let	16	53
50–60 let	0	2

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 2 Věk respondentů (vlastní šetření)*

V zařízeních je nejvíce seniorů od 81 let. Další pořadí následuje věk od 76–80 let, kde převyšují opět ženy. Stejně je to u žen ve věku 65–70 let. Na posledním místě se nachází opět ženy v předdůchodovém věku 50–60 let.

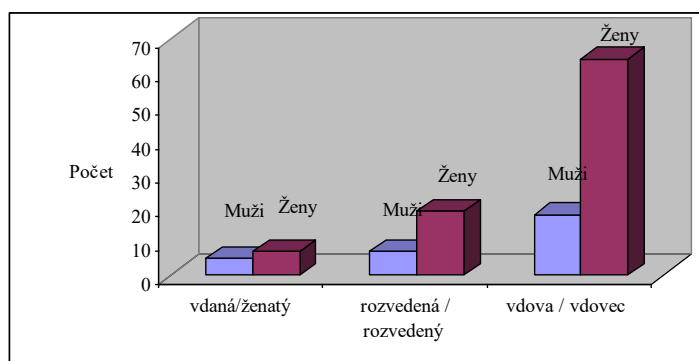
**Otázka č. 3 Rodinný stav**

Většina respondentů v zařízeních jsou již vzhledem ke svému vyššímu věku ovdovělí (celkem 82 seniorů). Seniorů s žijícím partnerem je nejméně (celkem 12 seniorů).

*Tab. 3 Rodinný stav respondentů*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
vdaná / ženatý	5	7
rozvedená / rozvedený	7	19
vdova / vdovec	18	64

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 3 Rodinný stav respondentů (vlastní šetření)*

Dle zjištěných údajů můžeme posoudit, že v domovech seniorů žije nejvíce vdov, kterých je 64, vdovců je jen 18. Dále v rozvodovosti převyšují opět ženy. Nejméně dotazovaných bylo seniorů, kteří žijí se svými partnery.

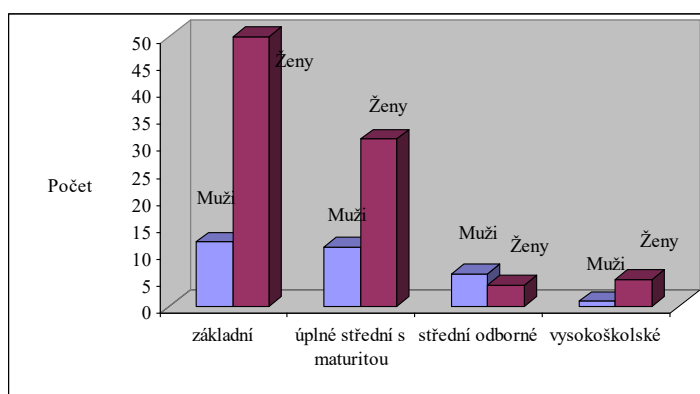
#### Otázka č. 4 Vzdělání

Většina seniorů dosahuje pouze základního vzdělání (celkem 62 seniorů), přesto je zde i poměrně silné zastoupení osob s úplným středoškolským vzděláním s maturitou (celkem 42 seniorů). Naopak nejmenší zastoupení mají senioři na úrovni vysokoškolského vzdělání (celkem šest seniorů). Tato vzdělanostní úroveň odráží poválečnou situaci v České republice, kdy dostačovalo základní vzdělání.

Tab. 4 Vzdělání respondentů

	Muži	Ženy
základní	12	50
úplné střední s maturitou	11	31
střední odborné	6	4
vysokoškolské	1	5

Zdroj: vlastní šetření



Graf 4 Vzdělání respondentů (vlastní šetření)

Většina respondentů, jak muži i ženy, má základní vzdělání. Středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo více žen než mužů, naopak vyučeno v oboru bylo více mužů. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo pět žen a jeden muž.

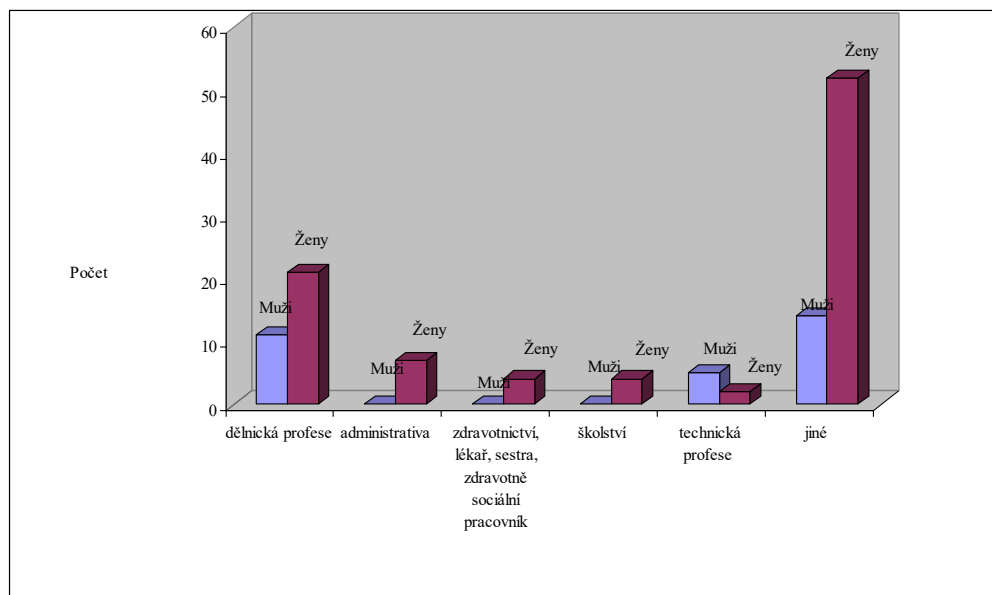
**Otázka č. 5 Profese**

Největší zastoupení seniorů pracovalo v dotazníku neuvedených profesích (celkem 66 seniorů) a v dělnických profesích (celkem 32 seniorů), což poukazuje na poválečnou situaci v České republice a jejím preferování dělnických a obdobných profesí. Nejméně seniorů pracovalo ve zdravotnictví a školství (celkem čtyři senioři).

*Tab. 5 Profese respondentů*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
dělnická profese	11	21
administrativa	0	7
zdravotnictví, lékař, sestra, zdravotně sociální pracovník	0	4
školství	0	4
technická profese	5	2
jiné	14	52

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 5 Profese respondentů (vlastní šetření)*

V dělnické profesi pracovalo nejvíce respondentů, zatímco nejméně respondentů pracovalo ve zdravotnictví a školství.

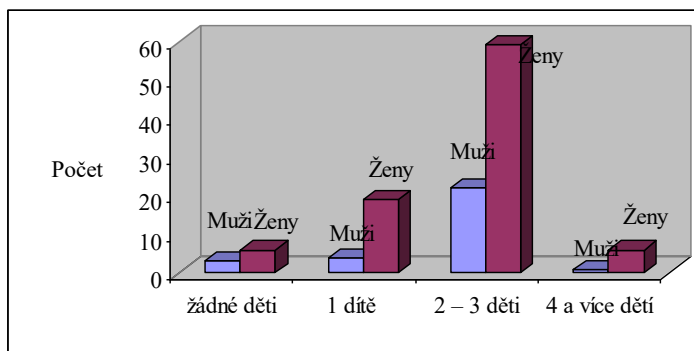
**Otázka č. 6 Kolik máte dětí?**

Většina respondentů uvedla, že mají dvě až tři děti (celkem 81 seniorů). Naopak nejmenší skupinu tvoří senioři, kteří mají čtyři nebo více dětí (celkem sedm seniorů). Z těchto odpovědí je zřejmé, že starší generace upřednostňovala před vlastním profesním růstem početnější rodinu, což je patrné zejména u žen. Tomu odpovídá i dosažená nižší úroveň vzdělání (převažující základní vzdělání). Na rodině tedy lpí a vnímají ji jako důležitou součást svého života.

*Tab. 6 Počet dětí respondentů*

	Muži	Ženy
žádné děti	3	6
1 dítě	4	19
2 – 3 děti	22	59
4 a více dětí	1	6

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 6 Počet dětí respondentů (vlastní šetření)*

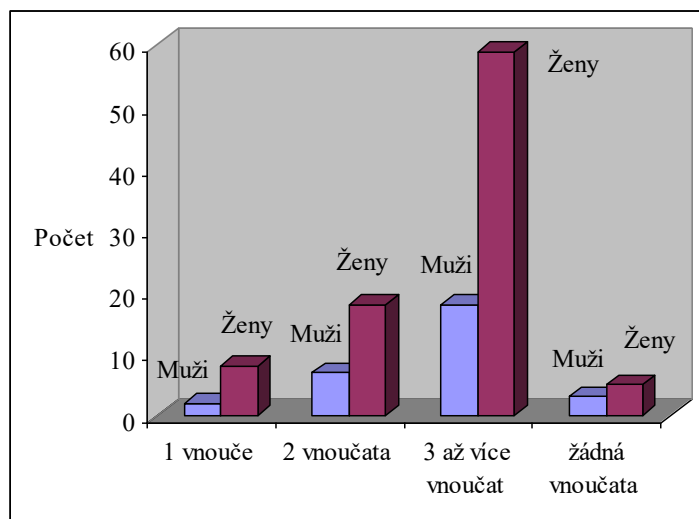
Skupina 88 seniorů uvedla, že mají dvě až více dětí. Nejmenší skupinu tvoří devět seniorů, kteří jsou bezdětní, jedno má 23 dotázaných seniorů.

**Otázka č. 7 Počet vnoučat respondentů**

S předchozí otázkou úzce souvisí i počet vnoučat oslovených seniorů. Většina seniorů uvedla, že mají tři a více vnoučat (celkem 77 seniorů), což odpovídá zjištění, že pokud mají početnější rodiny s vlastními potomky, je zde velká pravděpodobnost přenosu mezi generacemi v rodině. Tím se více preferují rodinné hodnoty před kariéřním růstem. Přesto celkem osm seniorů uvedlo, že nemají vnoučata žádná.

*Tab. 7 Počet vnoučat respondentů*

	Muži	Ženy
1 vnouče	2	8
2 vnoučata	7	18
3 až více vnoučat	18	59
žádná vnoučata	3	5

*Zdroj: vlastní šetření**Graf 7 Počet vnoučat respondentů (vlastní šetření)*

Nejvíce respondentů – převážně žen – uvedlo, že mají tři a více vnoučat. Zato tři muži a pět žen nemají žádné vnoučata. Jedno vnouče má 10 respondentů a dvě vnoučata celkem 25 dotazovaných seniorů.

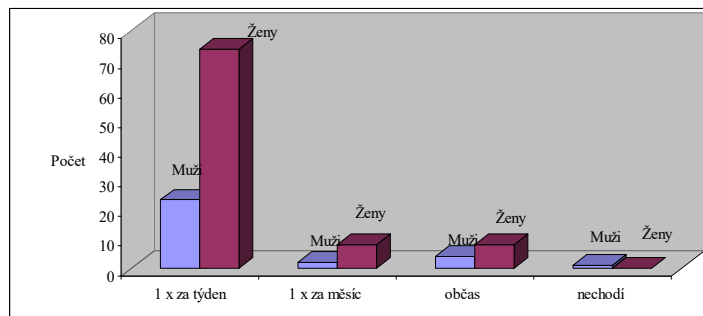
**Otázka č. 8 Jak často vás rodina navštěvuje?**

Na dobré rodinné vztahy poukazuje převážná většina návštěv uskutečňovaných rodinou 1krát za týden (celkem u 97 seniorů). Naopak pouze k jednomu seniorovi nikdo na návštěvu nechodí. Jde o obraz rodinných vazeb a velkého počtu rodinných příslušníků, kteří se mohou u seniora prostřídat.

*Tab. 8 Četnost návštěv rodiny*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
1x za týden	23	74
1x za měsíc	2	8
občas	4	8
nechodí	1	0

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 8 Četnost návštěv rodiny (vlastní šetření)*

U žen převyšují návštěvy rodiny 1krát týdně, zatímco u mužů je návštěvnost nižší. Pouze jednoho seniora rodina nenavštěvuje.



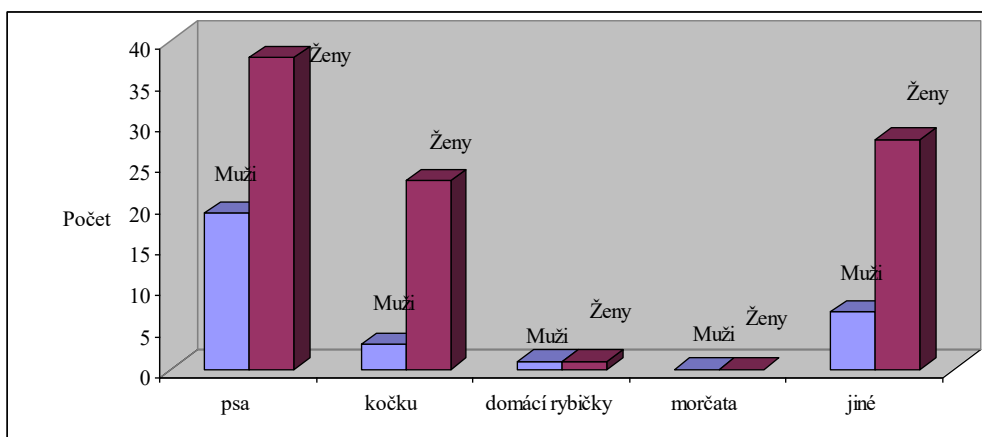
**Otázka č. 9 Jaké jste měl/a domácí zvířectvo?**

Všichni vybraní senioři měli v domovském prostředí nějaké domácí zvířectvo. Většina z nich preferovala psa (celkem 57 seniorů). Naopak nikdo ze seniorů neměl morčata. Dalším častým zvířetem byla kočka (celkem 26 seniorů).

*Tab. 9 Vlastnictví domácího zvířectva před vstupem do zařízení*

	Muži	Ženy
psa	19	38
kočku	3	23
domácí rybičky	1	1
morčata	0	0
jiné	7	28

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 9 Vlastnictví domácího zvířectva před vstupem do zařízení (vlastní šetření)*

Ženy uvedly, že psa mají nejraději, muži mají menší zájem o psy. O kočku mají ženy výrazně větší zájem než muži. Jeden muž a jedna žena měli v domácím prostředí akvarijní rybičky, 35 seniorů mělo nějakého jiného domácího mazlíčka.

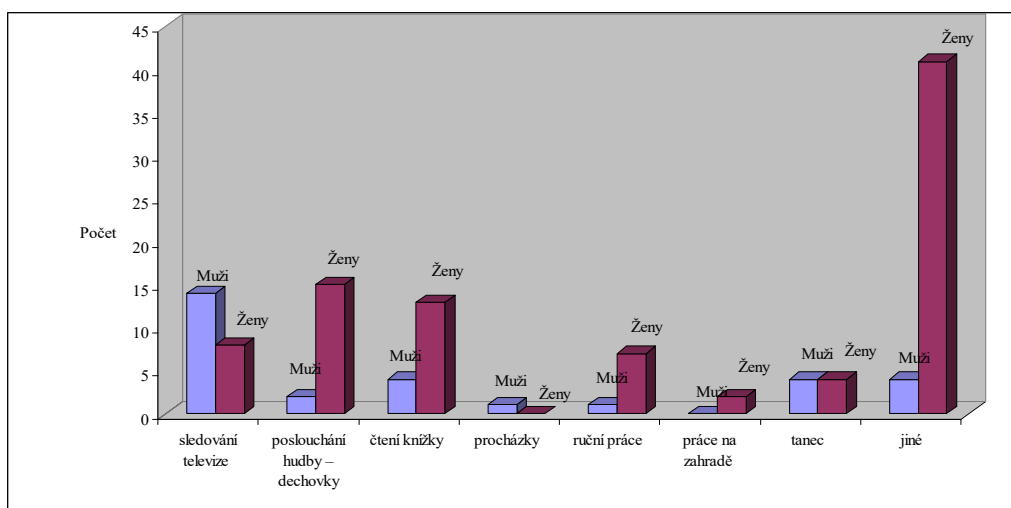
**Otázka č. 10 Jaké jsou vaše oblíbené koníčky**

Koníčky se u seniorů liší podle pohlaví. Nejčastěji uváděným koníčkem mužů je sledování televize (14 mužů), ženy se nejradši realizují v jiných aktivitách, než byly vyjmenovány, např. návštěvami u známých nebo výpomocí rodině či ostatním. Žádný z mužů nemá v oblibě práci na zahradě a pouze jedna žena má ráda bezmyšlenkovité procházky.

Tab. 10 Koníčky respondentů

	Muži	Ženy
sledování televize	14	8
poslouchání hudby – dechovky	2	15
čtení knížky	4	13
procházky	1	0
ruční práce	1	7
práce na zahradě	0	2
tanec	4	4
jiné	4	41

Zdroj: vlastní šetření



Graf 10 Koníčky respondentů (vlastní šetření)

Ženy baví nejvíce jiné druhy koníčků, než které byly uvedeny v dotazníku. Muži se rádi dívají na televizi. U 15 žen zase převažuje poslouchání hudby, převážně dechovek a také čtou knihy častěji než muži.

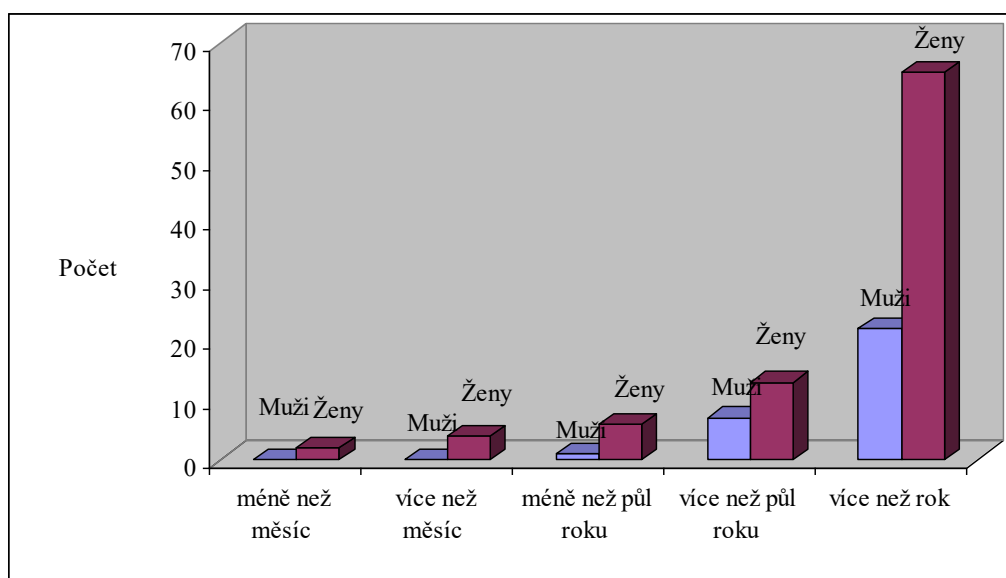
**Otázka č. 11 Jak jste dlouho v domově?**

Oslovení senioři pobývají ve sledovaných zařízeních delší dobu. Většina z nich dokonce více než jeden rok (celkem 87 seniorů). Nejméně seniorů zde pobývá méně než měsíc (dvě ženy). Z odpovědí je zřejmé, že zařízení využívají senioři ve vyšším věku a dlouhodobě, což je i primárním cílem těchto zařízení.

*Tab. 11 Délka pobytu respondentů v zařízení*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
méně než měsíc	0	2
více než měsíc	0	4
méně než půl roku	1	6
více než půl roku	7	13
více než rok	22	65

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 11 Délka pobytu respondentů v zařízení (vlastní šetření)*

Ženy pobývají v domovech delší dobu, a to převážně více než jeden rok, muži jsou zde většinou kratší dobu.

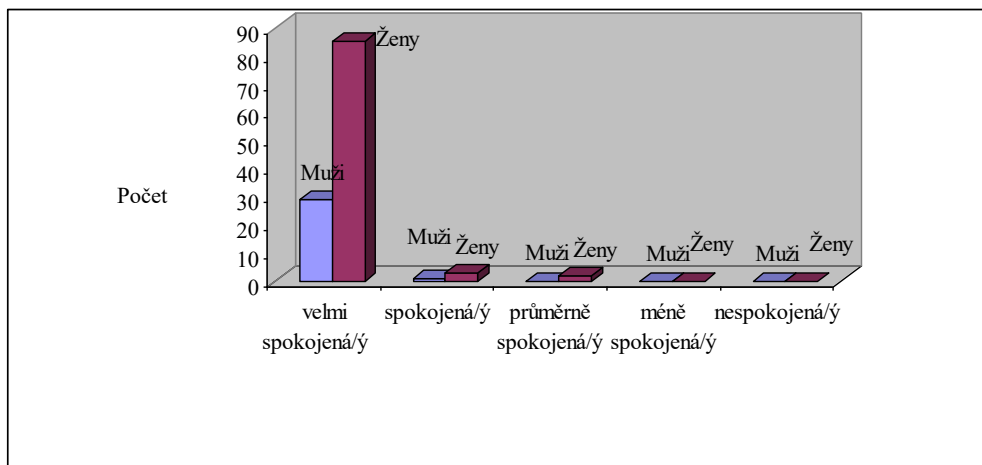
**Otázka č. 12 Jak jste spokojený/á s personálem?**

Odpověď respondentů ukazuje na převažující velkou spokojenost s personálem bez rozdílu pohlaví (celkem 114 seniorů). Nikdo neuvedl, že by byl méně spokojen nebo dokonce nespokojen s personálem zařízení

*Tab. 12 Spokojenost s personálem*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
velmi spokojená/ý	29	85
spokojená/ý	1	3
průměrně spokojená/ý	0	2
méně spokojená/ý	0	0
nespokojená/ý	0	0

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 12 Spokojenost s personálem (vlastní šetření)*

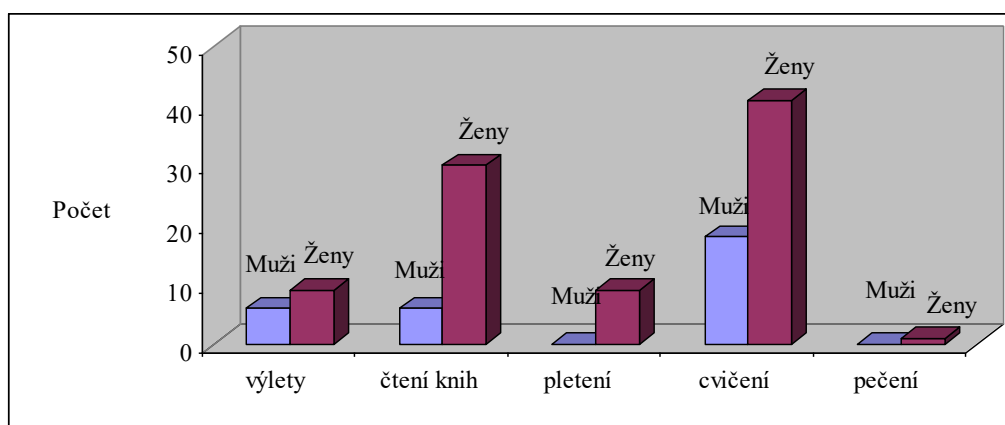
Téměř všichni respondenti jsou s personálem velmi spokojení. Nikdo z dotazovaných není s přístupem méně spokojený či nespokojený.

**Otázka č. 13 Které zájmové aktivity provozujete?**

Většina seniorů v zařízeních navštěvuje kurzy cvičení, a to bez rozdílu věku (celkem 59 seniorů). Naopak nejmenší zájem projevují o kurzy pečení (pouze jedna žena). Pro seniorské ženy je navíc poměrně zajímavou aktivitou čtení knih (30 senierek). Z odpovědí je zřejmé, že i v seniorském věku se snaží udržovat zdraví a dobrou fyzickou kondici, což se odráží ve vyšším věku dožití, prodloužení celkové doby aktivního stáří a prodlužující se doby setrvání ve svém přirozeném prostředí. Do zařízení pobytového typu se tak senioři dostávají ve vyšším věku.

*Tab.13 Nejčastější zájmové aktivity*

	Muži	Ženy
výlety	6	9
čtení knih	6	30
pletení	0	9
cvičení	18	41
pečení	0	1

*Zdroj: vlastní šetření**Graf 13 Nejčastější zájmové aktivity (vlastní šetření)*

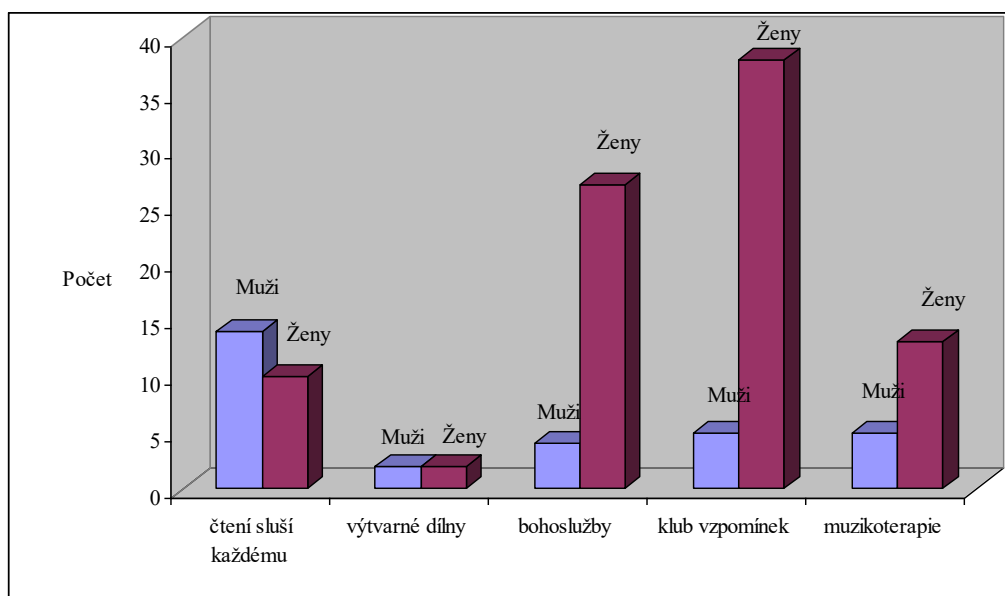
Ženy i muži se nejvíce věnují cvičení, čtení knih a výletům. Devět žen dává přednost pletení a jedna pečení.

**Otázka č. 14 Které z aktivit se vám nejvíce líbí?**

Z odpovědí je zřejmý nesoulad mezi pohlavím. Zatímco většina seniorských mužů (14) preferuje čtení, u žen se jedná o návštěvu klubu vzpomínek (38 žen). Další oblíbenou aktivitou pro ženy je návštěva bohoslužeb (27 žen). Naopak nejméně v oblíbě jsou u obou pohlaví výtvarné díly (dva muži a dva ženy).

*Tab. 14 Nejoblíbenější aktivity*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
čtení sluší každému	14	10
výtvarné dílny	2	2
bohoslužby	4	27
klub vzpomínek	5	38
muzikoterapie	5	13

*Zdroj: vlastní šetření**Graf 14 Nejoblíbenější aktivity (vlastní šetření)*

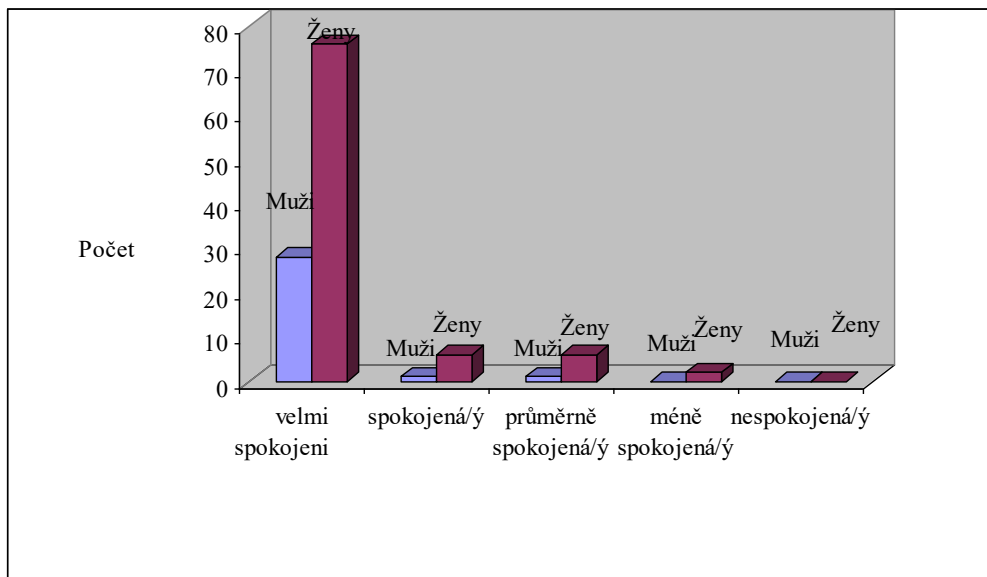
V domovech pro seniory je nejvíce navštěvován klub vzpomínek, a to 38 ženami, zato mužů do tohoto klubu chodí pouze pět. Druhou oblíbenou aktivitou u žen jsou bohoslužby. Výtvarné dílny jsou ve stejném počtu seniorů oblíbené jak u žen, tak u mužů.

**Otázka č. 15 Jak jste spokojeni se stravou?**

Většina respondentů bez rozdílu pohlaví je velmi spokojena se stravou v zařízeních (celkem 104 seniorů). Nikdo neuvedl, že by byl se stravou nespokojený. Pouze dvě ženy jsou méně spokojené. Ostatní jsou spokojeni či průměrně spokojeni, přesto je to pro ně ještě únosné.

*Tab. 15 Spokojenost se stravou*

	Muži	Ženy
velmi spokojeni	28	76
spokojená/ý	1	6
průměrně spokojená/ý	1	6
méně spokojená/ý	0	2
nespokojená/ý	0	0

*Zdroj: vlastní šetření**Graf 15 Spokojenost se stravou (vlastní šetření)*

Se stravou jsou nejvíce spokojeny ženy, zatímco muži jsou spokojeni méně, jsou více vybíraví. Jen dvě ženy uvedly, že jsou méně spokojeny se stravou.

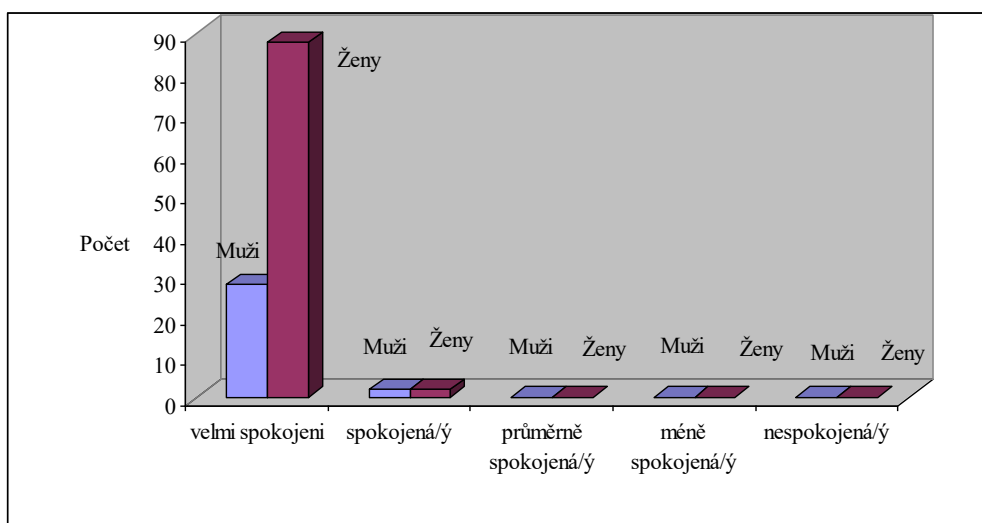
**Otázka č. 16 Máte dostatečné množství jídla?**

V podstatě všichni senioři v zařízeních jsou s množstvím jídla, které je pro ně připravované, spokojeni. Většina (celkem 116 seniorů) je dokonce s množstvím velmi spokojena. Nikdo z oslovených nevedl, že by mu podávané množství stravy nestačilo.

*Tab. 16 Spokojenost s dostatkem jídla*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
velmi spokojeni	28	88
spokojená/ý	2	2
průměrně spokojená/ý	0	0
méně spokojená/ý	0	0
nespokojená/ý	0	0

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 16 Spokojenost s dostatkem jídla (vlastní šetření)*

Většina žen je velmi spokojena s dostatkem jídla, jen někteří muži by rádi větší porce. Někdy se najde také spokojenost o dostatku jídla u obou pohlaví.

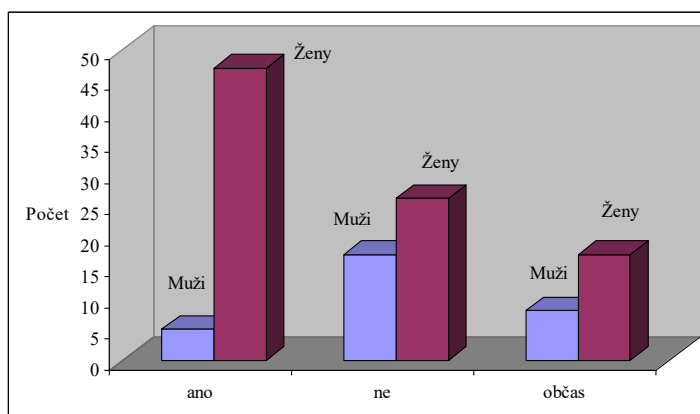


**Otázka č. 17 Navštěvujete bohoslužby?**

Odpovědi u obou pohlaví se rozcházejí. Pro většinu žen (47) jsou bohoslužby důležité, naopak pouze pro pět mužů představují naplnění jejich potřeby. Většina mužů (17) totiž o návštěvu bohoslužeb nestojí. Je tedy zřejmé, že duchovní útěchu hledají více starší ženy, než muži.

*Tab. 17 Návštěva bohoslužeb*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
ano	5	47
ne	17	26
občas	8	17

*Zdroj: vlastní šetření**Graf 17 Návštěva bohoslužeb (vlastní šetření)*

Většina žen uvedla, že bohoslužby navštěvuje pravidelně, pouze pět mužů dává přednost bohoslužbám. Ostatní navštěvují bohoslužby jen občas a dle potřeby.

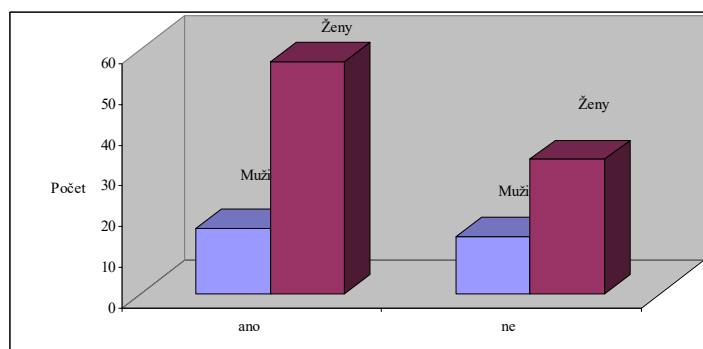
**Otázka č. 18 Bere si vás někdo z rodiny o Vánocích domů?**

Většinu seniorů (celkem 73 seniorů) si rodina bere o Vánocích domů. Podíváme-li se na četnost u jednotlivých pohlaví, lze zkonstatovat, že ženy si rodiny berou častěji, než muži. Je zde zřejmý bližší vztah mezi matkou a dětmi, než je tomu u otců. Jakmile matky ovdoví, rodina je zpravidla mnohem více a častěji podporuje, než seniorské muže. Jde zřejmě i o odraz silnější vzájemné pečovatelské role a přijatelnější charakterové sounáležitosti ve vyšším věku. Starší muži si mnohdy nechtějí připustit, že potřebují více opory od rodiny, o kterou si nejsou ochotni sami říct. Tím se ovšem sami více izolují.

*Tab. 18 Braní respondentů o Vánocích domů*

	Muži	Ženy
ano	16	57
ne	14	33

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 18 Braní respondentů o Vánocích domů (vlastní šetření)*

Převažuje vyšší počet žen, kdy si rodina bere seniory o Vánocích domů. U 33 respondentek není touha jít k rodině na Vánoce.

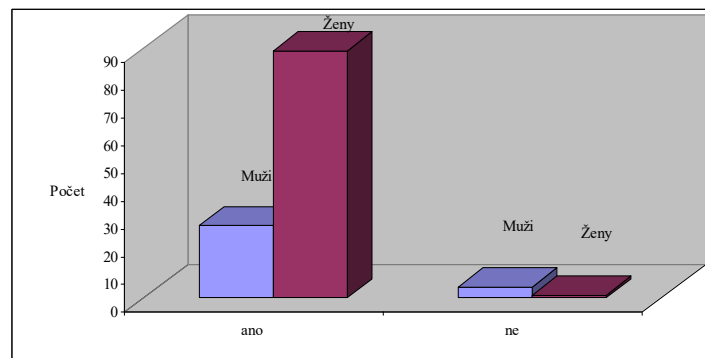
**Otázka č. 19 Přichází vám blahopřát rodina do domova?**

Většinová odpověď seniorů obou pohlaví ukazuje na dobré rodinné vztahy. Celkem 115 seniorům chodí rodina blahopřát k jubileu. Pouze pět seniorů toto štěstí nemá.

*Tab. 19 Blahopřání respondentům rodinou*

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
ano	26	89
ne	4	1

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 19 Blahopřání respondentům rodinou (vlastní šetření)*

Rodina přichází více blahopřát ženám do domovů, zatímco k mužům chodí méně. Čtyři muži si nepřejí, aby za nimi chodila rodina, a také jedna žena si nepřeje od rodiny blahopřání.

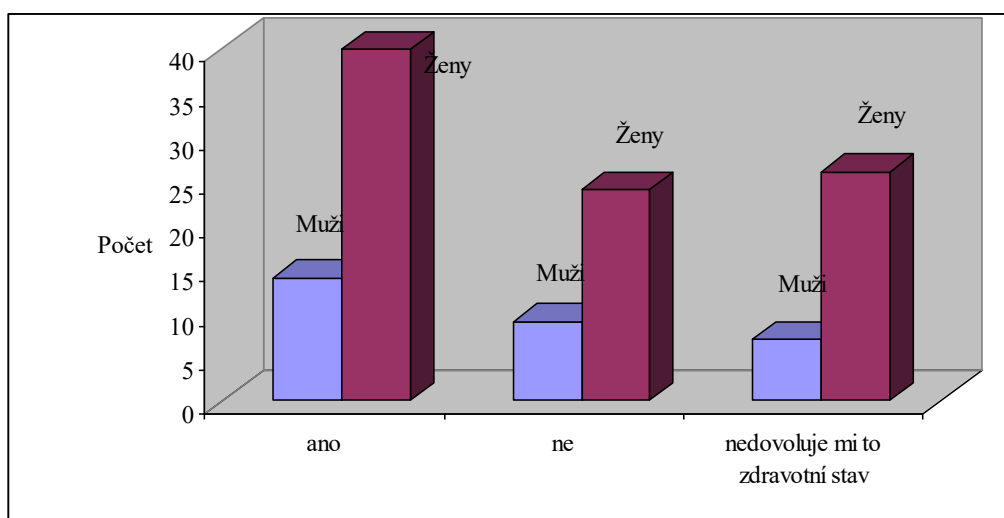
**Otázka č. 20 Jezdíte na pořádané výlety?**

Z odpovědí je zřejmé, že se senioři snaží, bez ohledu na pohlaví a věk (celkem 54 seniorů), jezdit na výlety. Přesto většina seniorů (66 seniorů), opět bez rozdílu věku, na výlety nejedí buď z vlastní vůle, nebo kvůli špatnému zdravotnímu stavu. Přitom není patrný významný rozdíl mezi zdravotním omezením a vlastní nevolí. Pro dnešní seniory není výlet důležitou aktivitou.

*Tab. 20 Účast seniorů na výletech*

	Muži	Ženy
ano	14	40
ne	9	24
nedovoluje mi to zdravotní stav	7	26

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 20 Účast seniorů na výletech (vlastní šetření)*

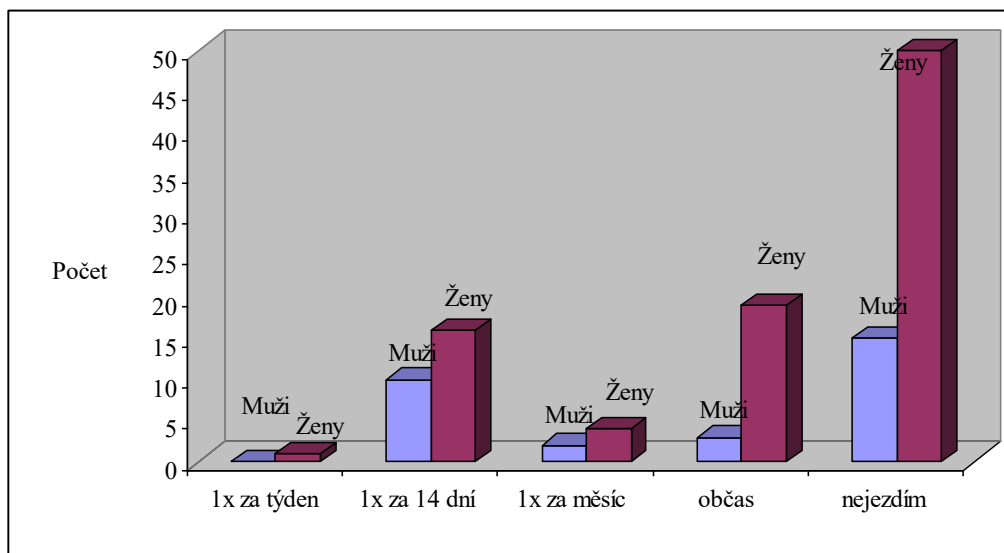
Z odpovědi vyplynulo, že 40 žen se účastní pořádaných výletů a k nim se přidá také 14 mužů. U 24 žen zněla odpověď, že nejedí na výlety, stejně tak na výlety nejedí devět mužů. Dalších 26 žen by se rádo výletů účastnilo, ale nedovoluje jim to jejich zdravotní stav, podobně tomu je u sedmi mužů.

**Otázka č. 21 Jak často jezdíte na výlety?**

Na předchozí odpověď navazuje odpověď týkající se četnosti účasti seniorů na výletech. Jelikož většina seniorů na výlety z nějakého důvodu nejedí, pouze polovina mužů jezdí alespoň méně často než jednou za týden a necelá čtvrtina žen jezdí na výlety pouze občas.

*Tab. 21 Četnosti účasti na výletech*

	Muži	Ženy
1x za týden	0	1
1x za 14 dní	10	16
1x za měsíc	2	4
občas	3	19
nejedím	15	50

*Zdroj: vlastní šetření**Graf 21 Četnost účasti na výletech (vlastní šetření)*

Na výlety nejedí 50 žen, protože mají vysoký věk nebo nějaké zdravotní problémy a také 15 mužů. Pouze 10 mužů jezdí na výlety 1krát za 14 dní, zatímco u žen převládá vyšší počet, a to 16 seniorek. Občas se výletů zúčastní 22 seniorů.

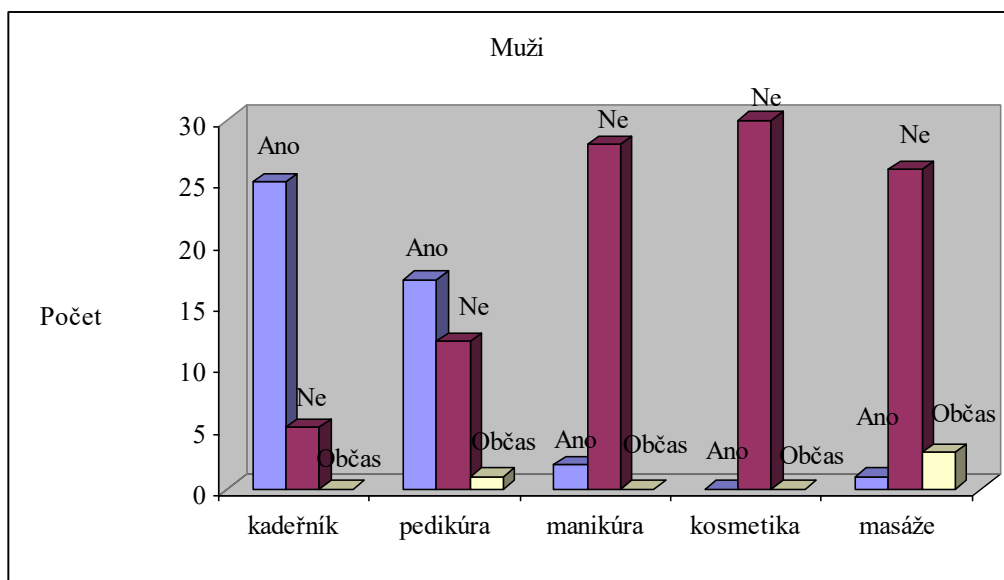
**Otázka č. 22 Jaké využíváte služby?**

Domovy pro seniory patří mezi zařízení poskytující sociální služby. Proto zde důležitou měrou funguje i využívání nabízených služeb. Podle sdělení oslovených seniorů nejčastěji užívanou službou u obou pohlaví je kadeřník (25 mužů a 75 žen, které kadeřníka využívají alespoň občas). Naopak nejméně oblíbenou službou je pro obě pohlaví kosmetika (pro 30 mužů a 84 žen). Pro ženy jsou navíc nepopulární službou masáže.

Tab. 22 Využívání služeb muži

Muži	Ano	Ne	Občas
kadeřník	25	5	0
pedikúra	17	12	1
manikúra	2	28	0
kosmetika	0	30	0
masáže	1	26	3

Zdroj: Vlastní šetření

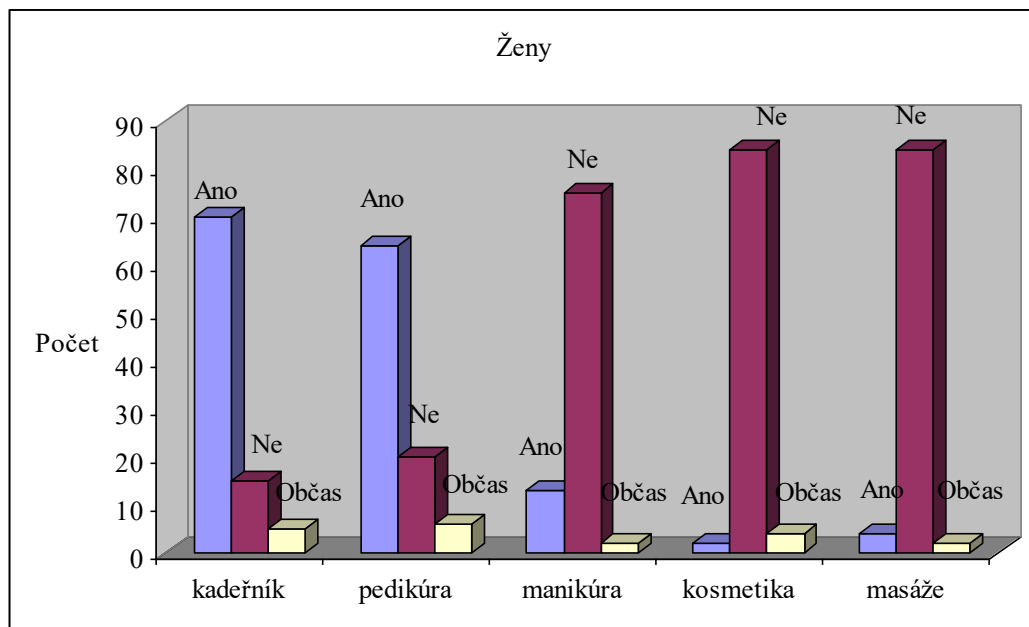


Graf 22 Využívání služeb muži (vlastní šetření)

Tab. 23 Využívání služeb ženami

Ženy	Ano	Ne	Občas
kadeřník	70	15	5
pedikúra	64	20	6
manikúra	13	75	2
kosmetika	2	84	4
masáže	4	84	2

Zdroj: vlastní šetření



Graf 23 Využívání služeb ženami (vlastní šetření)

V domovech pro seniory využívá 25 mužů kadeřníka a pět mužů kadeřníka nevyužívá. Ženy kadeřníka potřebují, proto i počet tomu nasvědčuje, 75 žen kadeřníka využívá a 15 žen kadeřníka nevyužívá. Pedikúru využívá 17 mužů, 12 mužů ji nevyužívá a jeden občas. Pedikúru využívá 64 žen, 20 žen ji nevyužívá vůbec a šest žen občas. Pedikúru využívá 64 žen, 20 žen ji nevyužívá vůbec a šest žen občas.

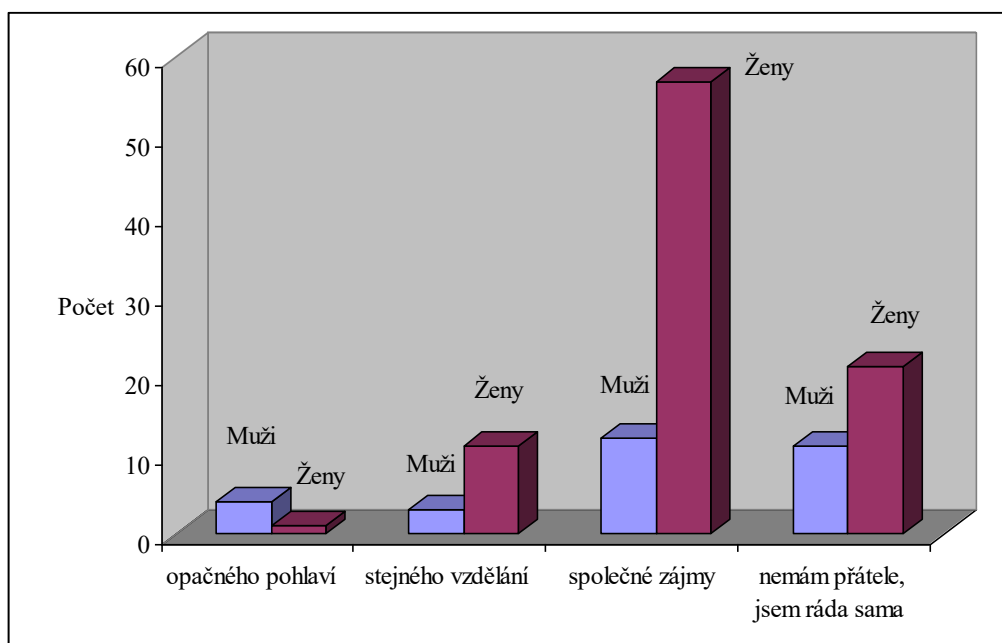
**Otázka č. 24 Máte v domově nějaké přátele?**

Většina seniorů obou pohlaví (celkem 69 seniorů) získává přátele na základě společných zájmů bez rozdílu věku či vzdělání. Nejméně rozhodujícím činitelem výběru je pro všechny dotazované právě otázka pohlaví (pro čtyři muže a jednu ženu).

*Tab. 24 Přátele v zařízení*

	Muži	Ženy
opačného pohlaví	4	1
stejného vzdělání	3	11
společné zájmy	12	57
nemám přátele, jsem ráda sama	11	21

*Zdroj: vlastní šetření*



*Graf 24 Přátele v zařízení (vlastní zjištění)*

V domovech je 57 žen, které si našly přátele se společnými zájmy a 12 mužů má také přátele v domovech. Dvacet jedna žen a 11 mužů uvedlo, že nemá přátele v domovech. Přátele se stejným vzděláním má 11 žen a tři muži. Přátele u opačného pohlaví našli čtyři muži a jedna žena.



## 8.1 Vyhodnocení hypotéz

1. Zjistit rodinné zázemí respondentů/seniorů.

H0: Muži mají méně početné rodiny, než mají ženy.

Ke zjištění odpovědi byla použita otázka č. 6 rozdělená do dvou částí, z jejichž odpovědí je patrné, že 23 mužů (77 % z celkového počtu oslovených) má minimálně dvě děti, u žen se jedná o 65 z nich (72 %). Co se týká vnoučat, 25 mužů (83 % z celkového počtu oslovených) má alespoň dvě vnoučata, kdežto stejný počet vnoučat má 77 žen (86 %) z celkového počtu oslovených žen. Na druhou stranu pouze tři muži (10 % z celkového počtu oslovených mužů) uvedli, že nemají žádné děti a ani vnoučata. U žen se jednalo o šest bezdětných seniorek (7 % z celkového počtu oslovených žen) bez vnoučat.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že oslovené ženy mají početnější rodinu než oslovení muži. Stanovenou hypotézu lze tedy považovat za potvrzenou.

H1: Muži mají bližší vztah se svojí rodinou, se kterou se udržují více v kontaktů než ženy.

Ke zjištění odpovědi byly použity otázky č. 7, 17 a 18. Z jejich odpovědí je zřejmé, že 23 mužů (77 % z celkového počtu oslovených) navštěvuje rodina alespoň 1krát týdně, se stejnou četností rodina navštěvuje 74 žen (82 % z celkového počtu oslovených). Na Vánoce si rodina bere domů 16 mužů (53 % celkového počtu oslovených) a 57 žen (63 % z celkového počtu oslovených), 26 mužům (87 % z celkového počtu oslovených) a 89 ženám (99 % z celkového počtu oslovených) chodí rodina přát k jubileu do zařízení.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že ženy chodí jejich rodina častěji navštěvovat. Mají tedy zjevně bližší vztah, než mají s rodinou seniorští muži. Stanovenou hypotézou lze tedy považovat za nepotvrzenou.

2. Jaké byly/jsou oblíbené koníčky respondentů/seniorů?

H0: Domácí zvířectvo patří k oblíbeným koníčkům seniorů. Mužům je bližší pes více než kočka, která je naopak oblíbeným zvířetem u žen.

Ke zjištění odpovědi byla použita otázka č. 9, která ukazuje na obecně velkou oblíbenost domácího zvířectva u seniorů. Mezi nejoblíbenější domácí zvíře u mužů patří pes (19 mužů, tj. 63 % z celkového počtu mužů) a 38 žen (tj. 42 %). Kočka je oblíbeným zvířetem pro 23 žen a tři muže (tj. 10 % z celkového počtu oslovených).

Z uvedených odpovědí vyplývá, že pes patří mezi nejoblíbenější domácí zvíře u obou pohlaví. Přesto lze konstatovat, že pes je sice nejoblíbenějším zvířetem pro muže, ale kočka není nejoblíbenějším zvířetem pro ženy. Proto lze stanovenou hypotézu považovat za potvrzenou pouze zčásti.

H1: Muži více upřednostňují ve svém volném čase poslech hudby a sledování oblíbených pořadů v televizi než ženy.

Ke zjištění odpovědi byla použita otázka č. 17, z jejíž odpovědi je patrné, že mezi nejoblíbenější koníčky mužů patří sledování televize (pro 14 mužů, tj. 47 % z celkového počtu oslovených). Poslech hudby je zajímavý pouze pro dva oslovené muže (tj. 7 % z celkového počtu oslovených). Ženy řadí mezi nejoblíbenější koníček jiné, než v dotazníku uvedené činnosti. Co se týká sledování televize, tato aktivita je zajímavá pro osm žen (tj. pro 9 % z celkového počtu oslovených) a poslech hudby pro 15 žen (tj. 17 % z celkového počtu oslovených).

Z uvedených odpovědí vyplývá, že sledování oblíbených televizních pořadů je mnohem zajímavější pro muže než ženy. Na druhou stranu poslech hudby považuje více žen za oblíbenou činnost ve svém volném čase, než je tomu u mužů. Proto lze stanovenou hypotézu považovat za potvrzenou pouze zčásti.

3. Jak jsou respondenti/senioři v zařízení spokojeni?

H0: Většina mužů je v zařízení spokojenější s personálem než ženy.

Ke zjištění odpovědi byly použity otázky č. 11 a 12. Z jejich odpovědí vyplynulo, že většina mužů i žen žije v zařízení více než jeden rok. Mají proto více zkušeností s personálem a mohou mnohem lépe posoudit chování, jednání a vystupování tamního personálu. Podle většiny mužů (29, tj. 97 % z celkového počtu oslovených) a 85 žen (tj. 94 % z celkového počtu oslovených), jim personál v zařízení vyhovuje a jsou s ním velmi spokojeni. Ostatní jsou s personálem spokojeni alespoň průměrně. Nikdo ze seniorů neoznačil personál za zcela nevyhovující.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že obě pohlaví seniorů jsou s personálem spokojeny, přesto poměrově vůči celkovému počtu jsou více spokojeni muži. Stanovenou hypotézu lze považovat za potvrzenou.

H1: Většina mužů je v zařízení méně spokojena se stravováním než ženy.

Ke zjištění odpovědi byly použity otázky č. 15 a č. 16. Z jejich odpovědi vyplynulo, že většina seniorů, bez rozdílu pohlaví, je velmi spokojena se stravou. U mužů se jedná o 28 z nich (tj. 93 % z celkového počtu oslovených) a 76 žen (tj. 84 % z celkového počtu oslovených). Ostatní jsou se stravou spokojeni alespoň průměrně, dvě ženy v menší míře. Přesto nikdo ze seniorů neoznačil stravu za zcela nevyhovující. S množstvím stravy je 28 mužů (tj. 93 % z celkového počtu oslovených) a 88 žen (tj. 98 % oslovených) velmi spokojeno, ostatní jsou s množstvím spokojeni, nikdo není nespokojen.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že obě pohlaví seniorů jsou se stravou i jejím množstvím spokojeny. Poměrově vůči celkovému počtu jsou více se stravou spokojeni muži a s množstvím jsou naopak spokojenější ženy. Stanovenou hypotézu lze tedy považovat za potvrzenou pouze zčásti.

4. Jakých aktivit se respondenti nejčastěji účastní?

H0: Muži se v zařízení více účastní kroužku čtení než ženy, které preferují výtvarné dílny.

Ke zjištění odpovědi byla použita otázka č. 13, z jejíž odpovědi vyplývá, že pro 14 mužů (tj. 47 % z celkového počtu oslovených) je nejoblíbenější aktivitou čtení, stejně tak tomu je u 10 žen (tj. 11 % z celkového počtu oslovených). Výtvarné dílny jsou zajímavou aktivitou pro dva muže (tj. 7 % z celkového počtu oslovených) a dvě ženy (tj. 2 % z celkového počtu oslovených).

Z uvedených odpovědí vyplývá, že pro muže je nejoblíbenější činností čtení. Přesto ženy výtvarné dílny nepovažují za svou oblíbenou činnost. Proto lze stanovenou hypotézu považovat za potvrzenou pouze zčásti.

H1: Většina mužů se méně účastní výletů než ženy.

Ke zjištění odpovědi byly použity otázky č. 19 a č. 20. Z jejich odpovědí vyplynulo, že 14 mužů (tj. 47 % z celkového počtu oslovených) a 40 žen (tj. 44 % z celkového počtu oslovených), jezdí na výlety. Ostatní z nějakého důvodu nejedí. Přitom polovina mužů a 40 žen (tj. 44 % z celkového počtu oslovených) jezdí na výlety alespoň občas.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že na výlety jezdí více muži, kteří jezdí i častěji, než ženy. Stanovená hypotéza se nepotvrdila.

## 8.2 Celkové zhodnocení zjištěných informací a doporučení pro praxi

Výsledky dotazníkového šetření vyjadřují následující závěry:

Senioři žijící v zařízení sociální péče – domovech pro seniory jsou starší 65 let, více než polovina z nich je dokonce starší 81 let. Vzhledem k věku jsou již většinou sami v důsledku ovdovění, se zdravotními problémy, které jim brání v běžné samostatnosti. Proto i když mívají početnější rodiny a dobré vztahy s rodinou, která je pravidelně navštěvuje, vyžadují zvýšenou péči další osoby. Sami se snaží udržovat v kondici (téměř polovina oslovených seniorů) pravidelným cvičením, přesto již nejsou často schopni běžných aktivit, jako např. účastnit se výletů (cca čtvrtina všech oslovených seniorů). Důležité pro ně jsou však stále pevné a dobré rodinné vztahy, což se projevuje zejména tím, že si více než polovinu z nich bere rodina k sobě domů na vánoční svátky a až na výjimky jim chodí gratulovat, když se dožijí životního jubilea.

Jakmile jsou sami spokojeni, zpravidla vnímají i své okolí mnohem pozitivněji, což se odráží v jejich spokojenosti se základními potřebami, které jim zajišťuje odborný personál v zařízeních. Další silná potřeba v podobě dostatečného množství jídla i obecně spokojenosti se stravou v zařízení jsou pak rovněž vnímány pozitivně. Tento komplex potřeb je dále umocněn dostupností dalších služeb, které seniorům zkvalitňují jejich pobyt v zařízení. Jedná se zpravidla o využívání služeb kadeřníka, pedikúry, případně manikúry. Ani věk je přitom neodrazuje trávit jejich čas s přáteli, které si zpravidla hledají a nacházejí díky společným zájmům. Již zde nerozhoduje věk, ani pohlaví, upřednostňují společné zaměření. Přesto čtvrtina z nich je radši sama, bez přátel.

Domov Harmonie ve Vsetíně je malokapacitní zařízení (42 lůžek, 42 klientů), které disponuje téměř polovinou jednolůžkových pokojů a druhou polovinou dvoulůžkových pokojů s bezbariérovými prostory. Vybavenost pokojů není stejná, většina má umyvadlo, některé samostatné WC či sprchový kout. Některé pokoje disponují vlastním balkonem. Klienti mohou využívat prostorné terasy. Přímou péči o klienty zajišťují pracovníci v celkovém úhrnu 22,75 úvazku (některé úvazky jsou jen částečné). Tedy péči o jednoho klienta zajišťuje v průměru 0,54 úvazku všech pracovníků v přímé péči. Na druhou stranu Domov pro seniory v Rožnově pod Radhoštěm je vysokokapacitní zařízení (200 lůžek, 200 klientů), které disponuje 182 jednolůžkovými a devíti dvoulůžkovými pokoji. K pokoji náleží chodbička, WC, koupelna společná s vedlejším pokojem. Téměř ke každému pokoji patří balkon. Součástí areálu je velká udržovaná zahrada. Přímou péči o klienty zajišťují pracovníci v celkovém

úhrnu 71 úvazků (všechny úvazky jsou plné). Tedy péči o jednoho klienta zajišťuje v průměru 0,36 úvazku všech pracovníků v přímé péči. Obě zařízení jsou závislá na dotaci ze státního rozpočtu. Proto také obě zařízení realizují několik projektů pro zajištění dalších finančních zdrojů. Díky Projektu Domov Harmonie mohlo toto zařízení realizovat zkvalitnění materiálně-technického vybavení v zařízení do podoby rezidenčního bydlení. Projekt Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm – humanizace pobytových služeb zase pomohla zkvalitnit sociální službu o zavedení nových metod sociální práce se seniory a nových metod přímé práce se seniory (validační terapie, reminiscenční terapie a muzikoterapie), došlo k technickým úpravám v objektu, čímž se docílilo bezbariérových prostor.

Lze tedy zkonstatovat, že většina klientů v obou zařízeních má vytvořeny dostatečné materiálně-technické podmínky pro zajištění kvalitního bydlení v důstojných podmínkách. Péče o klienty se ovšem různí s ohledem na velikost zařízení. Zatímco velká zařízení preferují více samostatnosti v jednolůžkových pokojích s menší podporou poskytování přímé péče, v menších zařízeních je menší míra soukromí v jednolůžkových pokojích vynahrazena větší přímou péčí ze strany poskytovatele sociálních služeb. Sami klienti tento přístup vnímají velmi pozitivně, jsou v obou zařízeních velmi spokojeni. Přesto se nabízí u obou zařízení několik doporučení ke zlepšení. Pozitivní a vstřícný osobní přístup personálu se zásadní měrou podílí na pocitu spokojenosti klientů, zejména u vyšších věkových skupin. Obzvláště seniorovou rodinou, která nabídne řadu rad a upozorní na možné komplikace, které by během pobytu v „cizím“ prostředí mohly nastat. Často právě pozitivní spolupráce s rodinou umožňuje pružně reagovat na zhoršující se zdravotní či psychické problémy.

## 9 DISKUZE

Na základě předložených teoretických poznatků a zjištěných informací v rámci dotazníkového šetření vyplynulo, že není rozhodující, jestli senioři dožívají v malokapacitním či velkokapacitním zařízení. Důležitou podmínkou pro ně je zajištění základních lidských potřeb včetně zdravotní péče a udržování potřebného kontaktu s prostředím. Díky prodlužování věku a stárnutí populace je nevyhnutelné, aby péči o stárnoucí rodiče převzalo odborné zařízení zdravotně sociální péče. Prodlužování věku dožití sebou přináší i prodlužování produktivního věku, což v praxi znamená, že o staré rodiče se jejich děti nebudou moci postarat, jelikož budou zaměstnány mnohem déle, než tomu bylo dřív. V tomto ohledu tedy není důležité, jestli senioři mají početnou rodinu, či nikoliv. Vliv rodiny ovšem hraje významnou roli při zajištění duševní, fyzické a sociální pohody, o čemž se zmiňuje např. Průša a kol. ve své publikaci *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Pokud tedy chybí nebo není možná podpora rodiny, nastupuje péče institucionální, tedy zařízení typu domova pro seniory. Limitem pro setrvání v domácím prostředí totiž může být i nedostatečná nabídka terénních či ambulantních sociálních služeb v místě bydliště seniora nebo zhoršující se zdravotní stav (Průša a kol., 2010, s. 33).

Další oblast pro zajištění kvality života seniorů ukazuje Langmajer ve své publikaci *Vývojová psychologie*, který připomíná, že pro kvalitu života ve stáří je velmi důležitá tvorba a využití volného času. Obecně aktivita seniora vede k soběstačnosti. Udržování a navazování nových kontaktů, setkávání s vrstevníky a udržování mezigeneračních vztahů významnou měrou ovlivňují kvalitní stáří (Langmajer, 1998, s. 194–195).

Pokud se tedy z nějakého důvodu senior ocitne v pobytovém zařízení, je potřeba s ním stále udržovat rodinné a osobní vazby, které společně s poskytováním sociální a zdravotní péče zajistí seniorům kvalitní život (Langmajer, 1998, s. 195).

## ZÁVĚR

Hlavním cílem překládané bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života seniorů/klientů v domovech pro seniory, spokojenost s režimem v domovech pro seniory a spokojenost s pobytem a s poskytovanou péčí. Pro naplnění cíle byla využita data získaná dotazníkovým šetřením a znalosti konkrétních zařízení domovů pro seniory, a to malokapacitního Domova Harmonie ve Vsetíně a vysokokapacitního Domova pro seniory v Rožnově pod Radhoštěm.

Z provedeného výzkumu lze konstatovat, že pro kvalitu života seniorů v pobytovém zařízení sociální péče není rozhodující kapacita zařízení, ani vybavení pokojů. Není zásadní, zdali každý pokoj má vlastní WC či koupelnu zdali jde o jednolůžkový či dvoulůžkový pokoj, ale zásadní jsou fungující a dobré vztahy, které zajišťují kontakt mezi generacemi v rodině, vrstevníky či přáteli, se kterými díky stejným koníčkům tráví plnohodnotně svůj volný čas. Udržování základních životních potřeb a zajišťování zdravotní péče je pak nástavbou, která vhodně doplňuje komplexní spokojenost seniorů. Důležitá je proto efektivní spolupráce mezi rodinou seniora a personálem v zařízení, neboť vhodnými nástroji mohou zajistit seniorům plnohodnotné stárnutí i mimo své přirozené domácí prostředí.

Ve vybraných zařízeních jsou senioři spokojeni v obou rovinách, a to jak po stránce zajištění základních lidských potřeb (množství a kvality stravy, zajištění sociální a zdravotní péče personálem, využívání nabízených služeb, jako například kadeřník, nabízení cvičení jako vhodné aktivity či umožnění čtení v kroužku), tak i v osobním kontaktu s rodinou a přáteli. Mají tak zajištěn tolik důležitý kontakt s prostředím i možnost plně využít svůj volný čas dle svého aktuálního zdravotního stavu. Všechny naplněné potřeby tak zajišťují ubytovaným seniorům možnost kvalitního života v domě pro seniory. Tím lze považovat stanovený cíl práce za splněný.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BEDNÁŘ, Vojtěch, 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-4211-3.
- [2] BURNE, Jerome, 2013. *Tajemství zdravého stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Alternativa. ISBN 978-80-86936-38-3.
- [3] BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Potřeby, hodnocení, kvalita života*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-5402-4.
- [4] ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, HOLČÍK, Jan, KALVACH, Zdeněk, KUBŮ, Pavel, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-4544-2.
- [5] ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-3901-4.
- [6] DIENSTBIER, Zdeněk, 2011. *Ó, sladké stáří*. Vyd. 1. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-00-6.
- [7] DUKA, Martin, DUKOVÁ, Ivana, KOHOUTKOVÁ, Ivanka, 2013. *Sociální politika*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-3880-2.
- [8] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, HROZENSKÁ, Martina, 2013. *Sociální péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-4139-0.
- [9] GUSTAFSSON, Per E., HANNARSTRÖM, Anne, NOETRÖM, Fredrik, URBAN, Janlert, VIRTANEN, Pekka, 2014. *How does unemployment affect self – assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects*. *BMC Public Health*. London: BioMed Central. ISBN 1471-2458-14-1310.
- [10] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie aneb, Senioři mezi námi*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
- [11] HOLFORD, Patrick, 2013. *Tajemství zdravého stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Alternativa. ISBN 978-80-86936-38-3.



- [12] HROZENSKÁ, Martina, 2013. *Sociální péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-4139-0.
- [13] JIRÁK, Roman a kol., 2012. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7232-873-5.
- [14] KEBZA, Vladimír, 2013. *Chování člověka v krizových situacích*. Vyd. 1. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze. ISBN 978-80-213-2210-3.
- [15] KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém. O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2464-8.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3604-4.
- [17] LINDNER, Stephan, MITTCHEL, Josh, NICHOLS, Austin, 2013. *Consequences of Long – Term Unemployment*. Vyd. 1. Washington DC: Urban Institute.
- [18] LUDÍKOVÁ, Libuše a kol., 2015. *Netradiční pohledy na kvalitu osob se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4869-5.
- [19] MATLASOVÁ, Hana, 2010. *Praktické využití metody Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v hodnocení celkové situace (tělesné, psychické, sociální a pracovní) u osob s roztroušenou sklerózou*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISSN 1212-4117.
- [20] MILLOVÁ, Katarína, 2012. *Psychologie celoživotního vývoje: uvedení do moderních teorií*. Vyd. 1. Brno: Host. ISBN 978-80-7294-699-0.
- [21] PETRÁŠEK, Josef, 2014. *Sociální politika*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-033-4.
- [22] PLHÁKOVÁ, Alena, 2015. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1499-3.
- [23] PROCHÁZKOVÁ, Zdenka, 2011. *Ó, sladké stáří*. Vyd. 1. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-00-6.
- [24] PRŮŠA, Ladislav a kol., 2010. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza*

*potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.*  
ZVZ 209 Vyd.1. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-048-6.

[25] PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří.* Vyd. 1. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

[26] KOLESÁROVÁ, Karolína, SAK, Petr, 2012. *Sociologie stáří a seniorů.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a. s., ISBN 978-80-247-3850-5.

[27] SALIVAROVÁ, Jarmila, VETEŠKA, Jaroslav, 2014. *Edukace seniorů v evropském kontextu.* Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-102-7.

[28] SARGEANT, Malcolm. *Age discrimination diversity: multiple discrimination from an age perspective.* Vyd. 1. New York: Cambridge University Press. ISBN 978-110-7003-774.

[29] SMETANA, Ivana, 2013. *Skrytý princip stárnutí. Fenomén stárnutí v novém světle poznání.* Vyd. 1. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-734-3.

[30] THOROVÁ, Kateřina, *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt.* Vyd. 1. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-262-0714-6.

### **Internetové zdroje**

[1] MALINDOVÁ, Kateřina, 2011. *Zdravotní aspekty v nezaměstnanosti.* [online]. [cit. 2015-10-26]. Dostupné z: [http:// e- psycholog.eu/pdf/malindova.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/malindova.pdf).

[2] *O ageismu* [online]. 2016 [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: [http:// www.ageismus.cz/index.php@m=2.html](http://www.ageismus.cz/index.php@m=2.html).

[3] *Statistiky* [online]. 2015 [cit. 2016-09-15]. Dostupné z: [https:// www.czso.cz/ csu/ czso/ statistiky](https://www.czso.cz/csu/czso/statistiky)

[4] *Zákon o sociálních službách Sb. 108 / 2006* [online]. 2006 [cit. 2006-03-31]. Dostupné z: [http:// zakonyprolidi.cz](http://zakonyprolidi.cz)

[5] Domov Harmonie. *Diakonie Českobratrské církve evangelické. Středisko Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: [http:// www.diakonievsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/domov-harmonie/](http://www.diakonievsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/domov-harmonie/).

- [6] Muzika Nás baví! *Diakonie Českobratrské církve evangelické. Středisko Vsetín.* [online] 2016 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <http://www.diakonie-vsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/nase-cesta/>.
- [7] Podpora a rozvoj vybraných sociálních služeb ve Zlínském kraji. *Diakonie Českobratrské církve evangelické. Středisko Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <http://www.diakonie-vsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/podpora-a-rozvoj-vybranych-socialnich-sluzeb-ve-zlinskem-kraji/>.
- [8] Pojděte do školky. *Diakonie Českobratrské církve evangelické. Středisko Vsetín* [online]. 2016 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <http://www.diakonie-vsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/pojdte-do-skolky/>.
- [9] Projekty. *Sociální služby Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/zakazky-a-projekty/projekty?id=3-navrat-do-zivota-%E2%80%93-transformace-a-humanizace-dzr-przno>.
- [10] Projekty. *Sociální služby Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/zakazky-a-projekty/projekty?id=2-o-krok-dal>.
- [11] Projekty. *Sociální služby Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/zakazky-a-projekty/projekty?id=4-prenos-dobre-praxe-a-implementace-svycarskeho-modelu-rizeni-do-standardu-kvality-socialnich-sluzeb-vsetin-prispevkova-organizace>.
- [12] Společně seniorům. *Diakonie Českobratrské církve evangelické. Středisko Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <http://www.diakonie-vsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/spolecne-seniorum/>.
- [13] Společně ve školce. *Diakonie Českobratrské církve evangelické. Středisko Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <http://www.diakonie-vsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/spolecne-ve-skolce/>.
- [14] Ukončené projekty. *Diakonie Českobratrské církve evangelické. Středisko Vsetín.* [online]. 2016 [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <http://www.diakonie-vsetin.cz/diakonie-vsetin/projekty-diakonie-vsetin/ukoncene-projekty/>.
- [15] Projekty. *Sociální služby Vsetín.* [online]. 2014 [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/zakazky-a-projekty/projekty?id=1-domov-pro-seniory-roznov-pod-radhostem-%E2%80%93-humanizace-pobytovych-sluzeb>.

[16] Projekty. *Sociální služby Vsetín*. [online]. 2016 [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: [http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/zakazky-a-projekty/projekty?id=1-domov-pro-seniory-roznov-pod-radhostem-%E2%80%93-humanizace-pobytovych-sluzeb&id\\_akt=10#aktualne](http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/zakazky-a-projekty/projekty?id=1-domov-pro-seniory-roznov-pod-radhostem-%E2%80%93-humanizace-pobytovych-sluzeb&id_akt=10#aktualne).

[17] Slavnostní setkání u příležitosti ukončení projektu „Sociální služby Vsetín p. o. – Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm – Humanizace pobytových služeb“. *Sociální služby Vsetín*. [online]. 2015 [cit. 2017-01-27]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/aktuality?id=76-slavnostni-setkani-u-prilezitosti-ukonceni-projektu-%E2%80%93-socialni-sluzby-vsetin-p-o-domov-pro-seniory-roznov-pod-radhostem-humanizace-pobytovych-sluzeb%E2%80%93.html>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Apod. a podobně

Aj. a jiné

Např. například

Popř. popřípadě

Tj. to je

Tzv. takzvaně

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1 Pohlaví respondentů (vlastní šetření)</i> .....	45
<i>Graf 2 Věk respondentů (vlastní šetření)</i> .....	46
<i>Graf 3 Rodinný stav respondentů (vlastní šetření)</i> .....	47
<i>Graf 4 Vzdělání respondentů (vlastní šetření)</i> .....	48
<i>Graf 5 Profese respondentů (vlastní šetření)</i> .....	49
<i>Graf 6 Počet dětí respondentů (vlastní šetření)</i> .....	50
<i>Graf 7 Počet vnoučat respondentů (vlastní šetření)</i> .....	51
<i>Graf 8 Četnost návštěv rodiny (vlastní šetření)</i> .....	52
<i>Graf 9 Vlastnictví domácího zvířectva před vstupem do zařízení (vlastní šetření)</i> ....	53
<i>Graf 10 Koničky respondentů (vlastní šetření)</i> .....	54
<i>Graf 11 Délka pobytu respondentů v zařízení (vlastní šetření)</i> .....	55
<i>Graf 12 Spokojenost s personálem (vlastní šetření)</i> .....	56
<i>Graf 13 Nejčastější zájmové aktivity (vlastní šetření)</i> .....	57
<i>Graf 14 Nejoblíbenější aktivity (vlastní šetření)</i> .....	58
<i>Graf 15 Spokojenost se stravou (vlastní šetření)</i> .....	59
<i>Graf 16 Spokojenost s dostatkem jídla (vlastní šetření)</i> .....	60
<i>Graf 17 Návštěva bohoslužeb (vlastní šetření)</i> .....	61
<i>Graf 18 Brání respondentů o Vánocích domů (vlastní šetření)</i> .....	62
<i>Graf 19 Blahopřání respondentům rodinou (vlastní šetření)</i> .....	63
<i>Graf 20 Účast seniorů na výletech (vlastní šetření)</i> .....	64
<i>Graf 21 Četnost účasti na výletech (vlastní šetření)</i> .....	65
<i>Graf 22 Využívání služeb muži (vlastní šetření)</i> .....	66
<i>Graf 23 Využívání služeb ženami (vlastní šetření)</i> .....	67
<i>Graf 24 Přátelé v zařízení (vlastní zjištění)</i> .....	68

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obr. 1 Holistické pojetí osobnosti z hlediska bio-psycho-sociálního .....</i>	<i>24</i>
<i>Obr. 2 Pyramida stárnutí .....</i>	<i>32</i>

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1 Budoucí prognóza vývoje ve složení obyvatelstva v České republice dle vybraných věkových skupin s prognózou pro roky 2002 až 2050 .....</i>	<i>22</i>
<i>Tab. 2 Budoucí prognóza ve vývoji složení obyvatelstva České republiky podle hlavních věkových skupin a to pro roky 2002 až 2050 (vyjádřeno v %) .....</i>	<i>22</i>
<i>Tab. 3 Stupnice hodnocení míry stresu a jednotlivých možných působících stresorů</i>	<i>28</i>
<i>Tab. 4 Pohlaví respondentů .....</i>	<i>45</i>
<i>Tab. 5 Věk respondentů .....</i>	<i>46</i>
<i>Tab. 6 Rodinný stav respondentů.....</i>	<i>47</i>
<i>Tab. 7 Vzdělání respondentů .....</i>	<i>48</i>
<i>Tab. 8 Profese respondentů .....</i>	<i>49</i>
<i>Tab. 9 Počet dětí respondentů .....</i>	<i>50</i>
<i>Tab. 10 Počet vnoučat respondentů.....</i>	<i>51</i>
<i>Tab. 11 Četnost návštěv rodiny.....</i>	<i>52</i>
<i>Tab. 12 Vlastnictví domácího zvířectva před vstupem do zařízení.....</i>	<i>53</i>
<i>Tab. 13 Koníčky respondentů .....</i>	<i>54</i>
<i>Tab. 14 Délka pobytu respondentů v zařízení.....</i>	<i>55</i>
<i>Tab. 15 Spokojenost s personálem.....</i>	<i>56</i>
<i>Tab. 16 Nejčastější zájmové aktivity.....</i>	<i>57</i>
<i>Tab. 17 Nejoblíbenější aktivity .....</i>	<i>58</i>
<i>Tab. 18 Spokojenost se stravou.....</i>	<i>59</i>
<i>Tab. 19 Návštěva bohoslužeb.....</i>	<i>61</i>
<i>Tab. 20 Braní respondentů o Vánocích domů .....</i>	<i>62</i>
<i>Tab. 21 Blahopřání respondentům rodinou.....</i>	<i>63</i>
<i>Tab. 22 Účast seniorů na výletech.....</i>	<i>64</i>
<i>Tab. 23 Četnosti účasti na výletech .....</i>	<i>65</i>
<i>Tab. 24 Využívání služeb muži .....</i>	<i>66</i>
<i>Tab. 25 Využívání služeb ženami .....</i>	<i>67</i>
<i>Tab. 26 Přátelé v zařízení .....</i>	<i>68</i>



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Domov Harmonie

Příloha PII: Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm

Příloha PIII: Charakteristika domovů pro seniory

Příloha PIV: Dotazník kvality života

## **PŘÍLOHA PI: DOMOV HARMONIE VSETÍN**

Domov Harmonie je zařízením Diakonie Českobratrské církve evangelické, střediska Vsetín a poskytuje sociální službu domovy pro seniory (Domov Harmonie, online, © 2015).

### **Charakteristika zařízení**

Domov Harmonie na adrese: Ohrada 1864, Vsetín, 755 01 Vsetín 1

Forma poskytování sociálních služeb: pobytová

Cílová skupina klientů: senioři

Věková kategorie klientů: mladší senioři (65–80 let), starší senioři (nad 80 let)

Zařízení poskytuje službu: od 1. 9. 2015 v nových prostorách, 1. registrace je od 1. 7. 2007.

Kapacita domova: 42 osob

Provozní doba: poskytovaná nepřetržitě (Domov Harmonie, online, © 2015).

Dotace ze státního rozpočtu:

<b>Rok dotačního řízení</b>	<b>Částka dotace</b>
2011	2 379 000,- Kč
2010	2 517 000,- Kč
2015	2 929 490,- Kč
2016	3 494 100,- Kč

Služba je poskytována v nově zrekonstruovaném zařízení Domov Harmonie. Zařízení má tři nadzemní podlaží a je situováno uprostřed sídliště. Uživatelé obývají 22 jednolůžkových a 10 dvoulůžkových pokojů. Na patrech se nacházejí společná WC a koupelny. Téměř všechny mají umyvadlo, některé samostatné WC či sprchový kout. Celodenně mají k dispozici volně přístupné rozlehlé terasy. Všechny prostory jsou bezbariérové. (Domov Harmonie, online © 2015).

Personální zajištění služby v přímé péči zastávají: vedoucí a sociální pracovník (celkem 0,91 úvazku), sociální pracovník (0,91 úvazku), vedoucí přímé péče a zdravotní sestra

(celkem 0,91 úvazku), zdravotní sestry (celkem 2,73 úvazku), pracovníci přímé obslužné péče (celkem 16,38 úvazku), pracovníci aktivizačních činností (pracovník základní výchovně nepedagogických činností celkem 0,91 úvazku). Všichni pracovníci tvoří 22,75 úvazku (Domov Harmonie, online, © 2016).

### **Poslání domova**

Posláním Domova Harmonie je poskytovat ubytovaným seniorům podporu, sociální, ošetrovatelskou a zdravotní péči co nejvíce přibližující péči v domácím prostředí (Domov Harmonie, online, © 2015).

### **Cílová skupina**

Cílovou skupinu Domova Harmonie tvoří seniori, kteří dosáhli 65 let věku. Zároveň jejich věk a zdravotní stav jim nedovoluje setrvat ve svém domácím prostředí a jejich situace nelze zvládnout ani za pomoci jejich blízkých či terénních služeb. Službu nelze poskytnout osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, pokud osoba trpí akutní infekční nemocí a pokud není schopna kolektivního soužití z důvodu duševní poruchy nebo závislosti na alkoholu a jiných toxických látkách (Domov Harmonie, online, © 2015).

## **PŘÍLOHA PII: DOMOV PRO SENIORY ROŽNOV POD RADHOŠTĚM**

Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm je zařízení Sociální služby Vsetín, příspěvková organizace, jejíž zřizovatelem je Zlínský kraj a poskytuje sociální službu domovy pro seniory v Rožnově pod Radhoštěm (Domov pro seniory – Rožnov pod Radhoštěm, online, © 2016).

### **Charakteristika domova**

Zařízení poskytovatele:

Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm na adrese: Julia Fučíka 1605, Rožnov pod Radhoštěm, 756 61 Rožnov pod Radhoštěm 1

Forma poskytování sociálních služby: pobytová

Cílová skupina klientů: senioři

Věková kategorie klientů: mladší senioři (65–80 let), starší senioři (nad 80 let)

Zařízení poskytuje službu: od 1. 1. 2007

Kapacita domova: 200 lůžek

Provozní doba: poskytovaná nepřetržitě

### **Dotace ze státního rozpočtu**

<b>Rok dotačního řízení</b>	<b>Částka dotace</b>
2011	7 670 000,- Kč
2010	8 336 000,- Kč
2015	4 803 000,- Kč
2016	7 683 000,- Kč

Domov nabízí ubytování ve 182 jednolůžkových a devíti dvoulůžkových pokojích. K pokoji náleží chodbička, WC, koupelna společná s vedlejším pokojem. Téměř ke každému pokoji patří balkon. Součástí areálu je velká udržovaná zahrada (Domov pro seniory – Rožnov pod Radhoštěm, online, © 2016).

## **Poslání domova**

Posláním Domova pro seniory Rožnov pod Radhoštěm je zajistit důstojný život seniorů prostřednictvím individuální péče s podporou soběstačnosti a samostatnosti uživatelů. Díky lokalizaci individuálních potřeb klientů sociální služba aktivně podporuje rozvoj samostatnosti, motivuje k činnostem z hlediska prevence dosažení nepříznivé sociální situace a posiluje sociální začleňování (Domov pro seniory – Rožnov pod Radhoštěm, online, © 2016).

## **Cílová skupina**

Domov pro seniory je určen mužům i ženám ve věku od 60 let, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, kterou není možné zvládnout v domácím prostředí. Přitom službu nelze poskytnout osobám, které potřebují z důvodu zdravotního stavu nepřetržitou zdravotní péči vzhledem k těžkému psychickému postižení nebo demenci nebo závislosti na návykových látkách (alkoholismus, toxikomanie), příp. pokud by svým jednáním ohrožovali sebe, ostatní a narušovali soužití s ostatními uživateli. Rovněž nelze službu poskytovat osobám s akutním infekčním onemocněním (Sociální služby Domov pro seniory – Rožnov pod Radhoštěm, online, ©2015).

Personální zajištění služby v přímé péči zastávají: vedoucí úseku přímé péče (jeden úvazek), vedoucí oddělení (celkově čtyři úvazky), pracovníci přímé obslužné péče (celkově 45 úvazků), pracovníci základní výchovně nepedagogických činností (čtyři úvazky), (vedoucí sociálního úseku (jeden úvazek), sociální pracovníci (čtyři úvazky), vedoucí zdravotního úseku (jeden úvazek), všeobecná sestra (10 úvazků), fyzioterapeut (jeden úvazek) = 71 pracovníků (Domov pro seniory – Rožnov pod Radhoštěm, online, © 2016).

## **PŘÍLOHA PIII: CHARAKTERISTIKA DOMOVŮ PRO SENIORY**

Posláním domovů je poskytovat seniorům – uživatelům služby – laskavou podporu, sociální, ošetrovatelskou a zdravotní péči, aby zde prožívali svůj podzim života klidně, plnohodnotně a důstojně. Chceme pro ně vytvořit prostředí a životní podmínky, které by byly co nejvíce podobné opravdovému domovu. Senioři nejsou schopni pro svoji nemoc, zdravotní postižení nebo ztrátu soběstačnosti žít sami ve svém domácím prostředí, a jejich situaci není možné zvládnout ani za pomoci jejich blízkých či terénních služeb. Službu nelze poskytovat osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení. Služby se poskytují uživatelům bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnosti nebo k etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení. Pracovníci domovů respektují individualitu a jedinečnost každého člověka, jeho potřeb a zájmů. To se promítá do individuálního přístupu k poskytování služby uživatelům. Úcta a respekt ke každému člověku jako Božím stvoření je praktickým projevem křesťanského základu poskytování sociální služby. Pracovníci v domovech za všech okolností zachovávají vlídnost ke každému z uživatelů vlídný, laskavý přístup, hledají vždy mírné odpovědi a svým jednáním a vystupováním přispívají k pokojnému průběhu poskytování sociálních služeb. Zaměstnanci poskytují uživatelům maximální podporu svobodného rozhodování a realizace vlastních představ o životě v co nejvyšší míře, kterou jejich zdravotní stav, a respektují jejich svobodná rozhodnutí.



6) Kolik máte dětí? Kolik máte vnuků?

- a) žádné děti
- b) 1 dítě
- c) 2 – 3 děti
- d) 4 a více dětí

- a) 1 vnouče
- b) 2 vnoučata
- c) 3 až více vnoučat

8) Jak často vás rodina navštěvuje?

- a) 1krát za týden
- b) 1krát za měsíc
- c) občas
- d) nechodí

9) Měla jste doma domácí zvířectvo? Uveďte jaké?

- a) psa
- b) kočku
- c) domácí rybičky
- d) morčata
- e) jiné

10) Jaké jsou vaše oblíbené koníčky?

- a) sledování televize
- b) poslouchání hudby – dechovky
- c) čtení knížky
- d) procházky
- e) ruční práce
- f) práce na zahradě
- g) tanec
- h) jiné, uveďte



## **Hodnocení kvality života**

11) Jak jste dlouho v domově?

- a) méně než měsíc
- b) více než měsíc
- c) méně než půl roku
- d) více než půl roku
- e) více než rok, uveďte

12) Jak jste spokojený/ a s personálem?

velmi spokojený/a

nejste spokojený/a

1                      2                      3                      4                      5

13) Pořádají Vám kulturní akce?

- a) ano                      b) ne

Pokud jste odpověděl/a ANO tak přejděte k otázce číslo 13

14) Které kulturní akce navštěvujete?

.....

15) Co byste chtěli vylepšit z aktivit?

.....

16) Jak jste spokojeni se stravou?

velmi spokojeni

nejste spokojeni

1                      2                      3                      4                      5

17) Máte dostatečné množství jídla?

hodně spokojeni

nespokojeni

1                      2                      3                      4                      5

18) Navštěvujete bohoslužby?

- a) ano                      b) ne                      c) občas

19) Bere si vás někdo z rodiny o Vánocích domů?

- 1) ano
- 2) ne (můžete napsat proč?)

20) Přichází Vám blahopřát rodina do domova?

a) ano                      b) ne

21) Jezdíte na pořádané výlety?

a) ano                      b) ne

Pokud jste odpověděli ANO tak přejdete k otázce číslo 22

22) Jak často jezdíte na výlety?

a) 1krát za týden

b) 1krát za 14 dní

c) 1krát za měsíc

d) občas


23) Využíváte služby?

kadeřník	1) ano	2) ne	3) občas
pedikúra	1) ano	2) ne	3) občas
manikúra	1) ano	2) ne	3) občas
kosmetika	1) ano	2) ne	3) občas
masáže	1) ano	2) ne	3) občas

24) Máte v domově nějaké přátele?

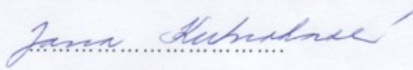
a) ano                      b) ne

# Žádosti

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

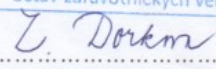
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

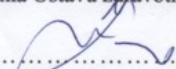
Jméno a příjmení studenta	Monika Bartoníková		
Téma bakalářské práce	Kvalita života klientů v zařízení Domov Harmonie Ohrada 1864, Diakonie Českobratrská církev evangelická – Vsetín		
Vedoucí bakalářské práce	Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.		
	5. 9. 2016  podpis		
Metoda výzkumu	Kvantitativní šetření, technika dotazníku		
Skupina respondentů	Klienti / senioři uvedeného domova		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ... - 7 - 09 - 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

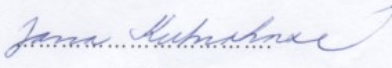
  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
razítko a podpis zástupce zařízení

**Diakonie ČCE**  
Diakonie ČCE - středisko Vsetín  
Strmá 34/2, 755 01 Vsetín  
tel: 571 437 848, IČ: 7363178

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

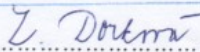
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Monika Bartoníková		
Téma bakalářské práce	Kvalita života klientů v zařízení Domov Harmonie Ohrada1864,Diakonie Českobratrská církev evangelická – Vsetín		
Vedoucí bakalářské práce	Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.		
	5.9. 2016  podpis		
Skupina respondentů	Klienti / senioři uvedeného domova		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 7 -09- 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

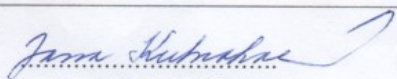
  
.....  
razítka Diakonie sociálně zdravotní péče zařízení

Diakonie ČCE - středisko Vsetín  
Strná 34/2, 755 01 Vsetín  
tel: 571 437 846, IČ: 73693178



### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

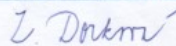
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Monika Bartoníková	
Téma bakalářské práce	Kvalita života klientů v zařízení - Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm	
Vedoucí bakalářské práce	Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.	
	3. 10. 2016  podpis	
Metoda výzkumu	Kvantitativní šetření, technika dotazníku	
Skupina respondentů	Klienti / senioři uvedeného domova	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	
	Podpis	
	Souhlasím	Nesouhlasím
	Souhlasím	Nesouhlasím
	Souhlasím	Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

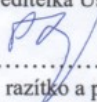
- 4 -10- 2016  
Ve Zlíně dne .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



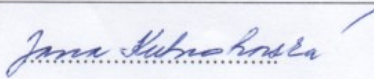
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Sociální služby ve Zlíně  
příspěvková organizace  
DOMOV PRO SENIORY

  
razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

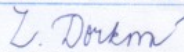
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Monika Bartoníková	
Téma bakalářské práce	Kvalita života klientů v zařízení - Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm	
Vedoucí bakalářské práce	Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. 3. 10. 2016  podpis	
Skupina respondentů	Klienti / senioři uvedeného domova	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím      Nesouhlasím	
	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

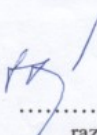
Ve Zlíně dne ... 4. 10. 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Sociální služby Vsetín  
příspěvková organizace  
DOMOV PRO SENIORY  
Julia Fučíka 1605  
756 61 Rožnov pod Radhoštěm

  
razítko a podpis zástupce zařízení