

Hodnocení vybraných potřeb a výskyt deprese seniorů v pobytových zařízeních

Ivana Raclavská

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Raclavská**
Osobní číslo: **H12261**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Hodnocení vybraných potřeb a výskyt deprese seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek vztahujících se k problematice gerontologie, psychosociálních potřeb, autonomie a prožívání deprese.

Příprava metodiky praktické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumů, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Hana. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710-919-9.

SAK, Petr; KOLESÁROVÁ, Karolína. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jitka Jakešová
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce:

23. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015



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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20. 4. 2015



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Výzkumný projekt se věnuje tématice stáří, kvality života seniorů jako klientů pobytového zařízení pro seniory. Hlavním cílem je zjistit míru spokojenosti v rámci naplňování psychosociálních potřeb seniorů z hlediska institucionální péče a popsat výskyt depresivních stavů u seniorů v těchto zařízeních., prostřednictvím kvantitativně vedeného vědeckého výzkumu dotazníkovou formou.

Klíčová slova:

stáří, psychosociální potřeby, autonomie, deprese, institucionální péče

ABSTRACT

This thesis concerns the old age, quality of life of the seniors in the Residential Social Services. Its main intention is to determine the level of satisfaction of psychosocial needs of seniors from the viewpoint of institutional care and to describe the incidence of their depression using a questionnaire as a method of quantitative research.

Keywords:

old age, psychosocial needs, autonomy, depression, institutional care

Chtěla bych poděkovat vedoucí této bakalářské práce Mgr. Jitce Jakešové, za ochotu, trpělivost a především odborné vedení při mém bádání.

Poděkování také patří paní ředitelce a panu řediteli obou moravských domovů pro seniory, kteří umožnili provést výzkum v jejich zařízeních a v neposlední řadě všem zúčastněným respondentům, bez kterých by tento výzkum nemohl být realizován.

Také děkuji mé rodině, manželovi a oběma synům za podporu.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁŘÍ	13
1.1 KLASIFIKACE STÁŘÍ	13
1.2 STÁŘÍ A JEHO PROJEVY	15
2 LIDSKÉ POTŘEBY	17
2.1 KLASIFIKACE POTŘEB	17
2.1.1 Biologické potřeby	18
2.1.2 Psychosociální potřeby ve stáří	18
2.2 SPOKOJENOST A KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	19
2.2.1 Kvalita života seniora v souvislosti s institucionální péčí	21
3 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ	23
3.1 KLASIFIKACE DEPRESE	24
3.2 DEPRESE V SOUVISLOSTI S POBYTEM V ZAŘÍZENÍ	25
4 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE VE STÁŘÍ	26
4.1 TYPY POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE	26
4.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V PÉČI O SENIORA	27
4.3 VÝZNAM INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE O SENIORY	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	35
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	35
5.2 CÍLE VÝZKUMU	36
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	36
5.4 SPECIFIKACE PROMĚNNÝCH.....	37
5.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	40
5.5.1 Popis pobytového zařízení Domova A.....	40
5.5.2 Popis pobytového zařízení Domova B	41
5.6 VÝZKUMNÉ METODY	42
5.7 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	42
5.8 SOCIODEMOGRAFICKÁ DATA	43
5.9 POTŘEBY	47
5.9.1 Fyzické (tělesné) potřeby	48
5.9.2 Sociální potřeby.....	49
5.9.3 Psychické potřeby.....	50
5.9.4 Spirituální potřeby.....	51
5.9.5 Autonomie.....	52

5.10	VÝSKYT DEPRESE	54
5.11	SPOKOJENOST.....	55
5.12	PODNĚTY RESPONDENTŮ PRO ZKVALITNĚNÍ PÉČE V DANÉM ZAŘÍZENÍ.....	57
5.13	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	58
5.14	DISKUZE A ZÁVĚRY	59
	ZÁVĚR	60
	[1] SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	64
	SEZNAM TABULEK.....	65
	SEZNAM PŘÍLOH	
	 PŘÍLOHA Č. 1 DOTAZNÍK.....	67

ÚVOD

Představa klidně a spokojeně prožitého stáří se již od dětství váže na rodinu a její vazby. Mnoho z nás má v paměti své prarodiče, většinou z dětského pohledu vnímané jako vyrovnané, dobrotivé a milující osoby, kteří jsou šťastni především tím, že mají své místo ve své rodině, někdy na vyhrazeném minimálním prostoru, ale u svých blízkých, což je pro ně silný motiv k jejich existenci. A pokud je člověk mezi svými nejbližšími, bolesti tělesné ani duševní nemusí vnímat tak výrazně. Antoine de Saint Exupery čtenářům ve svém Malém princí sděluje, že „správně vidíme jen srdcem.“ „Co je důležité, je očím neviditelné.“ Tento vzkaz je poučením především pro nás dospělé, kteří jsme se vzdálili čistému dětskému vidění svého okolí. Umíme se podívat na své stárnoucí rodiče, na stárnoucí osoby v našem okolí čistým pohledem ze srdce? Asi bychom pak byli o něco vnímavější k jejich bolesti a pochopili něco z jejich tiché pokory. Možná bychom intenzivněji zaznamenali signály, že očekávají tolik potřebné pochopení a uznání v období posledního stádia života. Toto období může být závěrečným životem, ale může se z něj stát také období strádání. Bolest, nemoci a všechny útrapy stáří se starším lidem lépe snášejí v domácím prostředí, mezi blízkými. Dnešní společnost má však vysoké nároky na životní tempo a životní styl mladší a střední generace. Příliš se nepočítá se starší generací, která žije odlišným tempem. Dnešní zrychlený svět mnoho nenapomáhá k vytváření pevných mezigeneračních vazeb. Rodina často nachází řešení svízelné situace v umístění seniora do pobytového zařízení sociální péče. Je častou skutečností, že i sám senior dobrovolně volí prožít poslední fázi života v pobytovém zařízení, neboť zde může najít chybějící sociální kontakty, pochopení a péči, kterou mu jeho zaneprázdněná rodina není schopna poskytnout. Očekává zde klidně prožité stáří a pestřejší naplnění této životní etapy ve srovnání s možnostmi domácího prostředí. V pobytovém zařízení sociální péče je také očekávána profesionální péče, a to jak zdravotní, tak sociální. V sociální péči má jít o to, aby klientovi byla poskytnuta potřebná zdravotní péče a přitom nebyly opomenuty jeho psychické potřeby. Přes velké množství studií není oblast sociální péče o seniory dostatečně prozkoumána a stále nabízí prostor k objevení hlubokých souvislostí a skutečností. Vzhledem k provázanosti s psychologickou rovinou člověka nám výsledky výzkumů o sociální péči mohou prozradit mnohé o lidské podstatě. Dále, prozkoumání smýšlení o

institucionalizaci mezi seniory může mít dopad na normativní aspekty péče v sociálních zařízeních.

Rovněž existuje mnoho studií a výzkumů za účelem zjištění adaptace seniora v roli nově příchozího do zařízení. Z výzkumů adaptace seniorů na tuto změnu vyplývají různé závěry s vazbou k jejich věku, vzdělání, lokalitě bydlení, délce pobytu v zařízení a mnoha dalších aspektů.

Někdy rodina vidí umístění rodiče či prarodiče do zařízení jako řešení problému. Pro seniora tímto přechodem do pobytového zařízení začíná nová etapa jeho životního období, která může být velmi náročná a může zhoršit jeho zdravotní i psychický stav. Proto jsme se v naší bakalářské práci na tuto tematiku zaměřili. Chceme sledovat míru spokojenosti a naplnění potřeb seniorů a výskyt deprese v souvislosti s jejich životem v pobytovém zařízení. Ve snaze zjistit míru spokojenosti, jsme se rozhodli provést dotazníkové šetření ve dvou domovech pro seniory, moravských pobytových zařízení sociální péče.

V teoretické části se zaměříme na vymezení pojmů stáří, psychosociální potřeby, deprese, a institucionální péče.

V empirické části popisujeme výzkumný problém, stanovujeme dílčí cíle a hypotézy a realizujeme kvantitativní výzkum. Výzkum je realizován prostřednictvím kvantitativně vedeného vědeckého výzkumu, na základě knihy B. Chrásky a je veden dotazníkovou formou šetření a bude realizován pomocí dotazníku sestaveného centrem výzkumu FHS UTB ve Zlíně.

Výstupem tohoto výzkumu by měly být nové poznatky a inspirace pro pracovníky a vedení pobytových zařízení pro seniory, a to především na základě zjištění spokojenosti s nabízenou institucionální péčí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

Tato kapitola se zabývá problematikou stáří a jeho projevů. Teoretická východiska pro tyto termíny čerpáme z oblasti sociální pedagogiky, sociologie, andragogiky a vývojové psychologie.

Nauka, která se zabývá stárnutím a stářím, se nazývá gerontologie (z řeckého gerón – starý člověk, logos – slovo, nauka). Tematika stáří byla v minulosti okrajovou záležitostí, převažovaly vědecké práce a výzkumy zaměřené na ostatní vývojové fáze, zejména na první polovinu života, především na dětství a dospívání. V několika posledních desetiletích zaznamenává gerontologie vzestup nejen v zahraničí, ale i u nás.

Problematika stáří je vnímána jako celospolečenská problematika a to nejen z hlediska zajištění péče o stárnoucí generaci, ale také z hlediska ekonomického směřování budoucí společnosti. Počátkem 21. století je očekávána exploze stárnoucí populace a „stárnutí“ světové populace. To přináší možnost vyššího nárůstu osob ohrožených duševní alterací. Můžeme se obávat, že počátkem příštího tisíciletí budou problémy stáří a také duševní poruchy seniorů jedním z hlavních zdravotnických a socioekonomických problémů téměř na celém světě (Musil, 2006, s. 129).

1.1 Klasifikace stáří

Jedno staré indické učení tvrdí, že člověku je dáno žít do sta let. Život podle tohoto učení má tři úseky: dětství, zralý věk a stáří. V dětství se má jedinec věnovat učení, ve zralém věku získává majetek a prožívá naplnění lásky a ve stáří má dovršit své zásluhy a zbavit se pout, která váží člověka od narození do smrti (Pidrman a Kolibáš, 2005, s. 9).

V odborné literatuře můžeme najít pro druhou polovinu lidského života různé periodizace. Haškovcová (2010, s. 20) uvádí nejčastěji používané členění:

věkové rozmezí 45 – 59 let střední neboli zralý věk

věkové rozmezí 60 až 74 let se považuje za období vyššího věku nebo raného stáří

věkové rozhraní 75 až 89 let je obdobím vlastního stáří

období od 90 let a výše je pak obdobím dlouhověkosti

Biologické stáří

Neexistuje jednoznačná definice stárnutí, tento pojem pouze opisuje jeho vlastnosti - ubýváním tělesných i duševních sil, zpomalováním procesů v organismu, změnami ve všech orgánech, vráskováním pokožky, šedivěním vlasů, snižováním ostrosti smyslů, větší náchylností k nemocem, počtem prožitých roků. (Dylevský, 1990, s. 19)

Jedná se tedy o biologické projevy v oblasti tělesné i duševní. U jednotlivých seniorů jsou tyto reakce rozlišné svým rozsahem i dobou nástupu. Můžeme konstatovat, že mezi kalendářním a biologickým věkem existují z hlediska individuálního vývoje rozdíly.

Všeobecně se uznává, že stáří představuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního. (Sýkorová, 2007, s. 47)

Haškovcová (2010, s. 31-32) uvádí, že změny jsou ve všech směrech silně individuální, jedna složka může ubývat nezávisle na druhé a navíc jde o postupný a často dlouhodobý proces. Pro mnohé z nás je nejběžnějším měřítkem stárnutí kalendářní věk. Člověk může být za starého považován, vzhledem k jeho věku, i když on sám se tak necítí. To vrhá stín pochybnosti na možnost určit mezník, od kdy se člověk stává starým.

Sociální stáří

Muhlpachr (2004, s. 15) uvádí, že sociální stáří je charakterizováno změnou sociálních rolí, životního stylu i ekonomické situace. Stáří chápe jako sociální událost. Využití zákonného nároku na odchod do starobního důchodu spojuje se změnu pohledu společnosti na jedince, který je pak vnímán jako starý člověk.

Senior je člověk završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. (Sak a Kolesárová, 2012, s. 25)

Sociální stáří je vymezeno statusem stárnoucího člověka, který se určitým okamžikem stává, z pohledu jeho postavení ve společnosti, seniorem.

1.2 Stáří a jeho projevy

V gerontologické literatuře najdeme popis stáří jako proces mnoha změn v oblasti morfologické i funkční.

Sýkorová (2007, s. 47) zdůrazňuje, že stáří představuje komplexní a dynamický proces v oblasti biologické, psychické a sociální. Změny přicházející s postupujícím věkem nepovažuje pouze za změny negativního charakteru.

Podle Sýkorové (2007, s. 38) je modelem úspěšného stárnutí schopnost adaptace jedince na změny, udržení pozitivních vztahů s druhými, hledání alternativních prostředků umožňujících zvládnání osobních i rodinných aktivit, tedy zachování smyslu života.

Tělesné změny ve stáří

Jejich postup je individuální. Zpravidla jde o změny nevratné. Proces snižování funkce tělesných orgánů a postupné snižování mobility může silně ovlivňovat soběstačnost člověka a jeho psychiku.

Psychické změny ve stáří

Současná odborná literatura rozsáhle popisuje změny psychických funkcí staršího věku. Máme na mysli širokou oblast kognitivních procesů, jako jsou vnímání, myšlení, pozornost, paměť a inteligence. Také oblast emocí a postojů k potřebám a hodnotám zaznamenává změny.

Kolibáš uvádí, že v průběhu stárnutí dochází k poklesu těchto funkcí. Jako příklad uvádí zhoršování smyslového vnímání, pomalejší reakce. Postupné ubývání pozornosti, zvláště pokud jde o více událostí, které probíhají současně. Paměť si uchovává dobře staré zážitky, nové těžko vstěpuje. Intelektuální schopnosti mohou mít různorodý ústup. Emoce jsou intenzivní, ale plytké, mají však delší dobu doznívání. To vše se pak může odrážet ve změně osobnosti. Změny psychických funkcí nepostihují všechny jedince ve stáří stejnou mírou. Některé výzkumy ukazují, že část těchto změn může být silně ovlivněna faktory z okolí, tedy například ztrátou partnera, špatnými vztahy stárnoucího člověka se svými nejbližšími nebo špatnou ekonomickou situací. (Kolibáš a Pidrman, 2005, s. 105 – 106).

Přesto můžeme konstatovat, že některé schopnosti se nemění (slovní zásoba, charakter). Můžeme také uvést procesy, které mají kladný charakter. Máme na mysli zachování či vytříbení vlastností jako například trpělivost nebo rozvaha. Zdůrazňovány bývají také psychické kvality stárnoucího člověka, především vyrovnanost, životní moudrost a celková osobnost stárnoucího člověka.

V seniorském věku si nemůžeme činit nároky na změnu povahy. Venglářová (2007, s. 17)

Duševní změny ve stáří se projevují i ve vztazích s okolím, tedy v sociálních vztazích. Častější výskyt únavy, zvýraznění některých charakterových vlastností, zvyšující se nedůvěřivost, to vše může tyto vztahy ovlivňovat a narušovat. Také uspokojování základních lidských potřeb stárnoucího člověka má silný vliv na jeho vystupování vůči svému okolí.

2 LIDSKÉ POTŘEBY

Obsahem této kapitoly je popsat členění lidských potřeb a význam jejich naplnění z pohledu seniora jako uživatele pobytového zařízení.

Potřeba je v odborné literatuře charakterizována jako stav nedostatku, který je pro jedince nežádoucí a usiluje tedy o jeho nápravu. Jak Geist (1992, s. 287-288) uvádí, potřeba je vázána k určité situaci a stává se podnětem k určité aktivitě. Zde nalzáme úzkou spojitost potřeby s motivem.

„Motivy jsou faktory, které aktivizují lidské chování, zaměřují je na určitý cíl a v tomto směru je udržují po určitou dobu. Takto navozené jednání směřuje k uspokojení určité potřeby.“ (Vágnerová, 2004, s. 168)

Motivace je tedy v našem životě hybným faktorem. Ovlivňuje aktivitu člověka, jeho vztah k okolí i k sobě samému. Právě rozličné potřeby a jejich naplnění ovlivňují chování člověka, motivují ho k činnosti, která se pro něj může stát smysluplnou. Americký psycholog Maslow vytvořil obecně platný model potřeb, které uspořádal hierarchicky.

Maslow (in Vágnerová, 2004, s. 175) vychází z představy, že určité potřeby mají prioritu před ostatními. To značí, že nejdříve musíme uspokojit základní fyziologické potřeby a teprve pak jsme otevřeni dalším. Nižší potřeby (fyziologické potřeby a potřeba bezpečí) vycházejí z nějakého nedostatku a zajišťují fyziologické přežití jedince; potřeby lásky a úcty jako potřeby vyšší, zajišťují duševní pohodu a nejvyšší potřeby podporují rozvoj osobnosti, tedy sebeaktualizaci.

2.1 Klasifikace potřeb

Všeobecné základní dělení lidských potřeb zahrnuje tři kategorie. Potřeby biologické, které jsou dané každému jedinci biologickou existencí, potřeby psychické a potřeby psychosociální. V naší práci popisujeme vybrané potřeby v souvislosti s věkovým obdobím stáří.

2.1.1 Biologické potřeby

Základní biologické potřeby jsou vrozené a univerzální pro každého člověka. O tyto potřeby musíme dbát bez rozdílu věku. Každý člověk potřebuje přirozenou výživu, pitný režim, pravidelný spánek a odpočinek, stejně jako přiměřenou hygienu a celkově čisté osobní prostředí (Haškovcová, 2010, s. 252).

Pro stárnoucího člověka však tyto základní potřeby nemusí být snadno dosažitelné. S přibývajícím věkem se objevuje nutnost vést zvýšený dohled nad plněním těchto potřeb. Schopnost jejich zajištění již není samozřejmostí.

Podle Venglářové (2007, s. 40), podmiňuje uspokojení základních biologických potřeb člověka zachování jeho existence. Oblast psychických potřeb se může stát aktuální teprve po uspokojení potřeb základních.

Pokud tedy nejsou zajištěny základní potřeby člověka, nemůžeme očekávat naplňování potřeb vyšších, tedy pocitů bezpečí, jistoty a sounáležitosti. Ani v institucionální péči o stárnoucího člověka se nám nejedná pouze o zajištění uspokojení základních fyzických potřeb.

2.1.2 Psychosociální potřeby ve stáří

Vágnerová (2004, s. 185) uvádí, že psychické, respektive psychosociální potřeby mají vrozený základ, ale jejich další vývoj je modelován působením vnějšího prostředí

Psychosociálních potřeb je mnoho, ale jejich základní klasifikace je obdobná.

1. Potřeba bezpečí, kterou můžeme vysvětlit jako přítomnost vhodného okolí, které můžeme považovat za zdroj citového i tělesného bezpečí.
2. Potřeba stimulace – je potřebou každého člověka, aby na něj bylo působeno mnoha podněty z vnějšího prostředí, které pak může sám individuálně zpracovávat.
3. Potřeba poznání světa zahrnuje potřebnou orientaci ve světě.
4. Potřeba sociálních kontaktů – potřeba někam patřit, popřípadě někomu patřit.
5. Potřeba seberealizace – chápána jako rozvojem a zachování vlastních schopností a možností je uplatňovat v reálném životě.

6. Potřeba smyslu vlastní existence. Každý člověk potřebuje dát základní smysl svému životu.

V průběhu života dochází k třídění hodnot a vytváření jiné stupnice. Děje se tak na základě učení a získávání zkušeností. V souvislosti s úbytkem sil roste potřeba citové jistoty a naopak může být snížena potřeba seberealizace a nových podnětů (Vágnerová, 2004, s. 185 - 190).

V seniorském období nemůžeme podceňovat spirituální potřeby člověka. Lze konstatovat, že v tomto období je zaznamenáván častý příklon k duchovním hodnotám a zvýšená potřeba duchovních zážitků. Zvláště dnešní generace seniorů je ještě dosud ovlivněna religiózní výchovou z dětství, což je třeba respektovat. Potřeba religiozity může být intenzivnější v nemoci či dlouhodobém strádání. Pochopení těchto potřeb je často pro mladší generaci velmi obtížné. Příčinou tohoto nepochopení může být i sekularizace současné společnosti. Pokud však jednatelce spirituální péči vyžaduje, nelze mu toto právo upřít.

Naplnění všech výše uvedených potřeb ovlivňuje spokojenost a kvalitu života každého jedince.

2.2 Spokojenost a kvalita života ve stáří

Cato, významný římský rétorik, vyjadřuje názor, že „*moudré a spokojené stáří může člověk prožít jen tehdy, když pro ně také něco sám udělá.*“ (Cato, cit. podle Haškovcová, 2010, s. 144)

Haškovcová (2010, s. 144) uvádí, že spokojenost můžeme definovat jako subjektivní pocit pohody. Momentální krátkodobý příjemný stav nemůžeme považovat za pravou spokojenost. Spokojenost zahrnuje delší časový úsek, kdy můžeme konstatovat, že máme stabilně zajištěny životní potřeby. Spokojenost v životě nepřijde bez vlastního přičinění člověka. Je už na každém jedinci, jaké si určuje hodnoty a cíle. Také včasnou přípravou na stáří si každý může alespoň částečně ovlivnit míru spokojenosti v tomto období. Každý člověk má nějakou svoji představu, jak by mělo vypadat jeho spokojené stáří, ale málo kdo se na tuto dobu aktivně připravuje.

Pohled na spokojenost ve stáří je odjakživa vázán na pojem zdraví. Nejvyšší a základní životní hodnotou pro člověka je zpravidla zdraví a zvláště ve stáří bývá zdraví pro člověka tím nejdůležitějším.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (Možný, 2002, s. 51)

Naopak Haškovcová (2010, s. 254) podotýká, že „zdraví zpravidla silnou měrou ovlivňuje posuzování kvality života, ale samo o sobě tuto kvalitu nezakládá.“ Hlavním aspektem pro každého člověka je nepochybně představa dobrého zdraví a nemoc nebo strádání nemají v těchto představách místo. Ale každý člověk, i starý nebo nemocný, chce prožívat svůj život plně a kvalitně. Aspekty kvality života mohou být velmi individuální. I přesto, že se jedná o zcela subjektivní veličinu, byla sestavena řada psychologických testů a škál. Jedním z testů pro hodnocení kvality života jsou Dotazníky Index Quality of Life (IQL). Detekují šest základních oblastí, které podmiňují kvalitu života u seniorů. Jsou to:

1. Sebeřízení, které je zaměřeno na vyrovnání s vlastní minulostí.
2. Pozitivní vztahy s lidmi, na kterých člověku záleží.
3. Autonomie – jako sebeurčení.
4. Zvládání životního prostředí – pocit bezpečí v aktuálně sdíleném prostoru
5. Smysl života – posouzení dosavadního života s nadějí v něco nového
6. Osobní rozvoj – poslední úsek osobního zrání (Haškovcová, 2010, s. 254-255).

Nejen zdraví, ale i duševní pohoda a dobré vztahy s okolím jsou podmínkou ke konstatování komplexního zdraví.

Stárnoucí a starý člověk potřebuje přiměřené zdraví, materiální a finanční zázemí, místo, kde je doma, kde se cítí vážen a ctěn, kde ho mají rádi a kde on má někoho rád. (Haškovcová, 2010, s. 288).

Termín „sociální smrt“, o kterém dnes odborníci hovoří, je důsledkem sociální izolace s odstavením stárnoucího člověka od sociálních vazeb. Nověji se pro tuto situaci užívá termín sociální vyloučení. I když tento proces probíhá průběžně, také nástup do starobního důchodu lze považovat za důležitý předěl, neboť jedinec ztrácí možnosti do-

savadních sociálních vazeb, například s kolegy na pracovišti (Haškovcová, 2010, s. 82).

Mnohé životní příležitosti seniora jsou snižovány také formou ageismu, tedy diskriminačního přístupu k lidem na základě věku. Seniorům tak nejsou umožněny různé šance, které jiní mají, protože z pohledu společnosti znamená stáří nemoc, neschopnost pracovat i přemýšlet. Tato vnucená neproduktivita seniora silně znevýhodňuje, často znehodnocuje jeho roli a jeho postavení ve společnosti. Tento ageistický přístup můžeme nalézt nejen na rovině osobní, ale na institucionální úrovni, tedy v přístupu sociálních a zdravotnických pracovníků při zajišťování péče o seniory (Sýkorová, 2007, s. 50).

Senioři, kteří mají možnost žít v rodinném prostředí, dávají přednost této variantě. Často však je jejich životní situace postaví před úkol vybírat si nové místo života. I když pomoc a péče rodiny je nenahraditelná, v mnoha případech je nutno zvolit variantu institucionální péče.

2.2.1 Kvalita života seniora v souvislosti s institucionální péčí

Přechod do pobytového zařízení přináší novou sociální roli – obyvatele domova, kde nemusí vždy platit všechny dříve osvědčené moduly chování. Tím může být senior překvapen, což se zpravidla projeví v jeho chování a jednání (Venglářová, 2007, s. 14-15).

V jistém směru může být pobyt v zařízení pozitivním faktorem, jelikož nabízí pestré možnosti efektivního využití potenciálu každé osobnosti. Své zájmy a schopnosti zde senior může dále rozvíjet za účasti odborné asistence. Je žádoucí, aby se klient naučil své schopnosti nejen vnímat a hovořit o nich, ale také je plně rozvíjet. Využití vlastního potenciálu mu poté přináší sebeuspokojení, zvýšení tolik potřebného pozitivního náhledu na svět a tím žádoucí zlepšení životní vitality.

Prostředí instituce a pobyt v ní může mít velký vliv na nezávislost člověka. Může ji buď podporovat, nebo naopak potlačovat. Člověk při vstupu do pobytového zařízení přichází s obavou, že budou omezeny jeho možnosti rozhodování, jeho autonomie. Nemáme zde na mysli jen omezení životního prostoru, ale možnost svobodné volby i

v maličkostech všedního dne. Pokud není respektován nárok člověka na svobodné jednání a rozhodování, začne pociťovat ztrátu sebe sama, své identity.

Zde uvádíme příklad výzkumu uskutečněného v Moravskoslezském kraji, s názvem Strategie zachování osobní autonomie, který byl realizován v rámci projektu Senioři ve společnosti. Tento výzkum byl zaměřen na sledování autonomie u seniorů. Ve své zpracované studii uvádí Sýkorová (2007, s. 12-13 a s. 191) fakta, podle kterých bylo zjištěno, že senioři vidí osobní autonomii ve smyslu fyzické soběstačnosti a také finanční nezávislosti. V užším slova smyslu pak autonomii chápou jako mít možnost řídit si svobodně své aktivity a moci prosazovat své vlastní názory.

Jak jsme uvedli, je spousta faktorů, které ovlivňují psychiku stárnoucího člověka. Nemáme zapomenout uvést i potřeby ekonomické a s nimi související životní úroveň. Obojí může do velké míry ovlivňovat průběh spokojeného stáří.

Nedostatečné naplňování základních potřeb může u člověka vyvolat poruchy nálady a ztrátu duševní pohody. Trvalejší absence potřeb může vést ke stavu zvanému deprivace a může mít vliv na vznik duševních poruch.

3 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ

Vždy je nutné odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či somatických poruch. (Venglářová, 2007, s. 16)

Výskyt duševních chorob ve stáří je problematika velmi obsáhlá. Dotýká se nejen oblasti gerontologie, jako nauky o stáří, ale je i předmětem geriatrie (nauky o chorobách ve stáří), v neposlední řadě pak předmětem gerontopsychiatrie (nauky o duševních poruchách) a také gerontosociologie, která dle Sýkorové (2007, s. 25) zkoumá stárnoucího člověka z pohledu jeho sociálního statusu, sociální role a sleduje jeho sociálních dovedností při zvládnání procesu stárnutí a stáří.

Asi u 30% lidí starších šedesáti let můžeme hovořit o nějaké duševní chorobě. Z toho však přímou pomoc vyhledá pouze 15-20% lidí starších šedesáti let. Tyto počty však s přibývajícím věkem narůstají. Musil (2006, s. 130) rozděluje duševní poruchy ve stáří na skupinu demence, afektivní poruchy ve stáří, paranoidní a halucinatorní poruchy a poruchy vědomí.

I. Demence ve stáří

Patří sem celá řada chorob, které zahrnují oblast mozkových i tělesných (Alzheimerova choroba, Pickova choroba, Parkinsonova choroba).

II. Afektivní poruchy ve stáří

V širším slova smyslu jsou chápány jako poruchy nálady, projevují se ve dvou základních klinických obrazech: depresivní poruchy nálady a manické poruchy nálady.

III. Paranoidní a halucinogenní poruchy ve stáří

IV. Poruchy vědomí ve stáří.

V souvislosti s tématem naší práce se zaměřujeme na afektivní poruchy ve stáří. Je to širší oblast náladových poruch, kam řadíme dva základní klinické obrazy.

1. depresivní poruchu nálady

2. manickou poruchu nálady

V naší práci se níže zaměřujeme na pojem deprese a na výskyt deprese u seniorů v souvislosti s pobytem v sociálním zařízení.

3.1 Klasifikace deprese

Depresivní stav je definován prožíváním smutku, pocitem prázdnoty a osamělosti, extrémní únavou, která často zabraňuje vykonávat běžné denní činnosti, nechutí k jídlu, ztrátou zájmu. Někdy je tento stav spojený s uvědomovanou zlostí nebo agresí. Dynamika a kombinace těchto projevů deprese je v konkrétních případech značně odlišná a vázána na mnoho dalších psychosomatických poruch (Probstová a Pěč, 2014, s. 76).

Deprese je jednou z nejčastějších duševních poruch obecně. Někdy může být deprese součástí dalších psychických poruch či onemocnění. Výskyt depresivních poruch u seniorů je poměrně častý. Ve stáří bývá depresivní stav někdy zaměňován za demenci.

Epizody depresivní poruchy mohou začínat po 65. roce věku, obvykle s tím ale souvisí výskyt atak, předcházejících v mladším či středním věku.

Musil uvádí (2006, s. 136), že od r. 1994 je v České republice platná nová klasifikace a popis duševních poruch (10. revize MKN) a ta vyděluje dva rozdílné typy potíží.

1. Depresivní fáze (epizoda)

Je dána zpravidla obdobím dvou týdnů, kdy člověk pociťuje smutek a pokles zájmu o své životní aktivity. Tato fáze má tři stupně, od lehké formy, kdy člověk pociťuje problémy, ale činnosti ve svém životě dále vykonává bez narušení, ve střední fázi již tyto úkony zvládá jen s potížemi a v těžké depresivní fázi jsou v zásadě ovlivněny všechny životní domény.

2. Trvalé poruchy nálady

Tyto poruchy jsou zpravidla diagnostikovány až po dvou letech průběžně trvajících depresivních nálad. Příznaky jsou obdobné jako v první fázi, ale jejich projevy nejsou tak intenzivní.

Lužný (2012, s. 115) uvádí, že přechodné příznaky mírné deprese se vyskytují asi u 10 až 15% seniorů. U institucionalizovaných seniorů uvádí až 40% výskytu. Kriteria těž-

ké deprese splňují 1 – 4%. Avšak jen u jedné pětiny seniorů je deprese správně diagnostikována a léčena. Naopak u asi poloviny seniorů je deprese neléčena.

Léčbu deprese můžeme rozdělit na úroveň biologickou, psychologickou a sociální. U biologické léčby jde o využití antidepresiv. Na úrovni psychologické je kladen důraz na nasměrování jedince k pochopení vlastní nemoci a k zájmu o spolupráci na léčbě. Léčba na úrovni sociální má poněkud jiný charakter. Člověk postižený depresí potřebuje nemalou podporu svého okolí, a to i přesto, že může na své okolí působit nepříjemně, bez zájmu o kontakt. Jeho reakce se mohou zdát pro okolí nepochopitelné. Dobrý sociální pracovník umí rozpoznat příznaky deprese, s depresivním klientem udržuje vztah a komunikuje podle zásad, které jsou z hlediska tohoto onemocnění osvědčeny (Probstová a Pěč, 2014, s. 78 – 84).

Jako ochranný faktor proti vzniku deprese můžeme v první řadě uvést dobré rodinné vztahy. V institucionální péči je v souvislosti s výskytem depresivních stavů zdůrazňována prevence. Ve vztahu k seniorům je třeba vytvářet příznivé klima, které minimalizuje riziko vzniku deprese.

3.2 Deprese v souvislosti s pobytem v zařízení

Častěji pozorujeme duševní poruchy právě u seniorů v zařízeních, protože klesá jejich schopnost žít bez podpory okolí. (Venglářová, 2007, s. 18)

Přechod do zařízení, instituce je pro každého seniora zásadní změnou. Právě taková změna je provázena vysokým rizikem vzniku depresivních stavů. Pokud senior úspěšně zvládne prvotní adaptaci na nové prostředí, může prožít několik dalších let ve spokojenosti. Avšak dlouhodobý pobyt v zařízení může být také spouštěcím faktorem vzniku depresivních stavů.

V naší práci se zaměřujeme na výskyt deprese seniorů z hlediska institucionální péče.

4 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE VE STÁŘÍ

Winkler (2011) uvádí definici instituce, jimž autorem je Gouldner. *Instituce je sociálně předepsaná struktura různých způsobů chování, prostřednictvím kterých jsou řešeny opakující se a neodbytné problémy života lidí.*

Znamená to, že pro jedince může být instituce předem určené řešení v jeho problematické situaci. Může mu přinášet pocit úlevy z naplánovaného řešení tím, že klade důraz na dodržování určitých pravidel, což jedinci usnadní jeho rozhodování. Jednání jedince v rámci instituce je pak jistější. Instituce má tedy význam pro jedince tím, že může vnášet do jeho života řád (Winkler, 2011).

V jistém smyslu tedy můžeme tuto funkci instituce vysvětlit jako „odlehčovací“.

4.1 Typy pobytových zařízení sociální péče

Sociální péče je v České republice realizována na základě Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Státní pobytová sociální zařízení jsou zřizována krajskými úřady nebo magistráty. Mimo státní instituce jsou četná zařízení pro stárnoucí a umírající zřizována církevními institucemi.

Zdravotní a sociální služby jsou v České republice poskytovány formou terénní nebo pobytové péče. Naše práce je zaměřena na pobytová – rezidenční zařízení, domovy pro seniory.

Matoušek (2010, s. 178 – 179) uvádí, že v rámci sociální oblasti péče o seniory existují tři základní typy pobytové, tedy rezidenční péče, mimo léčebny pro dlouhodobě nemocné, které nejsou předmětem našeho zájmu. Níže uvedené typy pobytové péče se liší rozsahem poskytovaných služeb a také způsobem úhrady.

1. Domovy a penziony pro seniory, kteří jsou soběstační a zcela zdraví. V takovém domově si senior pronajme byt, vybaví si ho svým nábytkem. Navíc má možnost objednat si a zaplatit některé služby (úklid, praní, žehlení, nákupy, stravování)
2. Domovy s pečovatelskou službou seniorům také nabízejí byty k pronájmu. V souvislosti s poskytnutím ubytování jsou zde uživatelům poskytovány i sociální služby. Jedná se o pečovatelské služby v oblasti péči o domácnost, pomoc

při aktivitách denního života, jako je základní hygienická péče, pomoc při jídle, doprovod k lékaři.

V případě zhoršení zdravotního stavu však nastává pro seniora nutnost opustit zařízení těchto dvou typů a je nucen přejít do pobytového zařízení typu domova důchodců.

Domovy pro seniory, dříve vedeny jako domovy důchodců, představují klasickou formu institucionální péče o seniory. Poskytují trvalé ubytování a široké spektrum péče o klienta. Pomáhají s vedením domácnosti, v rámci možností a schopností seniora nabízí různé aktivity. V případě potřeby je zde klientovi zajištěna potřebná ošetrovatelská a rehabilitační péče. Hospicová péče zajišťuje péči o umírající. Ve všech těchto uvedených zařízeních je sociální práce velmi potřebná (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010, s. 178 – 179).

Zásadou každého domova pro seniory by měla být snaha vytvářet příjemné prostředí se znaky osobního individuálního domova. Opatrování hostů ve smyslu jejich duševní pohody by mělo být prioritou každého domova pro seniory. Samozřejmostí by mělo být i v přiměřené míře zachování jejich životních zvyklostí. Pro spolupůsobení rodinných příslušníků je důležitá otevřenost domova.

Každý domov by měl získávat a vychovávat své pracovníky pro obětavou sociální práci. Naslouchání požadavků veřejnosti, sledování vývoje ve zdravotnictví a respektování zásad veřejné kontroly by mělo být samozřejmou součástí dobře fungujícího zařízení.

4.2 Sociální pracovník v péči o seniora

Práce sociálního pracovníka zahrnuje široké spektrum oblastí jeho služby klientovi. Do popředí by měl klást tělesné, duševní a duchovní blaho v ošetřování a v péči. Vykonává podpůrné, průvodní a poradenské úkoly vůči klientům a jejich rodinným příslušníkům. Poskytuje klientovi sociální poradenství a také se od něj očekává, že mu bude provádět osobní asistenci. Ta zahrnuje různorodou pomoc při zvládnání běžných životních úkonů. Sociální pracovník musí respektovat zájmy seniora a ochraňovat jeho práva. Sociální pracovník se také často stává prostředníkem v kontaktu s okolím i nejbližšími rodinnými příslušníky.

Dle Matouška (2005, s. 165) je na prvním místě respektování přání klienta a eventuelně jeho rodiny. Sociální pracovník může svým odborným přístupem napomáhat zkvalitnění péče o seniora. Ve spolupráci s rodinnými příslušníky a přáteli může zjistit jeho životní zvyklosti a snažit se je udržovat a tím přispívat k jeho aktivizaci.

4.3 Význam institucionální péče o seniory

Stáří přináší nejen problémy zdravotní, ale také sociální a ekonomické. Problematika zdravotní a sociální tvoří vzájemně propojený celek, který by se neměl od sebe oddělovat. Zdravotní služby zahrnují oblast diagnostickou, terapeutickou a rehabilitační. Taková zdravotní péče je hrazena v rámci všeobecného zdravotního pojištění. Sociální služby pro seniory jsou zaměřeny na rozvoj a uchovávání soběstačnosti, zamezují prohlubování sociální izolace a dalších rizik spojených se stářím. Zajišťují pomoc při péči o vlastní osobu, aktivizují a podporují klienta ve všech oblastech jeho života, i při prosazování jeho práv a zájmů. V zařízení, které zajišťuje péči o seniora, by ji mělo zajišťovat komplexně. Neboli, měla by být ve vyrovnané míře zahrnuta oblast zdravotní péče i oblast péče sociální. Současná realita však vypovídá o nedostatečném propojení těchto oblastí péče. V současnosti se do popředí dostávají požadavky po lepší koordinaci poskytovaných zdravotně sociálních služeb (Lužný, 2012, s. 141).

Úkolem pobytového zařízení pro seniory by mělo být stanovení optimální péče. Nadměrná péče o seniora vede k nežádoucímu snižování rozsahu jeho schopností a dovedností.

Cílem institucionální péče je snaha o naplňování bio-psycho-sociálních potřeb. Posláním personálu je nejen ošetrovatelská péče, ale také odborná individuální pomoc při zvládání obtížných situací, které stáří často přináší. Senioři by zde měli nalézt zaslouženou pohodu, citové zázemí, kulturní vyžití, pochopení, partnerský přístup a respektování jejich názorů a přání. V dnešní době hovoříme o termínu „teorie odcizování“, který vychází z výzkumů preferencí rodinných vztahů. Z výzkumu vyplynulo, že v západních zemích preferují staří lidé samostatný život, zároveň však vítají, pokud jejich příbuzní nežijí daleko od nich (Dylevský, 1990, s. 171).

Modul, kdy senior volí pobytové zařízení poblíž místa, kde má své rodinné vazby, je v současné společnosti častý a je přijatelný pro obě strany. Pobytová zařízení nabízejí i

to, co současná mladá rodina není schopna stárnoucímu člověku poskytnout. Pro mladší generaci je také přínosem, že není časově zatížena běžnou každodenní péčí o seniora. Stárnoucí člověk naopak dává přednost žít tam, kde nemá pocit, že je někomu na obtíž. Pokud nejsou ze strany rodiny a blízkých poškozeny úzké vazby a kontakty se stárnoucím rodičem, může být institucionální péče vhodným řešením této složité životní situace.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Naše oblast výzkumu, zjišťování důležitosti a naplňování potřeb u seniorů zahrnuje téma poměrně široké, proto jsme ho rozdělili na části podle oblastí lidských potřeb a také podle míry jejich důležitosti a míry jejich naplnění. Zvolili jsme metodu standardizovaného vědeckého výzkumu. Ve výzkumu bylo použito techniky dotazování a výsledky sběru dat a jeho měření jsme zpracovali s použitím programu statistiky. Statistické zpracování dat nám umožní získat přehledné výsledky, získané prostřednictvím sběru dat. Vzhledem ke stanovenému výzkumnému problému a cíli bylo přistoupeno ke kvantitativnímu zpracování dat. Jednotlivé zkoumané jevy jsme popsali v proměnných.

Tématem této práce se stalo měření důležitosti lidských potřeb a míra jejich naplnění u seniorů v pobytových zařízeních. Toto téma jsme vybrali proto, abychom napomohli zlepšení kvality služeb v domovech poskytujícím služby seniorům. Předpokládáme, že výsledky tohoto výzkumu mohou být prospěšné pro zúčastněné domovy, kterým bude podána závěrečná zpráva z dotazníkového šetření.

5.1 Výzkumný problém

Stanovení výzkumného problému je základním krokem. Dle doporučení Chrásky (2007, s. 17) se pokoušíme zvolit jednoduchou, krátkou a konkrétní formu.

Hlavním problémem našeho výzkumu je, do jaké míry jsou důležité vybrané potřeby u seniorů v pobytových zařízeních?

Do jaké míry dochází k naplnění těchto vybraných potřeb?

Jaké míře se objevuje výskyt deprese seniorů v souvislosti s pobytem v zařízení?

Jaká je spokojenost seniorů s kvalitou stravy, s nastaveným denním režimem a s udržováním čistoty a hygieny v daném pobytovém zařízení?

5.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem našeho výzkumu je zjištění míry důležitosti a současně míry naplnění vybraných potřeb u seniorů. Chceme zjistit nejen důležitost sledovaných potřeb, ale také jak jsou tyto potřeby naplněny. Zaměřujeme se na sledování těchto vybraných potřeb: tělesných, sociálních, psychických, spirituálních a potřeby autonomie.

Dalším cílem naší práce je zjistit, do jaké míry se setkáváme s depresí u klientů obou vybraných zařízení. Dílčím cílem práce je zjistit spokojenost seniorů s kvalitní stravou, režimem dne a čistotou a úklidem na pokojích i ve společných prostorách domova. Posledním cílem je zjistit, co by respondentům pomohlo, aby se v daném zařízení cítili lépe.

5.3 Výzkumné otázky

V rámci výše uvedených skutečností jsme si stanovili výzkumné otázky týkající se hodnot důležitosti i naplnění, výskytu deprese míry a spokojenosti.

Vo1. Jaká je dosažená míra důležitosti tělesných potřeb?

Vo2. Jaká je míra důležitosti sociálních potřeb?

Vo3. Jaká je míra důležitosti psychických potřeb?

Vo4. Jaká je míra důležitosti spirituálních potřeb?

Vo5: Jaká je míra důležitosti zachování autonomie?

Vo6: V jaké míře dochází k naplnění tělesných potřeb?

Vo7: V jaké míře dochází k naplnění psychických potřeb?

Vo8: V jaké míře dochází k naplnění sociálních potřeb?

Vo9: V jaké míře dochází k naplnění spirituálních potřeb?

Vo10: V jaké míře dochází k naplnění potřeby autonomie?

Vo11: Jaká je míra prožívané deprese u klientů v daných zařízeních?

Vo12: Jaká je míra spokojenosti se stravou v daném zařízení?

Vo13: Jaká je míra spokojenosti s denním režimem v daném zařízení?

Vo14: Jaká je míra spokojenosti s čistotou v daném zařízení?

Vo15: Co by respondentům pomohlo, aby se cítili lépe v daném zařízení?

5.4 Specifikace proměnných

V rámci procesu operacionalizace proměnných jsme vymezili proměnné, které budeme zkoumat:

Důležitost potřeb

Naplňování potřeb

Deprese

Míra spokojenosti

Tyto proměnné jsou rozděleny na škále 1 – 5, kdy 1 znamená nejméně důležité a 5 znamená nejvíce důležité.

Důležitost potřeb

Jde o metrickou proměnnou. V dotazníku je rozdělena do pěti oblastí potřeb. Tělesné potřeby jsou měřeny pomocí položky 6,7,8, sociální potřeby jsou zahrnuty v položkách 9,10,11, psychické potřeby zahrnují položky 12,13,14. Spirituální potřeby jsou v položkách 15,16,17 a potřeba autonomie je v položkách 18, 19, 20.

Naplňování potřeb

Ke stejným položkám důležitosti potřeb byla vytvořena škála 1 – 5 v oblasti naplňování potřeb. Členění těchto položek je tedy totožné s důležitostmi. Opět jde o metrickou proměnnou.

Deprese

V dotazníku byla zjišťována pod čísly 21 – 39. Odpovědi byly ano, ne. Jelikož pracujeme se získaným počtem bodů, proměnné jsou opět metrické.

GDS 15 – škála pro geriatrické pacienty zjišťuje u seniorů stupeň deprese dle výpočtu celkového skóre.

Položka 1

Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?

Položka 2

Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?

Položka 3

Máte pocit, že Váš život je prázdný?

Položka 4

Nudíte se často?

Položka 5

Jste většinou v dobré náladě?

Položka 6

Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?

Položka 7

Cítíte se většinou šťastný/á?

Položka 8

Cítíte se často bezmocný/á?

Položka 9

Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?

Položka 10

Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů, než ostatní?

Položka 11

Máte dojem, že je pěkné žít v této době?

Položka 12

Připadáte si zbytečný/á?

Položka 13

Cítíte se pln/a energie?

Položka 14

Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?

Položka 15

Máte dojem, že se většině lidí vede lépe, než Vám?

Respondenti u těchto otázek zakroužkovali odpověď, která nejlépe vystihuje, jak se cítili v posledním týdnu. V případě kladné odpovědi u položek 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 se za každou jednotlivou odpověď přičetl jeden bod.

V případě záporné odpovědi u položek 1,5,7,11,13 byl přičten jeden bod.

Celkové skóre sečtených bodů bylo hodnoceno následující stupnicí:

0 – 5 bodů normální afekt

6 – 10 mírná depresivita

11 a více těžká depresivita

Míra spokojenosti

Další tři položky dotazníku se týkaly spokojenosti respondentů s kvalitou stravy, denního režimu a čistoty pokojů v daném zařízení. U těchto položek šlo o zjištění průměrné hodnoty na škále 1 -5.

Kvalita stravy

Je v dotazníku zjišťována v položce 40.

Denní režim

Je v dotazníku zjišťován v položce 41.

Čistota pokojů

Je zjišťována dotazníkovou položkou číslo 42.

Doplňující položkou dotazníku byla otevřená otázka číslo 43. Prostřednictvím dotazu, co by se mělo změnit v daném zařízení pro větší spokojenost klientů, odpovídali respondenti uvedením svého přání či podnětu. Tyto podněty respondentů jsou poslední proměnnou. V tomto případě šlo o nominální proměnnou.

5.5 Výzkumný soubor

Výběr výzkumného vzorku byl kombinovaný, tedy záměrný a současně dostupný. Základním výzkumným souborem se stali klienti dvou pobytových sociálních zařízení pro seniory. V rámci základního souboru byla oslovena veškerá zařízení tohoto typu v lokalitě dvou větších měst jižní a severní Moravy. Do výzkumu byly zahrnuty dva domovy pro seniory, u kterých se nám podařilo získat souhlas vedení domova s dotazníkovým šetřením. Jedná se o dva moravské domovy pro seniory s maximální kapacitou 125 klientů. Tyto domovy dále nazýváme Domov A a Domov B.

Výběrovým souborem jsou senioři ze dvou anonymních pobytových zařízení v počtu 71 klientů, kteří pobývající v zařízení déle jako jeden rok, ke dni 1. 1. 2015 s věkovou hranicí nad 60 let do neomezené výše věku.

5.5.1 Popis pobytového zařízení Domova A

Tento domov poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou nebo omezenou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Posláním domova je prohloubení a udržení soběstačnosti klientů, tím snížení jejich závislosti na poskytovaných službách. Cílem je udržení kvality života, udržení stávající sítě sociálních vztahů, popřípadě vytvoření nových sociálních vazeb.

Domov je zřízený magistrátem města jako příspěvková organizace s provozem v moderně konstruovaných účelových prostorách. Kapacita domova je 120 míst. Žadatelé jsou většinou z kroměřížského regionu. Domov poskytuje seniorům služby ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů denní osobní péče, poradenství i pomoc v obtížných životních situacích a v osobních záležitostech, pomáhá udržovat kontakt s běžným společenským prostředím, zajišťuje vhodné sportovní i kulturní vyžití.

Klienti mají neomezený přístup ke všem společenským prostorám, mimo prostory provozní. Mají neomezenou dobu návštěv. K dispozici jsou dva společenské sály, klubovna, knihovna, tělocvična, terasa, nádvoří i okolí vhodně situovaného zařízení v okresním městě.

Předmět činnosti této příspěvkové organizace je vymezen zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhláškou 505/2006 Sb. Zásadami poskytovaných služeb je etika, rovné podmínky pro všechny uživatele, respektování jejich volby.

Personální zajištění je plně obsazeno. Mimo péči zdravotnického personálu dochází do zařízení praktický lékař, i když volba využití jeho služeb není pro klienty povinná. Domov zajišťuje pro své klienty zprostředkování dalších potřebných služeb.

5.5.2 Popis pobytového zařízení Domova B

Domov je situován v malé vesnici poblíž okresního města, v objektu historické budovy s přístavbou další moderní budovy, s přilehlým zámeckým parkem a ovocným sadem. Kapacita domova je 122 míst. Prostorové podmínky pro poskytování služeb jsou z hlediska velikosti nadstandardní.

Posláním domova je poskytovat klientům útulné a bezpečné prostředí vedoucí k udržení soběstačnosti při naplňování jejich potřeb a přání. Cílem zařízení je zabezpečit uživatelům vysokou úroveň kvality poskytovaných služeb a plnohodnotné prožití života respektující schopnosti a dovednosti uživatelů služeb. Snahou domova je poskytovat individuální péči a vytvářet podmínky přirozeného domácího prostředí. Při vzdělávání zaměstnanců se klade důraz na dodržování standardů kvality v sociálních službách. Cílovou skupinou jsou mladší senioři (60-80 let) a starší senioři (od 80 let výše). Většina zájemců o službu jsou žadatelé zejména z Přerovska.

Poskytování služeb vychází z potřeb a přání uživatelů, je vysoká nabídka fakultativních služeb.

Personální zajištění je sestaveno v souladu se zajištěním chodu domova. Průběžně dochází k optimalizaci organizační struktury. Principy a etický kodex jsou nedílnou součástí profilu každého zaměstnance domova. V případě, že zájemce o služby nebo klient je omezen ve schopnosti verbální komunikace, nabízí se možnost alternativní nebo augmentativní komunikace.

Volnočasovými aktivitami jsou podporovány duševní a tělesné aktivity uživatelů. Nabízené aktivity jsou přizpůsobené schopnostem a duševnímu stavu. Smysluplná je spolupráce s místní knihovnou, mateřskou a základní školou a dvěma nedalekými dětskými domovy.

5.6 Výzkumné metody

V rámci zvoleného kvantitativního výzkumu specifikujeme postup, který nás dovede ke splnění cíle. Volíme metodu sběru dat dotazníkovou metodou. Používáme dotazník sestavený pro výzkum výskytu deprese u seniorů v pobytových zařízeních, realizovaný centrem výzkumu FHS UTB (Jakešová, 2014). Autorka daného dotazníku vyslovila souhlas s jeho použitím v rámci našeho výzkumného šetření.

Jelikož již byl tento dotazník v praxi aplikován, nebylo třeba provést „předvýzkum“, neboli pilotní studii. Oslovili jsme všechna dostupná zařízení kroměřížského a přerovského okresu a získali souhlas s výzkumem ve dvou pobytových zařízeních. Oba domovy pro seniory zahrnují kapacitu do 125 míst.

Sběr dat byl v obou zařízeních prováděn během měsíce února a března letošního roku. Vedení domova povolilo osobní kontakt s respondenty při vyplnění dotazníku, ovšem v mnoha případech jsme byli nuceni využít nabízené pomoci sociálních pracovníků. Někteří respondenti komunikovali otevřeněji s osobou jim známou.

Výběrový soubor tvořili senioři, kteří byli ochotni účastnit se šetření a kterým to zdravotní stav umožnil. V jednom ze zařízení byl lékař ochoten provést posouzení a na základě zdravotního stavu klientů doporučil účast i některých imobilních klientů, které bychom mohli opomenout. Někteří respondenti přesto potřebovali vysvětlení pro pochopení významu otázky. Při sběru dat jsme se snažili zachovat veškerá etická pravidla spojená se získáváním dat. Po náročném sběru dat jsme získali z domova A 31 vzorků a z domova B 40 vzorků. Celkem jsme tedy měli k dispozici 71 vzorků.

5.7 Zpracování dat

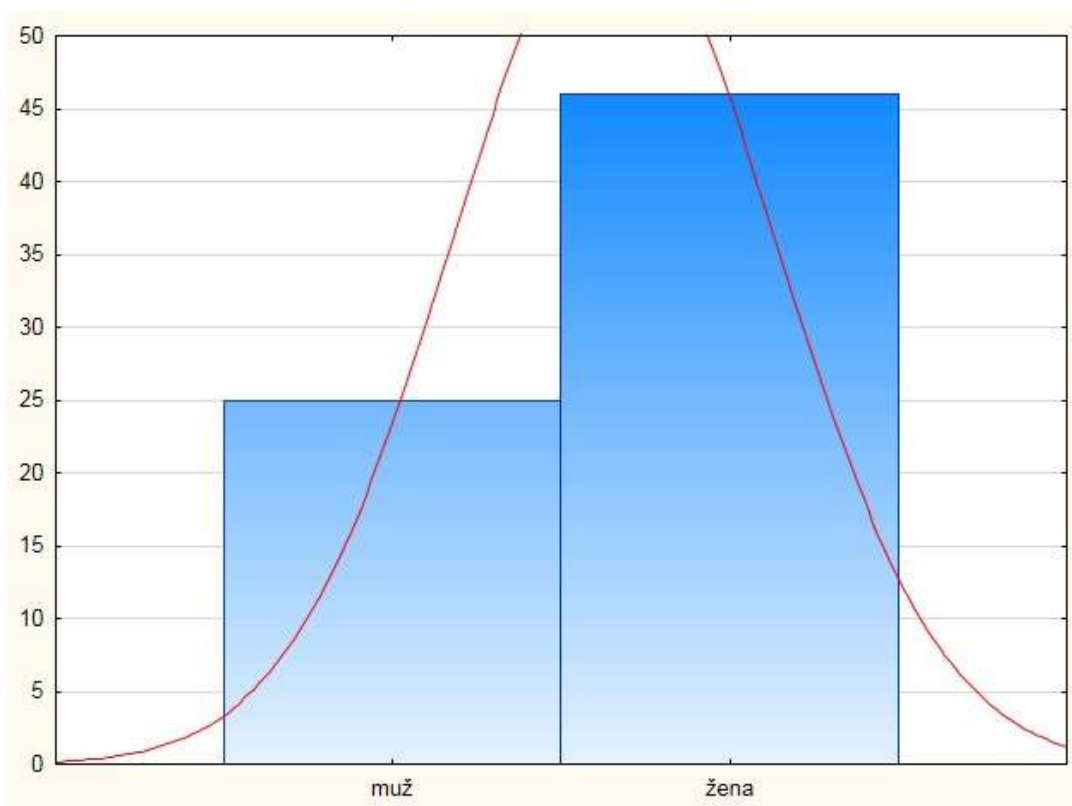
Ve fázi zpracování získaných dat jsme zahájili jejich analýzu. Data byla seříděna čárkovací metodou a vložena do programu Microsoft Excel, poté exportována do programu Statistika.

5.8 Sociodemografická data

V položce 1, 2, 3, 4, 5 jsme zjišťovali sociodemografické údaje u respondentů, tedy pohlaví, věk, rodinný stav, počet dětí a frekvenci návštěv rodiny u respondentů žijících v pobytovém zařízení.

1. Pohlaví respondentů

Graf 1- Rozdělení respondentů podle pohlaví



Dotazníkového šetření se zúčastnilo 71 respondentů, z toho 46 žen a 25 mužů.

2. Věk respondentů

Další zjišťovanou položkou byl věk. Věkové kategorie byly rozděleny do tří kategorií:

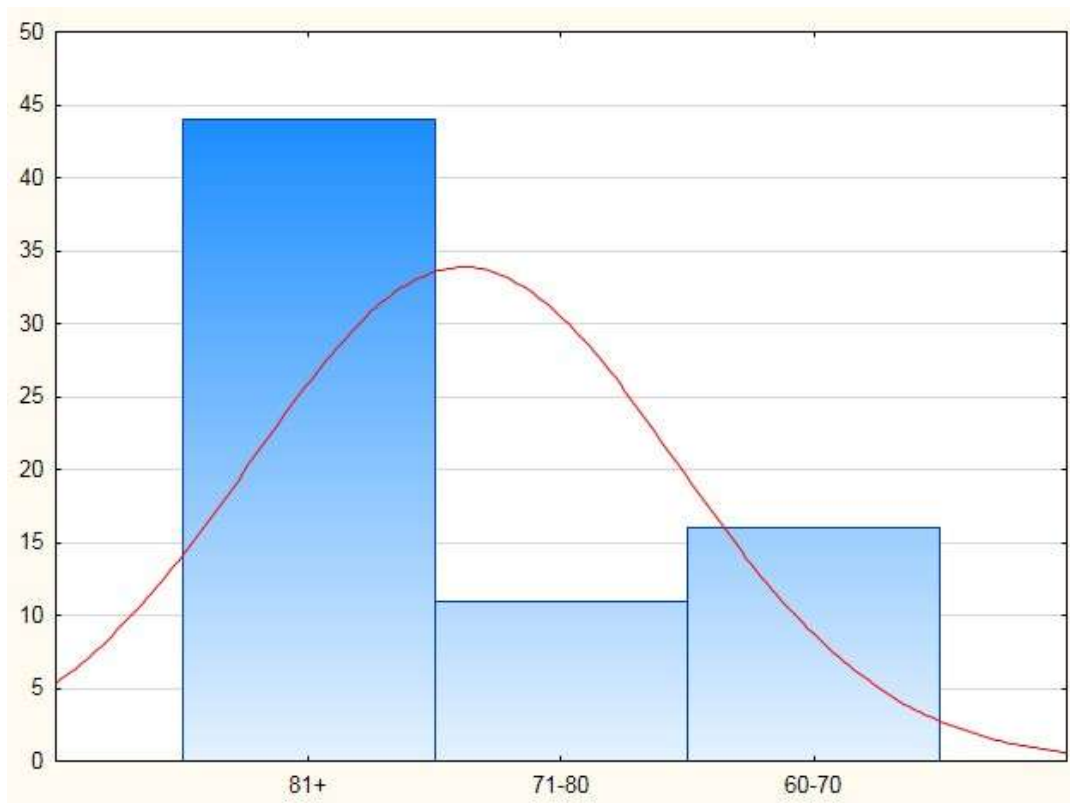
60 – 70 let

71 – 80 let

81 let a výše

V rozdělených věkových kategoriích jsme zaznamenali u respondentů následující údaje:

Graf 2 - Přehled věkového rozložení respondentů



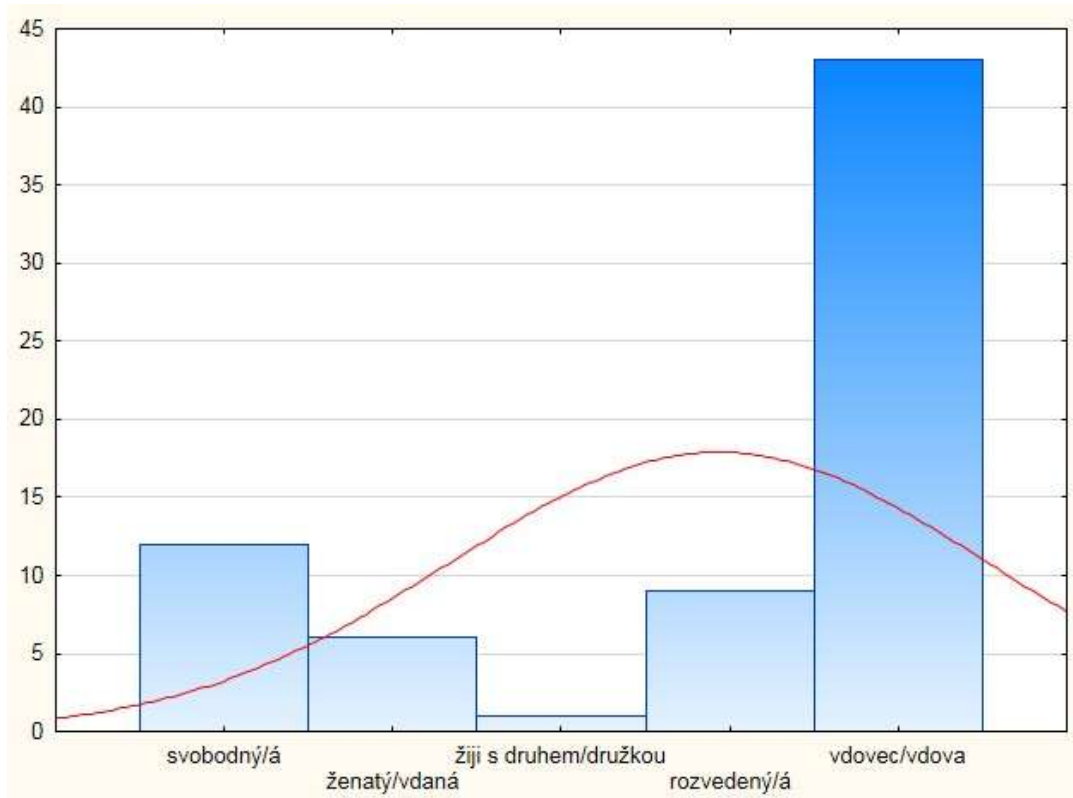
Ve skupině 60 – 70 let jsme zapsali 16 respondentů, ve skupině 71 – 80 jsme evidovali 11 respondentů.

Ve zkoumaném vzorku, převládala skupina nejstarší věkové kategorie, tedy 44 respondentů, s věkem nad 81 let.

3. Rodinný stav

Třetí položka dotazníku zjišťovala rodinný stav. Zajímalo nás, kolik z dotazovaných je svobodných, kolik respondentů žije nebo žilo v manželství, kdo je rozvedený, vdovec/vdova nebo žije s druhem/družkou. Získali jsme tyto údaje:

Graf 3 - Přehled rodinného stavu respondentů



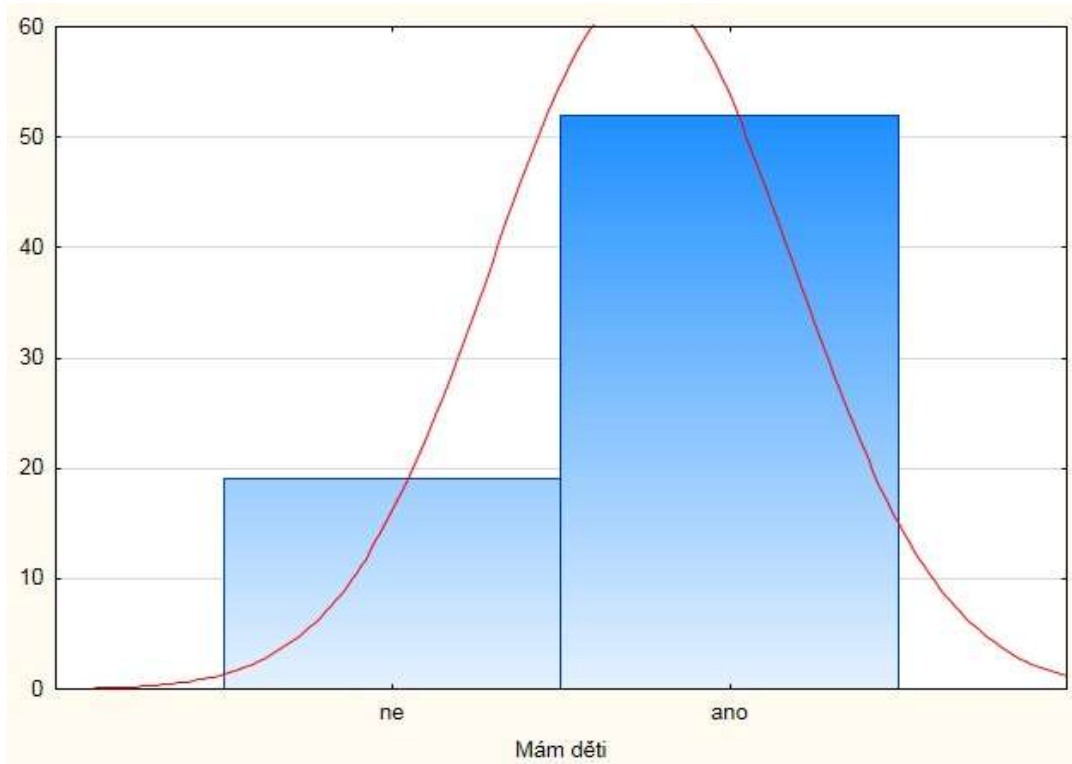
Při zjišťování údajů o rodinném stavu jsme zaznamenali největší počet vdov/vdovců (43 respondentů), nejméně bylo těch, co žijí s druhem/ družkou (1respondent).

Dále 12 dotázaných bylo svobodných, 9 respondentů bylo rozvedených a 5 ženatých/vdaných.

4. Děti

V páté položce jsme se dotazovali, zda respondenti mají děti nebo zda děti nikdy neměli.

Graf 4 - Přehled odpovědí respondentů, zda mají děti



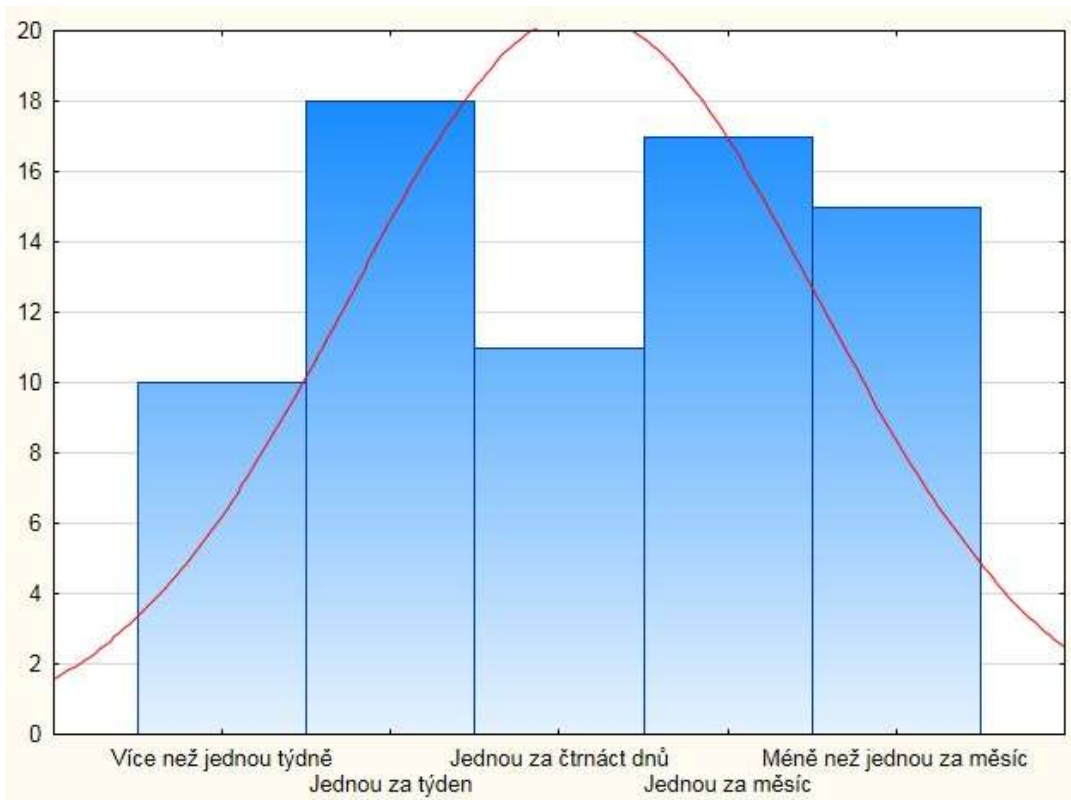
Z dotazovaných odpovědělo na otázku, zda mají děti, kladně 52 respondentů, 19 záporně.

5. Návštěvy rodiny

V další položce nás zajímala četnost návštěv příbuzných a rodiny u seniora v pobytovém zařízení. Časové úseky návštěv byly rozděleny následujícím způsobem.

1. Více, než jednou týdně
2. Jednou za týden
3. Jednou za čtrnáct dnů
4. Jednou za měsíc
5. Méně, než jednou za měsíc

Graf 5 - Přehled návštěv u respondentů



Výsledky četnosti návštěv byly poměrně stejnoměrně rozložené. Zaznamenali jsme, že 18 respondentů má návštěvu alespoň jednou za týden a naopak 17 respondentů jednou za měsíc. V 10 případech navštěvují rodiny seniora více, než jednou za týden a v 11 případech jsou návštěvu jednou za čtrnáct dnů.

V kategorii nejméně návštěv je z celkových 71 respondentů 15 případů.

5.9 Potřeby

Abychom rozlišili kriteria důležitosti a naplněnosti u jednotlivých potřeb, používali jsme pro jednotlivé proměnné pracovní zkratky.

Potřeby fyzické důležité (FD) a potřeby fyzické naplněné (FN)

Potřeby sociální důležité (SD) a potřeby sociální naplněné (SN)

Potřeby psychické důležité (PD) potřeby psychické naplněné (PN)

Potřeby spirituální důležité (SPD) a potřeby spirituální naplněné (SPN)

Potřeba důležitosti autonomie (AD) a naplněnost autonomie (AN)

5.9.1 Fyzické (tělesné) potřeby

V dotazníkové položce 6, 7, 8 jsme zjišťovali, v jaké míře jsou fyzické potřeby v životě respondentů důležité.

Tabulka 1 - Důležitost tělesných potřeb (FD)

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
6 FD	66	4,561	1,000	5,000	0,879
7 FD	66	4,470	1,000	5,000	0,932
8 FD	66	4,652	2,000	5,000	0,774

Ze získaných dat jsme vyhodnotili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **důležitosti tělesných potřeb**: $\bar{x} = 4,239$

Tabulka 2- Naplněnost tělesných potřeb (FN)

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
6 FN	68	3,882	1,000	5,000	1,113
7 FN	69	3,652	2,000	5,000	0,888
8 FN	69	3,710	1,000	5,000	1,139

Ze získaných dat jsme zjistili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **naplněnosti tělesných potřeb** $\bar{x} = 3,624$

5.9.2 Sociální potřeby

Tabulka 3 - Důležitost sociálních potřeb (SD)

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
9 SD	66	3,894	1,000	5,000	1,291
10 SD	66	4,455	2,000	5,000	0,788
11 SD	64	4,297	1,000	5,000	1,136

Ze získaných dat jsme vyhodnotili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **důležitosti sociálních potřeb**. $\bar{x} = 3,877$

Tabulka 4 - Naplněnost sociálních potřeb (SN)

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
9 SN	68	3,603	1,000	5,000	1,340
10 SN	68	4,118	1,000	5,000	0,856
11 SN	69	3,362	1,000	5,000	1,306

Ze získaných dat jsme zjistili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **naplněnosti sociálních potřeb**. $\bar{x} = 3,553$

5.9.3 Psychické potřeby

Tabulka 5 - *Důležitost psychických potřeb (PD)*

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
12 PD	66	4,545	1,000	5,000	0,931
13 PD	65	4,354	1,000	5,000	0,975
14 PD	63	3,873	1,000	5,000	1,198

Ze získaných dat jsme vyhodnotili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **důležitosti psychických potřeb** $\bar{x} = 3,896$

Tabulka 6 - *Naplněnost psychických potřeb (PN)*

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
12 PN	68	3,309	1,000	5,000	1,175
13 PN	68	3,132	1,000	5,000	1,118
14 PN	69	3,319	1,000	5,000	1,157

Ze získaných dat jsme zjistili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **naplněnosti psychických potřeb**. $\bar{x} = 3,131$

5.9.4 Spirituální potřeby

Tabulka 7 - Důležitost spirituálních potřeb (SPD)

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
15 SPD	66	2,379	1,000	5,000	1,662
16 SPD	66	4,152	2,000	5,000	0,996
17 SPD	66	3,848	2,000	5,000	0,949

Z vyhodnocených dat jsme získali průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **důležitosti spirituálních potřeb**. $\bar{x} = 3,215$

Tabulka 8 - Naplněnost spirituálních potřeb (SPN)

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
15 SPN	69	2,478	1,000	5,000	1,659
16 SPN	69	3,391	1,000	5,000	1,127
17 SPN	69	3,362	1,000	5,000	1,043

Z vyhodnocených dat jsme zjistili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **naplněnosti psychických potřeb**. $\bar{x} = 2,99$

5.9.5 Autonomie

Tabulka 9 - *Důležitost autonomie (AD)*

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
18 AD	65	4,554	1,000	5,000	0,848
19 AD	65	4,662	3,000	5,000	0,691
20 AD	66	3,621	1,000	5,000	1,212

Ze získaných dat jsme vyhodnotili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **důležitosti autonomie**. $\bar{x} = 3,934$

Tabulka 10 - *Naplněnost potřeby autonomie (AN)*

Proměnná	Popisné statistiky				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
18 AN	68	4,176	1,000	5,000	1,050
19 AN	69	4,333	1,000	5,000	0,950
20 AN	69	3,275	1,000	5,000	1,235

Ze získaných dat jsme zjistili průměrnou hodnotu odpovědí v oblasti **naplněnosti potřeby autonomie**. $\bar{x} = 3,798$

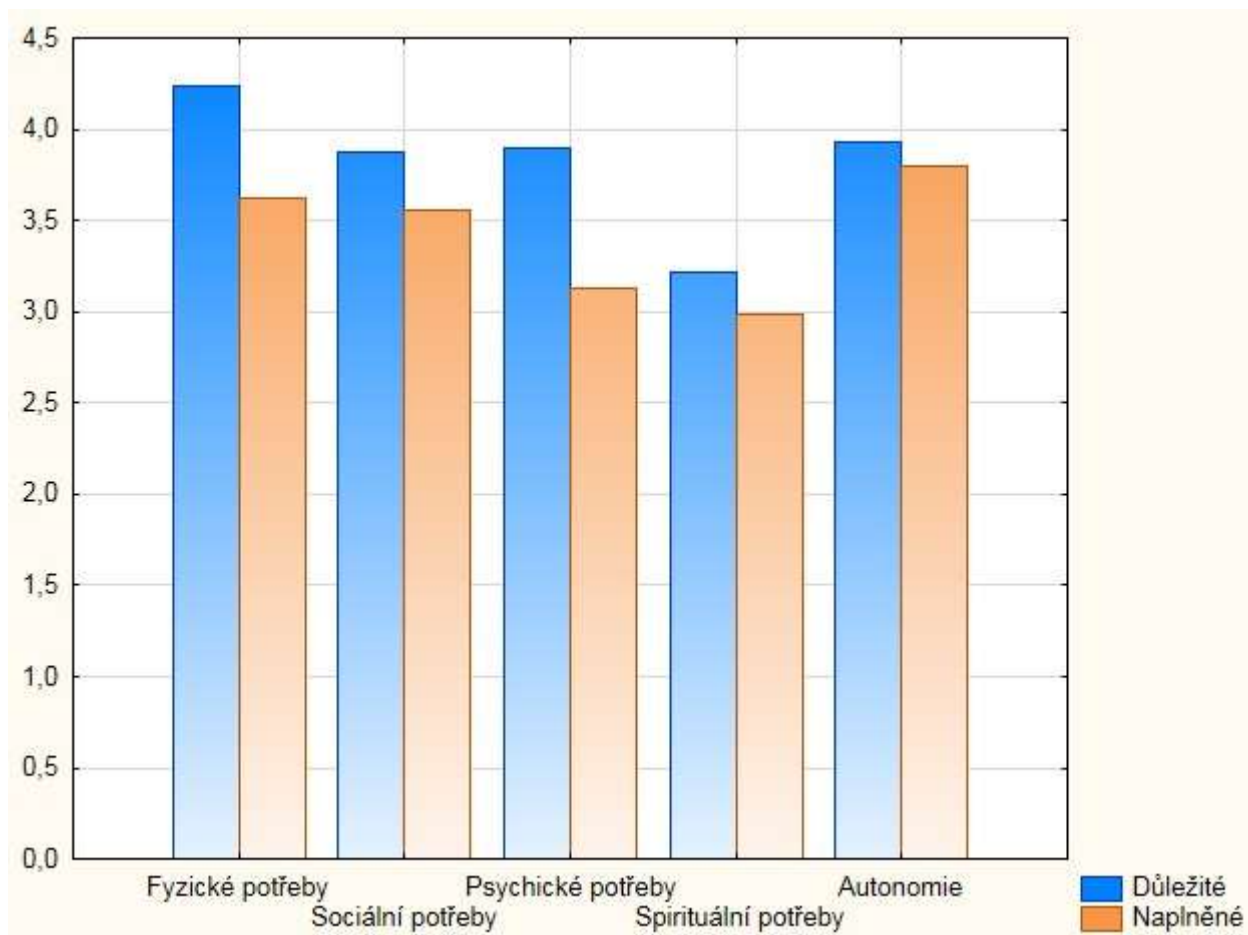
Z šetření vyplývá, že ze zkoumaných potřeb jsou pro respondenty vnímány jako nejdůležitější potřeby tělesné, nejsou však nejvíce naplněné.

Jako další je pro respondenty nejdůležitější potřeba autonomie a překvapivě je autonomie vnímána jako potřeba z uvedených potřeb nejvíce naplněna.

Psychické a sociální potřeby jsou vnímány podobně v míře své důležitosti, ale naplnění sociálních potřeb je vnímáno respondenty jako vyšší, naopak naplnění psychických potřeb je poměrně nízké. Nejnížší ve své důležitosti se ukázaly potřeby spirituální, které jsou také nejméně naplněny.

Kompletní zjištění týkající se zkoumaných potřeb uvádíme v následujícím grafu.

Graf 6 - Celkový přehled potřeb v jejich důležitosti a naplněnosti (graf z více proměnných)



Tabulka 11 - Výsledný přehled průměrných hodnot naplněnosti a důležitosti potřeb

Potřeby	Důležitost	Naplněnost
Tělesné	4,239	3,624
Sociální	3,877	3,553
Psychické	3,896	3,131
Spirituální	3,215	2,99
Autonomie	3,934	3,798

5.10 Výskyt deprese

Tabulka 12 - *Výsledek měření výskytu deprese dle škály GDS*

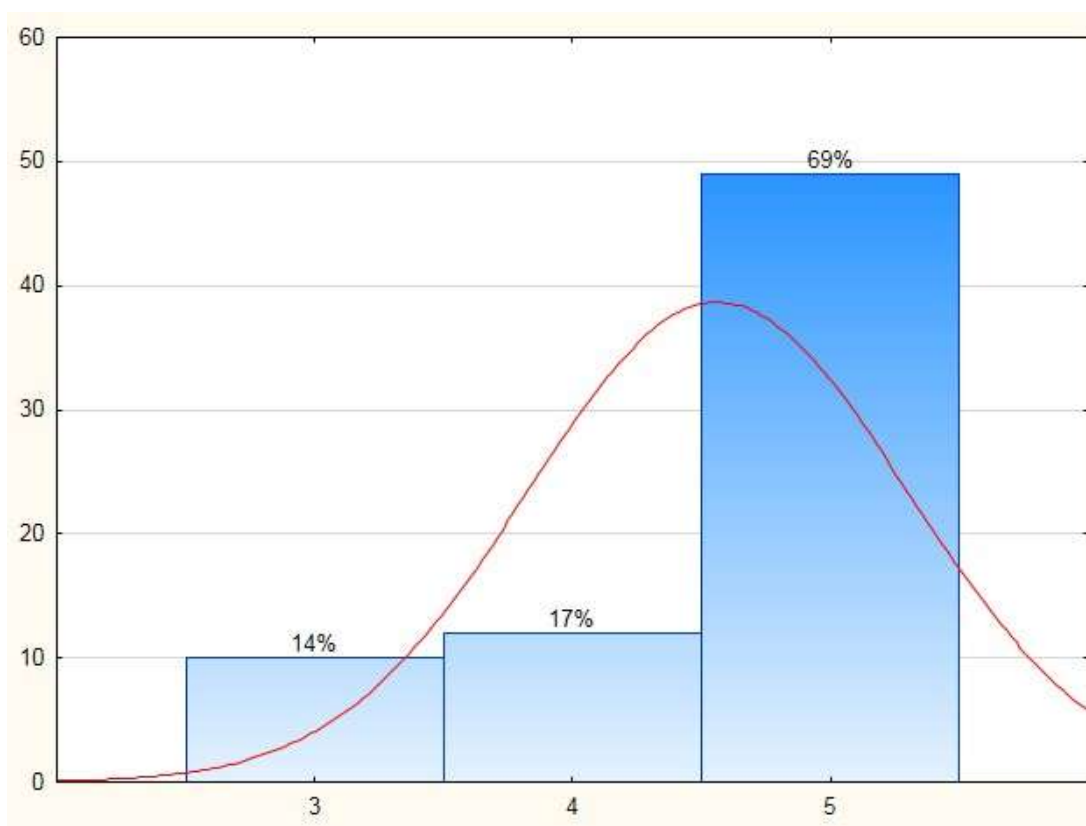
Normální afekt	34	48%
Mírná deprese	26	37%
Těžká deprese	11	15%
Celkem	71	100%

Z našeho výzkumu jsme zjistili, že 15% seniorů trpí příznaky těžké deprese, mírnou depresi vykazuje 37% seniorů pobývajících v pobytovém zařízení a normální afekt najdeme u 48% dotazovaných seniorů.

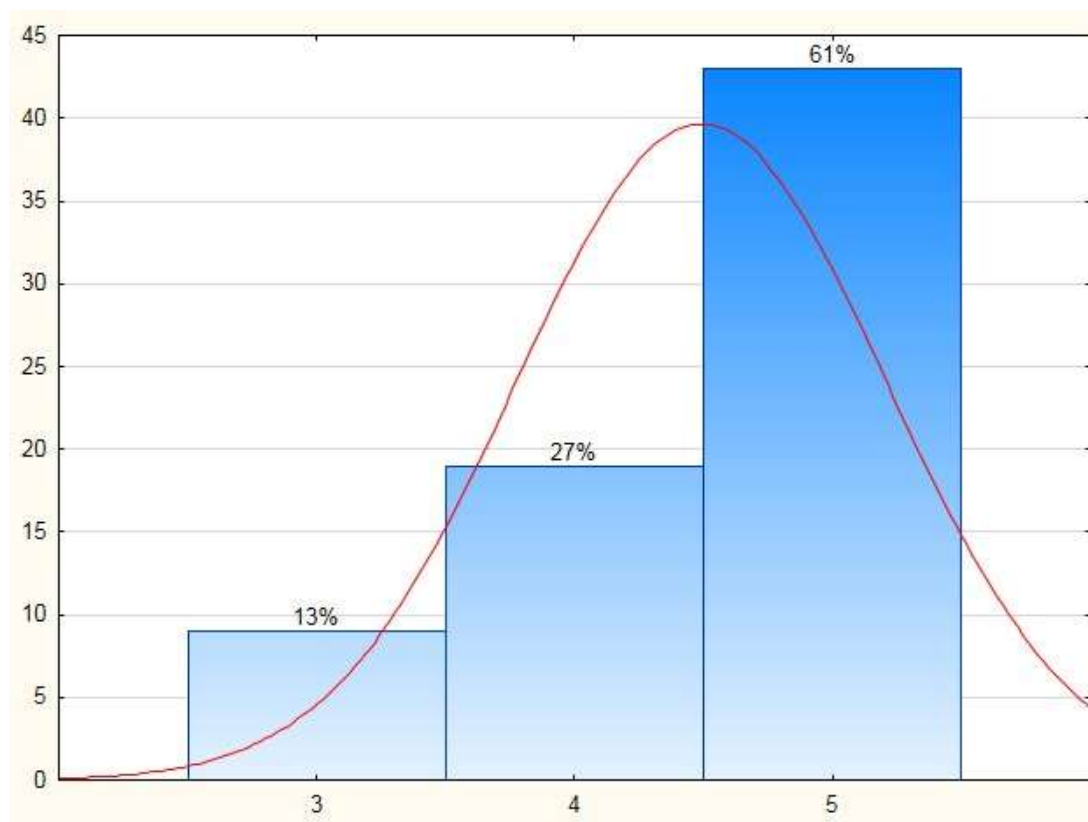
5.11 Spokojenost

V oblasti spokojenosti jsme zjišťovali jejich spokojenost respondentů s kvalitou stravy poskytované v zařízení, s denním režimem v zařízení a s čistotou a úklidem v prostorách zařízení. Následující tři tabulky nám sdělují, jak byly hodnoceny tyto položky.

Graf 7 - Spokojenost respondentů s kvalitou stravy

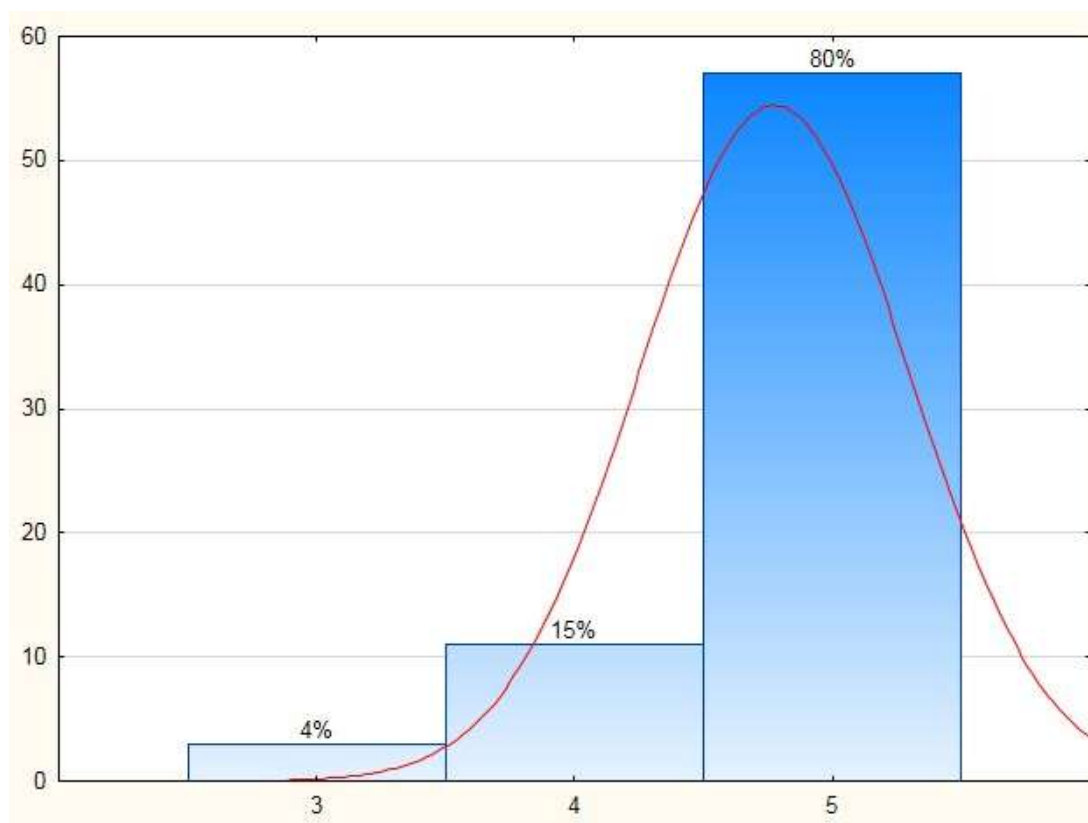


Na dotazované zhodnocení kvality stravy v pobytovém zařízení odpovědělo 69% seniorů s mírou nejvyšší spokojenosti, poměrně spokojeno se stravou bylo 17% a méně spokojeno 14%.

Graf 8 - Spokojenost respondentů s denním režimem

S nastavením denního režimu je spokojeno 61%.

Graf 9 - Spokojenost respondentů s čistotou zařízení



S čistotou zařízení je spokojena téměř většina respondentů, tedy 80%. 4% procenta vykazují nespokojenost.

5.12 Podněty respondentů pro zkvalitnění péče v daném zařízení

Na otevřenou otázku, co by se mělo v zařízení změnit, aby se klienti cítili lépe, odpovědělo ze 71 dotazovaných, pouze 20.

Nejčastěji 5x se vyskytovalo přání společenské místnosti, „k sezení se společnými obyvateli.“ Vyjádření naprosté spokojenosti s domovem 3x; 2x se připomínky týkaly podávaného jídla (chvála ale i jídlo je nedostatečně teplé), 2x bylo přáním respondentů lepší zdraví. Jako přání byly uvedeny i požadavky 1x na stolní fotbalík, 1x kulečnick, nebo naopak 2x přání mít více klidu a soukromí. Přání být doma „na svém baráčku“ bylo uvedeno 1x, stejně tak jako požadavek na osobního asistenta. 1x se vyskytl údaj s uvedením „...žádného přání, jen toho, aby už byl konec.“ Někteří respondenti na tuto položku neodpověděli a 2x uvedli, že neví, co by se mělo změnit.

5.13 Interpretace získaných dat

Zpracováním dotazníků Hodnocení vybraných potřeb a výskyt deprese u seniorů se nám podařilo dosáhnout stanovených výzkumných cílů.

Zjistili jsme, že respondenti, kteří se účastnili tohoto šetření, byli v převážné míře ve věku nad 81 let. Zajímavý je také údaj o převažujícím procentu žen a vdov v našem šetření. Výsledek četnosti návštěv rodiny a blízkých u seniora v zařízení je poměrně uspokojivý.

V oblasti zkoumání vybraným potřeb nám výsledky ukázaly, že pro respondenty je vysoká míra důležitosti nejen v potřebách tělesných, ale také v potřebě autonomie. Navíc jsme zjistili, že míra naplnění dosahuje nejvyšších hodnot právě v oblasti autonomie, nikoli tělesných potřeb. Z toho usuzujeme, že dobrý tělesný stav stárnoucího člověka je sice hlavním přáním seniora, ale z pohledu biologického stáří se velmi těžce tato potřeba naplňuje.

Naopak jako nejméně důležitá a také nejméně naplněná se ukázala v našem šetření potřeba spirituality.

Po vyhodnocení škály deprese u klientů v pobytových zařízeních je zřejmé, že poměrně překvapivě velká část seniorů trpí těžkou depresí. Normální afekt však vykazuje většina respondentů.

Vyhodnocení spokojenosti ve všech třech dotazovaných položkách (kvalita stravy, denní režim a čistota v zařízení), se jeví poměrně uspokojivě ve všech třech položkách.

Zajímavé byly reakce na otevřenou otázku, co by si klienti přáli, aby se změnilo a cítili se v zařízení lépe. Přestože v obou zařízeních jsou minimálně dvě společenské místnosti, respondenti si přáli další společné prostory, kde by se mohli setkávat. To svědčí o silné potřebě sociálních vazeb a kontaktů.

5.14 Diskuze

V rámci komplexnějšího obrazu dané problematiky, uvádíme několik závěrů z výzkumu, Senioři ve společnosti, který byl realizován v rámci Moravsko-slezské studie. Ve výsledku této studie (Sýkorová, 2007, s. 100), senioři samotní vztahovali svůj fyzický zdravotní stav k míře své autonomie. V souladu s výsledky této studie senioři ve stáří definují autonomii v totožnosti se svým zdravím. Jak jsme již uvedli, autonomii senioři chápou také jako mít možnost řídit si svobodně své aktivity a moci prosazovat své vlastní názory.

ZÁVĚR

Cíle naší práce, které jsme si na počátku výzkumu stanovili, jsme splnili ve všech oblastech zkoumaných jevů, a to jak ve zjištění míry důležitosti, tak i naplněnosti vybraných potřeb. Také ostatní dílčí cíle byly naplněny.

Věříme, že toto šetření bude přínosné nejen pro zúčastnění domovy, ale i pro ostatní zařízení podobného typu. Jsme si vědomi, že naše šetření je otevřené i pro další zpracování. Nabízí další možnosti vzhledem k závažnosti zkoumaných oblastí. Některé jednotlivé položky by si zasloužily podrobnější zkoumání, především ve smyslu jejich vzájemné souvislosti. Např. vliv četnosti návštěv rodiny a přátel na výskyt deprese u seniorů. Vzhledem k rozsahu a zaměření této práce však tyto souvislosti nepopisujeme.

Máme za to, že výsledky šetření mohou přispět ke kvalitnějšímu přístupu pracovníků sociální a zdravotní péče v domovech pro seniory.

[1] SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DYLEVSKÝ, I., TROJAN, 1990. *S. Somatologie*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0026-
- [2] GEIST, Bohumil. 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing. ISBN 80-85605-28-7
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Hana. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-8710-919-9
- [4] CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [5] LUŽNÝ, Jan. 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-573-2
- [6] MATOUŠEK, Oldřich; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ, Pavla. 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0
- [7] MOŽNÝ, Ivo. 1999. *Sociologie rodiny*. Praha: SLON. ISBN 80-85850-75-3
- [8] MUSIL, Jiří a kol. 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie*. Olomouc: Portál. ISBN 80-244-1153-9
- [9] MÜHLPACHR, Pavel. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno:MU. ISBN 80-210-3345-2
- [10] PIDRMAN, Vladimír; KOLIBÁŠ, Eduard. 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X
- [11] PROBSTOVÁ, Václava; PĚČ, Ondřej. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3
- [12] SAK, Petr; KOLESÁROVÁ, Karolína. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5
- [13] SMOLÍK, Petr. 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. Olomouc: Tava. ISBN 80-85912-18-X
- [14] SÝKOROVÁ, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří*. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-62-5

[15] VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3

[16] VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5

Internetové zdroje:

Elsevier B.V. In: sciencedirect.com [online] JAKEŠOVÁ, Jitka. Assessment of the needs and feelings of depression of seniors in residential social services. 2015-03-29 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815008551>

WINKLER, Jiří. Společenské instituce a jednání člověka. In: Munní [online]. 2011 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://fsslvt.fss.muni.cz/~winkler/kapitola6.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

GDS 15 Geriatric depression scale

CV FHS UTB Centrum výzkumu Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati

(IQL) Dotazníky Index Quality of Life

MKN (10) Mezinárodní klasifikace nemocí

Vlastní zkratky potřeb použité pro přehlednost zpracování dat

FD Potřeby fyzické důležité

FN Potřeby fyzické naplněné

SD Potřeby sociální důležité

SN Potřeby sociální naplněné

PD Potřeby psychické důležité

PN Potřeby psychické naplněné

SPD Potřeby spirituální důležité

SPN Spirituální naplněné

AD Potřeba důležitosti autonomie

AN Naplněnost autonomie

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - *Důležitost tělesných potřeb (FD)*

Tabulka 2 - *Naplněnost tělesných potřeb (FN)*

Tabulka 3 - *Důležitost sociálních potřeb (SD)*

Tabulka 4 - *Naplněnost sociálních potřeb (SN)*

Tabulka 5 - *Důležitost psychických potřeb (PD)*

Tabulka 6 - *Naplněnost psychických potřeb (PN)*

Tabulka 7 - *Důležitost spirituálních potřeb (SPD)*

Tabulka 8 - *Naplněnost spirituálních potřeb (SPN)*

Tabulka 9 - *Důležitost autonomie (AD)*

Tabulka 10 - *Naplněnost potřeby autonomie (AN)*

Tabulka 11 - *Výsledný přehled průměrných hodnot naplněnosti a důležitosti potřeb*

Tabulka 12 - *Výsledek měření výskytu deprese dle škály GDS*

Graf 1 - Znárodnění pohlaví respondentů.

Graf 2 - Přehled věkového rozložení respondentů

Graf 3 - Přehled rodinného stavu respondentů

Graf 4 - Přehled odpovědí respondentů, zda mají děti

Graf 5 - Přehled návštěv u respondentů

Graf 6 - Celkový přehled potřeb v jejich důležitosti a naplněnosti

Graf 7 - Spokojenost respondentů s kvalitou stravy

Graf 8 - Spokojenost respondentů s denním režimem

Graf 9 - Spokojenost respondentů s čistotou zařízení

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1 DOTAZNÍK

Tabulka - krok 1.

Nejdříve vyjádřete, jak jsou pro Vás jednotlivá tvrzení DŮLEŽITÁ :

1 - představuje nejméně důležité, zatímco 5 -nejvíce důležité

(vyplňte postupně celý první sloupec)

krok 2. **Dále vyjádřete, jak jsou u Vás jednotlivá tvrzení NAPLNĚNA :**

kdy 1 - představuje nejméně a 5 - nejvíce naplněné (vyplňte postupně druhý sloupec)

	1-nejméně důležité 5-nejvíce důležité					1-nejméně naplněné 5-nejvíce naplněné				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Být schopen pečovat o své tělo.						1	2	3	4	5
7. Být schopen zvládnout bolest.						1	2	3	4	5
8. Být schopen dostatečného spánku.						1	2	3	4	5
9. Mít zaplněný den společenskou aktivitou.						1	2	3	4	5

10. Dostávat podporu od zdravotních pracovníků.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Mít v přítomnosti blízkého člověka.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Vyrovnat se s nemocí.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Vyrovnávat se s tělesnými změnami.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Vyrovnat se se závislostí na ostatních lidech.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Možnost účastnit se náboženských bohoslužeb.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Mít smysl života.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Mít pozitivní náhled na život.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Možnost rozhodovat se.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Mít vlastní soukromí.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Pokračování v obvyklých aktivitách.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil v posledním týdnu.

21. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	Ano	Ne
22. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	Ano	Ne
23. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	Ano	Ne
24. Nudíte se často?	Ano	Ne
25. Jste většinou v dobré náladě?	Ano	Ne
26. Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	Ano	Ne
27. Cítíte se většinou šťastný/á?	Ano	Ne
28. Cítíte se často bezmocný/á?	Ano	Ne
29. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	Ano	Ne
30. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?	Ano	Ne
31. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	Ano	Ne
32. Připadáte si zbytečný/á?	Ano	Ne
33. Cítíte se pln/a energie?	Ano	Ne
34. Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	Ano	Ne
35. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	Ano	Ne

Prosím, zakroužkujte, jak jste s danou oblastí SPOKOJENÝ:	nejméně (1)				
	nejvíce (5)				
40. Kvalita stravy ve Vašem zařízení.	1	2	3	4	5
41. Denní režim užívaný ve Vašem zařízení (čas podávání jídla, doba spánku, aktivity, apod.)	1	2	3	4	5
42. Úklid a čistota pokojů ve Vašem zařízení.	1	2	3	4	5

43. Uveďte, co by Vám pomohlo, abyste se ve vašem zařízení cítil/a lépe?

.....

Ještě jednou děkuji za Váš čas strávený při vyplnění dotazníku

