

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Depresivní stavy institucionalizovaných seniorů

Michaela Vrzalová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Vrzalová**
Osobní číslo: **Z14103**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Depresivní stavy institucionalizovaných seniorů**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
2. DLABALOVÁ, Irena, KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
3. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
4. TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. 1. vyd., dotisk. Praha: Galén, 2010, 270 s. ISBN 978-80-7262-365-6.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**

Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **21. července 2017**



prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.



PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 17. 7. 2017

Vrzalová Michaela

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce Mgr. Vlastimile Semencové za spolupráci, odborné vedení, ochotu a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat vedení a personálu domova pro seniory v krajském městě za umožnění výzkumu v jejich zařízení. A především děkuji mé rodině a mému příteli za podporu nejen při psaní této práce, ale i v průběhu celého studia.

ANOTACE

Obsahem této bakalářské práce je náhled do problematiky depresivních stavů seniorů. Především je zaměřena na depresivní stavy seniorů v institucích a to konkrétně v domovech pro seniory. Zabývá se možností souvislosti institucionalizace se vznikem depresivních stavů. Nahlíží také na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stárnutí, stáří, senior, institucionalizace, sociální služby, deprese

TITLE

Depressive conditions of institutionalize seniors

ANNOTATION

The content of this thesis is a preview into the issue of depressive states of seniors. Above all, it is focused on the depressive states of seniors in institutions and in particular in Senior homes. It deals with the possibility of a connection of institutionalization with the occurrence of depression. It also looks at the quality of life of seniors in Senior homes.

KEYWORDS

Aging, old age, senior, institutionalization, social services, depression

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	14
I TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Stáří a stárnutí	15
1.1 Základní pojmy a periodizace stáří	15
1.2 Životní změny ve stáří, aspekty stárnutí	17
1.3 Strategie chápání vlastní role ve stáří.....	17
2 Sociální služby pro seniory	19
2.1 Sociální služby	19
2.2 Bydlení, umístění do domova pro seniory	20
2.3 Domovy pro seniory.....	22
2.4 Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.....	23
3 Depresivní stavy	25
3.1 Deprese, příznaky.....	25
3.2 Diagnostika, vyšetření.....	26
3.3 Terapie.....	27
II VÝZKUMNÁ ČÁST	29
4 Výzkumné otázky	29
5 Metodika výzkumu	30
5.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	30
5.2 Sběr dat.....	30
5.3 Dotazníkové šetření.....	30
5.4 Metody použitých analýz	31
6 Prezentace a interpretace dat.....	32
6.1 Vyhodnocení GDS-15	32
6.2 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku.....	48

7	Diskuze	65
7.1	Limity a doporučení pro další výzkumné šetření	69
8	Závěr	70
9	Použitá literatura	72
10	Přílohy.....	74

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Graf znázorňující spokojenost respondentů se svým životem	32
Obrázek 2 Graf znázorňující zanechání činností a zájmů respondenty	33
Obrázek 3 Graf znázorňující pocit prázdnoty života respondentů	34
Obrázek 4 Graf znázorňující pocit nudy respondentů	35
Obrázek 5 Graf znázorňující dobrou náladu respondentů	36
Obrázek 6 Graf znázorňující obavy respondentů, že se jim přihodí něco zlého.....	37
Obrázek 7 Graf znázorňující pocit štěstí respondentů	38
Obrázek 8 Graf znázorňující pocit bezmocnosti respondentů	39
Obrázek 9 Graf znázorňující, zda respondenti zůstávají raději doma, než aby vyšli ven a dělali něco nového	40
Obrázek 10 Graf znázorňující problémy respondentů s pamětí	41
Obrázek 11 Graf znázorňující dojmy respondentů z života v dnešní době	42
Obrázek 12 Graf znázorňující pocit zbytečnosti respondentů	43
Obrázek 13 Graf znázorňující energii respondentů	44
Obrázek 14 Graf znázorňující beznadějnost situace respondentů	45
Obrázek 15 Graf znázorňující dojmy respondentů, že se většině lidí vede lépe než jim samotným.....	46
Obrázek 16 Graf znázorňující vyhodnocení GDS-15	47
Obrázek 17 Graf znázorňující pohlaví respondentů	48
Obrázek 18 Graf znázorňující věk respondentů	49
Obrázek 19 Graf znázorňující délku pobytu v DPS	51
Obrázek 20 Graf znázorňující důvod nespokojenosti respondentů s životem v DPS.....	54
Obrázek 21 Graf kladného hodnocení života v DPS	55
Obrázek 22 Graf záporného hodnocení života v DPS	56
Obrázek 23 Graf znázorňující to, co seniorům v DPS chybí.....	57
Obrázek 24 Graf znázorňující možnost aktivit v DPS.....	59
Obrázek 25 Graf znázorňující zapojení se respondentů do aktivit, poskytovaných DPS.....	60
Obrázek 26 Graf znázorňující důvod nezapojování respondentů do aktivit.....	61
Obrázek 27 Graf znázorňující přítomnost přátel respondentů v DPS	62
Obrázek 28 Graf znázorňující touhu vídat příbuzné častěji	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rodinný stav respondentů.....	50
Tabulka 2 Důvod pobytu respondentů v DPS	52
Tabulka 3 Spokojenost respondentů s životem v DPS	53
Tabulka 4 Využití volného času respondentů.....	58
Tabulka 5 Kontakt s rodinou	63

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Barthelův test základních všedních činností (Activities of daily living)
ATB	Antibiotika
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
DPS	Domov pro seniory
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
FW	Sedimentace erytrocytů
GDS-15	Geriatrická škála deprese dle Yessavage (The Geriatric Depression Scale)
GIT	Gastrointestinální trakt
HIV	Lidský virus imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)
HSDD	Hypoaktivní sexuální touha (Hypoactive sexual desire disorder)
KO	Krevní obraz
L-dopa	Levodopa (L-3,4-dihydroxyphenylalanine)
MMSE	Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Exam)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Selective serotonin reuptake inhibitors)
TDS	Syndrom nedostatku testosteronu (Testosterone deficiency syndrome)
TSH	Thyreotropní hormon
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ÚVOD

„Ze všech vášní duše škodí tělu nejvíce smutek.“

Tomáš Akvinský

V literatuře je stáří často nazýváno podzimem života, kdy má člověk především užívat a dohánět to, co za dosavadní život nestihl. Jsou to hlavně zájmové činnosti, cestování, čas strávený s vnoučaty či přáteli. Ve stáří ale přibývá i negativních životních událostí, se kterými se člověk musí vyrovnávat. Nejedná se pouze o odchod do starobního důchodu a tím mnohdy omezení mezilidské komunikace, ale vlivem involučních změn nastává řada psychických a především fyzických omezení. Mnozí senioři jsou pak závislí na péči svých blízkých, nebo jsou umístěni v některé z institucí.

Odchod do domova pro seniory (dále jen DPS) představuje zásadní změnu životního stylu. Adaptace na nové prostředí je u každého jedince rozdílná. Pro některé se může stát odchod do instituce signálem blížícího se konce života. Reakcí na takovou změnu často bývají právě deprese.

Přestože je deprese závažná a dlouhotrvající porucha psychiky, ve stáří bývá často přehlížena, nediodnostikována a tudíž i neléčena. Přitom právě ve stáří je výskyt deprese vyšší než v jiných vývojových obdobích. Její příznaky jsou často považovány za běžný projev stáří.

Šenkýřová (2013, s. 6) píše, že deprese výrazně snižuje kvalitu života a životní spokojenost. Zvyšuje riziko zneužívání alkoholu, léků, sebezanedbávání a sebevražedného jednání. Přitom na rozdíl od řady tělesných nemocí je deprese dobře léčitelná. Mnohdy stačí, aby si rodina, přátelé nebo pečující personál zavčas všimli déletrvajících změn v chování seniora a upozornili na ně lékaře.

Téma bakalářské práce jsem zvolila na základě vlastní zkušenosti a potřeby přiblížit lidem pocity seniorů žijících v instituci, jakou je DPS, a upozornit na depresivní stavy, které se objevují v souvislosti s pobytem.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit vliv životních podmínek na výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v DPS v krajském městě. Dílčími cíli je zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny vzniku depresivních stavů, jak senioři subjektivně hodnotí kvalitu života v domově a jaká jsou preventivní opatření, respektive jaké aktivity zařízení poskytuje v rámci prevence.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou a výzkumnou. Obsahem teoretické části jsou tři kapitoly, kde jsou shrnuty nejdůležitější teoretické poznatky k danému tématu práce. První kapitola se zabývá stárnutím a stářím, rozdělením tohoto vývojového období, změnami, které s sebou přináší a schopností ho přijmout.

Druhá kapitola představuje systém sociálních služeb v České republice. Podrobněji se zaměřuje na DPS, kvalitu života v nich a schopnost seniorů adaptace na umístění do instituce.

Třetí kapitola se zabývá depresivními stavy. Vymezuje deprese, její příznaky, vyšetření a možnou terapii.

Obsahem výzkumné části jsou výzkumné otázky, zvolená metodika práce, charakteristika výzkumného vzorku, zpracování a prezentace výsledků dotazníkového šetření.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zjistit vliv životních podmínek na výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v domově pro seniory.

Dílčí cíle:

Zmapovat nejčastější příčiny depresivních stavů u zkoumaného vzorku respondentů.

Zjistit subjektivní pohled na kvalitu života v domově pro seniory.

Zjistit preventivní opatření vzniku depresivních stavů, která domov pro seniory využívá.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Základní pojmy a periodizace stáří

„Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy“ (Dvořáčková, 2012, s. 9).

Mladí lidé a také většina osob ve středním věku si stáří představují jako ztrátu možností a radostí života, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, neschopnost a závislost na druhých, omezení kontaktů s okolním prostředím, samotu a nesčetné množství různých chorob. Takové ale stáří být nemusí. Je to období vysoce individuální s velkými rozdíly. Jako každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje, to si musíme uvědomit a neodsuzovat stáří hned. Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí i zdravě a klidně stárnout. Proto se hovoří o umění stárnout, je to záležitost týkající se každého z nás. Model nesoběstačnosti ve stáří se nemusí automaticky týkat všech. Pro mnoho lidí je stáří jedním z nejkrásnějších životních období, protože mají volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli (Malíková, 2011, s. 13–16).

Stářím a stárnutím se zabývá několik oborů. Mimo jiných to jsou gerontologie a geriatrie. Gerontologie je nauka zabývající se obecně problematikou stáří a stárnutí. Zkoumá je z pohledu biologického, demografického, sociálního a z mnoha dalších aspektů. Geriatrie je samostatný medicínský obor zahrnující prevenci, diagnostiku, léčbu, specifickou rehabilitaci a geriatrické ošetřovatelství s cílem optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 12–13).

Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická (Malíková, 2011, s. 15).

Stárnutí lze také chápat jako cestu do stáří, člení se na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí je normální součástí života a zákonitost ontogeneze. Patologické stárnutí je stárnutí předčasné, kdy je kalendářní věk nižší než věk biologický neboli funkční a projevuje se sníženou soběstačností (Malíková, 2011, s. 14–15).

Periodizace stáří je obtížná, tradičně však rozlišujeme stáří na kalendářní, biologické a sociální. Nejčastěji je používán věk kalendářní, který je odvozen od data narození, nevypovídá však ani o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka (Dvořáčková, 2012, s. 11).

Klasifikace stáří dle WHO:

- 60–74 let rané stáří,
- 75–89 let vlastní stáří, senium,
- 90 let a více dlouhověkost (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 25).

Nejčastěji uváděné dělení chronologického stáří:

- 65 až 74 let – mladí senioři,
- 75 až 84 let – staří senioři,
- 85 let a více – velmi staří senioři (Höschl, Štěpánková, Vidovičová a kol., 2014, s. 169).

Biologické stáří (též funkční věk) je dáno dle dosažení určité míry involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. Není jasně stanovená hranice, neexistují přesná kritéria pro biologické stáří. Mezi involuční změny se řadí pokles výkonnosti, míra funkčního zdraví a změny postavy (v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla), postoje (v důsledku svalové ochablosti), chůze, vlasů, pokožky, chrupu, fyziognomie obličeje, chování, dále subjektivní vnímání výkonnosti a životní perspektivy. Významným faktorem biologického stáří je subjektivní vnímání věku, související i s vnímáním úbytku či naopak dostatku sil, potenciálu zdraví (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 25–26).

O sociálním stáří lze hovořit na základě sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu a typických životních událostí pokročilého věku (penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnanost, odchod dětí z orientační rodiny, ovdovění apod.). Počátkem sociálního stáří je obvykle odchod do důchodu či věk vzniku nároku na starobní důchod (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 25–26). Neméně významnou roli však hraje i tzv. „syndrom prázdného hnízda“, který se definuje jako osamostatnění dospělých dětí a narození vnoučat (Dvořáčková, 2012, s. 10).

1.2 Životní změny ve stáří, aspekty stárnutí

Průběh stárnutí a stáří ovlivňuje celá řada okolností, které rozhodují o tom, jak u konkrétního jedince stárnutí probíhá a jak se s ním dotyčný člověk vyrovnává. To je ovlivněno především jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije nebo reakcemi okolí (Malíková, 2011, s. 18–19). Existují tři úrovně změn ve stáří: tělesné, psychické a sociální. Je třeba připomenout jejich vzájemné prolínání a ovlivňování se, např. nelze zamítnout tvrzení, že tělesné změny působí na psychiku člověka (Venglářová, 2007, s. 12).

Mezi nejčastější tělesné změny řadíme změny vzhledu (např. vrásky a stařecké skvrny), úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů a degenerativní změny smyslů (např. snižuje se chuť, zhoršuje se vidění do blízka a zraková ostrost, vzniká stařecká nedoslýchavost), kardiopulmonální změny (klesá srdeční výkonnost při zátěži, vzniká izolovaná systolická hypertenze), změny GIT (např. klesá tvorba slin, snížená peristaltika vede často k zácpě), změny vylučování moči (např. močová inkontinence), změny sexuální aktivity (např. HSDD, TDS) nebo snížení kvality zubů v důsledku změn v minerálovém hospodářství (Venglářová, 2007, s. 12; Malíková, 2011, s. 19–20; Jarošová, 2006, s. 22–31).

Do psychických změn můžeme zařadit zhoršení paměti (snížení kognitivních a gnostických funkcí), obtížnější osvojování nového (pokles zájmu), nedůvěřivost, sníženou sebedůvěru, emoční labilitu (např. výkyvy nálad nebo proměnlivost rozhodnutí), změny vnímání a zhoršení úsudku, zvýraznění povahových vlastností a osobních projevů (většinou těch negativních) a změny v pořadí životních hodnot (rodina, zdraví, duchovní hodnoty).

Mezi sociální změny dále pak řadíme odchod do penze, změny životního stylu (např. omezení provozování společenských, kulturních a jiných aktivit), stěhování, generační osamělost (nejčastěji úmrtí partnera), finanční obtíže (zhoršení finančního zabezpečení, limitace výší penze), sociální izolace, vliv ageismu (Venglářová, 2007, s. 12; Malíková, 2011, s. 19–20; Jarošová, 2006, s. 22–31).

1.3 Strategie chápání vlastní role ve stáří

V každém věku, a ve stáří obzvlášť, je nutné naučit se přijímat svá omezení a směřovat energii k jiným životním hodnotám, opírat se o drobné radosti a celkově přijímat sebe sama (Dvořáčková, 2012, s. 16).

Pět strategií, jak zvládat stáří:

1. Konstruktivní strategie

Člověk akceptuje svá omezení, je přizpůsobivý, optimistický, snaží se být aktivní, snadno navazuje kontakty a je přátelský.

2. Strategie závislosti

Člověk je více pasivní, nerozhodný, podřizuje se více vlivu okolí, má rád své soukromí, je nesdílný.

3. Strategie obranná

Člověk odmítá přijmout změny stáří, odmítá pomoc druhých, příliš se emočně kontroluje, chová se odměřeně, je přehnaně aktivní, nechce nic měnit a bývá konfliktní.

4. Strategie hostility

Člověk je nepřátelský vůči všemu a všem. Chce být litován, viní ze svého stavu druhé, neustále si na něco stěžuje, nikdy není spokojen, je často podezíravý, agresivní, nerozumí si s mladými lidmi (Dlabalová, Klevetová, 2008, s. 31–33).

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

2.1 Sociální služby

Poskytování sociálních služeb se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „*Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.*“ (§ 1 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb.)

Základní zásady poskytování sociálních služeb dle zákona nám říkají, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství, rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálních potřeb osoby, musí podporovat rozvoj samostatnosti a motivovat ke zlepšení sociální situace a posilovat její sociální začlenění. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a tak kvalitně, aby bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Matoušek a kol., 2007, s. 39).

Základní druhy a formy sociálních služeb:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Formy poskytování sociálních služeb:

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

Zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- DPS,
- domovy se zvláštním režimem,
- ostatní.

Do kategorie DPS současná legislativa zahrnuje dříve užívané typy služeb: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce (Matoušek a kol., 2007, s. 89).

V souvislosti s umístěním seniorů do zařízení sociálních služeb se v poslední době často hovoří o tzv. deinstitucionalizaci. Deinstitucionalizace sociálních služeb se snaží přejít k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. Tato podpora je zajištěna pomocí terénních a ambulantních služeb (Malíková, 2011, s. 32). Kromě toho, že terénní služby umožňují setrvat seniorům ve svých domovech, jsou i výrazně levnější než pobytové služby. Rovněž ambulantní služby, které umožňují především rodinným příslušníkům či osobám starajícím se o seniora kombinovat péči se zaměstnáním, fungují obdobně jako tzv. respitní, odlehčovací péče (Čeledová, Čevela, Kalvach, Holčík, Kubů, 2014, s. 215).

„Třebaže lze v institucích poskytnout fyzické bezpečí, jídlo a střechu nad hlavou, nemohou nabídnout pocit spokojenosti a úspěchu, který je spojen se začleněním do společnosti, s možností být milován a oceňován přáteli a příbuznými. Je pozoruhodné, jak často zranitelné osoby přirovnávají ústavy k vězení a jak touží po „normálním životě“ doma – nikoli v domově. Jeden bývalý uživatel ústavní péče tuto skutečnost popsal těmito slovy: Dokonce i kousek chleba doma chutná lépe.“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013, s. 15)

2.2 Bydlení, umístění do domova pro seniory

Jednou z nejdůležitějších potřeb všech lidí je domov, místo soukromí a bezpečí. Je to jeden ze základních předpokladů kvalitního života (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 100).

Stárnutí doma, to je to, co si lidé nejvíce přejí. Jde především o zachování soběstačnosti a autonomie, jenomže ne vždy je to možné. Mnoho seniorů potřebuje dříve či později pomoc rodiny či pečovatelských služeb (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 103).

Přestěhování v seniorském věku se stává specifickým gerontologickým problémem. Jde o závažný stresor. Pro seniora představuje tato situace velkou zátěž nejen emoční, ale jedná se také o ztrátu automatizmů, stereotypů nebo podvědomých orientačních samozřejmostí. Adaptace po přestěhování může trvat, podle některých studií, dokonce až dva roky. U seniorů stěhujících se „nedobrovolně“ může taková situace vést až k výrazné maladaptaci

s psychosomatickými projevy. V některých případech se můžeme setkat i s delirantními stavy či poruchami chování (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 102).

U seniorů jsou při stěhování důležité tyto okolnosti:

- včasnost – senior by se neměl stěhovat pod tlakem nezvládnutelných okolností, stěhování by mělo být načasováno dle funkčních a ekonomických možností,
- dobrovolnost – senior by měl souhlasit se stěhováním, aktivně se zapojit, nebýt pasivní objekt nátlaku rodiny,
- chtěnost – senior se sám chce stěhovat, dokáže se ztotožnit s novým prostředím, líbí se mu,
- výhodnost – výhody nového bydlení např. nižší finanční náklady, bezbariérový přístup, dostupnost potřebných služeb apod.,
- seznámení a připravenost – senior by měl znát informace o novém bydlení, být připravený na přestěhování a zajistit si potřebné formality,
- zabydlování – např. navázání sousedských vztahů (Čeledová, Čevela, Kalvach, 2012, s. 102).

Umístění do DPS popřípadě do jiné instituce je zlomový okamžik v životě seniora. Pro starého člověka tato změna životního stylu představuje velkou zátěž a to z několika důvodů:

- ztráta osobního zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity, ztráta pocitu bezpečí,
- ztráta autonomie a soběstačnosti,
- umístění do zařízení je chápáno jako signál blížícího se konce života.

Reakcí na takovou zátěž bývá zhoršené emoční ladění, projevující se jako deprese, apatie, vyhasnutí jakéhokoliv pozitivního očekávání nebo ztráta smyslu žití. Staří lidé se hůře přizpůsobují, a proto je pro ně každá změna nepříjemná (Vágnerová, 2007, s. 419–420).

Nejčastějším důvodem přestěhování se do DPS je zhoršení zdravotního stavu, tedy nezvládnutí domácích prací a sebeobsluhy. Adaptace na nové prostředí probíhá dle Vágnerové (2007, s. 422) v několika fázích a její průběh závisí primárně na motivaci a postoji daného člověka. Pokud stěhování není iniciativa přímo seniora, ale např. na popud jeho rodiny, nelze očekávat jeho pozitivní přístup.

Adaptace na nedobrovolné umístění do instituce probíhá ve třech fázích:

1. Fáze odporu jako obranná reakce na situaci, protest, doprovázející pocitem frustrace, negativními emocemi, agresivitou a nezájmem.
2. Fáze zoufalství a apatie jako následek nikam nevedoucího odporu, rezignace na vše, někteří přetrvávají v této fázi až do konce života.
3. Vytvoření nové pozitivní vazby např. prostřednictvím navázání vztahů s personálem či obyvateli DPS, zabydlení se, zvládnutí nového režimu, možno i prostřednictvím zvířat (psi, kočky, rybičky apod.).

Adaptace na dobrovolné umístění do instituce bývá méně problematická a probíhá ve dvou fázích:

1. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu, kdy se člověk orientuje v novém prostředí a utváří si postoj k novému bydlení.
2. Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu, získávání nových sociálních kontaktů (Vágnerová, 2007, s. 422–433).

2.3 Domovy pro seniory

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (§49 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb.)

Základní činnosti poskytované DPS:

- ubytování,
- strava,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§49 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb.).

Klientům DPS jsou služby poskytovány na základě individuálního plánu, vytvořeného společně s klientem. Individuální plán a sociální standardy jsou důležité jako záruka ochrany a dodržování práv. Všechny služby jsou poskytovány za účelem podpory či udržování

soběstačnosti klienta, podpory vlastní aktivity a dosažení co nejvyšší nezávislosti (Malíková, 2011, s. 32–33).

Podle zákona jsou sociální služby poskytovány bez úhrady nákladů nebo za částečnou či plnou úhradu nákladů. To vše vychází ze smlouvy, kterou uzavře klient s poskytovatelem služby. Za pobytové služby, jakou je DPS, hradí klient úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Klientovi musí však zůstat po úhradě služby alespoň 15 % jeho příjmu. Úhrada za péči se při poskytování pobytových služeb stanoví ve výši přiznaného příspěvku na péči (Matoušek a kol., 2007, s. 77).

2.4 Kvalita života seniorů v domovech pro seniory

Kvalita života obecně může být chápána jako výsledek působení mnoha faktorů – sociálních, zdravotních či ekonomických. Důležitou roli hraje i životní prostředí.

Kvalita života seniorů v DPS je určena mnoha objektivními i subjektivními faktory. Velmi souvisí s osobností člověka, životním stylem, prožitými životními událostmi a zkušenostmi, zdravotním stavem, schopností zvládat zátěžové životní situace apod.

V současné době je na kvalitu poskytovaných sociálních služeb kladen velký důraz. Kvalitní služba, dle Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV), vychází z požadavků, očekávání a osobních cílů klienta a je poskytována tak, aby nebyla porušována lidská práva. Poukazuje nejen na individuální potřeby klientů a individuální přístup při zajišťování potřeb seniorů, ale i na vzdělávání a zvyšování kompetencí klíčových pracovníků.

Jako jeden z hlavních úkolů MPSV v oblasti sociálních služeb je zajistit ochranu zranitelných skupin obyvatelstva před neodborně poskytnutou službou, porušováním práv, zneužíváním postavení personálu, přiblížení podmínek pro poskytování sociální služby současné úrovni poznání i změnám ve společnosti, a v požadavcích na kvalitu života zejména zajistit autonomii a důstojnost uživatelů. Za tímto účelem byly vytvořeny Standardy kvality sociálních služeb (viz příloha A) popisující, jak má vypadat kvalitní sociální služba s důrazem na osobní cíle uživatelů služeb.

Pro kvalitu života v každém věku, a ve stáří obzvlášť, je rozhodující zdravotní stav. V seniorském věku se spolu s vnímáním osobní i společenské pohody dostává do popředí hodnotový systém. Pro seniora přitom více jak přítomnost nějaké nemoci je důležitý stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Právě senioři se sníženou soběstačností, pro které není bezpečné žít v domácím prostředí, jsou postaveni před velmi náročné rozhodnutí – strávit

zbytek svého života v DPS. V tomto novém prostředí se pak musí přizpůsobit tamním podmínkám, což pro mnohé seniory není jednoduché. Proto je důležité zvyšovat kvalitu života seniorů v DPS a poskytnout jim tak spokojený a důstojný život i mimo domácí prostředí (Dvořáčková, 2012, s. 7–8, s. 56–98).

3 DEPRESIVNÍ STAVY

3.1 Deprese, příznaky

„Deprese je stav patologického afektu s převahou smutné nálady, působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost. Přítomny jsou příznaky psychické, somatické a behaviorální.“
(Topinková, 2010, s. 145)

U seniorů se předpokládá multikauzální původ deprese, tzn. vlivem genetických, neurochemických a sociálních faktorů (Schuler, Oster, 2010, s. 84). Jedná se tedy o genetické vlivy, stárnutí, přítomnost chronických onemocnění, léků a různých zevních stresorů.

Deprese postihuje až 30 % seniorů hospitalizovaných či v dlouhodobé ošetrovatelské péči. Nejvíce ohroženy jsou ženy, dále pak osamělí senioři, senioři s nízkým socioekonomickým statusem nebo s kognitivními poruchami a somatickými chorobami. Deprese zvyšuje mortalitu a morbiditu. Zhoršuje průběh chronických onemocnění, soběstačnost, výživu, péči o sebe a mnoho jiné (Topinková, 2010, s. 145–146).

Podmínky napomáhající vývoji deprese:

- reaktivní začátek (dlouhodobá porucha přizpůsobivosti),
- aktuální ztráta (patologická reakce smutku delší než 6 měsíců),
- chronická bolest (často s depresivními příznaky),
- neurotický podíl (chronická depresivita nebo porucha osobnosti),
- organický podíl (multimorbidita a multimedikace),
- endogenní deprese (genetická dispozice či neznámý faktor) (Schuler, Oster, 2010, s. 84).

Hlavní příznaky deprese:

- depresivní nálada,
- ztráta zájmů,
- bezútěšnost,
- nedostatek podnětů,
- zvýšená únavnost.

Další příznaky jsou ranní pesimismus, neschopnost se radovat, agitovanost, bolesti hlavy, ztráta síly a energie, bludy či pocit citové prázdnoty.

Mezi doplňující příznaky lze řadit poruchy pozornosti a soustředění, snížené subjektivní hodnocení, sebedopceňování, pocity bezcennosti, pesimistický pohled na vlastní budoucnost, sebevražedné myšlenky, poruchy spánku, zažívací obtíže, nechutenství a úbytek váhy (Schuler, Oster, 2010, s. 84).

3.2 Diagnostika, vyšetření

Při diagnostice je důležité navázat s pacientem vztah a získat také informace netýkající se přímo diagnózy. Měli bychom dát pacientovi možnost říct svůj příběh, popsat své pocity, co ho trápí nebo z čeho má radost. Tím, že mu necháme prostor k vyjádření svých pocitů, můžeme dosáhnout i možnosti mluvit o citlivějších tématech, které mohou být příčinou nynějšího stavu.

U rizikových pacientů (pacienti s chronickou bolestí, s chronickými tělesnými chorobami, u žen v období po porodu, pacienti s aktuálními psychosociálními stresory, senioři apod.) se navíc provádí screening depresivních symptomů pomocí standardizovaných škál, jako je např. Škála deprese pro geriatrické pacienty dle Yesavage (dále jen GDS-15) (Češková, Příkryl, 2013, s. 26).

Depresivní fáze:

- lehká deprese - objevují se dva hlavní a dva doplňující příznaky,
- střední deprese - objevují se dva hlavní a tři až čtyři doplňující příznaky,
- těžká deprese - objevují se tři hlavní a minimálně čtyři doplňující příznaky, které trvají nejméně dva týdny (Oster, Schuler, 2010, s. 84).

Pro praxi neexistují žádné speciální laboratorní testy k přesné diagnostice deprese, a tak je stále diagnostický rozhovor zlatým standardem (Češková, Příkryl, 2013, s. 28).

Deprese bývá často nerozeznána a je zaměňována s demencí, psychózou, Parkinsonovou nemocí či hypotyreózou. V některých případech dochází k spontánnímu uzdravení, existují však i případy suicidálních pokusů (Topinková, 2010, s. 147).

Základní vyšetření tedy začíná rozhovorem s pacientem, kdy se zjišťují přítomné symptomy deprese a jejich závažnost. Následně se provádí orientační tělesné vyšetření, při kterém se vyšetří hmotnost. Dále se zhodnotí soběstačnost (ADL), kognitivní funkce (MMSE) a provede se neurologické vyšetření. Nezbytné je i laboratorní vyšetření k vyloučení jiných chorob, jako jsou základní biochemické vyšetření, TSH, KO, FW, vyšetření moči. Nemělo by se zapomenout také na glykémii. V neposlední řadě se vyšetří EKG (Topinková, 2010,

s. 146–147). Zaměřit by se měl vyšetřující kromě osobní, rodinné a jiné anamnézy i na lékovou anamnézu, především na léky působící depresi (neuroleptika, benzodiazepiny, steroidy, ATB, sexuální hormony, cytostatika, L-dopa, atd.) (Oster, Schuler, 2010, s. 85).

Mezi pomocná vyšetření se řadí cílené psychologické vyšetření, polysomnografie (u závažných poruch spánku), zobrazovací metody (CT, EEG) či speciální laboratorní vyšetření (Češková, Příkryl, 2013, s. 27).

Další vyšetření, která lze provést, jsou HIV test, drogový screening, syfilis serologicky, lumbální punkce (Oster, Schuler, 2010, s. 85).

Geriatrická škála deprese dle Yessavage (viz příloha B) je screeningový test cílený na zdravé, somaticky nemocné a mírně až středně kognitivně omezené seniory. Test obsahuje 15 otázek a je mezinárodně rozšířen. Využívá se jak v akutních oborech, tak i v dlouhodobé péči. Otázky se vztahují k období několika posledních týdnů. Vyplňuje ho pacient sám, popř. otázku pokládá vyšetřující osoba. Hodnocení provádí vyšetřující osoba, maximální počet bodů je 15, u otázek 1, 5, 7, 11 a 13 je za odpovědi „ne“ jeden bod. Stejně tak u ostatních otázek za odpovědi „ano“ je po jednom bodu. Při 6 a více bodech je deprese pravděpodobná a je důležité provést podrobnější diagnostické vyšetření (Oster, Schuler, 2010, s. 88–89).

3.3 Terapie

Při pochybách, zda se jedná o depresi, napomůže terapeutické podání antidepressiv (Oster, Schuler, 2010, s. 85).

Nefarmakologická léčba

Mezi nefarmakologické postupy v léčbě deprese se využívá sociální terapie, kdy je možné zapojit i rodinu a dotyčné osobě tak napomoci zvládat každodenní činnosti. Dále je využívána jednotlivá či skupinová aktivizace formou pohybu, muzikoterapie či výtvarné a jiné umění (Oster, Schuler, 2010, s. 85–86).

Nejúčinnější antidepressivní nefarmakologická léčba, která je v současnosti dostupná, je elektrokonvulzivní léčba. Elektrokonvulzivní terapie má rychlejší nástup účinku než medikace a je hlavně účinná u pacientů se suicidálními myšlenkami. Pracuje na principu generalizovaného epileptického záchvatu, záměrně vyvolaného elektrickým pulzem v narkóze (Češková, Příkryl, 2013, s. 35–45).

Farmakologická léčba

Při farmakoterapii dáváme u geriatrických pacientů přednost SSRI neboli selektivním inhibitorům zpětného vychytávání serotoninu (tzv. nová antidepresiva) před klasickými tricyklickými antidepresivy (Oster, Schuler, 2010, s. 86). V praxi je prioritním faktorem ve volbě antidepresiv profil nežádoucích účinků, ten je u tzv. nových antidepresiv výrazně nižší (Češková, Příkryl, 2013, s. 36–37).

Mezi nežádoucí účinky tricyklických antidepresiv patří např. rozmazané vidění, sucho v ústech, zácpa, retence moči, pocení, zmatenost, zvýšená ospalost či závratě (Češková, Příkryl, 2013, s. 38). Jedná se o látky jako amitriptylin, doxepin, nortriptylin a mnohé další (Oster, Schuler, 2010, s. 86).

SSRI mají velkou terapeutickou šíři a jsou optimální volbou díky své účinnosti a snášenlivosti. Zástupci SSRI jsou: citalopram (Cipram, Citalec, Seropram...), fluvoxamin (Fevarin), sertralin (Asentra, Zoloft...) aj.

Pacient by měl být vždy poučen o důležitosti užívání antidepresiv dle dávkování lékaře a o možných nežádoucích účincích. Důležité je i zdůraznit, že antidepresiva nejsou návyková. Zlepšení stavu lze očekávat po 2 až 3 týdnech užívání (Češková, Příkryl, 2013, s. 38).

Důležité je včas odhalit problém, nezůstat v tom sám a co nejdříve vyhledat odbornou pomoc (Praško, Prašková H., Prašková J., 2008, s. 91–95).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Vyskytují se ve zkoumaném vzorku respondentů senioři trpící depresivními stavy?
2. Jaké pohlaví a věková kategorie respondentů ze zkoumaného vzorku seniorů trpí depresivními stavy?
3. Z jakého důvodu byli respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů umístěni v domově pro seniory?
4. Jsou respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů navštěvováni svojí rodinou?
5. Jak hodnotí respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů kvalitu života v domově pro seniory?
6. Jak tráví respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů svůj volný čas?

5 METODIKA VÝZKUMU

Jako metodu výzkumu pro svoji bakalářskou práci jsem použila kvantitativní výzkum formou anonymního dotazníkového šetření. Zahájení výzkumu předcházelo podepsání souhlasu s provedením výzkumu ze strany DPS v krajském městě, ve kterém byl výzkum prováděn. Souhlas zařízení s výzkumem je k dispozici jako zvláštní příloha u autora. Vedení zařízení výzkum odsouhlasilo pod podmínkou, že šetření povedu osobně a v případě potřeby klientům s vyplňováním dotazníků pomohu.

5.1 Charakteristika výzkumného vzorku

DPS využívalo v době mé přítomnosti celkem 153 klientů. Do dotazníkového šetření byli zařazeni pouze ti klienti, u kterých při příjmu do zařízení nebyly prokázány depresivní stavy. Seznam klientů bez depresivních stavů při příjmu jsem získala od vedení DPS. Další kritéria výběru respondentů byla jejich nynější schopnost verbální komunikace, relevantnost odpovídat na otázky a věk nad 60 let. Takto jsem získala vzorek 49 respondentů, které jsem osobně oslovila a požádala o účast ve výzkumu. S účastí ve výzkumu souhlasilo 45 respondentů.

Personál DPS mi byl velmi nápomocen a vytvořil pro dotazníkové šetření vhodné podmínky.

5.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal od 21. 11. do 25. 11. 2016. Pilotní výzkum pro ověření srozumitelnosti otázek a vypovídající hodnoty položek jsem prováděla na vzorku 6 náhodně vybraných respondentů, tří žen a tří mužů, ve věku 60 až 80 let. Ověřila jsem si, že otázky jsou srozumitelné, a tudíž není třeba je upravovat. Respondenty z pilotní studie jsem zahrнула do celkového sledovaného souboru.

Dotazníky jsem rozdávala osobně, případné nejasnosti při vyplnění jsem respondentům vysvětlila, návratnost vzhledem k tomu byla 100 %.

5.3 Dotazníkové šetření

Dotazníkovému šetření předcházelo vyhodnocení GDS-15. Cílem bylo vyhledat respondenty s možnou přítomností depresivní poruchy (pozitivní výsledek při skóre 6 a více bodů). Samotné dotazníkové šetření tvořil nestandardizovaný dotazník, který byl zaměřen už pouze na ty respondenty, kteří měli po vyhodnocení GDS-15 pozitivní výsledek, tedy byli ohroženi depresivní poruchou.

Nestandardizovaný dotazník obsahoval 15 otázek (viz příloha C). V úvodu byli respondenti informováni o účelu dotazníku, ubezpečeni o anonymitě šetření a obsahem bylo i poděkování za věnovaný čas a ochotu. Do dotazníku byly zařazeny otázky uzavřené identifikační (otázka č. 1, 2, 3 a 4), polytomické výběrové (otázka č. 3 a 4) a dichotomické (otázka č. 1, 13 a 15). Dvě otázky byly polouzavřené (otázka č. 5 a 10) a čtyři otázky otevřené (otázka č. 7, 8, 9 a 11), čímž vznikl prostor pro vlastní vyjádření i přes nabízené možnosti. Zvolila jsem i otázky škálové (otázka č. 6, 12 a 14) a filtrační (otázka č. 6, 12 a 15) pro upřesnění výběru.

Otázky byly převážně zaměřeny na zjišťování kvality života v domově pro seniory a subjektivní pocity uživatelů spojené s pobytem v zařízení. Dotazník byl psán dostatečnou velikostí písma vzhledem k tomu, že senioři mívají často potíže se zrakem.

5.4 Metody použitých analýz

Pro zpracování dat byla použita popisná statistika absolutní n_i a relativní f_i četnosti, n značí celkový počet respondentů. Pro výpočet relativní četnosti byl použitý statistický vzorec $f_i(\%) = \frac{n_i}{n} \cdot 100 \%$ (Chrásková, 2007, s. 41).

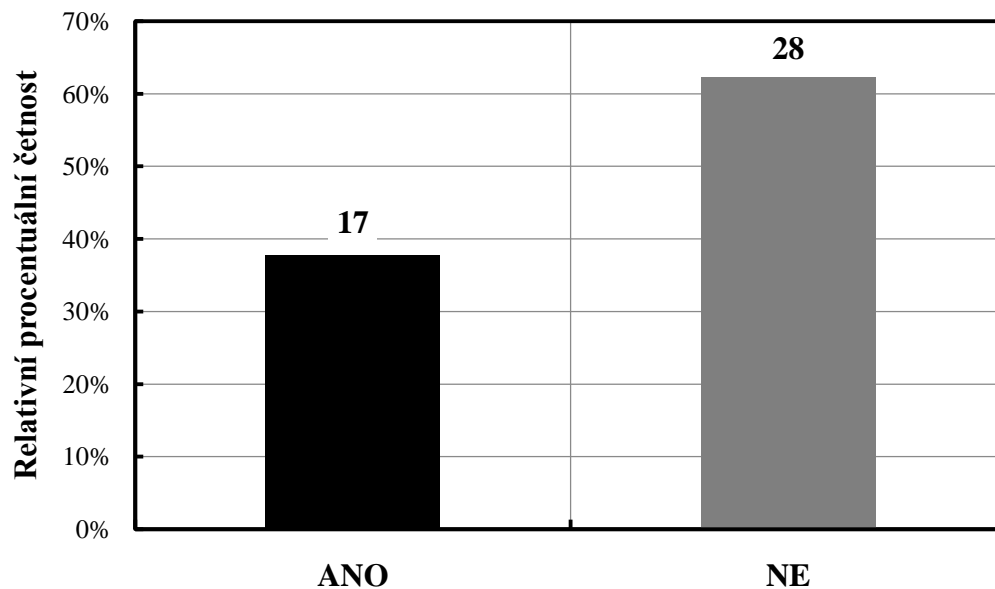
Pro výpočet relativních četností u otázek č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 byl použit upravený, výše uvedený vzorec výpočtu $f_{mi}(\%) = \frac{m_i}{n} \cdot 100 \%$, kde m_i je počet respondentů, kteří vybrali danou odpověď a f_{mi} je relativní četnost vztahovaná na počet respondentů. Vzhledem k tomu, že u uvedených otázek mohl každý respondent odpovědět více způsoby, součet jednotlivých relativních četností může být větší než 100 %.

Data jsou prezentována v obrázcích (grafech) a tabulkách vlastní tvorby pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Názvy obrázků v analýze GDS-15 nelze nazvat jinak, než zněním otázky.

6 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT

6.1 Vyhodnocení GDS-15

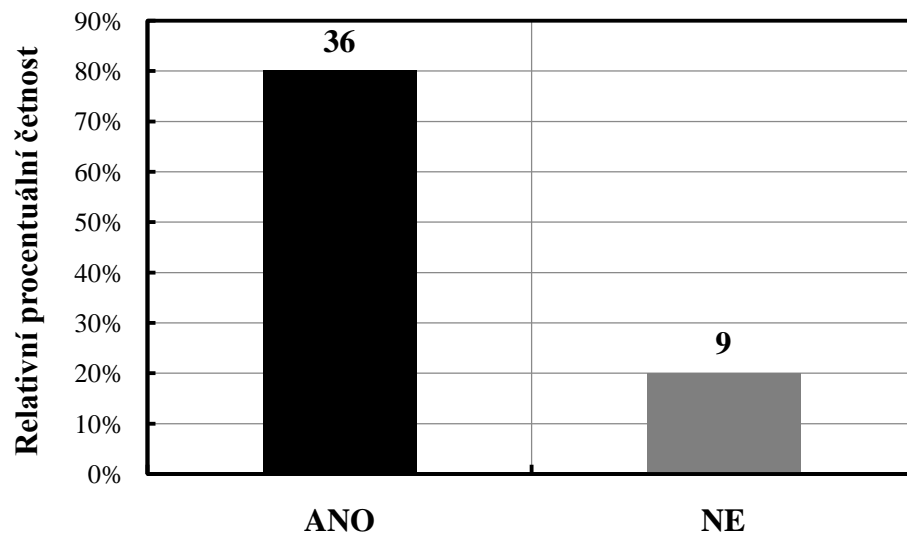
Otázka č. 1 – Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?



Obrázek 1 Graf znázorňující spokojenost respondentů se svým životem

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů udává spokojenost se svým životem 17 (37,8 %) a nespokojenost 28 (62,2 %) respondentů (viz obrázek 1).

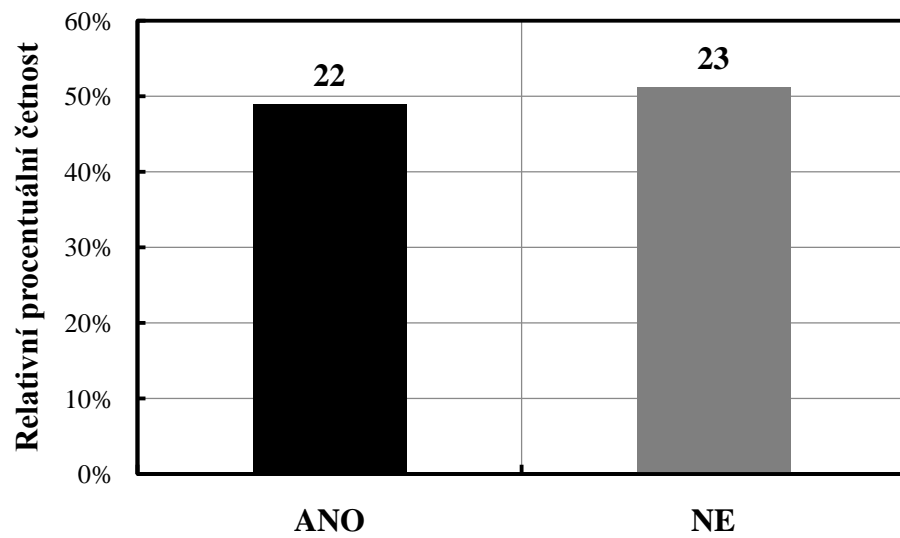
Otázka č. 2. – Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?



Obrázek 2 Graf znázorňující zanechání činností a zájmů respondenty

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů zanechalo mnoha svých činností a zájmů 36 (80 %) respondentů. Naopak své činnosti a zájmy nadále udržuje 9 (20 %) respondentů (viz obrázek 2).

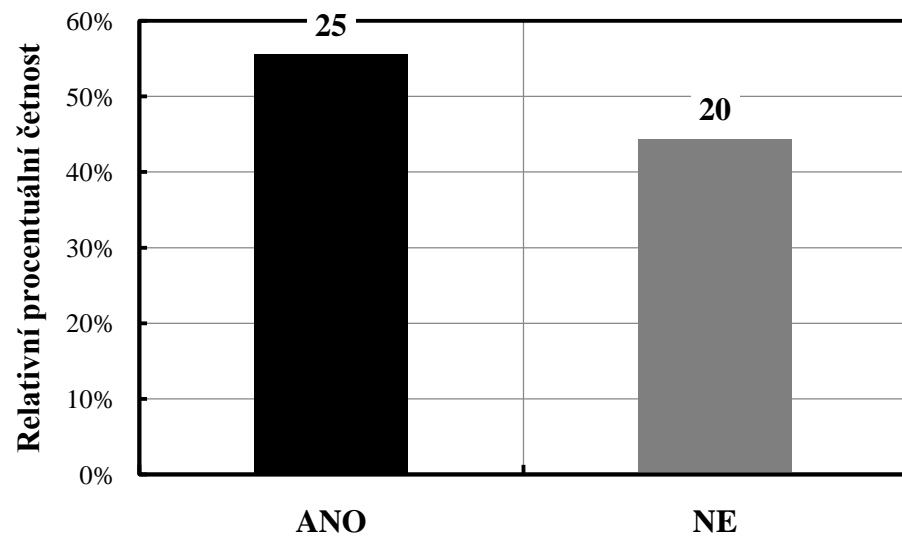
Otázka č. 3 – Máte pocit, že Váš život je prázdný?



Obrázek 3 Graf znázorňující pocit prázdnoty života respondentů

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů udává 22 (48,9 %) respondentů pocit prázdnoty svého života, 23 (51,1 %) respondentů svůj život nevnímá jako prázdný (viz obrázek 3).

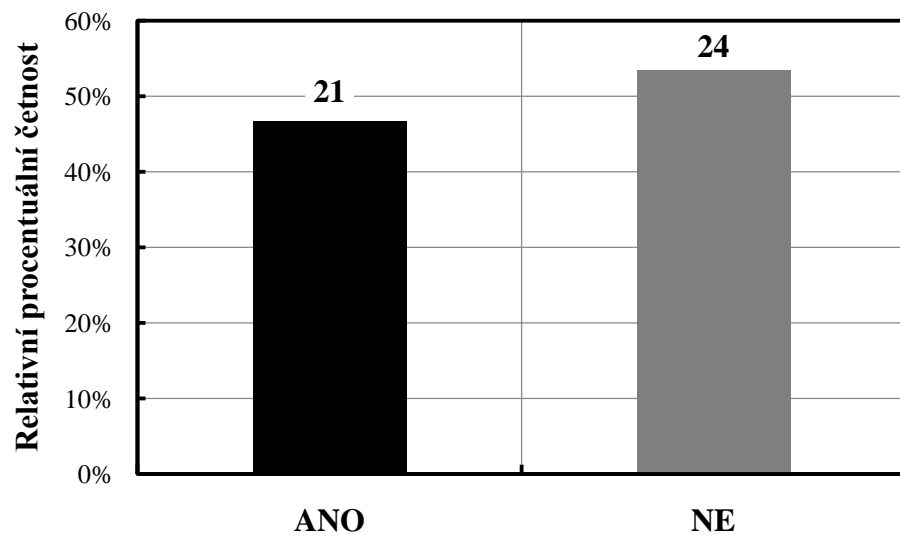
Otázka č. 4 – Nudíte se často?



Obrázek 4 Graf znázorňující pocit nudy respondentů

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů udává 25 (55,6 %) dotazovaných, že se často nudí. Nudu naopak nepocítuje 20 (44,4 %) respondentů (viz obrázek 4).

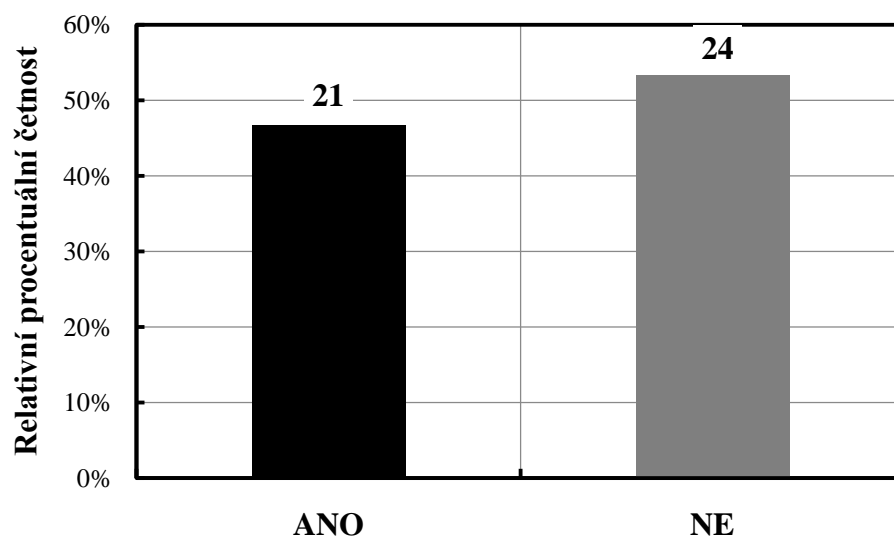
Otázka č. 5 – Jste většinou v dobré náladě?



Obrázek 5 Graf znázorňující dobrou náladu respondentů

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů je většinou v dobré náladě 21 (46,7 %) z nich, 24 (53,3 %) respondentů však dobrou náladu většinou nemá (viz obrázek 5).

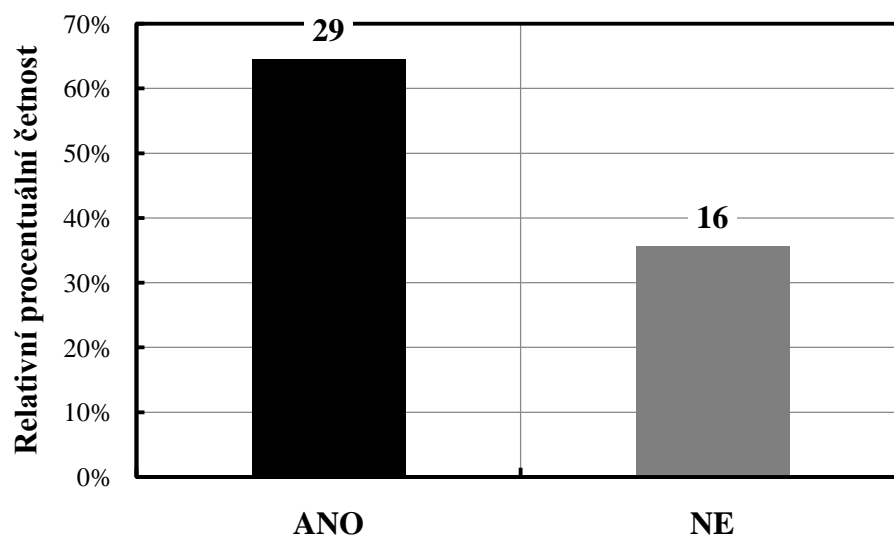
Otázka č. 6 – Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?



Obrázek 6 Graf znázorňující obavy respondentů, že se jim přihodí něco zlého

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů se 21 (46,7 %) dotazovaných bojí, že se jim přihodí něco zlého. Strach neudává 24 (53,3 %) respondentů (viz obrázek 6).

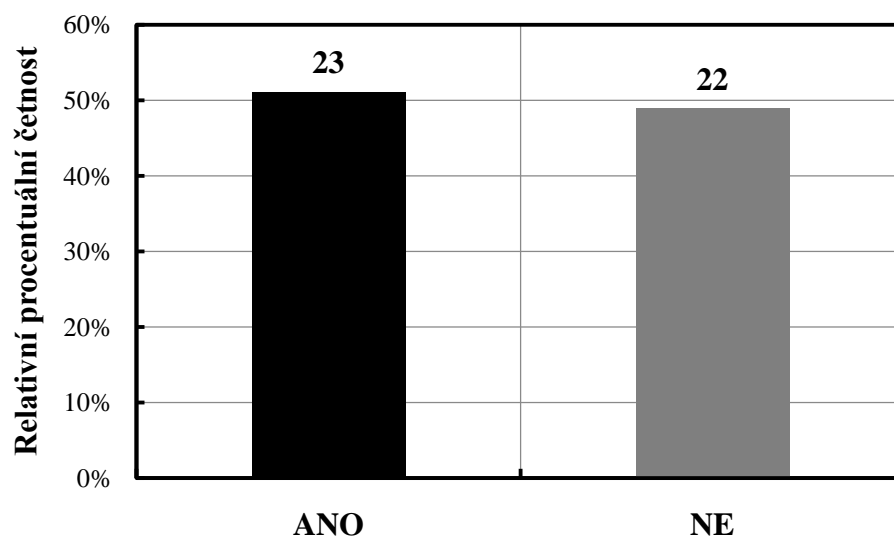
Otázka č. 7 – Cítíte se většinou šťastný/á?



Obrázek 7 Graf znázorňující pocit štěstí respondentů

Z celkového počtu 45 (100 %) dotazovaných se více jak polovina (64,4 %) cítí většinou šťastná a 16 (35,6 %) respondentů udává opak (viz obrázek 7).

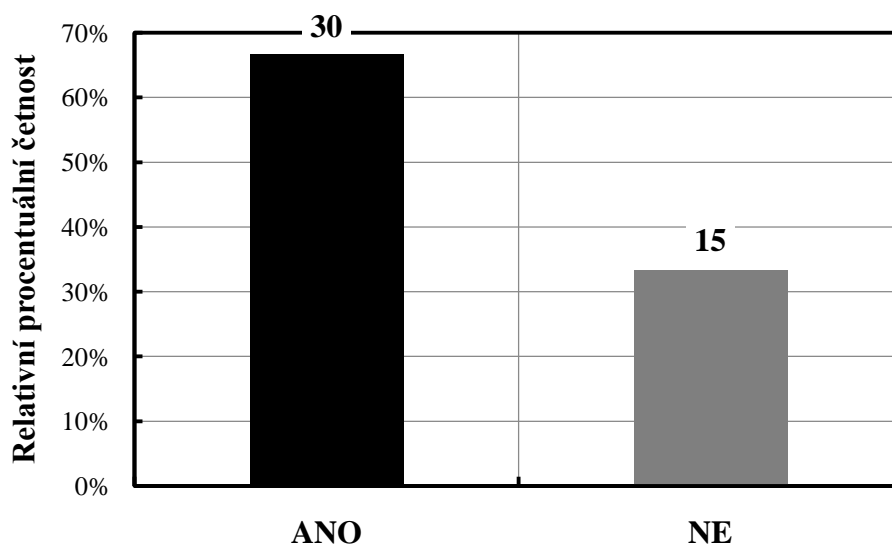
Otázka č. 8 – Cítíte se často bezmocný/á?



Obrázek 8 Graf znázorňující pocit bezmocnosti respondentů

Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů odpovědělo 23 (51,1 %) dotazovaných, že se často cítí bezmocní, téměř shodně respondentů (48,9 %) odpovědělo, že se bezmocní často necítí (viz obrázek 8).

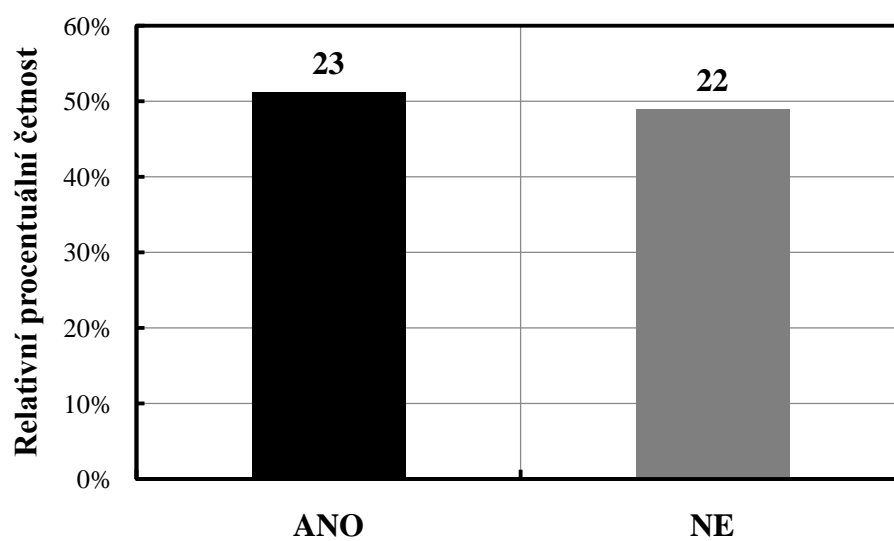
Otázka č. 9 – Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?



Obrázek 9 Graf znázorňující, zda respondenti zůstávají raději doma, než aby vyšli ven a dělali něco nového

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů raději doma (v DPS) zůstává 30 (66,7 %) dotazovaných, naopak ven chodí a zkouší nové věci 15 (33,3 %) dotazovaných (viz obrázek 9).

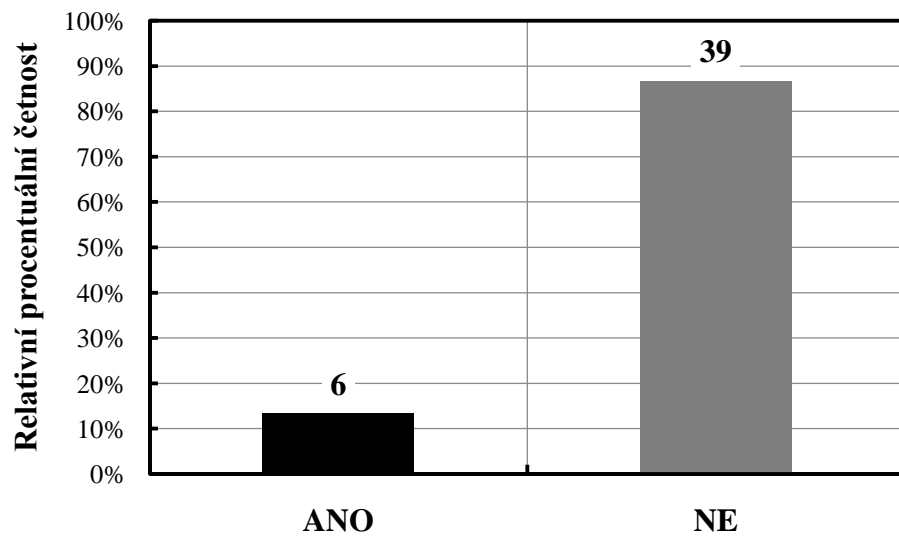
Otázka č. 10 – Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?



Obrázek 10 Graf znázorňující problémy respondentů s pamětí

Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů pocit více problémů s pamětí než ostatní udává 23 (51,1 %) respondentů, téměř shodný počet respondentů (48,9 %) takový pocit nemá (viz obrázek 10).

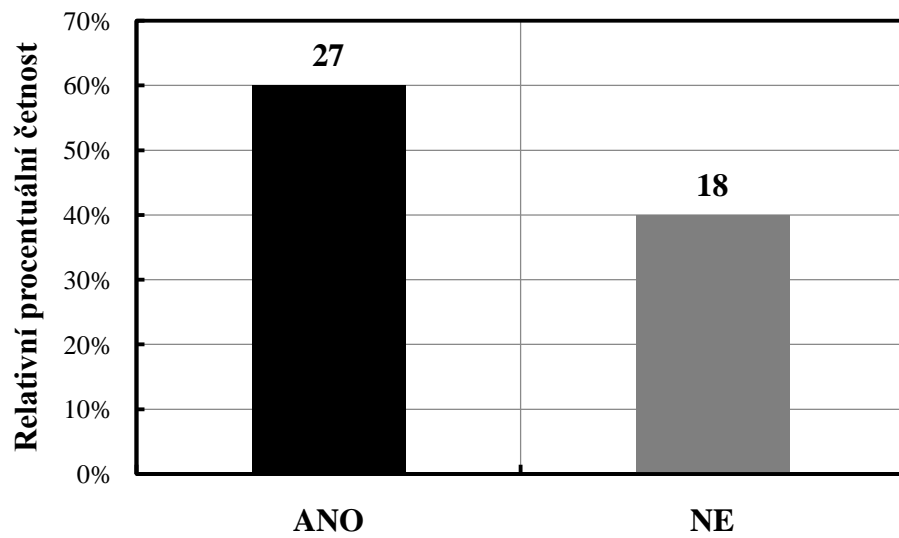
Otázka č. 11 – Máte dojem, že je pěkné žít v této době?



Obrázek 11 Graf znázorňující dojmy respondentů z života v dnešní době

Ze sledovaného vzorku 45 (100 %) respondentů většina (86,7 %) dotazovaných odpověděla, že není pěkné žít v této době, jen 6 (13,3 %) z nich má dojem, že je pěkné žít v této době (viz obrázek 11).

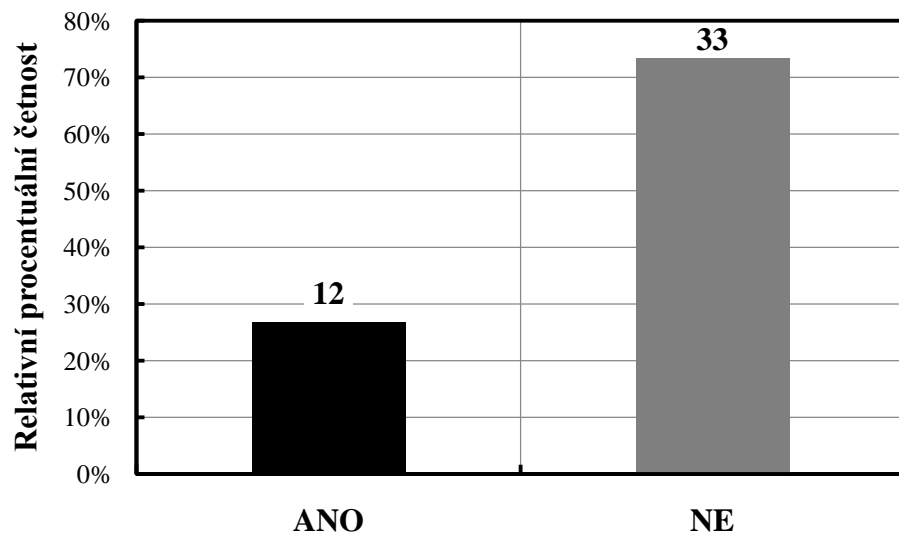
Otázka č. 12 – Připadáte si zbytečný/á?



Obrázek 12 Graf znázorňující pocit zbytečnosti respondentů

Z celkového počtu 45 (100 %) dotazovaných si zbytečný připadá 27 (60 %) respondentů, 18 (40 %) dotazovaných takový pocit nemá (viz obrázek 12).

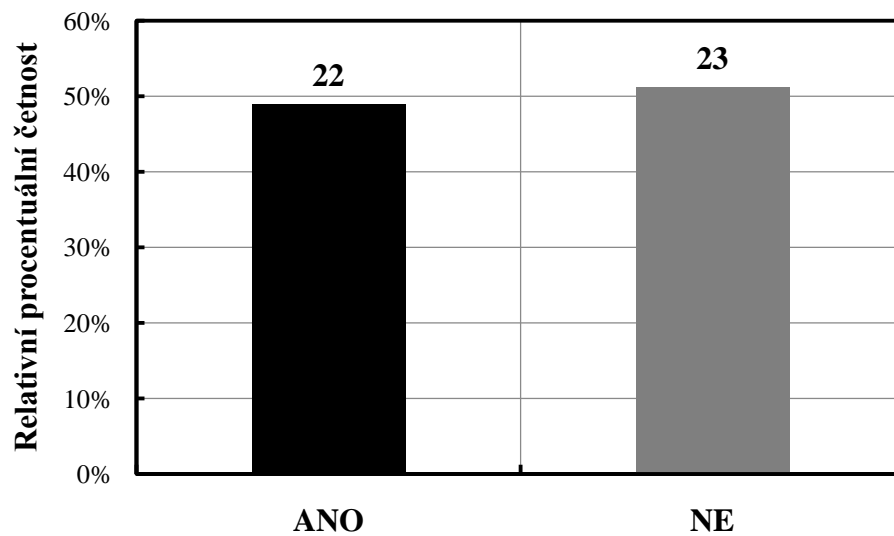
Otázka č. 13 – Cítíte se pln/a energie?



Obrázek 13 Graf znázorňující energii respondentů

Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů energii nepostrádá 12 (26,7 %) dotazovaných, až 33 (73,3 %) respondentů však udává, že energii postrádá (viz obrázek 13).

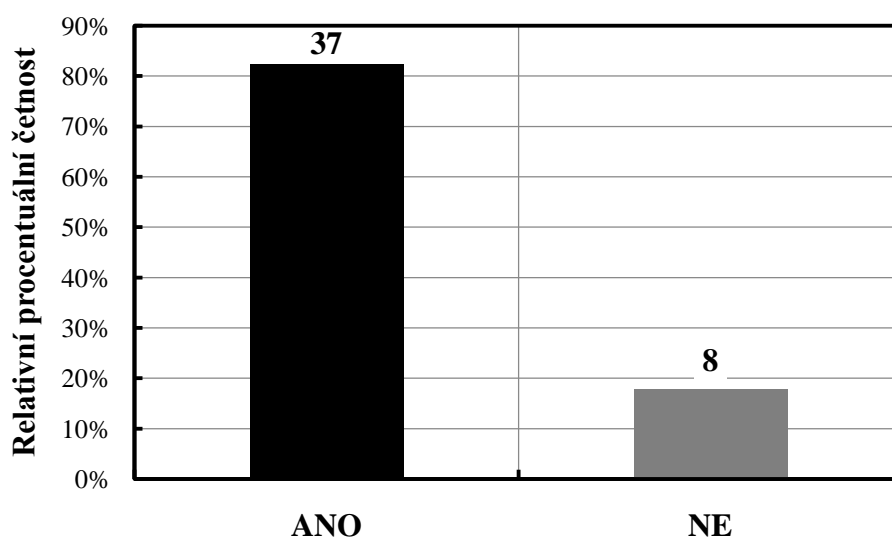
Otázka č. 14 – Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?



Obrázek 14 Graf znázorňující beznadějnost situace respondentů

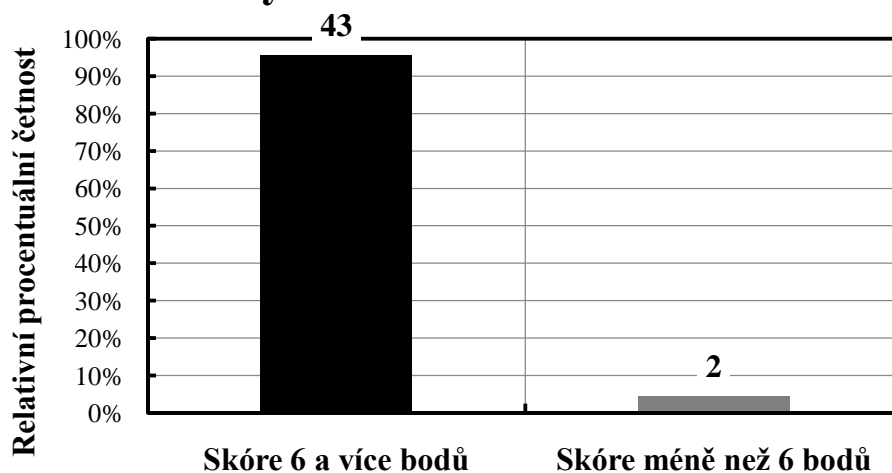
Ze sledovaných 45 (100 %) respondentů 22 (48,9 %) dotazovaných udává dojem beznadějně situace své, více dotazovaných (51,1 %) však svou situaci jako beznadějnou nehodnotí (viz obrázek 14).

Otázka č. 15 – Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?



Obrázek 15 Graf znázorňující dojmy respondentů, že se většině lidí vede lépe než jim samotným
Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů většina dotazovaných (82,2 %) udává dojem, že se většině lidí vede lépe než jim samotným, 8 (17,8 %) dotazovaných takový dojem nemá (viz obrázek 15).

Vyhodnocení GDS-15



Obrázek 16 Graf znázorňující vyhodnocení GDS-15

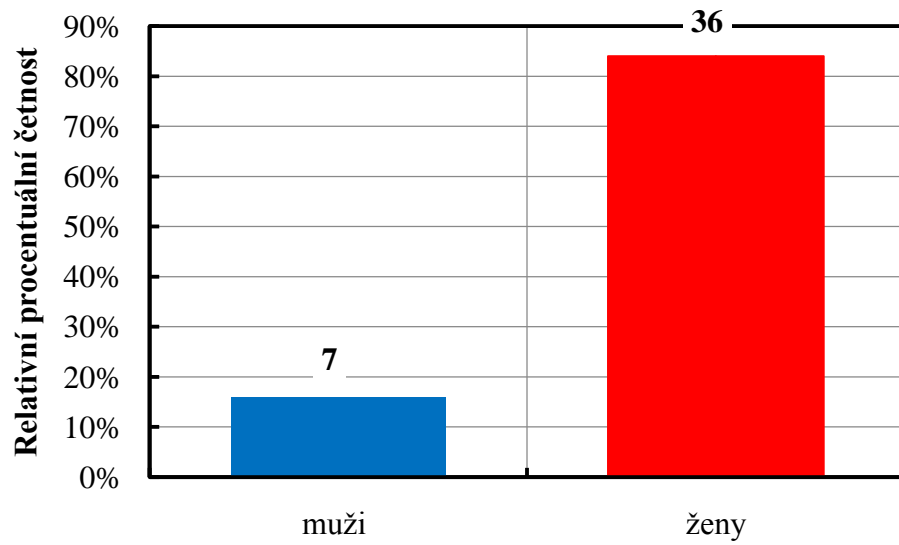
Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů dosáhlo 6 a více bodů 43 (95,6 %) dotazovaných, méně jak 6 bodů dosáhli pouze 2 (4,4 %) respondenti (viz obrázek 16).

Všech 43 osob souhlasilo s vyplněním nestandardizovaného dotazníku. GDS-15 je podrobněji popsána v teoretické části (viz 3. 2 Diagnostika, vyšetření, s. 27).

6.2 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku

Na základě výsledků GDS-15 byl 43 respondentům předán k vyplnění nestandardizovaný dotazník, zaměřující se na možné příčiny depresivních stavů. Cílem nestandardizovaného dotazníku bylo zjistit vliv životních podmínek na výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v DPS.

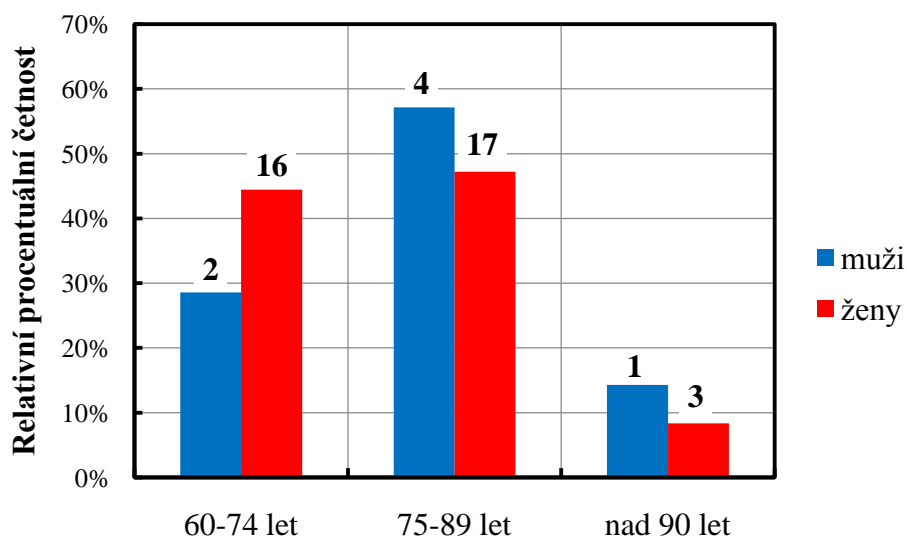
Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 17 Graf znázorňující pohlaví respondentů

Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů bylo 7 (16 %) mužů a 36 (84 %) žen (viz obrázek 17).

Otázka č. 2 – Jaký je Váš věk?



Obrázek 18 Graf znázorňující věk respondentů

Jak je patrné z obrázku 18, z celkového počtu 7 (100 %) mužů, jsou ve věku 60–74 let pouze 2 (29 %). Ve věku 75–89 let jsou 4 (57 %) muži, tedy nejvíce z nich. Pouze 1 (14 %) muž udává věk nad 90 let.

Z celkového počtu 36 (100 %¹) žen, udává věk 60–74 let až 16 (44 %) žen. Nejpočetnější skupinu tvoří ženy ve věku 75–89 let, to udává 17 (47 %) žen. Jen 3 (8 %) ženy jsou ve věku nad 90 let.

¹ Výsledné hodnoty relativní četnosti f_i (%) žen jsou zaokrouhleny na celá procenta.

Otázka č. 3 – Jaký je Váš rodinný stav?

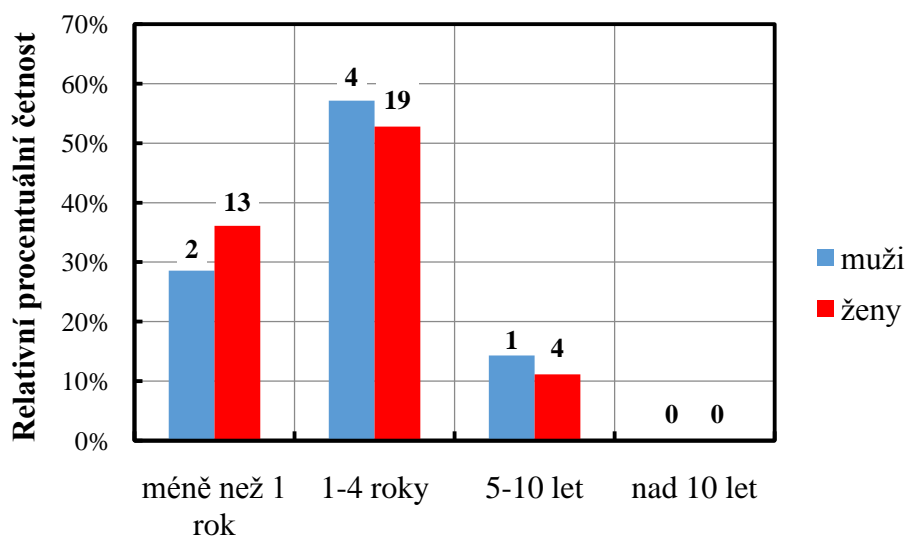
Tabulka 1 Rodinný stav respondentů

Rodinný stav respondentů	četnost n_i		relativní četnost f_i (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
svobodný/svobodná	1	1	14	3
ženatý/vdaná	1	5	14	14
vdovec/vdova	3	22	43	61
rozvedený/rozvedená	2	8	29	22
Celkem	7	36	100	100

Ze 7 mužů (100 %) je 1 (14 %) svobodný a 1 (14 %) ženatý. 3 muži (43 %) uvedli, že jsou vdovci a 2 (29 %) uvedli, že jsou rozvedení.

Z 36 žen (100 %) je 1 (3 %) svobodná a 5 žen (14 %) uvedlo, že jsou vdané. 22 žen (61 %) jsou vdovy a 8 žen (22 %) uvedlo, že jsou rozvedené (viz tabulka 1).

Otázka č. 4 – Jak dlouho žijete v domově pro seniory?



Obrázek 19 Graf znázorňující délku pobytu v DPS

Jak je patrné z obrázku 19, nejpočetnější skupinu respondentů tvoří ti, kteří žijí v DPS 1–4 roky. Ze 7 (100 %) mužů to udávají 4 (57 %) muži a z 36 (100 %) žen to udává až 19 (53 %) z nich. Poměrně velkou část tvoří také respondenti, kteří žijí v DPS méně než 1 rok. To udávají 2 (29 %) muži a 13 (36 %) žen. 5–10 let v DPS žije jen 1 (14 %) muž a 4 (11 %) ženy. Nad 10 let v DPS nežije nikdo z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 5 – Jaký je Váš důvod pobytu v domově pro seniory?

Tabulka 2 Důvod pobytu respondentů v DPS

Důvod pobytu respondentů v DPS	četnost n_i		relativní četnost f_i (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
snížená soběstačnost z důvodu věku	1	6	14	17
snížená soběstačnost z nepříznivého zdravotního stavu	2	12	29	33
nevyhovující bydlení	2	7	29	19
jiný	2	11	29	31
Celkem	7	36	100²	100

Z celkového počtu 7 (100 %) mužů a 36 (100 %) žen, jako důvod pobytu v DPS, uvedl 1 (14,29 %) muž a 6 (17 %) žen sníženou soběstačnost z důvodu věku. Sníženou soběstačnost z nepříznivého zdravotního stavu uvedli 2 (28,57 %) muži a 12 (33 %) žen, nevyhovující bydlení jako důvod uvedli 2 (28,57 %) muži a 7 (19 %) žen. 2 (28,57 %) muži a 11 (31 %) žen jako jiný důvod pobytu v DPS uvedli samotou doma, nemožnost bydlet s dětmi, dobrovolný pobyt, finanční problémy či partnera, kterému to doma nevyhovovalo (viz tabulka 2).

² Výsledné hodnoty relativní četnosti f_i (%) mužů jsou zaokrouhleny na celá procenta. Přesné hodnoty jsou uvedeny v popisu tabulky.

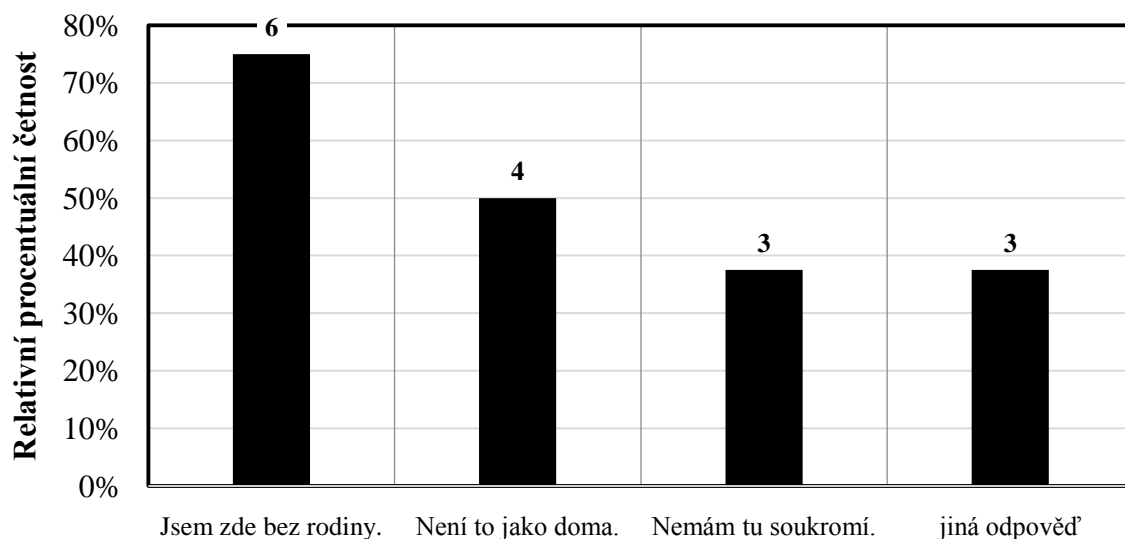
Otázka č. 6 – S životem v domově pro seniory jsem:**Tabulka 3 Spokojenost respondentů s životem v DPS**

Spokojenost respondentů s životem v DPS	četnost n_i		relativní četnost f_i (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
spokojený/á	1	4	14	11
spíše spokojený/á	3	27	43	75
spíše nespokojený/á	1	4	14	11
nespokojený/á	2	1	29	3
Celkem	7	36	100	100

Na otázku spokojenosti s životem v DPS odpověděl, z celkového počtu 7 (100 %) mužů, jen 1 (14 %) muž, že je spokojen. Spíše spokojeni jsou 3 (43 %) muži, spíše nespokojenost udává 1 (14 %) muž a nespokojenost udávají 2 (29 %) muži.

Z celkového počtu 36 (100 %) žen, jsou 4 (11 %) ženy spokojené. Oproti mužům více jak polovina žen udává, že jsou spíše spokojené, a to 27 (75 %) žen. Spíše nespokojené jsou 4 (11 %) ženy a nespokojená je jen 1 (3 %) žena (viz tabulka 3).

Otázka č. 6 měla ještě podotázku – Pokud Vaše odpověď byla „nespokojený/á“ nebo „spíše nespokojený/á“, napište z jakého důvodu:

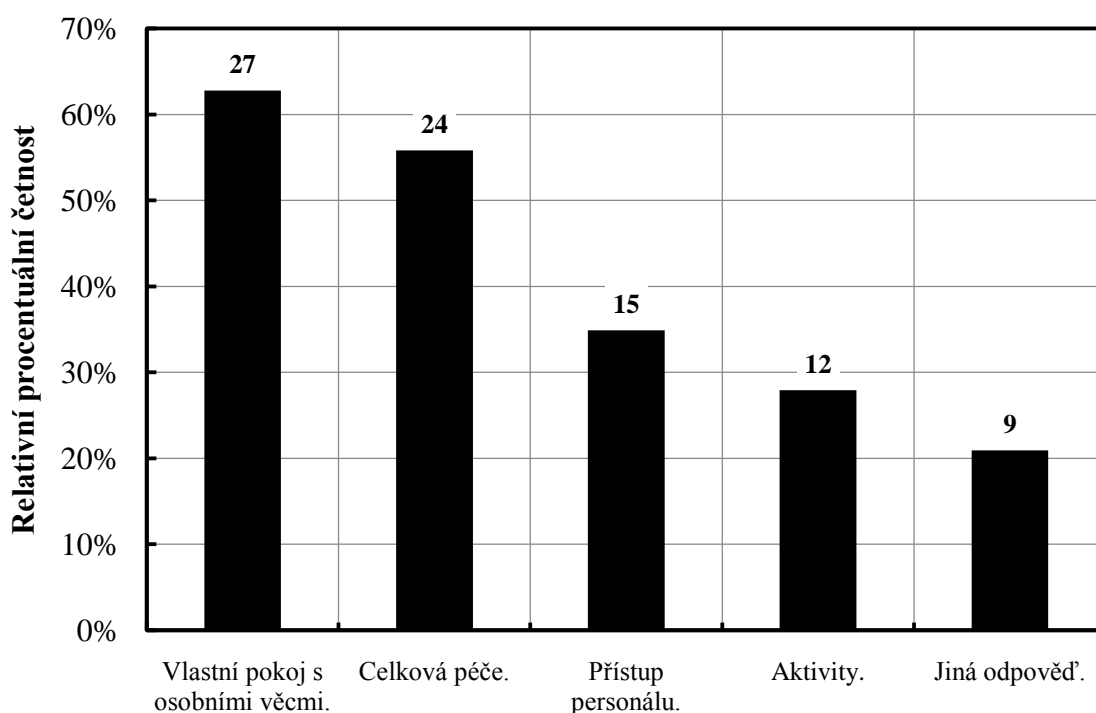


Obrázek 20 Graf znázorňující důvod nespokojenosti respondentů s životem v DPS

Z celkového počtu 8 (100 %) respondentů, kteří uvedli v otázce č. 6 odpověď „*nespokojený/á*“ nebo „*spíše nespokojený/á*“, udává 6 (75 %) z nich jako jeden z důvodů nespokojenosti s životem v DPS nepřítomnost rodiny a blízkých, tato odpověď se v dotazníku objevila nejčastěji. Druhá nejčastější odpověď byla nespokojenost z důvodu, že život v DPS není jako život doma, tuto odpověď napsali 4 (50 %) respondenti a dále ji specifikovali slovy „*doma je doma*“ nebo „*doma je lépe*“. Třetí nejčastější odpovědí bylo, že nemají v DPS soukromí, přesněji respondenti odpověděli „*neustále mi do pokoje někdo leze*“ či „*pořád mě kontrolují a hlídají*“, to udávají 3 (38 %) respondenti. 3 (38 %) respondenti uvedli navíc i jinou odpověď (viz obrázek 20).

Otázka č. 7 – Co se Vám v domově pro seniory líbí?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:

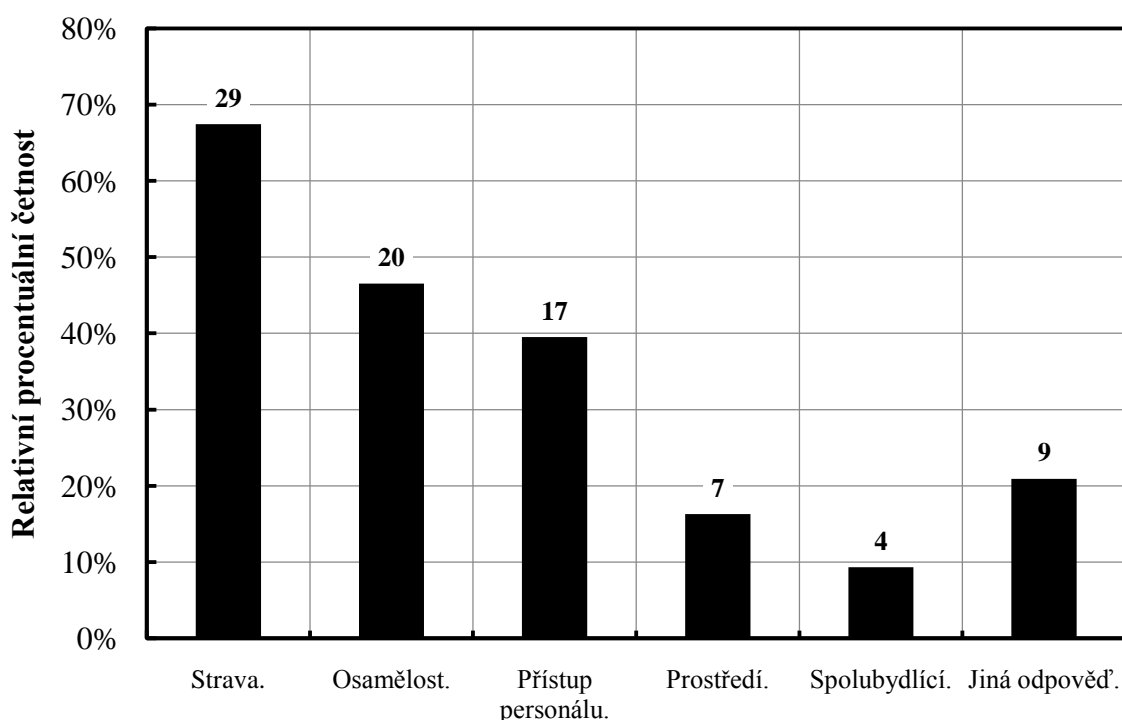


Obrázek 21 Graf kladného hodnocení života v DPS

Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů jako nejčastější odpověď uvedlo 27 (63 %) respondentů, že se jim nejvíce líbí, že mají vlastní pokoj se svými osobními věcmi jako vlastní nábytek, TV, oblečení, fotografie a jiné. Dále 24 (56 %) respondentů nejčastěji uvádělo, že se jim líbí, jak je o ně pečováno tzn. stravování, pomoc s úklidem, s hygienou a jinými osobními potřebami. Třetí nejčastější odpověď, 15 (35 %) respondentů, byl přístup personálu. Respondenti uváděli, že personál je milý, ochotný, nápomocný a chová se profesionálně. 12 (28 %) respondentů uvedlo aktivity poskytované DPS. Další různé odpovědi uvedlo 9 (21 %) respondentů (viz obrázek 21).

Otázka č. 8 – Co se Vám v domově pro seniory nelíbí?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:

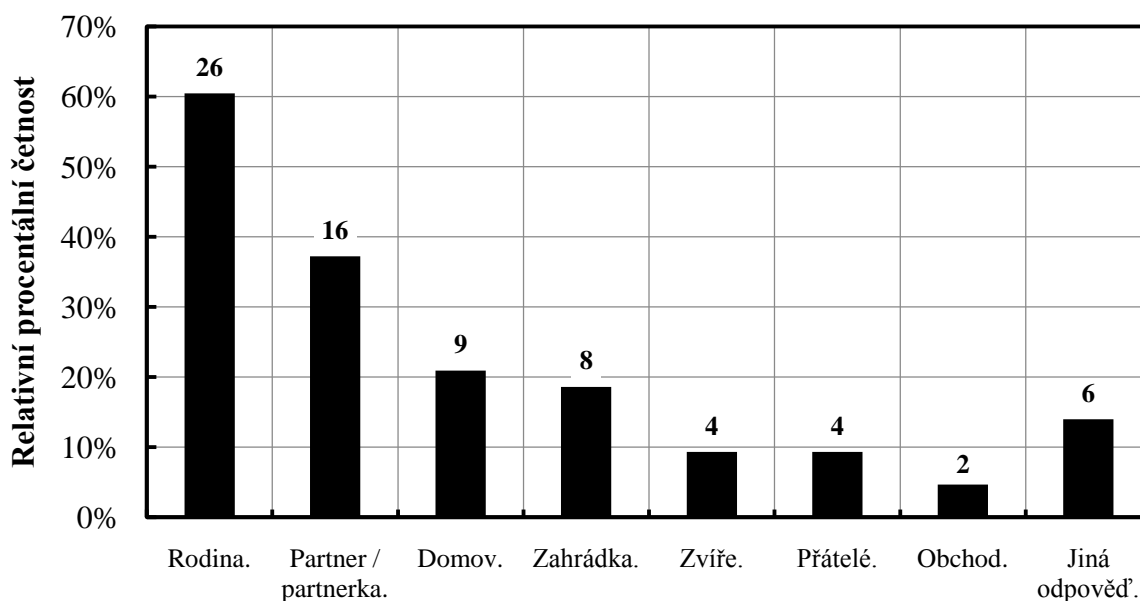


Obrázek 22 Graf záporného hodnocení života v DPS

Jak je patrné z obrázku 22, nejvíce respondentů, až 29 (67 %), shodně uvedlo, že se jim nelíbí strava a etika stravování. Dále pocit osamělosti v DPS uvedla téměř polovina dotazovaných, 20 (47 %) respondentů. Třetí nejčastější odpověď byla zaměřená na přístup personálu a uvedlo ji až 17 (40 %) respondentů. Některé odpovědi byly specifikované a to konkrétně: některý personál nezdraví, nezajímá se o potřeby respondenta, přeceňuje jeho síly, nutí ho do něčeho, co nechce dělat, mluví s respondentem jako s dítětem, shazuje jeho osobnost, obviňuje ho z různých věcí a jiné. 7 (16 %) respondentů shodně uvedlo, že se jim nelíbí prostředí (pokoj, zahrada, společenské prostory) a 4 (9 %) respondenti si stěžovali na spolubydlicí, že jsou neohleduplní nebo pomlouvají. Další jiné odpovědi uvedlo 9 (21 %) respondentů a to např.: špatná peřina, omezenost ve svých zájmech, jiný denní režim, krádeže, přístup lékaře a jiné. Tuto otázku zodpovědělo celkem 43 (100 %) respondentů.

Otázka č. 9 – Je něco, co Vám v domově pro seniory chybí?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:



Obrázek 23 Graf znázorňující to, co seniorům v DPS chybí

Z obrázku 23 lze říci, že více jak polovině respondentům, 26 (60 %), chybí v DPS rodina, mnozí uvedli především své děti a vnoučata. Dále respondenti velmi často uváděli vyloženě své partnery a to až 16 (37 %) z nich. Třetí nejčastější odpověď byla domov a to přesněji bývalý dům či byt, vlastní kuchyň, velké množství osobních věcí, to uvedlo shodně 9 (21 %) respondentů. 8 (19 %) respondentů uvedlo, že jim chybí zahrádka, kterou vlastnili či stále vlastní. 4 (9 %) respondenti odpověděli, že jim chybí zvíře – nejčastěji se jednalo o psa, 4 (9 %) respondenti uvedli, že jim chybí přátelé, které mají mimo DPS. Možnost si nakoupit a to jak v obchodě nebo jen nějaké kantýně chybí 2 (5 %) respondentům. Různé další odpovědi uvedlo 6 (14 %) respondentů. Na tuto otázku odpovědělo celkem 43 (100 %) respondentů.

Otázka č. 10 – Jak trávíte svůj volný čas?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:

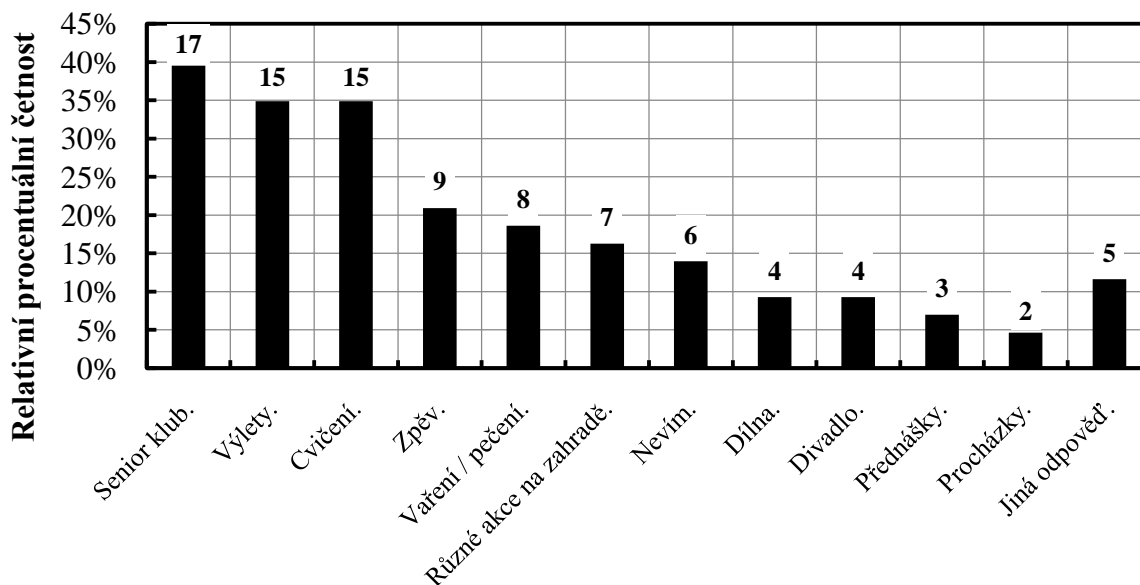
Tabulka 4 Využití volného času respondentů

Využití volného času respondentů	četnost m_i		relativní četnost f_{mi} (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
posezením s přáteli	0	6	0	17
četbou	2	5	29	14
poslechem rádia	0	3	0	8
u televizoru	5	2	71	6
u počítače	1	2	14	6
s ručními pracemi	0	7	0	19
procházkami	1	12	14	33
spánkem	2	5	29	14
nic mě nebaví, nemám na nic náladu	3	4	43	11
jinak	2	5	29	14

Z celkového počtu 7 (100 %) mužů a 36 (100 %) žen, uvedlo 6 (17 %) žen, avšak ani jeden (0 %) muž, že tráví svůj volný čas posezením s přáteli. Četbou a spánkem shodně tráví svůj volný čas 2 (29 %) muži a 5 (14 %) žen. Rádio poslouchají 3 (8 %) ženy, tuto možnost neuvedl žádný muž (0 %). Svůj volný čas u televizoru tráví 5 (71 %) mužů a 2 (6 %) ženy, u počítače 1 (14 %) muž a 2 (6 %) ženy, s ručními pracemi 7 (19 %) žen a žádný (0 %) muž, procházkami 1 (14 %) muž a 12 (33 %) žen. Nic mě nebaví, nemám na nic náladu, udávají 3 (43 %) muži a 4 (11 %) ženy. Jinak, než výše uvedeno, tráví svůj volný čas 2 (29 %) muži a 5 (14 %) žen, a to nejčastěji: úklidem, luštěním křížovek a sudoku, cvičením, zpíváním, pletením, kreslením či společně s partnerem (viz tabulka 4).

Otázka č. 11 – Které aktivity Vám nabízí domov pro seniory?

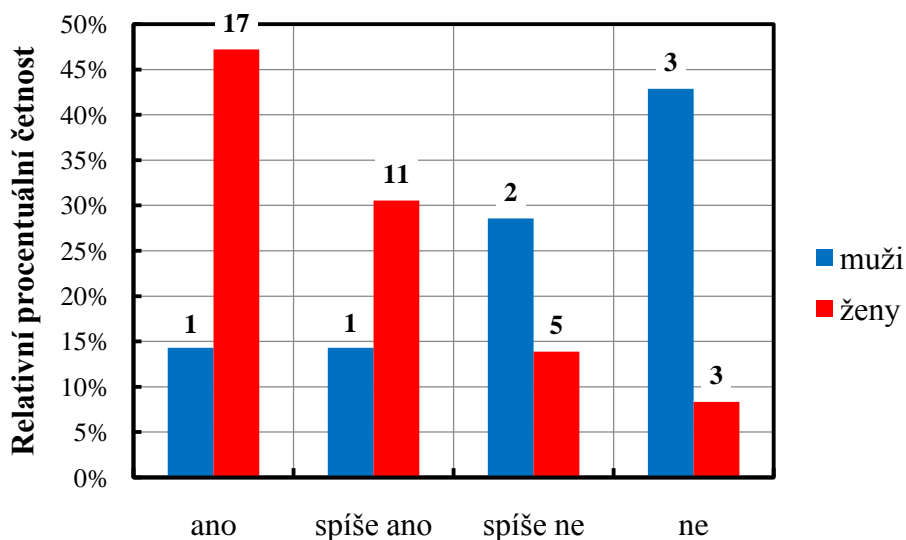
Doplňte aktivity:



Obrázek 24 Graf znázorňující možnost aktivit v DPS

Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů odpovědělo 6 (14 %) z nich, že neví, jaké aktivity DPS nabízí. Ostatní respondenti uvedli alespoň jednu aktivitu. Nejčastěji se vyskytující aktivitou, nabízenou DPS, je Senior klub, kterou uvedlo 17 (40 %) respondentů. Další aktivity jsou výlety, to uvedlo 15 (35 %) dotazovaných. Dále se často v odpovědích objevovalo cvičení, 15 (35 %) respondentů, zpěv uvedlo 9 (21 %) respondentů. Vaření a pečení jako jedna z aktivit se v odpovědích vyskytla u 8 (19 %) respondentů. Různé akce na zahradě jako opékání buřtů či sázení rostlin uvedlo 7 (16 %) respondentů. Na dílnu, kde respondenti vyrábějí různé předměty či kreslí, si vzpomněli 4 (9 %) respondenti. Divadelní představení shodně udávají 4 (9 %) respondenti. Různé přednášky, konané nejčastěji ve společenských prostorách DPS uvedli 3 (7%) respondenti. A poslední odpovědi, která se shodně vyskytla, jsou procházky, to uvedli 2 (5 %) respondenti. Jinou aktivitu, než výše uvedenou, napsalo 5 (12 %) respondentů (viz obrázek 24).

Otázka č. 12 – Zapojujete se do aktivit, poskytovaných domovem pro seniory?

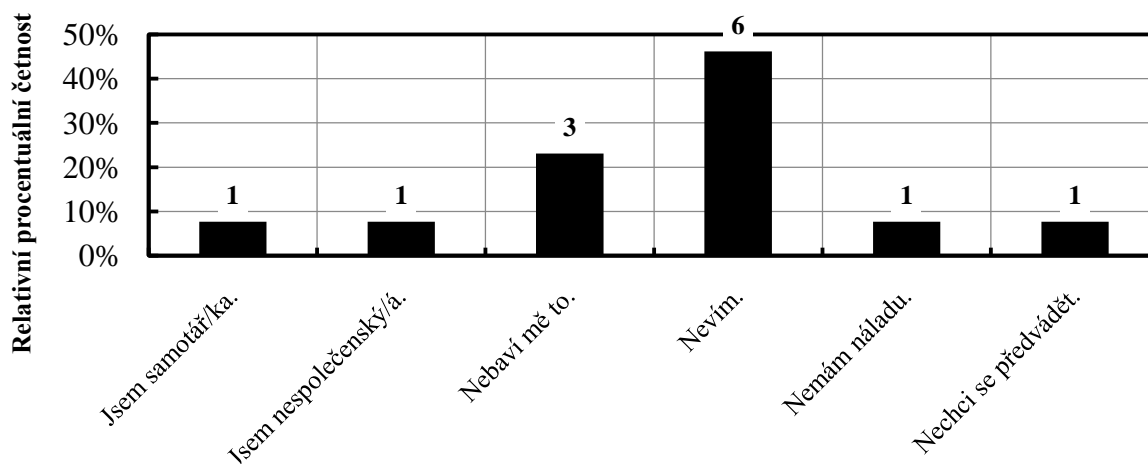


Obrázek 25 Graf znázorňující zapojení se respondentů do aktivit, poskytovaných DPS

Do aktivit, poskytovaných DPS, se zapojuje jen 1 (14 %) muž, také jen 1 (14 %) muž uvedl, že se spíše zapojuje. Spíše se nezapojují 2 (29 %) muži a vůbec se nezapojují až 3 (43 %) muži z celkového počtu 7 (100 %) mužů.

Naopak až 17 (47 %) žen se do aktivit, poskytovaných DPS, zapojuje, spíše se zapojuje 11 (31 %) žen, spíše se nezapojuje 5 (14 %) žen a vůbec se nezapojují jen 3 (8 %) ženy z celkového počtu 36 (100 %) jak je patrné z obrázku 25.

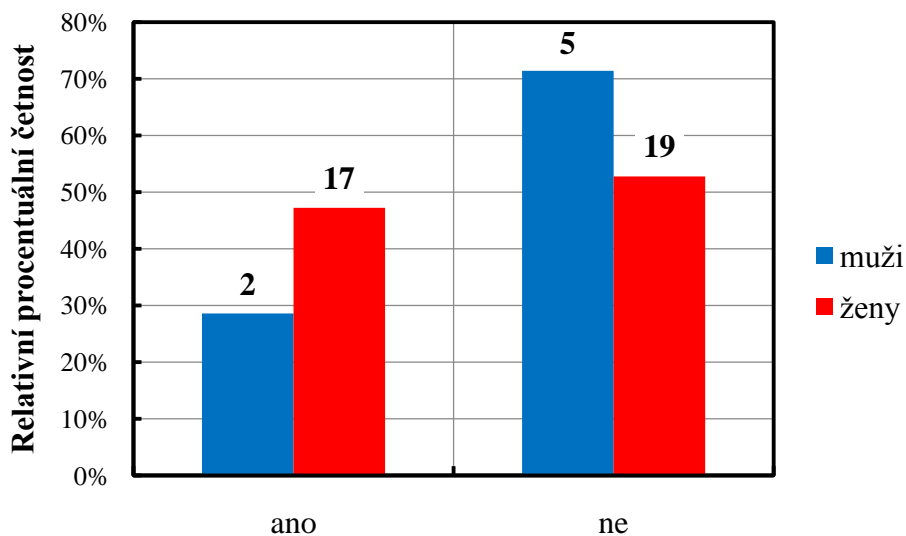
Otázka 12 měla ještě podotázku – Pokud jste odpověděl / a „ne“ nebo „spíše ne“ uveďte z jakého důvodu:



Obrázek 26 Graf znázorňující důvod nezapojování respondentů do aktivit

Z celkového počtu 13 (100 %) respondentů, kteří odpověděli na otázku č. 12 (Zapojujete se do aktivit, poskytovaných domovem pro seniory?) „ne“ nebo „spíše ne“, udává 1 (8 %) respondent jako důvod, že je samotář/ka. 1 (8 %) respondent odpověděl, že je nespolečenský/á. Aktivity poskytované DPS nebaví shodně 3 (23 %) respondenty. 1 (8 %) respondent uvedl, že nemá náladu se zapojovat do aktivit DPS. A 1 (8 %) respondent odpověděl, že se nechce předvádět, avšak blíže svou odpověď nespécifikoval. 6 (46 %) dotazovaných uvedlo, že sami nevědí, proč se do aktivit nezapojují (viz obrázek 26).

Otázka č. 13 – Máte v domově pro seniory přátele?



Obrázek 27 Graf znázorňující přítomnost přátel respondentů v DPS

Jak je patrné z obrázku 27, pouze 2 (29 %) muži mají v DPS přátele. Zbýlých 5 (71 %) mužů odpovědělo, že přátele v DPS nemají.

17 (47 %) žen má v DPS přátele, avšak stejně jako většina mužů i větší část žen, 19 (53 %), udává, že přátele v DPS nemají. Na tuto otázku odpovědělo celkem 7 (100 %) mužů a 36 (100 %) žen.

Otázka č. 14 – Jak často se vídáte s rodinou?

Tabulka 5 Kontakt s rodinou

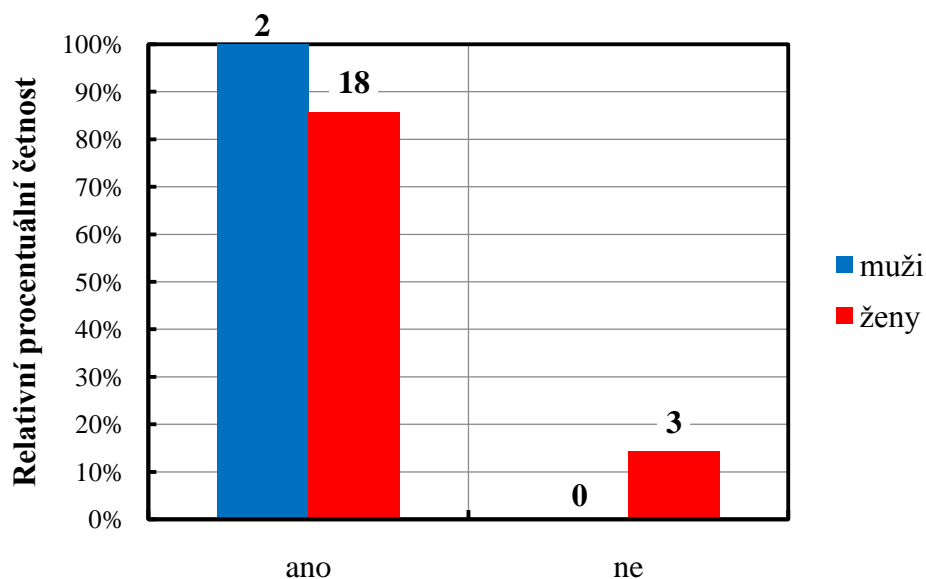
Kontakt s rodinou	četnost n_i		relativní četnost f_i (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
často (každý týden)	3	8	43	22
méně často (každý měsíc)	0	5	0	14
velmi málo (několikrát do roka)	2	16	29	44
nevídáme se	1	5	14	14
nemám rodinu	1	2	14	6
Celkem	7	36	100	100

Jak je patrné z tabulky 5, často (každý týden) se vídají s rodinou 3 (43 %) muži. Méně často (každý měsíc) neuvedl žádný muž (0 %). Velmi málo (několikrát do roka) se s rodinou vídají 2 (29 %) muži. Vůbec se nevídá s rodinou 1 (14 %) muž a 1 (14 %) muž uvedl, že rodinu nemá. Na tuto otázku odpovědělo celkem 7 (100 %) mužů.

Pouze 8 (22 %) žen uvedlo, že se s rodinou vídají často (každý měsíc) a 5 (14 %) žen méně často (každý měsíc). Velmi málo (několikrát do roka) se s rodinou vídá téměř polovina dotazovaných žen, a to 16 (44 %). 5 (14 %) žen se s rodinou nevídá a 2 (6 %) ženy rodinu nemají. Na tuto otázku odpovědělo celkem 36 (100 %) žen.

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „méně často (každý měsíc)“ nebo „velmi málo (několikrát do roka)“.

Otázka č. 15 – Chtěl /a byste se s příbuznými vídat častěji?



Obrázek 28 Graf znázorňující touhu vídat příbuzné častěji

Z celkového počtu 2 (100 %) mužů a 21 (100 %) žen, kteří odpověděli na otázku č. 14 „méně často (každý měsíc)“ nebo „velmi málo (několikrát do roka)“, udávají 2 (100 %) muži a 18 (86 %) žen, že by se chtěli s příbuznými vídat častěji a 3 (14 %) ženy a žádný muž (0 %) odpověděly, že se s příbuznými častěji vídat nechtějí (viz obrázek 28).

7 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku depresivních stavů institucionalizovaných seniorů. Cílem práce bylo zjistit vliv životních podmínek na výskyt depresivních stavů u seniorů žijících v DPS.

Na stanovený cíl navazuje ve druhé části práce šest výzkumných otázek. Výsledky dotazníkového šetření a odpovědi na výzkumné otázky jsou v průběhu diskuze porovnávány s výsledky diplomové práce Martinkové (2015), Šenkýřové (2013), Markovicové (2012), Vavříčkové (2007), Klimešové (2012), Habrové (2013) a s některými dalšími zdroji uvedenými v obsahu.

Výzkumná otázka 1: Vyskytují se ve zkoumaném vzorku respondentů senioři trpící depresivními stavy?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku byla získána vyhodnocením Geriatrické škály deprese dle Yesavage, zaměřující se na problematiku výskytu deprese u seniorů. Tato škála se standardně vyhodnocuje při přijetí nového klienta do péče DPS, ve kterém bylo šetření pro tuto bakalářskou práci prováděno.

Celkem bylo dotazovaných 45 (100 %) respondentů, kteří při nástupu do DPS neprokazovali známky depresivity (viz 5.1 Charakteristika výzkumného vzorku, s. 30). Tímto šetřením bylo zjištěno, že v době mého výzkumu pouze 2 (4,4 %) respondenti netrpěli depresivními stavy, u ostatních 43 (95,6 %) respondentů se vyskytovala mírná či těžká depresivita (viz obrázek 16, s. 47). Toto zjištění výrazně překročilo výsledky studie Martinkové (2015), která udává, že 39,7 % respondentů, žijících ve sledovaném DPS, je bez známek deprese. Domnívám se, že je to způsobeno rozdílnou kvalitou života v jednotlivých DPS, také individuální schopností adaptace seniorů na nové prostředí a okolnostmi, které vedli k umístění do DPS. Naopak výsledky tohoto výzkumu korespondují s předpokladem Vágnerové (2007, s. 419–420), že pobyt v institucionálním zařízení je výrazným rizikovým faktorem pro rozvoj deprese.

Dále byly zjišťovány odpovědi na výzkumné otázky prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Do dalšího šetření bylo zařazeno 43 (95,6 %) ze 45 (100 %) respondentů, tedy pouze ti, kteří na základě výsledků GDS-15 vykazovali depresivní stavy.

Výzkumná otázka 2: Jaké pohlaví a věková kategorie respondentů ze zkoumaného vzorku seniorů trpí depresivními stavy?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že z celkového počtu 43 (100 %) respondentů trpí depresivními stavy více ženy, 36 (84 %), než muži, 7 (16 %) (viz obrázek 17, s. 48). Topinková (2010, s. 145–146) také ve své knize uvádí, že je ženské pohlaví jeden z rizikových faktorů vzniku deprese. Naopak ve výzkumu Šenkýřové (2013), se rozdíl ve výskytu deprese u seniorů mezi pohlavími neprokázal.

Výsledky dotazníkového šetření výskytu depresivních stavů dle věkové kategorie respondentů prokazují souvislost s vyšším výskytem ve věkové kategorii 75–89 let (viz obrázek 18, s. 49). Z výsledků vyplývá, že z celkového počtu 43 (100 %) respondentů se v této věkové kategorii nachází 21 (49 %) respondentů a to 4 (57 %) muži ze 7 (100 %) a 17 (47 %) žen z 36 (100 %). Podobný výsledek se objevuje ve studii Češkové (2013), která uvádí, že výskyt deprese ve věku nad 75 let je 4krát vyšší než v mladších věkových kategoriích.

Výzkumná otázka 3: Z jakého důvodu byli respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů umístění v domově pro seniory?

Nejčastějším důvodem, z nabízených možností, pobytu v DPS (viz tabulka 2, s. 52) respondenti volili sníženou soběstačnost z nepříznivého zdravotního stavu. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů to uvedlo 14 (33 %), a to 2 (29 %) muži ze 7 (100 %) a 12 (33 %) žen z 36 (100 %). To podporuje i fakt, že velká část seniorů se potýká s nejedním zdravotním problémem, jak v důsledku tělesných, psychických i sociálních změn, které ve stáří nastávají, což uvádí i Venglářová (2007, s. 12) či Malíková (2011, s. 19–20). Zajímavé jsou však i jiné důvody pobytu v DPS, které respondenti uváděli a které nebyly v nabízených možnostech, jsou to např.: samota doma, nemožnost bydlet s dětmi, finanční problémy či kvůli zdravotnímu stavu partnera, který vyžadoval speciální péči. Někteří respondenti dokonce uvedli, že se dobrovolně do DPS přestěhovali, což dle Vágnerové (2007, s. 422–433) má pozitivní vliv na adaptaci v novém prostředí a zmírňuje riziko vzniku depresivních stavů. To koresponduje i s tvrzením Vavříčkové (2007), že potřeba institucionalizace seniorů se objevuje až v mimořádných situacích způsobených nejen věkem a zdravotními faktory, ale faktory sociálními.

Výzkumná otázka 4: Jsou respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů navštěvováni svojí rodinou?

Z tohoto šetření vyplynulo, že respondenti jsou rodinou většinou navštěvováni velmi málo (viz tabulka 5, s. 63). Návštěvu rodiny jen několikrát do roka udává 18 (42 %) respondentů z celkového počtu 43 (100 %), a to 2 (29 %) muži ze 7 (100 %) a 16 (44 %) žen z 36 (100 %), přitom 100 % mužů a téměř 90 % žen udává, že by se chtěli s příbuznými vídat častěji. Překvapivé bylo zjištění, že 3 (14 %) ženy z 21 (100 %), které uvedly, že jsou rodinou navštěvovány méně často či velmi málo, si nepřejí více návštěv svojí rodinou (viz obrázek 28, s. 64). Všeobecně lze konstatovat, že ženy jsou rodinou navštěvovány častěji než muži. To je usuzováno z výsledků, že 13 (36 %) žen z 36 (100 %) je navštěvováno rodinou často či méně často, zatímco muži ze 7 (100 %) jen 3 (43 %) (viz tabulka 5, s. 63). Problematiku spolupráce s rodinou, a to především neochotu a nezájem rodin, řeší ve své práci více Markovicsová (2012), kde udává návštěvy klientů velmi nepravidelně.

Výzkumná otázka 5: Jak hodnotí respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů kvalitu života v domově pro seniory?

K získání odpovědi na tuto výzkumnou otázku byly využity nejvíce otevřené otázky v dotazníku, které daly respondentům možnost vyjádřit vlastní názor. 4 (57 %) muži ze 7 (100 %) a 31 (86 %) žen z 36 (100 %) udává spokojenost a spíše spokojenost s životem v DPS (viz tabulka 3, s. 53). Z výsledků lze říct, že respondenti obou pohlaví jsou spokojenější, než jsem předpokládala vzhledem k výsledkům GDS-15. Souvislost s depresivními stavy se tedy v tomto případě neprokázala. Toto zjištění udávají i výsledky studie Martinkové (2015), která uvádí výskyt depresivních stavů u více jak 60 % respondentů, přestože 75,8 % respondentů uvedlo, že má vesměs dobrou náladu a jsou spokojeni se svými životy v DPS.

Nejčastějším důvodem nespokojenosti respondentů s životem v DPS, který uvedlo 6 (75 %) dotazovaných z 8 (100 %), je odloučení od rodiny (viz obrázek 20, s. 54). Rodina či partner / partnerka je také častou odpovědí na otázku, co respondentům v DPS chybí. To uvedlo 42 (97 %) respondentů a může to být příčinou toho, že se 20 (47 %) respondentů cítí osamělí. Tyto výsledky mohou mít souvislost se vznikem depresivních stavů. Také Topinková (2010, s. 145–146) uvádí osamělost jako jeden z rizikových faktorů vzniku deprese.

Názory a postoje k životu v DPS jsou velmi individuální, což je patrné z některých odpovědí. Například chování personálu se nelíbí 17 (40 %) respondentům a je jedním z důvodů nespokojenosti (viz obrázek 22, s. 56), avšak 15 (35 %) respondentů naopak hodnotí chování personálu kladně (viz obrázek 21, s. 55). 29 (67 %) ze všech 43 (100 %) dotazovaných respondentů udává také nespokojenost se stravou. Rozdílné jsou názory na prostředí DPS (především obytný prostor respondentů – pokoje). 27 (63 %) respondentů ze 43 (100 %) totiž udává, že se jim líbí jejich pokoj, protože zde mohou mít své osobní věci (viz obrázek 21, s. 55). Podobných výsledků dosáhla i studie Vavříčkové (2007), která uvádí, že možnost zařídit si pokoj podle sebe napomohlo klientům DPS při adaptaci na nové prostředí. Přesto v mém šetření 7 (16 %) respondentů ze 43 (100 %) uvádí, že se jim prostředí, ve kterém žijí, nelíbí (viz obrázek 22, s. 56).

Kvalitu života seniorů v DPS může do značné míry ovlivnit i množství aktivit, které zařízení poskytuje. 37 (86 %) respondentů ze 43 (100 %) uvádí alespoň jednu aktivitu, kterou DPS nabízí, nejčastěji Senior klub, výlety a cvičení. Avšak z výsledků šetření vyplývá, že 6 (14 %) respondentů ze 43 (100 %) neví o žádné aktivitě (viz obrázek 24, s. 59). Příčinou tohoto zjištění může být buď nezájem o nabízené aktivity ze strany respondentů, nebo nedostatečné poskytnutí informací o aktivitách ze strany personálu DPS. I tady jsou výsledky velmi podobné s výsledky studie Vavříčkové (2007), která uvádí 16 % dotazovaných, kteří se nezúčastňují aktivit poskytovaných DPS.

Výzkumná otázka 6: Jak tráví respondenti ze zkoumaného vzorku seniorů svůj volný čas?

Aby co nejpřesněji byla zodpovězena výzkumná otázka, byla položena respondentům otázka obdobná, kde mohli uvést i několik z nabízených možností. Z výsledků šetření vyplývá, že muži tráví nejčastěji svůj volný čas sledováním televize a to až 71 % z nich (5 mužů ze 7). Oproti mužům jsou ženy více aktivní a svůj volný čas tráví nejčastěji procházkami, to udává 12 (33 %) žen z 36 (100 %) (viz tabulka 4, s. 58). Podobné výsledky volnočasových aktivit vychází také z výzkumu Klimešové (2012), kde mimo jiné uvádí, že 50 % respondentů, žijících v DPS, tráví svůj volný čas procházkami.

Na větší aktivitu žen lze také usuzovat z výsledků dotazníkového šetření, kde bylo zjišťováno, jak moc se respondenti zapojují do aktivit, poskytovaných DPS (viz obrázek 25, s. 60). Až 28 (78 %) žen z 36 (100 %) udává, že se do aktivit zapojují či spíše zapojují, ale muži jen 2 (28 %). Tedy 5 (72 %) ze 7 (100 %) udává, že se do aktivit DPS spíše nezapojují či vůbec

nezapojují. Jako nejčastější důvody, proč se nezapojují do aktivit DPS, respondenti uváděli, že jsou samotáři, nespolečenšší nebo například, že se nechtějí bavit s ostatními (viz obrázek 26, s. 61). Tyto výsledky korespondují i s výsledky studie Habrové (2013), která uvádí, že překážkou není zdravotní stav, jak by se mohlo předpokládat, ale právě nespolečenské chování, kdy se senioři nechtějí potkávat s nejrůznějšími spolubydlicemi.

Příjemné zjištění bylo, že z celkového počtu 43 (100 %) respondentů uvedlo pouze 7 (16 %) respondentů, že je nic nebaví a nemají na nic náladu (viz obrázek 26, s. 61). Vzhledem k výsledkům GDS-15 byla očekávána větší pasivita k aktivitám, jelikož ztráta zájmů, jak uvádí Schuler a Oster (2010, s. 84), patří mezi hlavní příznaky deprese.

Přestože větší část žen, 19 (53 %), udává, že v DPS přátele nemá (viz obrázek 27, s. 62), z výsledků mého šetření lze říct, že ženy jsou více společenské. 6 (17 %) z nich uvedlo (viz tabulka 4, s. 58), že tráví svůj volný čas posezením s přáteli. Tuto odpověď však nezvolil ani jeden muž. Domnívám se, že to má souvislost s výsledkem, který odhalil, že 5 (71 %) mužů z celkového počtu 7 (100 %) nemá v DPS přátele. 2 (29 %) muži, kteří odpověděli, že přátele mají, dávají pravděpodobně přednost jiným aktivitám.

Z výsledků šetření vyplývá, že druhy volnočasových aktivit u seniorů jsou z hlediska pohlaví odlišné, podobné tvrzení uvádí ve své práci i Klimešová (2012).

7.1 Limity a doporučení pro další výzkumné šetření

Limitem této práce je malé množství respondentů ($n=45$). Z tohoto důvodu nelze zjištěné výsledky výzkumu zobecňovat, ale mohou být podnětem pro další výzkumy.

Při vyhodnocování mého dotazníkového šetření bylo zjištěno, že by bylo vhodné (a to je doporučení pro možné další šetření), porovnávat odpovědi respondentů s délkou pobytu v DPS. Porovnávat by se také daly odpovědi respondentů dle rodinného stavu nebo terapie klientů (antidepresiva, psychoterapie...). Určitě by byly přínosem i poznatky ohledně tvorby a práce s klienty na základě jejich individuálních plánů.

8 ZÁVĚR

„Co se týká všech, mohou řešit jen všichni.“

Friedrich Dürrenmatt

Tato bakalářská práce byla věnována problematice výskytu depresivních stavů u institucionalizovaných seniorů. Zabývala se životními podmínkami a kvalitou života v DPS jako možným faktorem, způsobujícím depresivní stavy institucionalizovaných seniorů. Mapovala rozdíly mezi vznikem depresivních stavů žen a mužů.

První část bakalářské práce byla věnována teoretickým poznatkům souvisejících s názvem a cíli práce. Ve druhé části bakalářské práce byla uvedena metodika výzkumu a byly analyzovány výsledky dotazníkového šetření, které jsou podrobně popsány v diskuzi.

Dle nejaktuálnější Zdravotnické ročenky České republiky z roku 2015, která podává ucelené informace o zdravotnictví v České republice a vychází především z údajů Národního zdravotnického informačního systému a demografických údajů Českého statistického úřadu, se v DPS nacházelo ke dni 31. 12. 2015 až 35 755 uživatelů.

Do výzkumného šetření v této práci byl zařazen pouze zlomek ze všech uživatelů DPS v České republice, tedy 45 ze 153 klientů, kteří byli v době mého šetření přítomní v DPS v krajském městě. Nepředpokládala jsem však, že ze zkoumaného vzorku 45 respondentů (100 %) dosáhne mírné až těžké depresivity až 43 (95,6 %) z nich.

Jedním z dílčích cílů bylo zmapovat nejčastější příčiny depresivních stavů u zkoumaného vzorku respondentů. Dle výsledků dotazníkového šetření bylo nalezeno několik možných příčin. Jak jsem předpokládala, a stejně tak je patrné z výsledků, největší vliv na rozvoj deprese má odloučení od rodiny a samota. Nebylo pro mne ani překvapením, že senioři jsou rodinou navštěvováni v DPS málo vzhledem k tomu, jak jsou lidé dnes, více než v předchozích letech zaneprázdněni prací a povinnostmi, kterým dávají mnohdy přednost před svými blízkými. Depresivní je samotný fakt, jak moc senioři touží po častějším kontaktu s příbuznými a jak málo se jim dostává. Bohužel to příbuzným často neřikají. Setkala jsem se i s pocity nadbytečnosti, kdy respondenti udávali, že jsou na obtíž, překáží a že nechtějí nikomu přidělovat starosti, a proto raději často mlčí.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit subjektivní pohled na kvalitu života v DPS. Překvapivé ale bylo zjištění, kolik respondentů udává spokojenost s životem v DPS. Z toho vychází

poznatek, že samotný DPS nemá výrazný vliv na vznik depresivních stavů. Mile mě překvapilo také, a trochu jsem v to doufala, že respondenti ocení možnost mít v pokoji své osobní věci. Mnoho pokojů bylo vybaveno nábytkem, spotřebiči a doplňky, které si respondenti přivezli z domova. Naopak co jsem nepředpokládala je, že až 29 (67 %) respondentů ze 43 (100 %) není spokojených se stravou v DPS, přestože je dle vedení DPS jídelníček připravován s ohledem na potřeby uživatele a jeho zdravotní dispozice prostřednictvím různých diet.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit preventivní opatření vzniku depresivních stavů, která DPS využívá. Jsem ráda, jak z výsledků vyplývá, že většina oslovených respondentů využívá aktivity, poskytované DPS. Myslím si, že představují nedílnou součást pro zlepšení nejen fyzické, ale především té duševní stránky a výrazně přispívají jako prevence vzniku nebo prohlubování depresivních stavů. Dvořáčková (2012, s. 7–8, s. 56–98) uvádí, že v seniorském věku se vnímání osobní i společenské pohody dostává do popředí hodnotového systému. Jako nezbytným preventivním opatřením vzniku deprese je poskytování služeb na základě individuálního plánu, vytvořeného společně s klientem.

Hlavní cíl práce byl splněn. Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že životní podmínky pro seniory žijících v DPS nemají na výskyt depresivních stavů rozhodující vliv tak, jak se mnohdy společnost domnívá. Z výsledků této bakalářské práce vyplývá, že v tak stresové situaci, jakou je umístění do DPS, nejvíce dotazovaným respondentům chybí kontakt s rodinou a přáli by si častější návštěvy svých blízkých. Toto zjištění je zároveň hlavním přínosem práce.

Výsledky práce předám vedení DPS v krajském městě a věřím, že budou nejen sloužit jako impuls pro častější kontakt seniorů a jejich rodin, ale také nápovědou, jak v některých oblastech ještě zlepšit život našich seniorů v DPS.

„Šťastný je ten, kdo našel štěstí v rodině.“

Lev Nikolajevič Tolstoj

9 POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje:

ČELEDOVÁ, Libuše, Rostislav ČEVELA, Jan HOLČÍK, Zdeněk KALVACH a Pavel KUBŮ. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČELEDOVÁ, Libuše, Rostislav ČEVELA a Zdeněk KALVACH. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČESKO. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. Dostupný také z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf.

ČEŠKOVÁ, Eva, Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 144 s. ISBN 978-80-7345-316-9.

DLABALOVÁ, Irena, Dana KLEVETOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016, 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ, Květa ZIKMUNDOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd., přepracované a doplněné. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HÖSCHL, Cyril, Hana ŠTĚPÁNKOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013, 170 s. ISBN 978-80-7421-057-0.

OSTER, Peter, Matthias SCHULER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ, Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 180 s. ISBN 978-80-7367-501-1.

Příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Dostupná také z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd., dotisk. Praha: Galén, 2010, 270 s. ISBN 978-80-7262-365-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Elektronické zdroje:

HABROVÁ, Jana. *Aktivizační programy v domovech pro seniory* [online]. Zlín, 2013 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z:

http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21132/habrov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Olga Doňková.

KLIMEŠOVÁ, Veronika. *Volnočasové aktivity seniorů* [online]. Brno, 2012 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/ofhkh0/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D..

MARKOVICSOVÁ, Martina. *Spolupráce rodin s domovem pro seniory jako součást optimalizace péče o seniory* [online]. Brno, 2012 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/365796/fss_b/. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Victoria Shmidt.

MARTINKOVÁ, Iveta. *Deprese u klientů domova pro seniory* [online]. Brno, 2015 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/350523/pedf_m/DP_Martinkova.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Kristýna Balátová, Ph.D..

ŠENKÝŘOVÁ, Lenka. *Výskyt deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí a u seniorů žijících v sociálních institucích* [online]. Brno, 2013 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/51448/lf_m/. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Hana Matějovská Kubešová.

VAVŘÍČKOVÁ, Lenka. *Adaptace seniorů na pobytová zařízení* [online]. České Budějovice, 2007 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/4jh3cp/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Šimečková.

10 PŘÍLOHY

Příloha A–Standardy kvality sociálních služeb, vyhláška č. 505/2006 Sb.	75
Příloha B–Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)	81
Příloha C–Nestandardizovaný dotazník.....	82

Příloha A–Standardy kvality sociálních služeb, vyhláška č. 505/2006 Sb.

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

- a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována.
- b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.
- c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje.
- d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.

2. Ochrana práv osob

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

4. Smlouva o poskytování sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy.

c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby.

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby.
- c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele.
- c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě.
- d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

- a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat.
- b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb.
- c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

- a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována.
- b) Poskytovatel má písemně zpracovány vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců; kritérium není zásadní.
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

- a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace.
- b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.
- c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje.
- d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje, kritérium není zásadní.
- e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

13. Prostředí a podmínky

a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob.

b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení.

b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít.

c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

- a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob.
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
- c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby.
- d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

Zdroj: *Příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.* Dostupná také z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

Příloha B–Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

Dobrý den Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Michaela Vrzalová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění Geriatrické škály deprese dle Yesavage k bakalářské práci, jejíž téma je „Depresivní stavy institucionalizovaných seniorů“. Výsledky budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela **anonymní**.

Za Vaši ochotu a Vámi věnovaný čas děkuji.

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v poslední době cítil/a:

GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE DLE YESAVAGE (GDS -15)

1. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	ano	ne
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	ano	ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano	ne
4. Nudíte se často?	ano	ne
5. Jste většinou v dobré náladě?	ano	ne
6. Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	ano	ne
8. Cítíte se často bezmocný/á?	ano	ne
9. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	ano	ne
10. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?	ano	ne
11. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	ano	ne
12. Připadáte si zbytečný/á?	ano	ne
13. Cítíte se pln/a energie?	ano	ne
14. Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	ano	ne
15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	ano	ne

Za každou odpověď označenou tučným písmem je 1 bod.

Celkové skóre bodů.

Hodnocení:

0–5 normální afekt / 6–10 mírná depresivita / 11+ těžká depresivita

Zdroj: HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*, 2016, s. 64–69.

Příloha C–Nestandardizovaný dotazník

Dobrý den Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Michaela Vrzalová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci, jejíž téma je „Depresivní stavy institucionalizovaných seniorů“. Výsledky dotazníku budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela **anonymní**. Vámi vybrané odpovědi označte.

Snažte se, prosím, zodpovědět otázky, jak nejlépe to půjde. Za Vaši ochotu a Vámi věnovaný čas děkuji.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Jaký je Váš věk?

- 60–74 let
- 75–89 let
- nad 90 let

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodný/svobodná
- ženatý /vdaná
- vdovec /vdova
- rozvedený /rozvedená

4. Jak dlouho žijete v domově pro seniory?

- méně než 1 rok
- 1–4 roky
- 5–10 let
- nad 10 let

5. Jaký je Váš důvod pobytu v domově pro seniory?

- snížená soběstačnost z důvodu věku
- snížená soběstačnost z nepříznivého zdravotního stavu
- nevyhovující bydlení
- jiný (*uved'te*):

6. S životem v domově pro seniory jsem:

- spokojený/á
- spíše spokojený/á
- spíše nespokojený/á
- nespokojený/á

Pokud Vaše odpověď byla „nespokojený/á“ nebo „spíše nespokojený/á“, napište z jakého důvodu:

.....

7. Co se Vám v domově pro seniory líbí?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:

.....

8. Co se Vám v domově pro seniory nelíbí?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:

.....

9. Je něco, co Vám v domově pro seniory chybí?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:

.....

10. Jak trávíte svůj volný čas?

Na tuto otázku můžete uvést i více možností:

- posezením s přáteli
- četbou
- poslechem rádia
- u televizoru
- u počítače
- s ručními pracemi
- procházkami
- spánkem
- nic mě nebaví, nemám na nic náladu
- jinak (*uved'te jak*):

11. Které aktivity Vám nabízí domov pro seniory?

Doplňte aktivity:

.....

12. Zapojujete se do aktivit, poskytovaných domovem pro seniory?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Pokud jste odpověděl / a „ne“ nebo „spíše ne“ uveďte z jakého důvodu:

.....

13. Máte v domově pro seniory přátele?

- ano
- ne

14. Jak často se vídáte s rodinou?

- často (každý týden)
- méně často (každý měsíc)
- velmi málo (několikrát do roka)
- nevidáme se
- nemám rodinu

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „méně často“ nebo „velmi málo“.

15. Chtěl /a byste se s příbuznými vídat častěji?

- ano
- ne