

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**JAK SENIOŘI HODNOTÍ KVALITU ŽIVOTA  
V DOMOVĚ PRO SENIORY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Hladká**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2019

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE**

**DEPARTMENT OF NURSING**

**HOW SENIORS ASSESS THE QUALITY OF LIFE**  
**IN SENIOR HOMES**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Hladká**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

.....

(podpis)

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou vyjádřila upřímné poděkování vedoucímu práce prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za jeho odborné vedení, cenné rady a ochotu v čase konzultací, které mi v průběhu psaní mé bakalářské práce věnoval.

Mé poděkování patří také Mgr. Zorce Müllerové za umožnění vedení výzkumu v domově pro seniory v Hořicích, a klientům, kteří mi ochotně poskytli informace k této práci.

Děkuji také své rodině a nejbližším, kteří mi byli oporou po celou dobu mého studia.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
TEORETICKO – PŘEHLEDOVÁ ČÁST .....	10
1 Demografické a sociální aspekty stárnutí populace.....	10
2 Charakteristika geriatrického věku .....	13
2.1 Stárnutí a stáří .....	13
2.2 Senior .....	14
2.3 Periodizace stáří .....	15
2.3.1 Funkční různorodost seniorů .....	17
3 Změny ve stáří .....	18
3.1 Biologické změny ve stáří.....	18
3.2 Psychické změny ve stáří .....	21
3.3 Sociální změny ve stáří .....	23
4 Senior a rodina .....	25
5 Potřeby ve stáří .....	27
5.1 Fyziologické potřeby seniorů.....	28
5.2 Psychosociální potřeby seniorů .....	28
5.3 Spirituální potřeby seniorů.....	29
6 Péče o seniory .....	31
6.1 Historický pohled na péči o seniory .....	31
6.2 Péče o seniory v současné době.....	33
6.2.1 Zdravotní péče .....	33
6.2.2 Rodinná péče.....	35
6.2.3 Sociální péče .....	35
6.2.3.1 Domov pro seniory .....	37
7 Kvalita života.....	40

7.1 Historie pojmu kvalita života.....	40
7.2 Definice pojmu „kvalita života“ .....	41
7.3 Kvalita života seniorů .....	43
7.3.1 Metody měření kvality života seniorů .....	44
EMPIRICKÁ ČÁST .....	46
8 Metodika výzkumu .....	46
8.1 Cíl empirického výzkumu.....	46
8.2 Domov pro seniory Hořice .....	46
8.3 Zkoumaný soubor .....	47
8.4 Použité metody výzkumu.....	47
9 Smíšený výzkum.....	49
9.1 Kvantitativní část výzkumu .....	49
9.2 Kvalitativní část výzkumu .....	51
9.2.1 Charakteristika klientů.....	51
9.2.2 Analýza dat .....	52
9.2.3 Kategorie 1 – Důvody přestěhování se do Domova pro seniory .....	53
9.2.4 Kategorie 2 – Zdravotní problémy a jejich dopady .....	55
9.2.5 Kategorie 3 – Volný čas běžného dne .....	56
9.2.6 Kategorie 4 – Denní režim.....	58
9.2.7 Kategorie 5 – Smíření se s pobytem v domově pro seniory .....	59
9.2.8 Kategorie 6 – Vzpomínky na to hezké v životě.....	60
9.2.9 Kategorie 7 – Sociální opora .....	61
9.2.10 Kategorie 8 – Spokojenost klientů.....	63
9.2.11 Kategorie 9 – Mírná nespokojenost klientů.....	65
9.2.12 Kategorie 10 – Postoj k životu a víra.....	66
9.2.13 Kategorie 11 – Rady pro nastávající obyvatele Domova pro seniory .....	68
10 Diskuze .....	70

ZÁVĚR .....	74
ABSTRAKT .....	76
ABSTRACT .....	78
POUŽITÁ LITERATURA .....	80
SEZNAM ZKRATEK .....	85
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87
PŘÍLOHY .....	88

# ÚVOD

Stárnutí lidské populace se v současné době začíná dostávat do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti. Počet stárnoucí populace se zvyšuje a společnost se snaží o udržení aktivity a zdraví lidí do co možná nejvyššího věku. Mimo zdravotní a sociální péče o seniory se tak začíná preferovat i důležitá kvalita jejich života s potřebami a zájmy.

Stáří lidé nemají život v dnešní uspěchané době jednoduchý. Stáří je lidmi stále považováno za období, které už nemůže společnosti nic nabídnout, za období nemocí a negativních fyziologických změn. Zapomíná se však na to, že stáří je přirozeným vývojem člověka a kromě spousty pozitivních změn s sebou také přináší mnoho moudrých ponaučení a rad pro mladší generace.

Stáří je obdobím sklizení ovoce svého života. Je výsledkem toho, jak člověk celý svůj život prožil, zda žil spokojeně a plnil si svá přání a cíle, či ho provázela nenaplněný život se starostmi nebo nemocemi. Myslím si, že je velmi důležité umožnit seniorům žít šťastný a kvalitní život a to i seniorům žijícím v domovech pro seniory, kteří z různých důvodů opustili svůj původní domov a musí se přizpůsobit pravidlům domova nového, společného s dalšími seniory.

Ve většině případů je domov pro seniory místo, kde je o člověka dobře postaráno, kde si může popovídat se svými vrstevníky a využívat možnosti dostupné zdravotní péče. V případě, že se seniorům z důvodu onemocnění sníží jejich soběstačnost, mohou se na péči v domově pro seniory spolehnout. Hlavním důvodem, proč se lidé stáří tolik obávají, bývá pocit stoupající závislosti na cizí pomoci. V případě, že k takové situaci dojde, může se řešením stát odchod do domova pro seniory, který může být jakýmsi osvobozením pro ty, kteří jsou závislí na pomoci svých blízkých a nechtějí „být na obtíž“.

Pro svou bakalářskou práci jsem si záměrně vybrala téma, které se týká seniorů, jelikož k těmto lidem mám velmi pozitivní vztah a chtěla jsem zjistit *kvalitu jejich života* v zařízení, které se nachází nedaleko mého bydliště. Výsledky šetření této práce budou jako poděkování poskytnuty i paní ředitelce Domova pro seniory v Hořicích.

Problematika stárnutí a stáří se nemusí každému zdát jako zajímavé téma ke zpracování bakalářské práce. Je však pravda, že seniorů neustále přibývá, což je způsobeno lepší zdravotní péčí a tím se prodlužuje střední délka života. Proto je toto téma v dnešní době



velmi aktuální a je třeba se o tyto lidi za jejich celoživotní přínos pro společnost důstojně postarat. Jedním z důvodů, proč píšu o tomto tématu je, že si toto uvědomuji, chovám k těmto lidem velký respekt a mám k nim za jejich moudrost a vlídnost pozitivní vztah. Takovýchto seniorů je velká většina, což je mým pohledem a přesvědčením ve zpracovaných průzkumech této mojí práce.

# TEORETICKO – PŘEHLEDOVÁ ČÁST

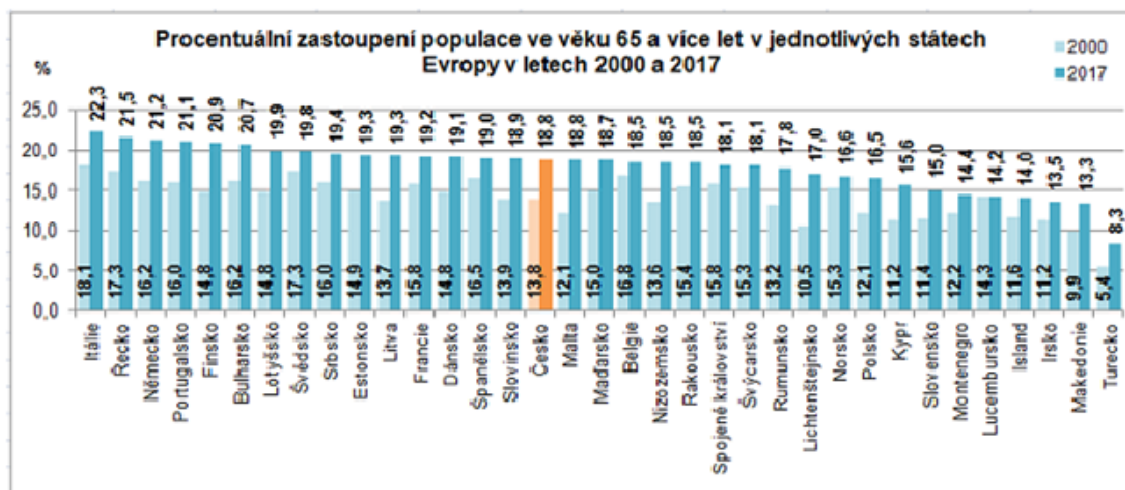
## 1 Demografické a sociální aspekty stárnutí populace

Skladba lidské populace se v současné době mění. Ve vyspělých zemích přibývají starší lidé a Česká republika v tom nemá výjimečné postavení. O Evropě se mluví jako o šedivějším kontinentu. Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typické a bude i v dalších letech pokračovat. Procento starých osob se brzy ještě zvýší kvůli zestárnutí silných ročníků z poválečného období (Klevetová, 2017; Malíková, 2011).

Podle prognóz našich demografů i OSN by Česká republika mohla být v polovině 21. století spolu s Itálií a Řeckem společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě (Dvořáčková, 2012).

Pohled na stárnutí populace v evropských státech znázorňuje následující graf 1 (ČSÚ, ©2019).

Graf 1 – Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2017



Český statistický úřad zpracoval demografický vývoj, který předpovídá, že v roce 2030 by měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce 31,3 % populace, to jsou asi tři miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby nad 65 let 14,6 % populace České republiky. Největší nárůst seniorů bude nejstarších (dlouhověkových). Demografické předpovědi odhadují, že v roce 2050 bude v Česku žít asi půl milionu obyvatel ve věku nad

85 let. Pro srovnání, roku 2007 žilo v České republice v této věkové kategorii 124 937 osob. Prognóza říká, že v roce 2050 by se měl průměrný věk asi o deset let zvýšit, než je tomu nyní. U žen je tato hodnota asi o tři roky vyšší, a to znamená, že v roce 2050 by mohla dosáhnout hranice 50,2 let, u mužů pak 47,3 let. Hodnota indexu stáří v současnosti ukazuje poměr 113 seniorů na 100 dětí. V roce 2050 na tentýž počet dětí připadne 277 seniorů (Kopačková, 2018; Malíková, 2011).

Stárnutí populace má několik obecně známých příčin (Malíková, 2011, s. 26):

- *klesající porodnost;*
- *snižující se úmrtnost osob ve všech věkových kategoriích v důsledku lepší zdravotní péče;*
- *pokles kojenecké úmrtnosti;*
- *prodlužování střední délky života;*
- *snížení chudoby, sociální rozvoj, zlepšení životních i pracovních podmínek, ochrana sociálních práv;*
- *pokrok v medicíně a větší záchrana lidských životů.*

V souvislosti s perspektivami populačního vývoje lze předpokládat, že výrazně poroste naděje na dožití vyššího věku.

Zůstává ale otázka, kolik starších lidí z této získané doby života bude mít naději na dožití v dobrém zdravotním stavu. Populace starších lidí bude v průměru zdravější, ale ve větším rozsahu bude trpět chronickými a degenerativními onemocněními. Tyto choroby se budou projevovat ztrátou soběstačnosti. Zvyšující se počet tzv. křehkých seniorů se specifickými zdravotními potřebami vyžaduje zlepšení zdravotních a sociálních služeb, rozvoj geriatrických služeb v ambulantním i ústavním prostředí, zaměření se na rehabilitaci, rozvoj programů prevence a podpory zdraví, podpory zdravého stárnutí apod.

Vyspělá civilizace by měla zajistit důstojný život ve stáří, a to nejen po finanční stránce. „*Stáří je období, kdy by člověk měl sklízet plody své práce, užívat si zaslouženého odpočinku.*“ (Sak a Kolesárová, 2012, s. 162) Toto tvrzení je však v protikladu s tvůrci současné důchodové reformy. Její součástí je trvalé posouvání věku odchodu do důchodu bez pevně stanovené horní hranice, za kterou by se odchod již neposouval. Velikost důchodu lidí, kteří celý život pracovali, nezajišťuje pokrytí základních životních nákladů. Tento problém vede v extrémních případech k bezdomovectví a sebevraždám starých lidí. Většina

populace si myslí, že naše společnost neposkytuje seniorům za hodnoty, které ve svém aktivním životě vytvořili, důchod, který jim dovoluje důstojný, plnohodnotný a aktivní život ve stáří (Sak a Kolesárová, 2012; Dvořáčková, 2012; Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

A jak na stárnutí populace reaguje stát? Ministerstvo práce a sociálních věcí vytváří politiku, která připravuje na stáří. Vychází také ze zlepšujícího se zdraví populace, které slouží jako potenciál pro sociální a ekonomický rozvoj. Roku 2006 zřídila vláda České republiky Radu vlády pro seniory a stárnutí populace, která vykonává funkci poradního a iniciativního orgánu. „*Prioritami instituce Rady vlády jsou: podpora podnikání všech osob, podpora tvorby strategií zaměstnavatelů vůči starším zaměstnancům a zvýšení jejich zaměstnanosti, podpora rodiny, zlepšování funkčního zdraví seniorů, zabránění diskriminaci na základě věku, ochrana seniorů v rizikových situacích (proti násilí a zneužívání), zvyšování povědomí lidí o stárnutí a stáří (vytvoření vhodných informačních a komunikačních nástrojů k tomuto účelu) a rozvoj spolupráce mezi státní správou, regionální a místní samosprávou, neziskovými organizacemi a sociálními partnery.*“ (Malíková, 2011, s. 27) Zaměřuje se také na zabránění ageistickým stereotypům ve společnosti, klade si za úkol ukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti, stále je rozvíjet a podporovat (Malíková, 2011).

To, že se střední délka života v současné době u nás výrazně prodlužuje, je možno chápat různě. Na jedné straně se můžeme obávat toho, že budeme déle staršími lidmi. Na druhé straně se můžeme radovat z toho, že budeme moci delší dobu prožívat život v kontaktu s širší rodinou a s druhými lidmi. Neurolog Gerd Kempermann, který se zabývá studiem fungování mozku, říká: „*Větším překvapením nežli trvalé prodloužení průměrné délky života je to, že si tuto skutečnost stále mnoho lidí neuvědomuje.*“ „*A přece dává tato nová situace člověku možnost využít svůj život tvořivěji, smysluplněji a nadějněji.*“ (Křivohlavý, 2011, s. 9)

## 2 Charakteristika geriatrického věku

### 2.1 Stárnutí a stáří

*„Všichni stárneme. Dnes jsme mladší, nežli budeme zítra. Zítra budeme starší, nežli jsme dnes. Žít dobře znamená i dobře stárnout. A dobře stárnout znamená žít dobře. Stárnutí se nevyhneme – jde o to je dobře přijmout – jako dar – a moudře s ním hospodařit. Z tohoto daru života se chceme radovat a vytvořit z něj něco dobrého, ba – pokud možno – to nejlepší, co je v našich silách.“ (Křivohlavý, 2011, s. 12)*

Každé vývojové období i období stárnutí a stáří nám dává určité možnosti, ale v něčem nás zase naopak omezuje. Vždy si ale toto neuvědomujeme, a tak stáří chápeme spíše negativně, ztrátou možností a radostí života, naděje, optimismu. Stáří však být takové nemusí. Všeobecný pohled na seniory a stáří je vnímán především jednostranně. Při zmínce o stáří si lidé většinou představí nesoběstačnou osobu, která není schopna samostatného života, je proto závislá na pomoci jiné osoby při všech běžných činnostech a pro kterou je ideální umístění do ústavní péče.

Mnoho lidí však ve stáří zažívá jedno z nejkrásnějších životních období, protože mají volný prostor k tomu, aby udělali všechno, co zatím v životě (z různých důvodů) nestihli. *„Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout“ (Malíková, 2011, s. 14).* Proto se mluví i o umění stárnout. Stárnutí je záležitost, která se týká každého člověka. Platí sice, že od okamžiku narození stárneme a ke stáří se každým dnem pomalu přibližujeme, ale záleží na každém z nás, jak se na stáří připraví a jak u něj bude stárnutí a stáří probíhat (Malíková, 2011).

Malíková charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku (Malíková, 2011).

Stárnutí definují Langmeier a Krejčíková (2006) jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti člověka, které vrcholí v terminálním stadiu a ve smrti.

Podle Křivohlavého (2002) je stárnutí proces, který je včleněn do celkového životního děje člověka. Stárnutí nepřichází neočekávaně a naráz, jedná se o plynulý přechod v rámci celého života člověka. Na otázku „Kdy začíná člověk stárnout?“ existuje mnoho různých odpovědí. Jedna odpověď zní, že člověk stárne od chvíle narození. Z biologického hlediska stárnutí začíná ukončením procesu tělesného zrání a diferenciací. A z hlediska vývojové psychologie je stáří sestupnou periodou vývoje a začíná už v dřívějších vývojových stádiích. Vzhledem k individuálním rozdílům však tato sestupná perioda vývoje nastupuje u různých jedinců v nestejném věku a probíhá u jednotlivých lidí odlišně (Křivohlavý, 2002).

*„Oč tedy v životě i při stárnutí jde? Jde o to, mít život rád, i když je to život tím či oním způsobem poněkud jiný. A využívat možnosti, které jsou nám v něm vzdor všemu dány. Využívat je k tomu, aby byl náš život kvalitní, hodnotný a smysluplný – takový, který stojí za to žít“.* (Křivohlavý, 2011, s. 136)

## 2.2 Senior

Senior je termín emočně neutrální, přijatelný pro různé vědecké disciplíny a můžeme jím označit člověka v průběhu celého senia bez ohledu na míru soběstačnosti. Haškovcová charakterizuje seniora jako staršího člověka, ale také nejstaršího a zpravidla váženého člena nějakého společenství (Haškovcová, 2012; Přibíl, 2015).

V odborné literatuře se člověk žijící v období stáří označuje i pojmy jako např. *geront*. Pojmem *geront* je však označován spíše nesoběstačný senior, který je závislý na péči druhé osoby. V psychologické literatuře se pracuje s pojmem *senescent*, jinde se mluví o *důchodcích*. Označení *důchodce* je považováno za zcela nevhodné, protože se nabízí, aby takto byla vnímána osoba, která pobírá dávku důchodového pojištění, kterých je několik (starobní důchod, invalidní důchod, vdovský a vdovecký důchod, sirotčí důchod). Proto neplatí, že každý důchodce musí být seniorem a ne každý senior je důchodcem (Petřková a Čornaničová, 2004; Přibíl 2015).

Literatura používá pro období stáří i obraty jako např. *nacházející se v podzimu života, být v nejlepších letech, v požehnaném věku, dříve narození, zkušenější a zralejší* nebo *věkově pokročilí občané* (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 48).

## 2.3 Periodizace stáří

Dnes, ale i v minulosti si lidé kladou otázku „Kdy je člověk starý?“ Na tuto otázku však není lehké odpovědět, protože v jistém smyslu člověk stárne již od narození a také proto, že každý člověk stárne „jinak“. Stárnutí je vždy diskontinuitní, a to znamená, že v některých obdobích svého života stárne člověk rychleji než v jiných. Přesto existuje několik klasifikací, kde je lidský život rozdělen do několika etap, kterými člověk v průběhu života prochází. Příkladem mohou být některé historické ukázky kategorizací stádií vývoje člověka během ontogeneze (Haškovcová, 2002; Smékal a Hobzová, 2008).

Pythagoras rozděloval období našeho života podle čtyř ročních období (Smékal a Hobzová, 2008, s. 120):

- *utváření (do 20 let)*
- *mládí (do 40 let)*
- *rozkvět sil (do 60 let)*
- *stáří (po šedesátce)*

Indická tradice dělí život podle dominujících hodnot:

- *V dětství a mládí je to touha po uspokojení tužeb.*
- *V mladé dospělosti úsilí o bohatství nebo moc či úspěchy.*
- *Ve zralé dospělosti směřování k zodpovědnosti, touha plnit své povinnosti.*
- *Ve stáří úsilí o vymanění z tužeb, touha po osvobození a nalezení smyslu existence.*

Ve staré Číně dělili život na:

- *mládí (do 20 let)*
- *věk uzavírání manželství (do 30 let)*
- *věk plnění společenských povinností (do 40 let)*
- *věk poznávání vlastních omylů (do 50 let)*
- *poslední možnost tvůrčího života (do 60 let)*
- *věk moudrosti (do 70 let)*
- *stáří (po sedmdesátce)*

V současné době je hodně rozšířené a používané následné členění stáří, kde se používá pojmů **mladí senioři** a **staří senioři**. V různých fázích tohoto životního období jsou pak

odvozena dominující témata v příslušné fázi (Malíková, 2011; Špatenková a Smékalová, 2015, s. 49):

- **65 -74 let – mladí senioři** (*young old*) (témata penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)
- **75 - 84 let – staří senioři** (*old old*) (témata adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti)
- **85 let a více – velmi staří senioři** (*very old old*) (problematika soběstačnosti a zabezpečení)

Stáří je pochopitelně možné členit z různých hledisek, různí autoři uvádějí rozdílnou klasifikaci. Světová zdravotnická organizace (WHO) člení období života člověka takto (Špatenková a Smékalová, 2015; Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 13 - 14):

- 0 – 14 let – *dětský věk*
- 15 – 29 – *mladý věk*
- 30 – 44 let – *dospělý věk*
- 45 – 59 let – *střední věk*
- **60 – 74 let – starší věk (presenium)**
- **75 – 89 let – starý věk (senium)**
- **nad 90 let – dlouhověkost**

Autorka Marie Vágnerová v knize Vývojová psychologie rozděluje stáří do dvou období. První je nazvána obdobím raného stáří (60 – 75 let) a druhá se nazývá období pravého stáří (75 a více let). Rané stáří, též označováno jako třetí věk, je období života, ve kterém dochází k viditelným změnám daným stárnutím, které však nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku zabránily žít aktivní a nezávislý život. Období, kdy člověk dosáhne 80 let, tzv. čtvrtého věku, je na jedné straně obvykle spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním zhoršením funkcí, a na druhé straně existují senioři, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled (Vágnerová, 2007).



### 2.3.1 Funkční různorodost seniorů

Se stárnutím populace dochází ke změně složení příjemců zdravotnických, sociálních a dalších veřejných a soukromých služeb. Avšak populace seniorů není zdaleka homogenní, naopak (Štěpánková, Höschl a Vidovičová, 2014).

Kalvach a Onderková rozlišují následující kategorie seniorů z ošetrovatelského hlediska. Je velmi důležité, že např. uspokojivá kvalita života, autonomie a smysluplnost souvisejí s vyššími úrovněmi výkonnosti. V ošetrovatelském procesu je proto třeba snažit se o zabránění poklesu pacienta na nižší úroveň funkční zdatnosti a naopak důsledně usilovat o její zachování nebo zlepšení rehabilitačními a rekondičními postupy.

- **Elitní** – senioři, kteří podávají extrémní výkony i ve vysokém věku.
- **Zdatní (fit)** – senioři, kteří se bez ohledu na svůj věk udržují ve velmi dobré zdatnosti, vykonávají fyzicky náročné činnosti a dobře zvládají i náročnější zdravotnické výkony. Věnují se pravidelně pracovním a sportovním aktivitám.
- **Nezávislí** – senioři, kteří dobře zvládají činnosti každodenního života (např. nakupování, vaření, vedení domácnosti) a za běžných okolností nepotřebují podstatnou pomoc rodiny, sousedů nebo pečovatelské služby. Za situací, které však přinášejí neobvyklou zátěž (např. těžší horečnatá onemocnění, pooperační stavy), tito lidé selhávají.
- **Křehcí** – senioři, kterým hrozí náhlá dekompenzace zdravotního stavu (např. srdeční onemocnění) nebo funkčního stavu (pády), náhlou nezabezpečností (např. neschopnost zajistit nákup) nebo kteří potřebují trvalou dopomoc při náročnějších aktivitách běžného života.
- **Závislí** – senioři, kteří zčásti nebo zcela nezvládají ani běžné činnosti každodenního života a kteří z duševních či tělesných důvodů potřebují pomoc při jedení, mytí, oblékání, při používání toalety, při přesouvání z lůžka do křesla a zpět.
- **Zcela závislí** – senioři dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžku nebo mající vážné kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí a z toho důvodu vyžadují zajištění antidekubitálního režimu, hydratace a výživy.
- **Umírající** – senioři mající zvláštní potřeby komplexní paliativní péče.

(Kalvach a Onderková, 2006; Přibil, 2015)

### 3 Změny ve stáří

*„Léta zvrásní tvář, ale nedostatek nadšení zvrásní duši. Starosti, pochybnosti, nedůvěra v sebe, strach a zoufalství – to jsou ta dlouhá léta, která ohnou záda a obrátí rostoucího ducha zpátky v prach. Jste tak mladými, jako je vaše víra, a tak starými, jako jsou vaše pochybnosti, tak mladými, jako je vaše sebedůvěra, a tak starými, jako jsou vaše strachy tak mladými, jako jsou vaše naděje, a tak starými, jako je vaše zoufalství.“* Zarathustra (Klevetová, 2017, s. 23)

Stáří je velmi důležité chápat z pohledu bio-psycho-sociálního. Změny, které probíhají na začátku etapy stáří i v jeho průběhu, přináší změny v oblasti biologické, ale vždy souvisejí i s chováním a prožíváním seniora i jeho postavením ve společnosti. Medicína se příliš na podrobnou psychosociální anamnézu nezaměřuje, podceňuje somatizaci psychických potíží a spíše hledá problémy v tělesných orgánech (Klevetová, 2017).

#### 3.1 Biologické změny ve stáří

Biologické stárnutí s sebou přináší určité změny organismu. Tento proces bývá individuální z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. O příčinách fyzického stárnutí existují dvě základní teorie, teorie opotřebenosti (části těla se užíváním postupně opotřebávají) a teorie buněčná (tělo stárne v důsledku vystavení buněk toxinům a odpadním produktům metabolismu). Brzáková uvádí, že fyzické stárnutí se obvykle vyznačuje poklesem počtu buněk, ke kterému se připojuje i pokles výkonnosti buněk zbývajících (Brzáková Beksová, 2013).

Fenotyp stáří, jeho funkční stav, zdatnosti, jsou dány několika různě ovlivnitelnými faktory, k nimž patří zejména: *genetická dispozice, zákonitá biologická involuce, projevy a důsledky chorob/úrazů a adaptace na ně, životní způsob – především stravování a aktivita/pasivita, psychické faktory – sebepojetí, sebe prezentace, adaptace na stáří, vlivy a nároky životního prostředí fyzikálního i sociálního* (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 23).

Genetická dispozice a biologická involuce jsou ovlivnitelné jen minimálně, avšak výskyt, věk i důsledky řady chorob jsou ovlivnitelné prevencí, častou diagnostikou, léčením,

rehabilitací a kompenzacemi. Životní styl je velmi ovlivnitelná a obecně podceňovaná oblast úspěšného stárnutí a zdravého stáří. Ve stáří hraje roli např. závažný faktor chudoby, který může vést k podvýživě nebo naopak k obezitě z nadbytku laciných, nadměrně kalorických sladkých jídel. Nadváha s nízkou pohybovou aktivitou je právě hlavním dietním problémem v České republice. Významným fyzikálním vlivem prostředí je podnebí, sociální prostředí pro úspěšné stárnutí vytváří nejen stát, ale také společenské povědomí (modulované médii), firmy, instituce, obce a rodiny (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

Klevetová jako obecný rys stárnutí hodnotí atrofii, která postihuje všechny orgány a tkáně. Nejvíce je ohrožen mozek, specializovaná tkáň, která je nahrazována tkání pojivovou (Klevetová, 2017).

### **Pohybový systém**

Pohyby starého člověka jsou pomalejší. Kostí řídnu a stávají se křehčími, přibývá riziko úrazů a zlomenin. Snižuje se výška těla, páteř se více ohýbá a starý člověk se hrbí, to je převážně způsobeno atrofií meziobratlových plotének a ochabováním kosterních svalů. Svalová hmota ubývá a to je příčinou poklesu svalové síly. Ubývá i kloubní chrupavka a to má za následek zvýšenou bolestivost kloubů a sníženou schopnost pohybu. Hladká svalovina, s výjimkou cév, plní svou funkci až do vysokého věku. Ke změnám přispívá životní styl stravování a pohybu. V cévách se ukládají tukové látky a vápník, postupně dochází k jejich zužování a následné ischemii příslušné části organismu.

### **Kardiopulmonální systém**

Funkce plic se snižuje, starý člověk z prostředí přijímá méně kyslíku, jelikož pohyby hrudního koše jsou menší. U řady seniorů se snižuje vitální kapacita plic. Častým projevem je pak zadýchávání. Klesá čistící schopnost řasinkového epitelu a to způsobuje riziko častějšího zánětu dýchacích cest. Srdeční chlopně ztrácejí pružnost a klesá činnost srdce jako pumpy. Srdce poté přečerpává menší množství krve a tím dochází k poklesu průtoku krve všemi orgány, nejvíce v ledvinách. Ve stáří dochází ke snížení elasticity cév a dochází tak k pružnickové hypertenzi, která je typická vyšším systolickým tlakem, hodnota diastolického tlaku je normální (Klevetová, 2017; Mlýnková, 2011).

## **Trávicí systém**

Ve stáří dochází i zde k výrazným změnám. Může se objevit opotřebování a ztráta chrupu. Klesá tvorba slin a množství trávicích šťáv. Potrava se pomaleji rozkládá a vstřebává, zpomaluje se i vstřebávání vitaminů, živin a dalších látek včetně léků. Snížená svalová síla způsobuje pokles funkce tlustého střeva a to se projevuje chronickou zácpou. U starších lidí může dojít k výskytu „stařecké“ formy cukrovky (diabetes mellitus) vlivem atrofických změn Langerhansových ostrůvků ve slinivce břišní.

## **Pohlavní orgány a vylučovací systém**

Dochází k poklesu pohlavní činnosti, u muže se začíná snižovat potence, u žen jsou výrazné degenerativní změny, které se objevují po menopauze. Muži trpí zbytněním prostaty, ženy poklesem dělohy. Ve vyšším věku se snižuje schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Kapacita močového měchýře klesá a snižuje se síla obou svěračů uretry. Někteří senioři proto mohou trpět močovou inkontinencí. Klesá také schopnost úplného vyprázdnění močového měchýře a podmočení zůstává v močovém měchýři reziduum. Z toho důvodu senioři pocítují nucení na močení i v nočních hodinách.

## **Kožní systém**

Kůži chybí schopnost zadržovat vodu, a proto může být suchá a svědí. V podkoží se ztrácí tuková tkáň, kůže je potom tenká a připomíná pergamenový papír. Začínají se tvořit vrásky, vlasy šedivěji a řidnou. Je snížený kožní turgor. Mohou se objevovat hnědé, tzv. „stařecké skvrny“, to je projevem zvýšené pigmentace. V určitých částech těla naopak pigmentace může chybět.

## **Nervový systém**

V periferním nervovém systému se snižuje rychlost vedení vzruchů. Proto některý senior potřebuje více času na příjem informace a její zpracování. Počet neuronů nerovnoměrně ubývá. Na obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou způsobit demenci. Změny hlubokého cití se mohou projevit poruchami chůze a rovnováhy. Dochází ke zpomalení regulačních mechanismů, a tím se snižuje odolnost k zátěži a možnost adaptace na nové životní podmínky. Objevují se poruchy spánku, především kvality a délky spánku (Klevelandová, 2017; Mlýnková, 2011).

## **Smyslové orgány**

Prostřednictvím smyslových orgánů dochází ke zhoršenému vnímání signálů z okolního prostředí. Zhoršuje se zrak a sluch a snižují se chuťové, čichové a hmatové schopnosti. Ve stáří se zhoršuje zraková ostrost, schopnost oka adaptovat se na tmou a šero, klesá akomodační schopnost na vzdálené a blízké předměty. Změny na oční čočce mohou být provázeny vznikem šedého zákalu (katarakty). Častý je i glaukom (zelený zákal neboli zvýšený nitrooční tlak). Ve stáří je častý zhoršený sluch. Nedoslýchavost představuje vážný a často přehlížený problém. Starší lidé mívají potíže v komunikaci a to může vést k jejich sociální izolaci (Klevetová, 2017; Mlýnková, 2011).

### **3.2 Psychické změny ve stáří**

Mezi změnami tělesnými a psychickými existuje určitá souvislost. Tělesné změny mohou být seniorem negativně prožívány a následně se projevují změnami psychickými. Jsou případy, kdy tělesné změny mohou vést i ke změnám intelektovým. Obecně se však předpokládá, že v psychické oblasti a rysech osobnosti by nemělo ani v pokročilém věku docházet k velkým změnám. Při fyziologickém stárnutí nastupují psychické změny velmi pomalu (Malíková, 2011).

Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují velké individuální rozdíly. Na kvalitu psychiky má podíl osobnost člověka. Celistvost osobnosti zůstává zachována, měnit se mohou některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince. Může docházet ke zvýraznění některých vlastností nebo rysů (např. podezíravost), některé ztrácejí na své intenzitě (smysl pro pořádek), šetrný jedinec se může stát lakomým. Není to však pravidlem. Psychické změny se zejména projevují v poznávacích schopnostech (vnímání, myšlení, paměť, představy, pozornost). Často dochází ke zhoršenému přizpůsobení se životním změnám. Senioři mají rádi svůj stereotyp, a pokud nemají dostatek motivace k jiným, novým činnostem, mohou jej neradi měnit. V pozdějším věku se u některých seniorů mohou objevovat poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Přibývá duševních onemocnění a narůstá riziko demencí, zvláště Alzheimerovy nemoci.

Mění se i oblast citového života. Senioři jsou citlivější a snadno podléhají dojetí. Někteří jedinci zažívají úzkost, strach (o život, z pádů, ze samoty apod.) a nejistotu. Ta mnohdy vede

k tomu, že starý člověk je ostražitý a nedůvěřivý k druhým lidem. Mnoho seniorů je snadno citově zranitelných, ve stáří se prohlubuje požadavek úcty a pochopení.

Vyšším věkem se mění psychomotorické tempo, to se projevuje zpomalením pohybů především při chůzi. Tato změna způsobí, že senior se stává více opatrný, nerozhodný, váhavý a snižuje se jeho koncentrace pozornosti. To však může být vyrovnáno systematickostí, důsledností a důkladností v jednání. U některých seniorů může docházet ke snížení nápaditosti a vynalézavosti, ale naopak se zvyšuje vytrvalost ve fyzické i duševní činnosti, stupňuje se trpělivost a pochopení. Životní zkušenosti více vedou k rozvažování a k většímu zájmu o informovanost a rozhled, ke smyslu pro detaily a kulturu projevu.

Velkou psychickou změnou je úmrtí životního partnera. Po jeho ztrátě prožívá ten druhý pocit prázdnoty, samoty a opuštění. I když je to situace velmi bolestivá, většina jedinců se s touto ztrátou naučí žít a přijmou novou roli vdovy/vdovce. Někteří lidé však tuto emocionálně náročnou situaci neunesou, nesmíří se s ní a to může urychlit jejich vlastní úmrtí (Klevetová, 2017; Mlýnková, 2011).

Při posuzování chování seniora bychom měli nejdříve zohlednit, co dobrého a špatného zažil, jaké konkrétní skutečnosti determinují jeho psychiku. Brzáková upozorňuje, že naučit se být spokojen se svým životem a spokojeným ho učinit jiným je nejen vrcholné umění, ale také prevence před „špatnou povahou“ ve stáří. Z psychologického hlediska je povaha relativně stálým komplexem vlastností v kombinaci s emoční vybaveností seniora. Pokud je seniorům obecně přisuzována špatná povaha, hovoříme o ageisticky orientovaném názoru, který odráží např. individuálně negativní zkušenosti nebo mezigenerační konflikty. K negativně vnímaným vlastnostem seniorů patří např. slabost, nemocnost, nemohoucnost, nepotřebnost a úzkostnost (Brzáková Beksová, 2013).

V protikladu vytvořila skupina amerických psychologů, kteří se zabývají otázkami pozitivní psychologie, celkový přehled silných stránek charakteru ve stáří: 1. moudrost a znalosti, 2. odvaha – statečnost, udatnost, zmužilost, 3. lidskost, 4. spravedlivost, 5. umírněnost a sebeovládání, 6. transcendence – sebepřesah, spiritualita, naděje. S uvedenými silnými stránkami charakteru se jedinec nerodí, ale učí se je v průběhu života. Je dobré tyto postoje nacvičovat, protože ve stáří dodávají sílu a udržují v nadějném směřování běh života (Křivohlavý, 2011).

*„Co se s věkem nemění: Až do pokročilého věku zůstává zpravidla nedotčena většina oblastí intelektu, zejména netrpí soudnost. Staří lidé bývají uvážlivými rádci a moudrymi vychovateli. Tato soudnost se uplatní všude, kde je zapotřebná rozvážnost a dostatek životních zkušeností.“* Květoslav Šipr (Křivohlavý, 2011, s. 53)

### **3.3 Sociální změny ve stáří**

Jednou z velmi závažných životních událostí je odchod do důchodu. Představy o životě v důchodu se velmi liší v závislosti na pohlaví. Výzkum ukázal, že ženy si častěji než muži představují důchod jako čas plně věnovaný rodině nebo druhým lidem. Muži naopak chtějí mít život v důchodu stejný jako život před důchodem, tj. věnovat se zaměstnání a řadě různých aktivit. Nicméně ideální život v důchodu si muži i ženy představují jako čas plně věnovaný především sobě, svým zálibám a rozvoji vlastní osoby (Svobodová, 2010).

Odchodem do důchodu se mění sociální role seniora, starší člověk získá novou roli důchodce. Ztrácí se pracovní přátelství a kontakt s lidmi, výrazně se mění sociální identita. Před odchodem do penze jsme mohli být např. vedoucím určitého oddělení a lidé nás považovali za někoho důležitého, měli nás za někoho, kdo má určitou prestiž a vysoké společenské postavení. Po odchodu do důchodu jsme „jen důchodci“. Tuto fázi věku života bychom však měli brát jako příležitost a vhodně ji využít. V zaměstnání se člověk nejčastěji zaměřoval na to, aby byl úspěšný, a to s sebou přinášelo i velké množství pracovního stresu. Velmi málo času zbývalo na zájmy a koníčky. V důchodovém věku ale dochází k zvolnění životního tempa a celkovému uvolnění. Člověk si může užívat tzv. dary důchodového věku. Mezi ně patří např. věnování se zahrádce, vnoučatům, někteří senioři chtějí přestavět část domu nebo cestovat (Mlýnková, 2011; Křivohlavý, 2011; Klevetová, 2017).

Další nepříznivou změnou ve stáří je změna ekonomické situace. Nízký důchod a poplatky v lékárnách omezují seniora, aby si udržel takový životní standard, na který byl dosud zvyklý. Zvládnutí této situace záleží na dobré přípravě na stáří a důchod. Je vhodné řešit plánování životního programu, protože pouhé penzijní připojištění není dostačující. Výzkum zjistil, že z hlediska obav dostatečného finančního zabezpečení ve stáří se lidé spoléhají spíše na sebe a vlastní úspory, než na stát a systém důchodového zabezpečení. Pro mnohé jedince finanční zajištění představuje motivaci k výkonu zaměstnání i po dovršení důchodového věku, za předpokladu zvýšení v budoucnu pobíraného důchodu (Mlýnková, 2011; Svobodová, 2010).

Ve stáří se mohou vyskytovat nemoci, které seniory omezují v soběstačnosti a v sebezpečí. To často vede k fyzické závislosti na pomoci rodinných příslušníků nebo pečovateli. Řešením může být používání různých kompenzačních pomůcek, např. holí, berlí, chodítka nebo vozíku. S jejich pomocí je možno seniora se sníženou pohyblivostí doprovázet na procházce a výletu i při rekreačním pobytu (Mlýnková, 2011).

Neochota přijmout změny v životě a úbytek přátel z důvodu jejich nemoci či úmrtí mohou často vést k sociální izolaci a neschopnosti navázat nová přátelství. V případě úmrtí partnera dochází ke generační osamělosti. Senioři pak spíše touží po soukromí a pohodlí, uzavřou se do svého světa a přijímají roli v zajetí vlastních nepřátelských postojů oproti sobě, okolí a celé společnosti (Klevetová, 2017; Malíková, 2011).

Psychosociální změny vycházejí z celistvosti osobnosti člověka, z jeho životní cesty, z toho, jaký má vztah k hodnotám, k lidem a k sobě samému. Také z toho jakým žil životem, kdo nasměroval jeho první kroky, kdo při něm stál v radosti i nepohodě, jakou měl a má schopnost vůle, motivaci (Klevetová, 2017).

*„Je třeba mít odvahu přijmout nevyhnutelné změny stáří, naučit se chápat své tělo jako svůj domov a svůj dopravní prostředek a s láskou i něhou k sobě samému a o něj důkladně pečovat.“* (Klevetová, 2017, s. 31)



## 4 Senior a rodina

Pro každého člověka bez ohledu na věk představuje rodina citové zázemí a jistotu. Ve stáří v případě nesoběstačnosti seniora pak dobře fungující rodina vytváří záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Senioři musí cítit, že se o ně rodina postará a blízcí jim pomohou, když bude třeba. Dobře fungující vztahy v rodině a zázemí proto senioři velmi oceňují. Spolužití se seniory obohacuje i náš život, přináší mladším generacím nezažité zkušenosti a pomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi (Dvořáčková, 2012; Mlýnková, 2011).

Pro dobrou péči o nesoběstačného pacienta musí rodina splňovat řadu předpokladů, nejdůležitější z nich jsou tyto (Klevetová, 2017, s. 94):

- **Moci pečovat** – mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční atd.
- **Chtit pečovat** – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny
- **Umět pečovat** – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci.

Možnost setrvání seniora **co nejdéle v domácím prostředí** za současné podpory a péče jeho rodiny je na základě zkušeností a poznatků z minulosti považováno za optimální způsob péče o člověka ve stáří. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot seniora. Je - li však pečování dlouhodobé a fyzicky i psychicky náročné, představuje pro rodinného příslušníka vysokou zátěž. Proto pečující rodiny potřebují odbornou pomoc institucí, která jim poskytne podporu a pomoc morální, legislativní i ekonomickou (Dvořáčková, 2012).

Zvyšující se počet dysfunkčních rodin, které nemohou pečovat nebo odmítají pečovat o starého člověka, je jednou z příčin, proč dnes žije v institucionální péči mnohem více seniorů, než by bylo opravdu nutné. Další faktor, proč senior nemůže zůstat doma, je nedostatečná provázanost, nabídka a dostupnost (místní, časová i finanční) kvalitních sociálních a zdravotních služeb, které by navíc podporovaly důstojnost člověka a byly poskytovány v domácím prostředí seniorů. U mnohých rodin hraje také velkou roli ekonomický zisk, samostatnost a nezávislost, tedy hodnoty, které jsou výše nežli „jejich“ senior. Řešením se pak stává Léčebna dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), popřípadě pobytová sociální služba, nejčastěji však domov pro seniory (Přibíl, 2015).

Zdravotníkům a pracovníkům v sociální oblasti je rodina klienta klíčovým zdrojem informací pro adekvátní poskytování odborné péče. Senior totiž nemusí odborný personál vždy dostatečně informovat o svém zdravotním stavu a schopnostech se péče např. z důvodu zhoršené paměti, nedoslýchavosti nebo studu za svou sníženou schopnost péče o sebe sama a domácnost. Rodina se také spoluúčastní na péči o seniora a poskytuje mu emocionální podporu. Děti mohou své rodiče v zařízeních sociálních služeb denně navštěvovat, pomoci při zvládnutí soběstačnosti nebo vyhovět přáním seniora. Dalším příkladem péče dětí může být přinášení oblíbeného jídla, čtení knih nebo odpolední vycházky (Hauke, 2014; Mlýnková, 2011; Klevetová, 2017).

U některých klientů bývá rodina také velmi důležitá při aktivním plánování průběhu sociálních služeb. Pro profesionály je vždy prioritou zapojit rodinu do spolupráce na zlepšování úrovně soběstačnosti a se péče konkrétního seniora. Je důležité, aby si profesionálové našli na nejbližší členy rodiny čas, seznámili je s individuálním plánem péče a našli v něm roli rodiny. Nesmíme však zapomínat, že středem zájmu zůstává senior a jeho souhlas se stanoveným plánem. Jaký motivační postoj členové rodiny mají a zda spolupráci vítají, zjistíme rozhovorem. Příbuzní také potřebují být informováni o tom, jaká omezení senior má, v čem mohou být užiteční a jak. Stává se, že senior někdy není ochoten pomoc od svých příbuzných přijímat. Někdo má pocit, že by své příbuzné příliš zatěžoval, a tak přijímá péči raději od profesionálů. V takovém případě je žádoucí si se seniorem promluvit o tom, proč si nechce lásku od svých blízkých dovolit přijímat. Zda si ji snad nezaslouží? Proč odmítá pomocnou ruku, kterou mu rodina nabízí? Promluvou se seniorem se dozvíme více o prožitcích a schopnosti přijmout závislost na druhých. Přijmout pomoc a jen s láskou v hlase poděkovat není slabost, ale velká odvaha (Hauke, 2014; Klevetová, 2017).

Pro spolupráci personálu s rodinou jsou důležité dobré vztahy klienta s blízkými, klientův souhlas ke spolupráci s blízkými a informování rodiny a zachování neutrality pracovníkem ve vztazích klient – rodina. Pracovník nezasahuje do těchto vztahů, nesoudí, nehodnotí, ale snaží se s rodinou spolupracovat (Hauke, 2014).

## 5 Potřeby ve stáří

O lidských potřebách toho bylo napsáno mnoho a stejně tak jako existuje mnoho vymezení pojmu „potřeba“, existuje také nejrůznější množství dělení lidských potřeb. Přibil obecně potřebu charakterizuje jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Mlýnková navíc dodává, že potřeba se může projevovat také nadbytkem, např. fyziologickou potřebu vyprázdnění moči si uvědomíme naplněným močovým měchýřem. Prožívání nedostatku či nadbytku ovlivňuje naši psychickou činnost a vede nás k určité činnosti k uspokojení potřeby. Pocity nedostatku nebo nadbytku slouží jako motivační síla, která nás vede k určitému jednání a chování (např. máme hlad, jdeme se najíst). Lidské potřeby jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž člověk žije. Potřeba může být buď plně uspokojena (potřeba je saturována) nebo je uspokojována pouze částečně (dochází k deprivaci člověka) anebo je neuspokojena (nastupuje frustrace člověka). Je však nutno dodat, že saturace jedné z potřeb může frustrovat potřebu jinou, např. přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale narušit sociální vazby (Přibil, 2015; Mlýnková, 2011; Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Jedna z teorií o lidských potřebách je zobrazována jako pyramida. Jedná se o pyramidu A. H. Maslowa, jednoho z představitelů humanistické psychologie. Maslow seřadil lidské potřeby hierarchicky od nejnaléhavějších – biologických, které tvoří základnu, přes potřeby psychosociální, které tvoří střední patro a do nejvyšší úrovně patří potřeby růstu a rozvoje (seberealizace). Obecně platí, že alespoň částečné uspokojení základních potřeb je často podmínkou pro uplatnění vývojově vyšších potřeb. Autor později svoji koncepci revidoval a vytvořil seznam D hodnot (D – deficit) – hodnoty základní, deficitní a B hodnot (B = being, bytí) – hodnoty růstu, bytí. Při omezení zájmu pečujících osob převážně na základní biologické potřeby dochází k závažným pochybením a nízké kvalitě péče. Senioři takovéto péče jsou nakrmeni, zastláni v čistém lůžku, ale strádají ztrátou kompetencí, komunikační a sensorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti. Kvalita života souvisí zejména s naplněním vyšších životních potřeb (Kalvach a Onderková, 2006; Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Mnozí lidé ve stáří ztrácejí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byli zvyklí. Tím se velmi

snižuje kvalita jejich života. Pro podporu těchto lidí je důležité pochopit a znát jejich potřeby a preference, které jsou individuální a obecně lidské (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

## **5.1 Fyziologické potřeby seniorů**

Ze studií o klientech v ústavní péči vyplývá, že senioři preferují chutně připravené jídlo, protože ve stáří se mění chuť v důsledku ubývání chuťových pohárků. Potřeba vyprazdňování je zvýrazněna, jelikož s ní mívají senioři problémy. Starší lidé potřebují více odpočinku a spánku, což se projevuje podřimováním i během dne. Důležitá je i potřeba být bez bolesti, v teple a pohodlí. Některé fyziologické potřeby naopak ustupují do pozadí, např. potřeba příjmu tekutin, protože senioři mají snížený pocit žízně. Hygienická péče, úprava zevnějšku, péče o čisté lůžko nebo sexuální potřeby jsou pro seniory méně významné (Mlýnková, 2011).

## **5.2 Psychosociální potřeby seniorů**

Starší lidé prožívají strach z onemocnění, ze ztráty životního partnera nebo závislosti na pomoci druhých osob. U seniorů je důležitá potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomických jistot. Pocit jistoty posiluje vazba na blízké osoby, které jsou ochotné poskytnout pomoc a oporu. Senioři také více potřebují pozitivní ocenění od svého okolí, tím se posiluje jejich sebevědomí a zlepšuje motivace zvládat životní úkoly (Hauke, 2014; Mlýnková, 2011).

Senioři dávají přednost sociálním kontaktům se známými lidmi, rodinou, lidmi, kteří jim jsou blízcí svou patřičností ke stejné sociální skupině, rozumí jejich potřebám a steskům. Jestliže ubývá známých, přátel nebo životní partner zemřel, může být hůře uspokojována potřeba komunikace a senior se může cítit osamělý. Pocity prázdnoty a izolace jsou jednou z častých zátěží stáří.

Velmi důležitá je také potřeba seberealizace. Mnoho seniorů pracuje až do vyššího věku nebo si zvelebují domov či zahrádku. Jiní senioři se účastní kulturních akcí, chodí na výlety apod. Univerzity třetího věku a další vzdělávací programy a kurzy podporují potřeby intelektuální. Potřeba seberealizace je také naplňována uznáním a oceněním od ostatních osob. Pocit užitečnosti, kdy senior má jasně vymezené místo a roli v rodině, je důležitý.

Zrovna tak jako potřeba změn a nových zkušeností i potřeba stimulace, tedy podnětů, bývá snižena. Jejich větší intenzita staršího člověka unavuje. Při větší intenzitě nových podnětů může senior cítit nejistotu a dezorientovanost, proto spíše dává přednost zaběhnutým a klidnějším stereotypům. Mnohdy se pak vrací do minulosti, do světa, který důvěrně zná. Přesto však starší člověk potřebuje určitou míru nových podnětů, které ho povedou k aktivizaci a oddalování závislosti na společnosti nebo druhé osobě (Hauke, 2014; Mlýnková, 2011).

### **5.3 Spirituální potřeby seniorů**

Touhu naplňovat duchovní potřeby, jako je např. vědomí smyslu vlastního života, touha po lásce, zakoušení vděčnosti, odpuštění sobě i druhým, je starším lidem společná nezávisle na náboženském vyznání. Pozdní fáze života přináší zátěžové situace v mnoha oblastech života. Ubývající výkonnost a autonomie přináší nutnost přehodnotit pojetí své vlastní identity, zvyšuje se potřeba přemýšlet o smyslu vlastního života a životních souvislostí. Výsledky mnoha zahraničních studií a i závěry analýz ukazují, že pozitivně prožívaná spiritualita může být bohatým vnitřním zdrojem síly potřebné pro překonání obtíží, které se stářím přicházejí (Štěpánková, Höschl a Vidovičová, 2014). V České republice vstupují do kategorie seniorů populační ročníky, které dospívaly v období totality: ta spirituální aspekty života potlačovala, takže pro řadu českých seniorů je stáří obdobím hledání cesty k pochopení úlohy spirituálních potřeb.

Starší lidé v závěrečné fázi svého života hodnotí svůj dosavadní život a kladou si otázky o smyslu svého života. Přemýšlí, zda splnili všechny úkoly a cíle, které si kladli. Často se stává, že na mnoho otázek nemají odpověď. Potřebují se se svými myšlenkami svěřit někomu, kdo aktivně naslouchá a poskytne prostor k tomu, aby odpovědi na otázky seniori našli sami v sobě. Pomoc naplňovat spirituální potřeby by se neměla stávat záležitostí pouze duchovních, ale měli by se touto oblastí zabývat všichni zdravotníci včetně pracovníků v sociálních službách. Někdy stačí pouhý úsměv, popovídání si s klientem, pohazení nebo dotek na ruku. Stejně je to i s nadějí, kterou často hledáme v těžkých životních obdobích, jako je např. vlastní onemocnění nebo smrt někoho blízkého.

Pro staršího člověka se stává velmi náročné období, kdy opouští svůj domov, v němž prožil velkou část svého života nebo i život celý a je s ním hluboce citově spjat. Tuto situaci

komplikuje často i zhoršený stav seniora nebo až upoutání na lůžko. Rovněž mohou být problémem vztahy starších lidí se svými dětmi, který takto staré lidi trápí. Samota a opuštěnost starších lidí často vzbuzuje touhu obrátit se k něčemu vyššímu – k Bohu, přírodě nebo meditaci a hledání vlastního smyslu života (Mlýnková, 2011, Cieslarová a Bužgová, 2014).

## 6 Péče o seniory

### 6.1 Historický pohled na péči o seniory

Při ohlédnutí do historie charakterizuje péče o staré lidi vývojová triáda: charita, obec, stát. Hlavní byla péče charitativní, která pokračovala i v dobách, kdy se k ní přidávaly obce a nakonec i stát. O staré lidi se nejprve výhradně pečovalo **v rámci rodiny**. Pokud ale rodina chyběla nebo z nějakých důvodů nestačila, nemohla nebo nechtěla pečovat, staří lidé **živořili v nedůstojných podmínkách, potulovali se a žebrali**. Těmto lidem bylo třeba pomoci. Tradiční péče měla charakter **charitativní péče**, kterou poskytovali především kněží nebo bohatí jedinci. Hlavním cílem charity byla snaha o materiální zajištění starých a nesoběstačných lidí. Péče o staré a nemocné lidi byla samozřejmě limitována ekonomickými a politickými možnostmi dané společnosti a její kvalita se později zavíjela s rozvojem lékařství a ošetřovatelství.

Ve 14. a 15. století začaly vznikat na území tehdejší Jugoslávie „**domovy pro staré osoby**“, v Nizozemí „**hoffes**“, objekty s pokojíky pro chudé a staré. V roce 1504 vyšel v Anglii první zákon, který řešil sociální problémy starých lidí. Dále existují doklady o tom, že roku 1872 bylo v Anglii nařízeno **budování starobinců**. V 15. a 16. století se po celé Evropě začaly zakládat **obecní ústavy** pro zchudlé a staré občany a v průběhu 18. století vznikaly v USA také tzv. „**farmy chudých**“, **dobročinné a veřejné domy**. V následujících dvou stoletích se po celé Evropě rozšiřují chudobince a starobince. Některým anglickým občanům byly určeny „**penzióny pro staré dámy a pány**“. (Mlýnková, 2011; Haškovcová, 2010)

Stejný osud jako jinde v Evropě měli staří lidé i v Čechách a na Moravě. Žili doma, a pokud byli chudí, postaral se o ně rodinný příslušník nebo cizí bohatý člověk. I u nás se od středověku začala organizovat péče o staré, nemocné a chudinu. Známy geriatr a někdejší předseda České gerontologické společnosti Karel Dohnal doložil existenci tří základních typů ústavní péče, v nichž však převažovala charitativní pomoc. První institucí pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí byly **středověké špitály**, které představovaly útulky pro nemocné lidi, pocestné, tuláky, nezaměstnanou chudinu apod. Druhým typem ústavní péče byly **klášterní nemocnice**, kam přicházeli nemocní z řad řeholníků či šlechtických rodin. Úroveň těchto nemocnic však byla velmi špatná. Do třetice existovaly **nemocnice pro**

*malomocné* nebo osoby s různými infekčními chorobami. V 15. století začalo v Praze postupně vznikat několik velkých špitálů (*Malostranský špitál, Staroměstský špitál, Novoměstský špitál*). Ty však stále kapacitně nestačily, a proto mnoho starých lidí bylo stále odkázáno na žebrotu a almužnu. Josef II. proto doporučil zakládání *farních chudinských ústavů*.

K velkým změnám ve zdravotní péči došlo za vlády Marie Terezie, která zavedla několik reforem, které se týkaly zvýšení péče o zdraví obyvatel. Její syn Josef II. pokračoval v jejím započatém díle a přikázal zřizovat všeobecné nemocnice jako ústavy léčebné, které měly zaopatřit chudé a opuštěné nemocné, se zhojitelnými nemocemi apod. Záslouhou Josefa II. byla v roce 1788 otevřena i *Všeobecná nemocnice v Praze* spolu s chudobincem, nalezincem a zaopatřovacím ústavem chudinským. Bohužel staré osoby mnozí léčit nechtěli nebo neuměli, proto byli staří lidé nadále překládáni do tzv. starobinců nebo chudobinců. Chorobince, kam byli přijímáni i nevléčitelně nemocní, byly otevřeny např. v Brně, v Praze na Karlově (Mlýnková, 2011; Haškovcová, 2010).

Jak píše autorka Haškovcová, většina sociálních zařízení, vybudovaná na území naší republiky, zanikla, avšak známý *Nový Domov Josefa Thomayera* funguje dodnes. Josef Thomayer ho nechal vybudovat pro osoby nemocné, nezaopatřené a stářím sešlé. První obyvatelé se do sociálního domu nastěhovali roku 1913. Obrat k lepší sociální péči nastal v souvislosti se vznikem samostatného československého státu. I přesto, že převážná část starých lidí zůstávala v péči rodin nebo v problematice péči tradičních chudobinců, docházelo k rozvoji ústavní péče na nové úrovni. V roce 1929 byly založeny tzv. *Masarykovy domovy v Praze – Krčín*. V objektu se nacházely budovy se starobincem, chudobincem, ozdravovny, zotavovny i dětský chorobinec. Slavné období Masarykových domovů ukončila 2. světová válka, kdy se z jednotlivých pavilonů stával německý lazaret. Roku 1954 byly Masarykovy domovy přebudovány na *Thomayerovu nemocnici*.

V roce 1937 se na území Československa nacházelo celkem 170 veřejných nemocnic a 240 soukromých. Převažovaly však počty lůžek nemocnic veřejných, a proto Hynek Pelc začal usilovat o nutný rozvoj ambulantní péče. Za tehdejšího stavu starým lidem pomáhaly i aktivity dobrovolných organizací a náboženských spolků, např. Československý červený kříž, Charita, Diakonie, České srdce a další. Docházelo i k velkému rozvoji sociálního lékařství (Haškovcová, 2010).



Po druhé světové válce, kdy došlo k zestátnění všech léčebných a ošetrovacích ústavů, začaly konečně postupně vznikat **domovy důchodců**. Byly situovány do budov po zrušených klášterech a do jiných zabraných církevních objektů. Pro pomoc nesoběstačným pacientům, kteří nebyli schopni se o sebe postarat nebo vyžadovali doléčovací a rehabilitační péči vnikly **léčebny pro dlouhodobě nemocné** (Mlýnková, 2011).

## 6.2 Péče o seniory v současné době

Odpovědi osob na to, co si přejí, až jednou zestárnou a budou odkázáni na pomoc, jsou různé, avšak společné jim je přání zachovat si důstojnost, být ošetřován s respektem a úctou, pociťovat podporu a moci až do konce vést život co nejvíce samostatný a naplněný.

Bohužel to není vždy možné ani dnes, kdy mnoho lidí již nemůže zestárnout ve známém prostředí, ve své rodině, ale stráví soumrak svého života v nějaké instituci. Samostatnost a motivace seniora v prostředí domovů pro seniory, léčeben pro dlouhodobě nemocné, sociálních zařízení a nemocnic se zpravidla zhoršuje, začne se vytrácet schopnost vykonávat činnosti běžného denního života a zručnost. Následkem pak u některých seniorů mohou vznikat deprese, agresivita, snižování kognitivních schopností i urychlení postupu demence (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Péči o seniory můžeme dělit do tří skupin, a to na péči zdravotní (včetně ošetrovatelské péče), péči zajišťovanou rodinou a sociální péči (Mlýnková, 2011).

### 6.2.1 Zdravotní péče

Na poskytování zdravotních služeb a jejich organizaci se v Česku podílí stát, kraje, města a obce. Zdravotní péče je převážně hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění. „*Poskytování zdravotní péče je upraveno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů*“. (Příbil, 2015, s. 17)

Základem je primární péče, kde se uplatňuje primární, sekundární i terciální prevence. Poskytuje ji praktický lékař pro dospělé, který by měl spolupracovat jak s rodinou, tak

s ostatními složkami primární péče, např. s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a dalšími neziskovými organizacemi (Hrozenková a Dvořáčková, 2013).

Příkladem péče indikované praktickým lékařem a hrazené ze zdravotního pojištění je péče poskytována **agenturou domácí péče**. Tato terénní služba poskytuje odbornou zdravotní péči v domácím prostředí seniora, který nemusí být hospitalizovaný v nemocnici a u něhož zároveň není dostupná rodinná péče. Zdravotní péči zajišťují všeobecné sestry, které např. nemocným ošetřují rány na kůži, aplikují inzulin apod. (Mlýnková, 2011).

Vývoj medicíny a její stále nové možnosti poukazují na to, že celý systém péče o zdraví potřebuje vlastní decentralizaci. Vznikají proto nové medicínské obory, jako např. klinická geriatric. Tento specializační obor, patřící do skupiny interních oborů, se zaměřuje na komplexní péči o seniora a zejména jeho následnou péči po stabilizaci zdravotního stavu. Za nejnižší věk, který opravňuje k začlenění pacienta do geriatrických programů a geriatrických úhrad v rámci zdravotního pojištění, se obvykle považuje věk 65 let. Z hlediska klinických oborových kompetencí se geriatric ujímá především tzv. křehkých pacientů. Jejím jádrem je všeobecná interna s přesahy do dalších oborů, např. do neurologie, gerontopsychiatrie a rehabilitace. Geriatrická péče zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou, ošetrovatelskou a rehabilitační (Kalvach, 2011; Horáková, 2013).

V současnosti je však geriatrických lůžek akutní nedostatek, proto jsou senioři ukládáni na lůžka akutní nemocniční péče, nejčastěji se jedná o interní, chirurgická a gynekologická oddělení. V nemocnicích se setkáváme také s ambulancí, což je místo, kde se pacienti přijímají k hospitalizaci a kde se poskytuje specializovaná péče, např. kardiologická, hematologická nebo gynekologická ambulance (Horáková, 2013; Haškovcová, 2012).

Senioři vyžadující dlouhodobou ošetrovatelskou péči mohou být ze všech lůžkových zařízení zdravotnického typu překládáni do léčeben dlouhodobě nemocných. Dlouhodobá ošetrovatelská péče poskytuje základní zdravotní služby, rehabilitaci a sociální péči. Senior zde může být hospitalizován maximálně 3 měsíce. Po této době je senior propuštěn domů nebo předán do jiné ústavní péče nezdravotnického typu (Horáková, 2013).

Posledním typem ústavů poskytující zdravotní péči jsou hospice, tedy zařízení, která poskytují nepřetržitou zdravotní službu nevléčitelně onkologicky nemocným. O rodinné příslušníky hospice pečují formou respitní (úlevové) péče. Existuje i domácí hospic, který

pečuje o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí. Tyto zdravotní služby však pojišťovny hradí velmi málo, a proto si zde klienti musí další služby doplácet z vlastních zdrojů (Mlýnková, 2011; Horáková, 2013).

### **6.2.2 Rodinná péče**

Říká se: „Všude dobře, doma nejlépe.“ Většině jedinců je nejlépe v domácím prostředí, v rodinném zázemí. V mnoha rodinách bývá samozřejmé, že se dospělé děti o své stárnoucí rodiče postarají. Někdy se stárnoucí rodič přestěhuje i do bytu svých dětí. Toto rozhodnutí mívá však svá pozitiva i negativa. Střední generaci je usnadněna péče, která se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečněji. Naopak možná negativa se mohou odrážet v napjatých vzájemných vztazích seniora a rodiny. Způsob této péče bývá náročný a závisí na míře soběstačnosti seniora, ochoty rodiny a informovanosti o pomocných službách při péči o seniora v prostředí domova (Mlýnková, 2011; Horáková, 2013).

Jestliže u seniora dojde ke zhoršení zdravotního stavu a ke ztrátě soběstačnosti, potřebuje zajistit dlouhodobou péči, což může v rodině vyvolat krizi. Někdy lze tyto situace řešit pomocí terénních sociálních služeb, v některých případech je nutná institucionální forma péče (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

### **6.2.3 Sociální péče**

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, s cílem zlepšit jejich kvalitu života nebo je co možná nejvíce začlenit do společnosti. Mlýnková uvádí, že prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Mimo jiné bývá cílem služeb podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, návrat jedince do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, a snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů. Pomoc a podpora poskytnuta prostřednictvím

sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost a vycházet z individuálních potřeb osob (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Do zařízení sociální péče přicházejí lidé, pro které se stane samota nesnesitelnou, tehdy, když vše doma bezpečně nezvládají, ale nejčastěji ze zdravotních důvodů. Zaměstnanci sociálních zařízení si však musí uvědomit, že tato změna je pro seniora psychicky náročná, a musí mu proto při překonávání takto těžkého období velmi pozorně pomáhat (Farský, Žiaková a Ondrejka; 2005). Z toho, co bylo právě řečeno, je zřejmé, že v sociálních zařízeních je třeba (kromě sociální péče) zajistit seniorům také kvalitní **zdravotní péči**, což není snadné, neboť se zde prolínají zájmy dvou ministerstev, dvojí legislativa a dvojí kompetence pracovníků jedné instituce.

Sociální služby lze poskytovat formou pobytovou, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou spojeny s ubytováním v sociálních zařízeních. Ambulantní služby jsou takové, za kterými jedinec dochází nebo je doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb a jejichž součástí není ubytování. Terénní služby jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí. Výběr konkrétní služby nebo formy péče závisí na míře soběstačnosti seniora a jeho aktuálním zdravotním stavu (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Zákon o sociálních službách předkládá podrobný seznam všech zařízení poskytujících sociální služby seniorům. V této práci se zaměříme jen na některé vybrané instituce (Mlýnková, 2011).

Kombinaci pečovatelské služby a pobytového zařízení zajišťují **domovy s pečovatelskou službou**. Domovy s pečovatelskou službou poskytují péči o relativně zdravé seniory. Tito senioři nevyžadují komplexní ústavní péči, potřebují pomoc pouze při některých úkonech. Senioři bývají ubytováni v samostatné bytové jednotce na základě smlouvy. Mohou zde využít i pečovatelských a dalších služeb, např. rehabilitaci, zajištění obědů apod. Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou **domovy pro seniory**, které jsou podrobněji popsány v následující kapitole. Dalším zařízením jsou **domovy se zvláštním režimem**. Tyto domovy jsou podobné domovům pro seniory, avšak rozdíl je v tom, že zde jsou přijímány osoby, které mají zvláštní potřeby pro chronické duševní poruchy, ze závislosti na návykových látkách, z mentálního postižení a z důvodu různých typů demencí. Z důvodu těchto onemocnění je vyžadována pravidelná pomoc jiné fyzické osoby. Centra denních služeb, která jsou určena pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi se nazývají

**domovinky.** Seniori mohou v těchto zařízeních trávit svůj čas v době, kdy jsou pečující příbuzní v zaměstnání. Domovinky poskytují i odlehčovací (respitní) služby. Senior je přijat na přechodnou dobu do lůžkové části zařízení v době, kdy např. pečující rodina odjede na dovolenou. **Denní stacionáře** jsou služby, které jsou poskytovány ambulantně. Do stacionáře docházejí seniori se sníženou soběstačností, jímž je poskytována všestranná péče, včetně socializační a aktivizační činnosti. Na stejném principu pracují i **týdenní stacionáře**, rozdíl je však v délce pobytu seniora. Tyto stacionáře zpravidla fungují od neděle večer nebo od pondělí ráno do pátku odpoledne a víkendy seniori tráví ve svých rodinách. V domácím prostředí poskytuje seniorům péči **pečovatelská služba**. Placené sociální služby zde zahrnují ošetřovatelské úkony, nakupování, péči o domácnost, praní, žehlení, doprovod k lékaři a další asistenční služby (Mlýnková, 2011; Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

### 6.2.3.1 Domov pro seniory

Domovy pro seniory, které se dříve nazývaly domovy důchodců, se začaly vyvíjet po 2. světové válce. Tehdy byly vznikající domovy důchodců jednotně zahrnuty do systému sociální péče s představou, že v nich seniori prožijí klidný a spokojený „podzim života“. Později byli v domovech důchodců zaměstnáni také zdravotníci, protože původně soběstační obyvatelé zestárlí a onemocněli a noví tam přicházeli z očekávání jak sociální, tak i zdravotní péče. Péče byla v jednotlivých socialistických domovech důchodců značně rozdílná. Neustále byl kritizován špatný technický stav některých domovů, nedostatečné materiální vybavení a někdy i způsob života, který připomínal kasárny. S účinností zákona č. 108/2006 Sb. se v roce 2007 většina domovů důchodců změnila na domovy pro seniory. Materiální úroveň domovů se mnohem zlepšila, systém péče staví převážně na zákaznickém principu a jednotliví uživatelé si mohou vybírat služby, které potřebují. Problémem je však snížený počet kvalifikovaných zdravotníků (nyní všeobecných) sester. Obavy jsou i z vysoké, i když stále regulované měsíční platby za pobyt (Haškovcová, 2012).

Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem, která je určena seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v komplexní péči. Služba slouží především pro osoby, které nejsou schopny se již o sebe postarat a nemohou dále setrvat ve svém přirozeném sociálním prostředí (Holczerová a Dvořáčková, 2013; Malíková, 2011).

Poskytovatel domovů pro seniory je povinen dle zákona č. 108/2006 Sb. dodržovat rozsah služeb, které musí obsahovat následující činnosti (Malíková, 2011):

- *Poskytnutí ubytování* – zajištění vlastního ubytování a úklidu, praní ložního a osobního prádla a žehlení.
- *Poskytnutí stravy* – zajištění celodenní stravy v rozsahu tří hlavních a dvou vedlejších jídel. Klienti se stravují v jídelně, imobilní senioři na pokoji u stolu nebo na lůžku.
- *Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu* – poskytnutí pomoci při přesunech, oblékání a svlékání, podávání nápojů a stravy, pomoc při manipulaci s pomůckami a při prostorové orientaci.
- *Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu* – poskytnutí pomoci při všech činnostech spojených s osobní hygienou, při péči o vlasy, při použití WC, holení, pedikúře a manikúře.
- *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím* – zajištění podpory a pomoci pro využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomáhat udržovat či obnovovat kontakt s rodinou.
- *Sociálně terapeutické činnosti* – nabízení a poskytování metod psychoterapie a socioterapie k podpoře nebo rozvoji osobních a sociálních schopností i dovedností pomáhajících seniorovi v sociálním začleňování.
- *Aktivizační činnosti* – zahrnují volnočasové a zájmové činnosti, poskytnutí pomoci při obnovení nebo udržení kontaktu se sociálním prostředím a při nácviku a zlepšování všech dovedností klienta.
- *Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí* – poskytnutí pomoci při komunikaci vedené k zachování práv a oprávněných zájmů klienta.

Další důležité služby, které zajišťuje personál v domovech pro seniory, jsou ošetrovatelské, zdravotní, rehabilitační, ergoterapie a duchovní péče. Všechny uvedené činnosti jsou vykonávány pracovníky různých oborů. Odbornou činnost v domovech pro seniory vykonávají sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci (Malíková, 2011, s. 86).

Svatušková se ve svém článku zmiňuje o tom, že by bylo vhodné v domově pro seniory vytvořit i pozice, jako je například klíčový pracovník, zodpovědný pracovník nebo důvěrník.

Tyto funkce budou přiděleny personálu, který tam pracuje. Personál bude mít za úkol co nejčastěji s uživateli mluvit a profesionálním způsobem je navést tak, aby měli nějaké cíle. Jestliže jsou v zařízení senioři, kteří nekomunikují, nebo osoby s demencí, je třeba se do nich umět vcítit a jejich cíle odvodit. Vcítění většinou trvá delší čas, který je třeba s jedincem strávit, a podle jeho gest a mimiky musí cíl najít a provést kroky k jejich splnění. Většina domovů pro seniory organizuje uživatelům jejich veškerý volný čas a způsobuje, že senioři postupně ztratí schopnost mít vůli sami se zabavit. Ve stáří však už záleží pouze na tom, aby lidé prožili podzim svého života v klidu a s naplněním svých biologických a psychických potřeb. Senioři nepotřebují pouze odbornou péči – potřebují především naplnění svých cílů. Volnočasové aktivity by měly být zaměřené individuálně, s ohledem na věk, zdravotní stav a povahu jedince (Svatušková, 2009).

Osoby, které se stanou obyvateli různých zařízení, mají za sebou dlouhý život v mnoha jiných rolích. Byli zvyklí fungovat určitým způsobem a většina nemá zkušenosti s rolí „obyvatele domova“. Při vstupu do takového zařízení používají způsoby chování, na něž byli zvyklí, a přinášely jim ocenění okolí. V zařízeních to najednou neplatí a senior je tím zaskočen; potřebuje podporu personálu i blízkých, aby našel svoje místo (Venglářová, 2007).

## 7 Kvalita života

### 7.1 Historie pojmu kvalita života

O původ lidského blaha, štěstí a kvality života se dříve než vědci zajímali filozofové a teologové. V antice jako nejvýraznější indikátor kvality života vnímali subjektivní pohodu. Přitom se však snažili o komplexní vnímání celého problému. Pozornost věnovali i strategiím zvládnání a postojům, péči o tělo a všeobecně i sociálnímu hledisku s důrazem na potřebu nezávislosti jedince a spirituální potřeby. Středověk ovládlo filozofické myšlení křesťanství, kdy Tomáš Akvinský prohlásil, že nejvyšším poznáním a vrcholem štěstí v životě člověka je poznání Boha. V 18. století je však důraz kladen na jedince, hlavními hodnotami se stávají štěstí a seberealizace. K největším filozofům tohoto období patří např. Immanuel Kant, který se mimo jiné zabýval smyslem života, pro jehož naplnění je jediným účinným prostředkem sebeúcta. V 19. století se filozofie zabývá smyslem života dále a ve 20. století se zabýval otázkami smyslu a kvality života filozofický směr utilitarismus, který se začal obracet zpět k antickým kořenům (Dvořáčková, 2012).

Podle tvrzení řady autorů se termín kvalita života poprvé objevil ve 20. letech 20. století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji a o úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev. Diskutovalo se především o vlivu státních dotací na kvalitu života lidí i na celkový vývoj státních financí. V tomto období se kvalitou života myslela spíše jen materiální životní úroveň určité společnosti. Na konci 30. let 20. století zavedl Thorndike pojem kvality života i do psychologie (Heřmanová, 2012).

V 50. letech 20. století se kvalita života stala politickým cílem a sloganem v USA a postupně se o ni začala zajímat i medicína.

I přesto, že byl samotný pojem kvalita života občas zmiňován v několika ekonomických pracích, nebyl původně pojmem vědeckým. Do obecného povědomí vstoupil až v 60. letech 20. století jako výraz metaforický, jež shrnoval sociálně-politické cíle administrativy USA v době prezidenta Johnsona. Teprve později začal být pojem kvality života důkladněji propracován a vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů (Mareš, 2014).

Heřmanová uvádí, že hlavním impulsem k výzkumu kvality života kolem roku 1960 bylo značné materiální bohatství nejvyspělejších zemí západní Evropy a USA i výrazná a



v podstatě ani nevratná změna v hodnotových orientacích a šíření konzumního způsobu života obyvatel (Hermanova, 2012).

Od konce 70. let minulého století bylo možné v empirických výzkumech sledovat počátky odklonu od analýzy ekonomických a sociálních životních podmínek a výrazný příklon k hodnocení životních stylů obyvatel. V 80. letech 20. století se kvalitou života začala konkrétněji zabývat i sociální psychiatrie, kvalita života byla v tomto období využívána jako kritérium pro hodnocení životní úrovně obyvatelstva. Ve stejných letech postupně začalo převažovat pojetí kvality života založené na subjektivním vnímání a hodnocení vlastního života. I v dnešní době převažují výzkumy, které se věnují subjektivní kvalitě života, které se zaměřují především na tři tematické oblasti. První je celková spokojenost se životem, druhá s dílčími oblastmi života (např. rodina, práce, bydlení) a poslední se zaměřuje na hledání nejvýznamnějších faktorů, které podmiňují vznik subjektivního pocitu kvalitního a smysluplného života. Zkoumá se však i objektivní kvalita života, kdy se zjišťují např. životní podmínky v obcích a městech (Heřmanová, 2012).

## **7.2 Definice pojmu „kvalita života“**

Kvalita je jedním z nejčastěji používaných pojmů současnosti. Pro dnešní dobu je charakteristické prodlužování délky života a také to, že chronické, dlouhotrvající nemoci převažují nad nemocemi infekčními. Za hlavní cíl medicíny se nepovažuje zdraví, či prodloužení života samo o sobě, ale zachování či zlepšení kvality života. Kvalita života je významná proměnná při interakci člověka a choroby. Může disponovat k chorobě a naopak, choroba ji může uzpůsobovat. Kvalita života je v zájmu člověka v průběhu celého života, ale zvláště v jeho problémových situacích (Lezovic, Mucska a Holosova, 2015).

V literatuře existuje mnoho definic kvality života. Neexistuje však žádná, která by byla všeobecně akceptována. Situaci komplikuje také to, že jsou v literatuře často používány pojmy jako „sociální pohoda“, „sociální blahobyť“ a „lidský rozvoj“. Tyto pojmy jsou používány jako ekvivalentní termíny. Zjednodušeně můžeme říci, že v rámci všech přístupů má pojem dvě dimenze, objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života zahrnuje lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem. Objektivní kvalita života se týká splnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (Payne, 2005).

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách, jako je především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína. Sociologie sleduje kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnává ji v rámci určité populace i mezikulturně a hledá faktory, které ji nejvíce determinují. V sociologii jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání a rodinný stav. Používá také termín „životní úroveň“, která je definována jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, které jsou lidem k dispozici. Psychologie se zaměřuje na subjektivní pohodu jednotlivců, kterou pomocí různých metod měří. Zdravotnictví z hlediska kvality života hodnotí poskytovanou péči či jednotlivé zdravotnické programy. Termín kvalita života se v medicíně používá od 70. let. Nejčastěji se v ní můžeme setkat s pojmem „health related quality of life“, tj, kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem je možné zpřesnit jako subjektivní pocit životní pohody, který je spojen s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Payne, 2005).

Ve zdravotnictví se používá definice, kterou navrhla Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice zdůrazňuje kvalitu života jednotlivce. Jedná se tedy o definici individuálně zaměřenou: *„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům...zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí. Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu...kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem.“* (Mareš, 2014, s. 23)

Každý jedinec vnímá kvalitu života svým vlastním způsobem. Samotná nemoc, zdravotní postižení, nebo věk pro mnoho jedinců ještě neznamená, že kvalitu života považují za zhoršenou nebo nedostatečnou. Kvalita života není spojena pouze se stavem zdraví. Zvoníková vysvětluje, že pocit zdraví a kvality života je subjektivní, závislý na osobnostních, sociálních a behaviorálních faktorech. Důležité je vlastní hodnocení situace jedincem, především pak do jaké míry prožívá a vnímá případné omezení svých aktivit, sebeobsluhy, mobility a schopnosti rozhodovat o svých věcech a ovlivňovat dění (Zvoníková, 2015).

„Kvalita života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.“ (Payne, 2005, s. 206)

### 7.3 Kvalita života seniorů

Kvalita života je důležitým ukazatelem seniorského věku, avšak v porovnání s jinými funkcemi se hodnotí náročně. Uvádí se do souvislosti s hierarchií potřeb člověka a s jeho hodnotami. Jedná se o schopnosti a faktory jako jsou např.: autonomie, soběstačnost, schopnost rozhodování, zachování smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standart, pocit užitečnosti pro jiné, pocit štěstí, morálky apod. Tyto základní vazby můžeme považovat za relevantní, avšak v životě člověka jsou velmi důležité. Kvalita života totiž znamená velmi různé hodnoty pro různé osoby. Pro někoho to mohou být časté kontakty s přáteli, jiní jsou raději sami a radují se z příjemné hudby nebo poutavé knihy. Proto musíme být při posuzování stupně kvality života opatrní. Pokles kvality života u seniora se může projevit tíživou atmosférou, závislostí na jiných osobách, ztrátou autonomie a absencí smyslu života. V rámci ošetřování seniorů ve spojitosti se zlepšováním kvality života nebyla zatím stanovená přesná pravidla, to souvisí se specifikem pojmu kvalita života a také se snahou podpořit ověřená pravidla ošetřování pacientů v praxi (Hudáková a Majerníková, 2013; Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Výzkumníci a kliničtí pracovníci definovali činitele, determinanty, které ovlivňují kvalitu života v různých věkových obdobích, ve zdraví i v nemoci. Jedná se o následujících šest oblastí (Farský, Žiaková a Ondrejka; 2005; s. 292 – 293):

- *Tělesné zdraví (energie a únava; bolest a diskomfort; spánek a odpočinek)*
- *Psychické funkce (negativní emoce; pozitivní emoce; sebehodnocení; myšlení; učení; paměť; pozornost)*
- *Úroveň nezávislosti (mobilita; aktivity v každodenním životě; závislost na lécích a zdravotnických pomůckách; pracovní kapacita)*
- *Sociální vztahy (osobní vztahy; sociální podpora a opora; sexuální aktivity)*
- *Prostředí (finanční zdroje; svoboda; bezpečnost; zdraví a sociální péče; prostředí domova; možnosti získat informace a kompetence; fyzikální prostředí – znečišťující látky, hluk, klima, doprava)*
- *Spiritualita, náboženství, osobní přesvědčení*

O tom, jaké člověk bude prožívat stáří, se rozhoduje už ve středním věku. Dvořáčková uvádí, že kvalitu života a průběh stáří ovlivňují úspěchy v práci i v osobním životě, životní styl i zdravotní problémy, které jedinec prožívá ve věku produktivním. Pro kvalitu života ve stáří je důležitý program pro volný čas. Pro prevenci nesoběstačnosti je důležitá aktivita, avšak v rovnováze s odpočinkem. Velký význam pro prožití kvalitního stáří má udržení a navázání nových kontaktů, společná setkání vrstevníků a prohlubování mezigeneračních vazeb. Aktivizace seniorů však musí být plně respektována individuálními možnostmi a přáními každého člověka. Je důležité pomoci seniorovi nalézt motivaci pro vytváření krátkodobých i dlouhodobých cílů, posilovat jeho sebeúctu a umožnit mu prožít zážitky úspěchu. Sociální, psychická nebo fyzická aktivita dává životu ve stáří smysl a pocit naplnění (Dvořáčková, 2012).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo program, který vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k řešení problémů spojených s demografickým stárnutím je nezbytné soustředit se na následující oblasti a priority. Jde o oblasti zaměřené na aktivní stárnutí, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, prostředí a komunity vstřícné ke stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv (Dvořáčková, 2012).

*„Kvalita dobře prožitého života spočívá v tom, že je dobře prožit každý okamžik života.“*  
(Křivohlavý, 2011, s. 133)

### **7.3.1 Metody měření kvality života seniorů**

Podle Mareše se pojem kvalita života často chápe jako jev pozitivní nebo alespoň neutrální, běžné diagnostické metody však používají převážně indikátory negativní. Jedná se např. o neschopnost, nesoběstačnost, nemoci, deprese, osamocení atd. Teprve pozitivní psychologie začala zkoumat také pozitivní aspekty stáří, jako např. moudrost, humor a životní spokojenost.

Pro zjišťování kvality života obvykle používáme kvalitativní, kvantitativní a smíšené přístupy.

Kvalitativní přístupy se používají méně často než přístupy kvantitativní. Při kvalitativním přístupu se používají polostrukturované nebo narativní rozhovory se seniory. Rozhovory se nahrávají a jejich průběh je následně přepsán do protokolu, které jsou detailně analyzovány. Existují také přístupy, kdy seniorům předložíme otevřené otázky, na které podle svého uvážení (bez vybírání z hotových alternativ) písemně odpovídají.

Častěji jsou ve výzkumných šetřeních používány kvantitativní metody, které ke zjišťování kvality života seniorů využívají dotazníky. Používají se následující typy dotazníků: obecné (generické) pro dospělé osoby různého věku, obecné (generické) dotazníky jen pro seniory, specifické dotazníky pro seniory, které se ptají na kvalitu života při konkrétním onemocnění a kombinace obecně generických se specifickými dotazníky.

Obecné, generické dotazníky se používají bez ohledu na věk, pohlaví a typ onemocnění. Některé se také používají pro srovnání kvality života lidí nemocných s lidmi zdravými. Jedná se např. o dotazníky SF-36, Quality of Well-Being Scale a další.

Obecné dotazníky pro seniory berou v úvahu okruh proměnných, které mohou ovlivňovat kvalitu života seniorů, ale bez ohledu na konkrétní onemocnění. Příkladem jsou dotazníky: AQoL, WHOQOL-OLD, OPOQOL atd.

Další v praxi používané dotazníky jsou specifické. Ty se zabývají kvalitou života ovlivněnou jedním konkrétním onemocněním (např. dotazníky pro astmatiky, psychiatrické pacienty apod.).

Poslední možností pro zjišťování kvality života seniorů je kombinace obecně generických a specifických dotazníků, které se používají pro jeden typ onemocnění. Jsou to dotazníky MSQOL-54 a MSQLI (Mareš, 2014).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 8 Metodika výzkumu

### 8.1 Cíl empirického výzkumu

Cílem této práce je popsat a analyzovat kvalitu života seniorů, kteří trvale žijí ve vybraném domově pro seniory.

### 8.2 Domov pro seniory Hořice

Domov pro seniory Hořice poskytuje sociální službu formou celoročního pobytu na dobu neurčitou. Jeho posláním je zajistit seniorům prostřednictvím pobytové služby důstojné a bezpečné zázemí, které nahrazuje domácí prostředí a poskytuje jim pomoc a podporu, umožňující zachovat si v co největší míře způsob života, jaký mají jejich vrstevníci.

Domov se nachází v poklidné části města Hořice. Klienti jsou ubytováni ve dvoulůžkových a jednolůžkových pokojích v 1. a 2. patře hlavní budovy a v budově dvoupodlažního Okálu, obě budovy propojuje spojovací část. Hlavní budova je bezbariérová s výtahem. Vybavením pokoje je umyvadlo, polohovací postel, noční stolek, skříň na šaty, stůl a židle. Po domluvě si klienti mohou vybavit pokoj i vlastním nábytkem nebo drobnými předměty. Toalety a koupelny, společné pro všechny klienty, jsou na chodbách jednotlivých oddělení. V provozní části se nachází např. jídelna, kantýna, prádelna, hala apod. Budova Okálu je bariérová a poskytuje ubytování klientům, kteří potřebují „pouze“ dopomoc v běžných denních činnostech. Okál tvoří jen jednolůžkové pokoje, dva pokoje tvoří buňku, kde mají klienti společné WC a sprchový kout. Klienti mají k dispozici také společenské prostory, kde mohou posedět s rodinou, odpočívat nebo se dívat na televizi. Domov pro seniory Hořice zajišťuje prostřednictvím kvalifikovaného personálu péči zdravotní, kterou provádí lékaři, registrované všeobecné sestry a zdravotní asistenti a péči obslužnou, poskytovanou pracovníky sociální péče. Ve všední dny mají klienti možnost využít volnočasové aktivizační programy nabízené terapeutkami, s vyřizováním úředních záležitostí pak pomáhají klientům sociální pracovnice.

Současná kapacita Domova je 60 lůžek. Cílovou skupinou jsou mladší senioři od 65 let, kteří pro svůj věk, zdravotní stav nebo sociální situaci nemohou žít ve svém přirozeném

prostředí a potřebují stálou pomoc jiných osob (Sociální služby města Hořice, 2016; Výroční zpráva 2018, 2019).

### 8.3 Zkoumaný soubor

Respondenty jsem vybrala z klientů Domova pro seniory v Hořicích. Kritéria výběru byla tři: věkově šlo o osoby seniorského věku, jejich kognitivní schopnosti neměly být narušeny a souhlasili s účastí ve výzkumu. Pro kvantitativní šetření bylo vybráno 30 respondentů, z toho bylo 6 mužů a 24 žen. Věkové rozmezí klientů se pohybovalo od 60 do 95 let; převládali klienti nad 80 let. Převážná většina obyvatel domova pro seniory byli již vdovci nebo vdovy.

Důkladnějšího kvalitativního šetření se zúčastnilo pět klientů (čtyři ženy a jeden muž). Věkové rozpětí činilo 76-95 let, pouze jeden klient byl ve věku 75 let. Jejich podrobnější charakteristiky jsou uvedeny v oddíle 9.2.1.

### 8.4 Použité metody výzkumu

Výzkum byl zahájen s písemným souhlasem ředitelky Mgr. Zorky Müllerové Domova pro seniory v Hořicích. Poté jsem oslovila obyvatele Domova, představila jsem se jim a ujistila se, zda s šetřením souhlasí. Všichni, kteří se tohoto výzkumu zúčastnili, byli seznámeni s průběhem a důvodem tohoto šetření. Uvedla jsem také, že výsledky šetření by mohly mít pro domovy pro seniory svůj přínos.

Pro vlastní výzkum v Domově pro seniory v Hořicích jsem zvolila dvě metody. Metodu kvantitativní v podobě dotazníku a metodu kvalitativní ve formě polostandardizovaného rozhovoru. Jednalo se tedy o tzv. smíšený výzkum.

**Dotazník**, který byl použit jako první výzkumná metoda, vyplňovalo s mojí pomocí 30 klientů asi 30 minut. Jednalo se o dotazník kvality života seniorů OPQOL - *Older People's Quality of Life Questionnaire* (Bowling, Stenner, 2010), který má 35 položek. Byl vyvinut a úspěšně odzkoušen ve Velké Británii. Se souhlasem anglických kolegů vznikla jeho česká verze (Mareš, Cígler, Vachková, 2016), jejíž psychometrické charakteristiky jsou velmi dobré. Praktické ověření u českých seniorů ukázalo, že vyplnit 35 položek je pro řadu z nich náročný úkol.

Vytvořili jsme proto zkrácenou verzi, která má jen 20 položek a ta byla použita i v tomto výzkumu (dotazník OPQOL-CZ-20). Klienti odpovídají na každou položku pomocí pětistupňové škály (plné znění dotazníku je uvedeno v příloze). Dotazník zjišťuje 7 oblastí kvality života seniorů: spokojenost se životem, úloha víry a náboženství, finanční situace, osamění, pozitivní přístup, rodina a bezpečné zázemí a zdraví, samostatnost, činnost.

Pomocí dvou statistických neparametrických testů (zkoumaný soubor byl relativně malý) jsme zjišťovali, zda existují významné rozdíly v kvalitě života našich seniorů ovlivněné buď jejich pohlavím, nebo věkem. Jednalo se o Mann - Whitneyův test a Kolmogorov-Smirnovův test.<sup>1</sup>

**Rozhovory** probíhaly přibližně měsíc po zahájení kvantitativního šetření. Pro tento výzkum jsem vybrala 5 respondentů, z nichž 4 tvoří ženy a 1 je muž. Respondenty jsem seznámila se zněním otázek a ubezpečila se, jestli souhlasí s poskytnutím rozhovoru a jeho záznamem na mobilní telefon. Seznámila jsem je také s tím, že doslovné přepisy rozhovorů budou součástí této bakalářské práce. Rozhovory probíhaly individuálně bez účasti třetí osoby, v klidném prostředí. Zvukové záznamy, které byly dlouhé přibližně 25 minut, jsem doslovně přepsala (plné znění přepsaných rozhovorů je uvedeno v příloze této práce). Přepsané rozhovory jsem jednotlivě analyzovala. Použila jsem metodu otevřeného kódování získaných dat (Strauss a Corbinová, 1999).

---

<sup>1</sup> Děkuji paní RNDr. Evě Čermákové z Výpočetního střediska Lékařské fakulty UK v Hradci Králové za statistické výpočty.



## 9 Smíšený výzkum

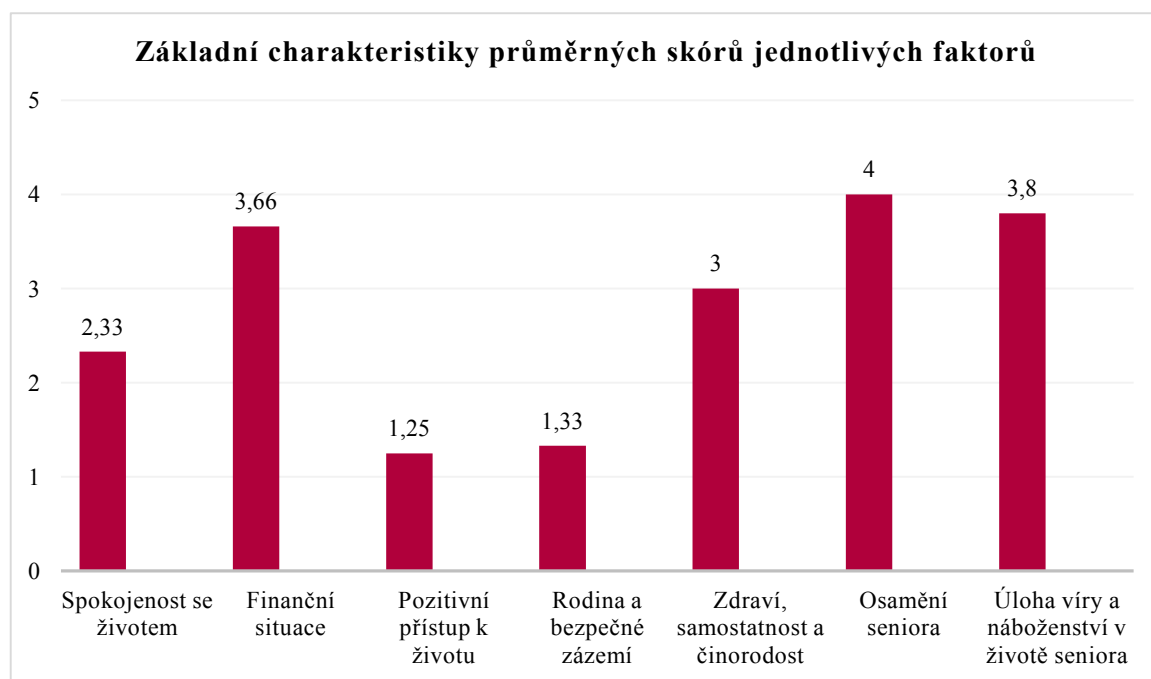
### 9.1 Kvantitativní část výzkumu

V této části výzkumu byl použit klíč k dotazníku OPQOL-CZ-20 s těmito faktory: Spokojenost se životem, Finanční situace, Pozitivní přístup k životu, Rodina a bezpečné zázemí, Zdraví, samostatnost a činnost, Osamění seniora a Úloha víry a náboženství v životě seniora. Pro tyto jednotlivé faktory byly spočítány průměrné skóry. Výsledky charakteristik jednotlivých faktorů jsou uvedeny v následujícím grafu a tabulkách. Klienti odpovídali pomocí pětistupňové škály, která byla analogická školnímu známkování:

Hodnota označená číslem 1 = nejlepší výsledek

Hodnota označená číslem 5 = nejhorší výsledek

Graf 2 - Základní charakteristiky průměrných skórů jednotlivých faktorů



Dle výsledků dotazníku OPQOL-CZ-20 uvedených v grafu č. 2 vyplývá, že nejlepšího výsledku dosáhla naše skupina seniorů ve dvou faktorech a to Pozitivní přístup k životu a Rodina a bezpečné zázemí. V intervalu průměru se nacházejí faktory Spokojenost se životem a Zdraví, samostatnost a činnost. Z grafu je dále zřejmé, že zbývající tři faktory - Finanční situace, Osamění seniora a Úloha víry a náboženství seniora dopadly nejhůře.

V grafu č. 2 jsou uvedeny výsledky za celý zkoumaný soubor seniorů. Podrobnější údaje podle pohlaví seniorů a podle jejich věku přináší tabulka 1 a tabulka 2.

Tabulka 1 - Charakteristiky pro muže a pro ženy

Charakteristiky pro muže a pro ženy	Hodnota	
	Muži	Ženy
Spokojenost se životem	2	2,33
Finanční situace	3,33	3,66
Pozitivní přístup k životu	1,5	1
Rodina a bezpečné zázemí	1,66	1,33
Zdraví, samostatnost a činnost	2,83	3
Osamění seniora	3	4
Úloha víry a náboženství v životě seniora	3,5	2,75

Tabulka 2 - Charakteristiky v dělení dle věku

Charakteristiky v dělení dle věku	Hodnota	
	Mladší	Starší
Spokojenost se životem	1,66	2,83
Finanční situace	3,66	3,66
Pozitivní přístup k životu	1,5	1
Rodina a bezpečné zázemí	1,33	1,33
Zdraví, samostatnost a činnost	2,33	3
Osamění seniora	3	4
Úloha víry a náboženství v životě seniora	3	2

Zajímalo nás také, zda mezi seniory nejsou v uváděných charakteristikách kvality života statisticky významné rozdíly dané buď pohlavím anebo věkem. Výsledky testování přináší tabulky 3 a 4.

Tabulka 3 - Porovnávání průměrných skóre mezi muži a ženami

Porovnávání průměrných skóre mezi muži a ženami			
Název faktoru	Test	Hodnota pravděpodobnosti	Statistická významnost
Spokojenost se životem	Mann - Whitney test	0,511	Nebyla nalezena.
Finanční situace	Kolmogorov - Smirnov test	0,609	Nebyla nalezena.
Pozitivní přístup k životu	Mann - Whitney test	0,595	Nebyla nalezena.
Rodina a bezpečné zázemí	Kolmogorov - Smirnov test	0,609	Nebyla nalezena.
Zdraví, samost. a činnor.	Mann - Whitney test	0,831	Nebyla nalezena.
Osamění seniora	Mann - Whitney test	0,445	Nebyla nalezena.
Úloha víry a náboženství	Mann - Whitney test	0,026	Rozdíl významný.

Tabulka 4 - Porovnávání věkových skupin (mladší vs. starší)

<b>Porovnávání věkových skupin (mladší vs. starší)</b>			
<b>Název faktoru</b>	<b>Test</b>	<b>Hodnota pravděpodobnosti</b>	<b>Statistická významnost</b>
Spokojenost se životem	Mann - Whitney test	0,004	Rozdíl je významný.
Finanční situace	Mann - Whitney test	0,782	Rozdíl není významný.
Pozitivní přístup k životu	Mann - Whitney test	0,057	Na hranici stat. význam.
Rodina a bezpečné zázemí	Mann - Whitney test	0,435	Rozdíl není významný.
Zdraví, samost. a činor.	Mann - Whitney test	0,166	Rozdíl není významný.
Osamění seniora	Mann - Whitney test	0,783	Rozdíl není významný.
Úloha víry a náboženství	Mann - Whitney test	0,036	Rozdíl je významný.

U mladší věkové skupiny seniorů je jeden výsledek prokazatelně příznivější (Spokojenost se životem), druhý výsledek se hranici významnosti blíží (Pozitivní přístup k životu).

## 9.2 Kvalitativní část výzkumu

Byla postavena na polostandardizovaných rozhovorech s pěti osobami, které žily v hořickém Domě pro seniory.

### 9.2.1 Charakteristika klientů

#### Klientka A

Klientka narozená v roce 1929 žije v Domově pro seniory v Hořicích dva roky. Je ubytována na jednolůžkovém pokoji s balkónem a vlastním sociálním zařízením (umyvadlo, „gramofon“). Do Domova byla přijata po doporučení LDN z důvodu zhoršení zdravotního stavu a nevyhovujícím bytovým podmínkám (4. poschodí, bez výtahu). Klientka se dlouhodobě léčí s esenciální hypertenzí a křečovými žilami. Tato paní je již 47 let vdovou, má jednu dceru, dva syny, sedm vnoučat a dvanáct pravnoučat, kteří ji chodí pravidelně navštěvovat.

#### Klientka B

Klientka narozená v roce 1943 žije v Domově pro seniory v Hořicích jeden a půl roku. Je ubytována na dvoulůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením (umyvadlo). Do Domova byla přijata ze zdravotních a rodinných důvodů. Klientka se dlouhodobě léčí s DM II. typu na inzulínu a se sníženou funkcí štítné žlázy, k chůzi používá hole. Klientka je vdaná, má dva syny a čtyři vnoučata.

### **Klientka C**

Klientka narozená v roce 1924 žije v Domově pro seniory v Hořicích asi druhým rokem. Je ubytována na jednolůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením (umyvadlo). Do Domova byla přijata ze zdravotních důvodů a nemožnosti být doma sama. Klientka se dlouhodobě léčí s esenciální hypertenzí. Klientka je vdova, měla dvě děti, syn již nežije a dcera s dvěma vnuky ji často navštěvují.

### **Klientka D**

Klientka narozená v roce 1931 žije v Domově pro seniory v Hořicích půl roku. Je ubytována na jednolůžkovém pokoji s balkónem a vlastním sociálním zařízením (umyvadlo). Do Domova byla přijata z důvodu částečné ztráty soběstačnosti, kterou jí zapříčinila cévní mozková příhoda. Klientka se dlouhodobě léčí s esenciální hypertenzí a dále má potíže s nedoslýchavostí a velmi zhoršeným zrakem. Klientka podstoupila totální endoprotézu obou kyčelních kloubů. Pohybový deficit chůze způsobený prodělanou mozkovou příhodou klientka kompenzuje používáním chodítka. Klientka je již od 48 let vdovou, má jednu dceru a dvě vnoučata. Všichni ji chodí pravidelně navštěvovat.

### **Klient E**

Klient narozen v roce 1944 žije v Domově pro seniory čtvrtým rokem. Je ubytován na jednolůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením. Důvodem přijetí do Domova byl zhoršený zdravotní stav a rodinná situace. Klientova dcera již žije ve své domácnosti a neměl by se o něho kdo postarat. Klient se léčí s DM II. typu na inzulínu, k chůzi používá berli. Klient je rozvedený, má jednu dceru a dvě vnoučata.

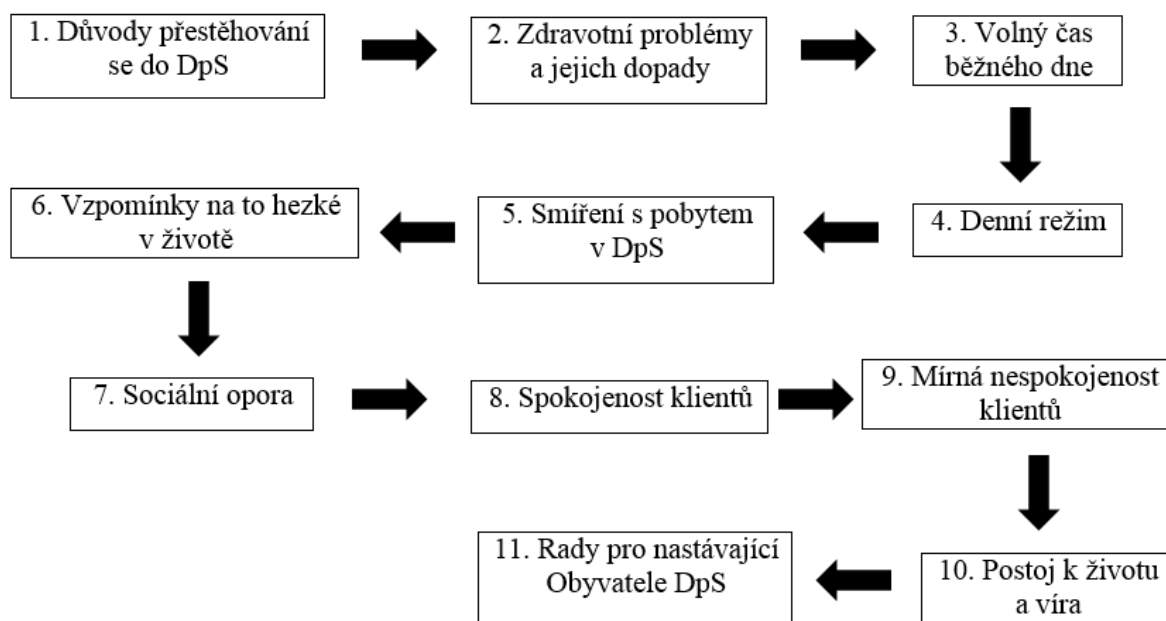
## **9.2.2 Analýza dat**

V kvalitativním výzkumu jsem použila metodu otevřeného kódování získaných dat.

Otevřené kódování je část analýzy, zabývající se označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování dochází k rozebrání údajů na samostatné části a jejich pečlivému prostudování. Porovnáváním jsou pak zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných (Strauss a Corbinová, 1999).

Vytvořené kategorie, které jsem v textu analyzovala, jsem pro větší přehlednost napsala do tabulky 5. Tato tabulka naznačuje, jak se klienti s pobytem v novém prostředí obecně vyrovnávali. Jednotlivé kategorie jsou pak detailně popsány v následujícím textu.

Tabulka 5 - Vyrovnávání se s pobytem v DpS



### 9.2.3 Kategorie 1 – Důvody přestěhování se do Domova pro seniory

Jaké byly důvody dotazovaných pro přestěhování se do DpS shrnuje tabulka 6.

Tabulka 6 - Důvody přestěhování se do DpS

KATEGORIE	KÓDY
Důvody přestěhování se do DpS	Zdravotní stav (1)
	Zdravotní a rodinné důvody (2)
	Samota a zdravotní potíže (3)
	Samota a nebezpečí (4)
	Pocit bezpečí v DpS (5)
	Doporučení LDN, pocit odpovědnosti (6)
	Pocit, že budu rodině na obtíž (7)

Převážnou část respondentů přiměl k přestěhování se do Domova jejich zdravotní stav a nemožnost rodiny se o seniory postarat z důvodu velké pracovní i časové vytíženosti a jiných sociálních omezení. Dalším problémem, který se zdravotními problémy souvisí, byla

samota. V případě veškerých zranění by seniorům neměl kdo pomoci. Zařízení však umožňuje 24 hodinovou zdravotní i ošetrovatelskou péči, která jim přináší pocit většího bezpečí.

*„...Kvůli tomu chození. To víte, že bych byla radši doma, ale nejde to...“ (1)*

*„...ze zdravotních a rodinných důvodů...Potřebovala jsem pomoc a neměla jsem ji někdy...“ (2)*

*„...Já špatně chodím...a doma jsem bydlel sám...“ (3)*

*„...Já bych byla úplně sama doma v baráku, no a říkaj, to bychom vám nedovolili, poněvadž tam bylo 14 schodů a říkali, to byste šlápla a letěla byste dolů a byla byste tady sama a nikdo by vám nepomohl, nikdo by o vás vůbec nevěděl...“ (4)*

*„...Ale doma nemůže nikdo bejt, protože rodina je zaměstnaná a nebylo by na ně možnost, že jo, takhle, když by někdo spad, tady každou chvíli v noci někdo spadne...“ (5)*

Dvě respondentky přišly do DpS na základě vlastního rozhodnutí, protože je tížil pocit, že by mohly být rodině na obtíž nebo ji tzv. přidělovat starosti.

*„...Protože mě sem doporučila LDN. Já mám byt, kterej je ve 4. poschodí, bez výtahu a to v tomhle období bylo velmi náročný, já bych bejvala musela zůstat doma a ty děti bych natolik prostě zatěžovala, protože maj už svoje děti a zase svoje vnoučata a já bych je tam zatěžovala, že by mě to i psychicky likvidovalo...“ (6)*

*„...Já jsem teda byla rozhodnutá, poněvadž nám to doma neklapalo...Já jsem říkala, že nikomu nechci být na obtíž...Já jsem je nechtěla zatěžovat...“ (7)*

## 9.2.4 Kategorie 2 – Zdravotní problémy a jejich dopady

Zdravotní problémy, které ovlivňují činnosti běžného života seniorů, jsou uvedeny v tabulce 7.

Tabulka 7 - Zdravotní problémy a jejich dopady

KATEGORIE	KÓDY
Zdravotní problémy a jejich dopady	Potíže s chůzí (1)
	Operované kyčelní klouby (2)
	Nedoslýchavost (3)
	Zhoršený zrak (4)
	Stav po CMP (5)
	Zhoršená paměť (6)
	Závratě (7)

Při odpovědích na otázky rozhovoru se senioři zmínili také o zdravotních problémech, jejichž dopady snižují kvalitu jejich života. Nejčastějším zdravotním problémem, který klienti sužuje, jsou potíže s chůzí.

*„...Já špatně chodím, mám problémy s nohou, takže musím všude s berlí...“ (1)*

*„...Ta chůze se už tak nedivím, že tolik nemůžu, protože já mám operovaný oba dva kyčelní klouby, takže to už vás trošku omezuje, přece jenom...“ (2)*

Jedna respondentka uvedla, že ji trápí zdravotních potíží dokonce více - nedoslýchavost, která ji přináší omezení ve společenském životě, zhoršená paměť a zhoršený zrak neumožňují seniorce sledovat v televizi filmy a stav po CMP zčásti omezuje seniorku v péči o sebe sama. Další seniorku omezují závratě, aby se mohla chůzí vydat na delší vzdálenost.

*„...mně vyhovuje, že jsem tady sama, protože já dost špatně slyším, já bych si moc povídat s těma druhýma pacientama nemohla...“ (3)*

*„...já bych je špatně slyšela, já si nemůžu s nikým povídat, protože já je neslyším...“ (3)*

*„...já na tu televizi dost špatně vidím. Na filmy nějaký nekoukám, protože mně se to ztrácí před očima ten obraz...“ (4)*

*„...Já sice levou rukou nemůžu moc, protože jsem měla mrtvici na půl těla, tak musím všechno, co zvládnou tou pravou, takže se meju jenom tou pravou rukou...“ (5)*

*„...Nevím o tom ve čtvrtině, dělaj do toho reklamu a já nevím, co bylo předtím. Jako že už tu paměť pochopitelně nemam...“ (6)*

*„...Já teda chodím o hůlkách, ale že se motám, tak já mám strach jít dál sama...“ (7)*

### 9.2.5 Kategorie 3 – Volný čas běžného dne

Uvedené aktivity během volného času dne jsou shrnuty v tabulce 8.

Tabulka 8 - Volný čas běžného dne

KATEGORIE	KÓDY
Volný čas běžného dne	Procházka venku (1)
	Zabavení se venku (2)
	Povídání si s lidmi venku (3)
	Procházka přírodou (4)
	Procházka při hezkém počasí (5)
	Chůze venku a četba (6)
	Četba a poslech televize (7)
	Četba a luštění křížovek (8)
	Sledování televize, četba (9)
	Spánek (10)
	Péče o své zdraví (11)
	Povídání si, četba (12)
	Kulturní akce (13)
	Vycházky s personálem (14)
	Bezvýchodnost situace (15)

Pro DpS bývá typický stereotyp, proto jsem se obyvatel v domově zeptala, jak je to u nich, zda si dokážou zpestřit den, či se nějak zabavit. Zjistila jsem, že pokud je venku přívětivé počasí, často rádi tráví svůj volný čas venku, ať už procházkou nebo povídáním si s ostatními lidmi. Dále někteří čtou a luští křížovky, sledují nebo poslouchají TV, jiní odpočívají. Jedna respondentka se zmínila také o tom, že každý den ráno cvičí, čímž se snaží podporovat své zdraví. Mezi dotazovanými ženami a mužem jsem objevila v trávení volného času rozdíly. Ženy většinou tráví čas ve společnosti, hovořením mezi sebou, muž naopak spíše vyhledává samotu.

*„...odcházím do přírody, do města...“ (1)*

*„...Já jsem venku...tam se projdu, popovídám si tam třeba s lidmi...“ (2)*

*„...Já si zpestřím den tím, že jdu ven. Tam si povídáme s lidmi na lavičce, aby nám to uteklo...“ (3)*

*„...Skoro všechny dny jsou stejné...pokud to počasí dovolí, tak se jdu podívat do přírody. Mám rád přírodu a klid...“ (4)*

*„...Na procházky ven teď nechodíme, až bude teplejc...“ (5)*

*„...Chodím ven a čtu. Knihy ne, ale poučuju se...“ (6)*



*„...Já hodně čtu. Dcera mi nosí knihy...Někdy se dívám na televizi...poslouchám zprávy třeba nebo takový to mluvený slovo...“ (7)*

*„...Někdy si čtu, tamhle mám časopisy a křížovku, luštím...“ (8)*

*„...spíš o samotě. Koukám na televizi, čtu...“ (9)*

*„...Boženka ta čte a já spím...“ (10)*

*„...denně cvičím ráno...“ (11)*

Senioři přiznávají, že se u nich stereotyp vyskytuje, proto si myslím, že jsou vděční za každou změnu nebo rozptýlení. Obyvatelé Domova mají v rámci využití volného času možnost zapojit se do různých zájmových činností - pečení, zpívání a ruční práce. Mezi skupinové aktivity, kterých se senioři mohou zúčastnit, patří např. trénink paměti, předcítání a vycházky.

*„...Většinu dne sedím tady v křesle sama. Nebo když přijde dcera, tak si povídáme. No ale ono se tady vlastně nic neděje...Nebo když přijde vnuk...tak si spolu povídáme. Ale já se nejvíc zabavím tím čtením. Já jsem zvyklá sama...“ (12)*

*„...Stereotyp jo, jako že nemáme co na práci furt kolem dokola...ale jinak když jsou nějaký akce, jako ze školy sem choděj třeba zpívat, tak se jdem podívat. Jako kulturně žijeme, když tady něco je...“ (13)*

*„...tak nás vezmou na vozeček a projdou to s náma támhle k samošce nebo na zmrzku...“ (14)*

Dvě seniorky uvedly, že ostatní leží, někdy jsou dokonce mrzutí. Řekla bych, že je to nejspíše z bevyčhodnosti situace, v které se právě nacházejí, pocitu bezmoci a nešťastnosti.

*„...Ostatní leží a nebo jsou protivný i na sestry. Mrzutý, ne protivný...“ (15)*

*„...v těch pokojích, co tady jsou ty lidi, tak oni většinou leží...“ (15)*

## 9.2.6 Kategorie 4 – Denní režim

Tak jako v každém sociálním zařízení i v tomto DpS platí řád a dodržují se určitá pravidla, aby vše mohlo fungovat tak, jak má.

Tabulka 9 - Denní režim

KATEGORIE	KÓDY
Denní režim	Pravidelné koupání v pondělí (1)
	Koupání ve čtvrtek (2)
	Koupání v neděli (3)
	Pravidelné koupání každý týden (4)
	Pravidlo hlášení (5)
	Pravidelnost (6)
	Řád (7)
	Nutnost pořádku (8)

V Domově jsou dvě koupelny a každý senior má určený jeden den v týdnu, kdy se tam dochází koupat, a to buď s pomocí sestřiček, nebo sami. Další dny v týdnu mají senioři možnost provést hygienu u umyvadla ve svém pokoji.

*„...Každý pondělí nás koupají, ale já se stejně u umyvadla omyju...“ (1)*

*„...Tady je koupelna a to se tam dycky sejdem v určitý den jako je čtvrtek, já mám čtvrtky...“ (2)*

*„...Každej chodíme jednou za tejdén do koupelny, já chodím v neděli, ale dnes a denně se meju tady do půl těla...“ (3)*

*„...Boženku, moji spolubydlící, koupou každý tejdén a já se chodím sama sprchovat...“ (4)*

Ti senioři, kteří se chodí koupat sami, nebo ti, kteří chtějí jít na procházku ven, musí vše nahlásit.

*„...A já když se tam jdu koupat, tak to musím nahlásit, že jdu do koupelny...“ (5)*

*„...Já mám volnej čas, jenom hlásím: Sestři odcházím...a zase hlásím příchod...“ (5)*

Vše je v Domově v přesně daný čas, ať už se jedná např. o vstávání, snídani nebo oběd. Respondentovi tato pravidelnost příliš nevyhovuje a přál by si ji občas porušit, naopak jedna respondentka uvedla, že ji považuje za nutnost.

*„...i když je to v přesně daný čas, který mi občas nevyhovuje, přesto jsem rád, že mám vše připravené...“ (6)*

„...Tady je nějaký řád. To víte, že bych třeba doma spala do půl 9, tady je prostě půl 7, maximálně ve tři čtvrtě na 7...“ (7)

„...Ta pravidelnost člověka prostě léčí...Pořádek musí být, ve všem...“ (8)

### 9.2.7 Kategorie 5 – Smíření se s pobytem v domově pro seniory

Všichni dotazovaní byli se svým životem v DpS smíření.

Tabulka 10 - Smíření s pobytem v DpS

KATEGORIE	KÓDY
Smíření s pobytem v DpS	Přijmutí běžného života v DPS (1)
	Realita (2)
	Uvědomění stavu (3)
	Uvědomění (4)
	Smíření (5)
	Rezignace (6)

Během pečlivého čtení rozhovorů jsem zjistila, že téměř všichni senioři jsou s životem v DpS i se svými zdravotními problémy smíření. Někteří přijímají vše tak, jak to je, včetně toho špatného.

„...No jistě, co mně jiného zbývá. Musíte přijmout to, co prostě tady je jako podstatný a přirozený...“ (1)

„...To musím brát, jak to de. Já vždycky říkám, co mě čeká, to mě nemine...“ (2)

„...Brečet to vůbec nepomůže, musí se to brát, jak to je...“ (2)

„...Beru ten život jak je...“ (2)

„...říkám si jen jedno tý mojí psychice, seš už v takovém vysokém věku, že už nemůžou na tobě nic zkazit...“ (3)

„...Život se v těch letech už musí brát takový, jaký je. Mohlo by to být daleko horší...“

„...No taky je mi už 88 let, tak musí být taky něco opotřebovaný...“ (4)

„...Jsem tu šťastná, nic jiného mi nezbývá, přece si nebudu naříkat, když nemám východisko. Tak přeci musím přijmout i toho tygra v kleci a musím se s ním skamarádit, nedá se nic dělat, nebo mě sežere...“ (5)

V některých odpovědích se objevovaly pocity rezignace.

„...*Jsmetady, tak se nedá nic dělat. Co můžu dělat...*“ (6)

„...*Vyrovnal, nic jinýho mi nezbyvalo...*“ (6)

„...*Musí to člověk brát, jak to de. Nám už nikdo nepomůže na starý kolena, si myslím...*“ (6)

### 9.2.8 Kategorie 6 – Vzpomínky na to hezké v životě

Co pozitivního se událo v životě dotazovaných seniorů, je uvedeno v tabulce 11.

Tabulka 11 - Vzpomínky na to hezké v životě

KATEGORIE	KÓDY
Vzpomínky na to hezké v životě	Šťastný život s manželem (1)
	Radost z dětí (2)
	Radost z dětí a vnoučat (3)
	Rodina (4)
	Šťastný život (5)
	Hudební nadání (6)
	Láska k Sokolu (7)
	Naplňující zaměstnání (8)

Když respondenti vyprávěli, co hezkého se jim v životě událo, čeho dosáhli, většina začala vzpomínat na rodinu – na své děti, vnoučata a také na zesnulé manžely, na něž často rády vzpomínají. Myslím si, že jedna seniorka se však tomuto tématu snažila vyhnout a spíše než o sobě se rozpovídala o svých vnoučatech.

„...*Víte, já jsem prodělala dost takový šťastný život, ale pro mě největší problém byl, že brzo zemřel ten manžel. Bylo mi 48...*“ (1)

„...*Měla jsem 3 děti za sebou...můj muž brzo zemřel, v 55 letech a mně bylo 47 roků a 3 děti...A pak se kluci ženili, vdávala se dcera...Mám hodný děti...*“ (2)

„...*Mám 2 syny...Vnoučat mám 5. Mladší syn má dva kluci a holku, holka ta chodí na mažoretky do Hradce a kluci to jsou fotbalisti, takže nemaj tolik času, jak se řekne, aby za mnou chodili...*“ (3)

„...*Já jsem vždycky říkala, že si vezmu chlapce, kterej nekouří a tak jsem si ho vzala. A to jsme si rozuměli, já měla opravdu hezký manželství...Vychovali jsme 2 děti. To byl můj život...*“ (4)

Dva respondenti se rozhovořili o svých zálibách, kterými byly hudba a koně.

*„...Když mně bylo 25 roků, tak jsem jezdil na olympiádu s koňma. Na to rád vzpomínám. Já si vcelku nemůžu na nic stěžovat, já měl všechno...“ (5)*

*„...A ráda jsem hrála na klavír...měla jsem krásnejší hlas a to jsem si zpívala, hrála na klavír...“ (6)*

A pro další dva respondenty se stalo hezkou vzpomínkou i naplňující zaměstnání.

*„...Jako náčelnice Sokola jsem řídila Sokol a bylo to hezký. S dětmi jsem si rozuměla. Nacvičovala jsem taky 4 slety v Praze. Sokol byl můj život...“ (7)*

*„...No ale já jsem měla krásný zaměstnání, který jsem milovala...proto vlastně jsem žila. Bavilo mě to, moc ráda jsem chodila do práce. Protože to tak nějak vyplňuje člověku život...“ (8)*

## 9.2.9 Kategorie 7 – Sociální opora

Kdo pomáhá seniorům zvládat pocity osamění a případné problémy je uvedeno v tabulce 12.

Tabulka 12 - Sociální opora

KATEGORIE	KÓDY
Sociální opora	Vnučka (1)
	Vnoučata (2)
	Dcera (3)
	„Vrba pro všechny“ (4)
	Kamarádka spolubydlící (5)
	Známá (6)
	Samotářství i společnost (7)

Je důležité, aby se obyvatelé v DpS necítili sami, aby měli na blízku někoho, kdo jim porozumí a pomůže lépe zvládnout případné problémy. V odpovědích se nejčastěji objevovali členové rodiny, kteří za seniory pravidelně dochází a povídají si s nimi. Seniorky uváděly, že k nim přicházejí až příliš často. Mají totiž pocit, že rodinu zdržují od svých vlastních starostí nebo se cítí provinile, že si spolu nemají o čem vypravovat. Nicméně si myslím, že jistě každá návštěva seniory potěší a zlepší pocity osamění.

*„...A teď tady mám vnučku z Anglie...byla tady včera, choděj za mnou. Až příliš...“ (1)*

*„...Nebo se jí ptám na vnoučata, jestli přijedou. Ty za mnou taky někdy přijdou...“ (2)*

*„...Já tady nikoho neznám...ale chodí sem za mnou dcera pravidelně...někdy jí říkám, že je to až moc. Protože když jsem tady v pokoji, tady se nic neděje a co já ji můžu vypravovat...“ (3)*

*„...Občas se na mě přijde taky podívat dcera...“ (3)*

Každý někdy společnost potřebuje. Muž je sice samotář, ale ani on se občasné společnosti nebrání. Některé respondentky si pak našly přátele nebo známé v Domově.

*„...Já se bavím se všema a na nikoho se nevážu...Máme tady paní, který je 95 a ta jako ráda si se mnou povídá...tak je jí člověk oporou, aby se vypovídala. Poslouchám...“ (4)*

*„...Tady mám moc dobrou kamarádku. Rozumíme si spolu...“ (5)*

*„...Já chodím dycky k jedný svý známý...abychom si spolu popovídaly, něco si řekly, zavzpomínaly...“ (6)*

*„...Jsem spíš takový samotář, ale mám rád, když sem přijde nás někdo pobavit...“ (7)*

## 9.2.10 Kategorie 8 – Spokojenost klientů

S čím jsou obyvatelé DpS nejvíce spokojeni je shrnuto v tabulce 13.

Tabulka 13 - Spokojenost klientů

KATEGORIE	KÓDY
Spokojenost klientů	Výborný personál (1)
	Spokojenost se sestřičkami (2)
	Hodné sestřičky (3)
	Trpělivé sestřičky (4)
	Zdravotní péče na dobré úrovni (5)
	Dostupnost lékaře (6)
	Ochotné sestřičky (7)
	Empatie (8)
	Starostlivost personálu (9)
	Pomoc od personálu (10)
	Ochota personálu (11)
	Spokojenost s ubytováním (12)
	Spokojenost (13)
	Celková spokojenost (14)
	Pěkné ubytování (15)
	Čistota (16)
	Vyhovující strava (17)
	Vyhovující strava, skromná seniorka (18)
	Chutné snídaně (19)

Při čtení přepisů rozhovorů jsem zjistila, že všichni dotazovaní se shodli na výborném starostlivém personálu, který obyvatelům Domova nabízí pomoc v každodenních situacích, podporu a v neposlední řadě lásku a pochopení, které všem nemohou každodenně nabídnout jejich příbuzní a blízcí.

*„...a je tady výbornej personál a já jim za všechno teda poděkuju...“ (1)*

*„...sestřičky jsou výborný, ty jsou vynikající, ty jsou hodný...“ (2)*

*„...Sestřičky jsou hodný, moc hodný sestřičky jsou tady, opravdu. My si nemůžeme stěžovat...“ (3)*

*„...Jsou tady hodný ty sestřičky, mají trpělivost...“ (4)*

*„...zdravotní péče ta je na dobrý úrovni. Sestry jsou perfektní, doktor sem dochází, já si nemůžu na nic stěžovat...“ (5)*

*„...Lékař chodí, když je potřebí...“ (6)*

*„...když něco potřebuju, tak já můžu říct sestřičce, aby se na mě přišel podívat...“ (6)*

*„...Tady se ty sestry opravdu staraj a jsou strašně hodný, kdykoliv něco chcete, taky oni jsou ochotný to udělat. To bych si vůbec nemohla stěžovat...“ (7)*

*„...Tady na to koupání se vždycky těším, protože oni tady vědí, že tu vodu tady máme rádi, tak nás ty sestřičky sprchujou i trochu dýl, umejou nám hlavně hlavu, tu bych si sama neumyla...“ (8)*

*„...kdyby něco, tak oni se tam na mě choděj dívat. Kdybych něco chtěla, tak oni mě umejou třeba záda nebo tak...“ (9)*

*„...záda mně umejou...“ (10)*

*„...tak nás vezmou na vozeček a projdou to s náma támhle k samošce nebo na zmrzku...“ (11)*

Dalším společným znakem byla celková spokojenost s ubytováním a s tím související čistota v domově.

*„...jsem spokojená s ubytováním...“ (12)*

*„...Jsem, ano, jsem spokojená...“ (13)*

*„...Já jo, já jako celkově jo...“ (14)*

*„...Ale jo, ubytování je tady pěkný. Ubytování je tady normální....“ (15)*

*„...S hygienou si nemůžu stěžovat, tady opravdu je pořád čisto. Každý pondělí nás koupají, ale já se stejně u umyvadla umyju...“ (16)*

Někteří senioři si chválili i stravování, jedna seniorka se zmínila také o tom, že ji v DpS velmi chutnají snídaně.

*„...Stravování mně vyhovuje hlavně z důvodu, že se nemusím starat sám...“ (17)*

*„...Stravování úplně normálně, já nejsem nějaký strávník extrovertní, já jedla vždycky normálně...“ (18)*

*„...snídaně mám strašně ráda, protože to je většinou chleba, máslo...“ (19)*



### 9.2.11 Kategorie 9 – Mírná nespokojenost klientů

V této kategorii respondenti vyjadřují, s čím jsou nespokojeni, co by chtěli zlepšit, aby se jim v Domově bydlelo lépe.

Tabulka 14- Mírná nespokojenost klientů

KATEGORIE	KÓDY
Mírná nespokojenost klientů	Nedobrovolná změna jídelníčku (1)
	Nechuť k uzeninám (2)
	Nelze vyhovět každému (3)
	Pohoršení stravy (4)
	Pocit, že by byla spokojenější doma (5)

Největší problém je shledáván v oblasti stravování. Dvě seniory by ocenily zdravější jídelníček a menší množství uzenin.

*„...Já jsem jedla jinak a ten zlom byl pro mě velice náročný. Já jsem jedla velice zdravě a tady máme uzeniny a paštiky dneska máme, včera jsme měli uzeninu, to jsem já nikdy nejedla...“ (1)*

*„...salám já nejím, to nechávám stranou...“ (2)*

Většina se shoduje na tom, že vzhledem k velkému množství obyvatel žijících v DpS nelze vyhovět každému, proto ne vždy si na jídle pochutnají, někdy ho dokonce vrací.

*„...vaří pro hodně lidí, tak jako to nemůžete brát, jako když je to uvařené doma. Někdy mi to chutná, někdy ne, většinou dost v poledne to jídlo vracím...“ (3)*

*„...Jíme tady na pokoji a chutná nám jak kdy, sníme, co sníme, kdyžtak jim to vrátíme...“*

*„...někdy se trefěj, někdy se netrefěj...“ (3)*

*„...To víte, je to v rámci možností, jaké tady jsou...“ (3)*

*„...ostatní jídlo mně moc tady nechutná, většinou toho dost nechávám...“ (3)*

*„...Teď se jako pohoršili letos bych řekla...“ (4)*

Jedna seniorka uvedla, že by se lépe cítila v domácím prostředí.

*„...Mám takový dojem, že bych byla spokojenější, kdybych mohla mít svůj byt...byla bych radši doma...“ (5)*

## 9.2.12 Kategorie 10 – Postoj k životu a víra

Tabulka 15 - Postoj k životu a víra

KATEGORIE	KÓDY
Postoj k životu a víra	Věřící (1)
	Zcela bez víry žít nelze (2)
	Nevěřící (3)
	Dostatek pohybu (4)
	Přizpůsobení se kolektivu (5)
	Odměna za všední starosti (6)
	Smíření se s osudem (7)
	Strategie zvládání smutku (8)
	Děti na prvním místě (9)
	Život s vírou (10)
	Život s vírou a přáním (11)
	Víra není vše (12)
	Víra v sebe (13)

Když jsem se respondentů zeptala, zda jsou věřící, dvě seniorky odpověděly kladně. Jedna věří v Boha i anděly strážný a navštěvuje v DpS každý měsíc mši. Druhá seniorka chodila na své bohoslužby do přírody.

*„...Jsem věřící, tady máme mši každé měsíc...Věřím v anděly strážný, já jdu po cestě a rozmlouvám s Bohem. A děkuju mu za všecko...“ (1)*

*„...Jsem. Já jsem si vždycky udělala bohoslužbu sama doma, šla jsem si do přírody...“ (1)*

Další dvě respondentky věří částečně, nebyly sice ve víře vychovány, ale zcela bez víry nežijí.

*„...Já jsem taková věřící napůl. Protože se nedá říct, že nevěřím, ale tak jako nejsem vychovaná ve víře...my jsme byli u československé víry...takže chodili jsme sice jako děti do kostela, ale byl to takový civilní kostel...“ (2)*

*„...Já věřím i nevěřím...Že bych jako jo byla věřící to ne...Ale věřím tomu, že někdy nějaký ten Pánbůh existoval, protože já jsem rodačka ze Slovenska a moje babička ta měla Bibli a že jsem to jako četla a zkrátka říkám, když jsem byla doma, tak jsem musela, babička byla pobožná. No a co jsem tady v Čechách, tak do kostela nechodím...“ (2)*

Oproti tomu muž věřící v Boha není, dokonce má ke křesťanskému náboženství velmi negativní postoj.

*„...Věřící nejsem, myslím si, že křesťané jsou lumpové. Náboženství slouží k ovládnutí lidí...Já asi věřím, že všechno je tak, jak má být a že štěstí přeje připraveně...“ (3)*

### **...Postoje k životu**

Moudrost přichází až s věkem, kdy lidé za sebou mají hodně životních zkušeností a prožili spoustu změn, které život přináší. V tomto věku již řeší všední starosti s nadhledem a rozvážností. A i víra v Boha ať si ho člověk představuje v jakékoliv podobě, přináší úlevu a smíření. Nakonec je i potřeba pevná vůle, kterou se dají překonat veškeré životní těžkosti a problémy.

*„...Chůze, chůze je důležitá a být v přírodě. Psychiku musíte mít...“ (4)*

*„...Musíte se přizpůsobit. V životě ať přijdete kamkoliv, tak se člověk musí přizpůsobit, aby nebyl ve střetu s ostatními lidmi. Až je poznáte, tak pak můžete trošičku s nimi, už znáte jejich vlastnosti, jejich povahu a už musíte tak nějak malinko je začnout řídit. Já jsem tady spokojená, protože nikomu nic neříkám...“ (5)*

*„...Mám hodný děti, celý život sem jim věnovala no a děti mně to dneska odvádějí a říkám, že sklízím ovoce svého života...“ (6)*

*„...Bohužel chlapec se nám zabil v horách ve Francii. Myslela jsem, že to nepřežiju, člověk všechno přežije...“ (7)*

*„...Když mně bylo smutno, tak jsem šla ke klavíru a hrávala jsem si tam a bylo mně hned dobře, hned jsem měla dobrou náladu...Hledala jsem vždycky, co bylo hezký, vždycky jsem u každého hledala něco pozitivního, něco, co mě rozjaří, co mně bude příjemný...“ (8)*

*„...Ono to vždycky trvá, když ztratíte takhle blízkého člověka, ale já jsem se takhle pak věnovala tomu zaměstnání. Ještě jsem dělala přes, i když jsem mohla být už v důchodu...“ (8)*

*„...Nikdy jsem se už nechtěla vdávat, každej mně říkal, proč ty zůstáváš sama a já jsem povídala, protože mám děti a budu si dělat to, co dětem vyhovuje a ne abych se přizpůsobovala někomu druhému, kterej by neměl vztah a na co mužského, já mám tři děti, víc už nepotřebuju...“ (9)*

*„...Víte, ale uvědomuju si, že to je velká úleva, kdo skutečně tu víru v sobě má, víte, je ten život snazší takový. Protože se smíříte se vším, berete to jako osud...“ (10)*

*„...Každý se upíná k Bohu, když mu je zle...A prosím dycky, abych dny, který mně jsou darovaný, prožila ve zdraví, soběstačnosti a v lásce s celou rodinou a s dobrými lidmi...“*  
(11)

*„...Já říkám, že kdyby byl pánbůh, že by takovejhle bordel, jako je teď, že by to nedovolil...“*  
(12)

*„...Ale musíte mít pevnou vůli a já mám asi pevného vola, no, a když řeknu, že to pude, tak to pude. Taky to de někdy s odřenýma zádama, ale já mám pevnou vůli a to je důležitý u člověka. Bejt příkladem v životě, to je důležitý pro tu rodinu...“* (13)

### 9.2.13 Kategorie 11 – Rady pro nastávající obyvatele Domova pro seniory

Co by dotazovaní poradili budoucím obyvatelům DpS je uvedeno v tabulce 16.

Tabulka 16 - Rady pro nastávající obyvatele DpS

KATEGORIE	KÓDY
Rady pro nastávající obyvatele DpS	Dobrá péče (1)
	Dobrá péče a čistota (2)
	Společenský život a pocit nezatěžování rodiny (3)
	Společenský život (4)
	Potřeba optimismu (5)

Ten, kdo se má stát obyvatelem DpS, může prožívat pocity strachu a úzkosti z neznámého. Současní obyvatelé Domova v této kategorii sdělují, co budoucí čeká. Čtyři respondenti se shodli na tom, že by pobyt v DpS doporučili vzhledem k dobré péči, čistotě a společenskému životu, což je velmi pozitivní.

*„...Když se o člověka nemá kdo postarat, tak je to lepší tady...“* (1)

*„...Když je člověk už úplně nemožnej a nemůže, tak je to východisko pro ty lidi, je o ně postaráno. Velká výhoda je, že tady jste opravdu v čistotě...“* (2)

*„...Já nikdy nebyla jako samotářka, vždycky jsem byla společenská...Já si myslím, že tady má aspoň trochu společnosti a že má pocit, že tu rodinu nezatěžuje...“* (3)

*„...Ať tam jde. Má – li tam být sám, jako kdybych měla být sama v tom domě, tak bylo by to hrozný...“* (4)

Respondent navíc dodává, že je však potřeba smíření, brát věci tak, jak jsou a být optimistický.

*„...Aby byli takoví optimisti jako já v tomhle. Brečet to vůbec nepomůže, musí se to brát, jak to je...“ (5)*

## 10 Diskuze

V této části práce diskutuji výsledky dotazníkového šetření a výsledky analýzy rozhovorů, které probíhaly s klienty Domova pro seniory v Hořicích. Výzkumné šetření jsem prováděla v zařízení, které se nachází nedaleko mého bydliště. Zajímalo mě, jak vybraní respondenti kvalitu života v tomto domově pro seniory hodnotí. Výsledky šetření splnily mé očekávání; někdy mě dokonce příjemně překvapily.

### **Diskuze nad kvantitativní částí výzkumu:**

Ke svému výzkumu jsem použila dotazník OPQOL-CZ-20, který je zkrácenou verzí dotazníku OPQOL-CZ-35, který byl vytvořen proto, aby pomohl diagnostikovat vnímanou kvalitu života seniorů. Protože je dotazník přeložen z anglického materiálu a nejsou pro něho zatím vytvořeny české normy, není možné výsledky vztáhnout k normativním hodnotám pro českou seniorskou populaci. Dotazník dává pouze základní orientační údaje o kvalitě života klientů Domova pro seniory. Výsledky se nedají aplikovat na lidi, kteří žijí doma; naznačují, co si myslí o svém závěru života klienti, kteří žijí v prostředí, do něhož museli přejít, i když třeba nechtěli.

Dotazníkového šetření, o němž referuji, se zúčastnilo 6 mužů a 24 žen. Také v tomto souboru se ženy dožívaly vyššího věku, než muži. Střední délka života se stále prodlužuje. S oporou o výsledky Českého statistického úřadu lze konstatovat, že se zvýšil průměrný věk dožití mezi roky 2008 a 2018 u mužů ze 74,0 na 76,1 let a v případě žen z 80,3 na 81,9 let. (ČSÚ, 2019).

Dotazníkovým šetřením jsem zjistila, že rozdíly v hodnocení kvality života mezi pohlavími nejsou statisticky významné. Liší se pouze nevýznamně větším zakotvením ve víře u žen než u mužů, což může být způsobeno výchovou v rodině nebo větším emocionálním založením žen. Zařízení klientům umožňuje navštěvovat jedenkrát za měsíc bohoslužby. Pokud se tedy lidé v Domově cítí osaměle, mají možnost se zúčastnit mše.

Pokud jde o dvě věkové skupiny seniorů (mladší a starší), zjistila jsem, že vyšší spokojenost se životem, je u mladší věkové skupiny. Zároveň jsme u mladších klientů objevili logickou skutečnost související s lepším zdravotním stavem a tím i kvalitou jejich

života. Dále jsem zjistila, že přítomnost nemocí a jejich důsledky seniorům způsobují určitá omezení. Také v úloze víry a náboženství je starší věková skupina více věřící, než mladší. Toto může být způsobeno tím, že starší lidé, kteří již prožívají podzim svého života, se s blížícím koncem obracejí k Bohu, který jim přináší útěchu. Může to však být i důsledkem výchovy starší generace ve víru v Boha. Starší věková skupina má i pozitivnější přístup k životu, umí se více přizpůsobit, je vyrovnanější a od života už tolik nečeká.

### **Diskuze nad kvalitativní částí výzkumu:**

Výzkumem bylo zjištěno, že převážnou část klientů přiměla k přestěhování se do DpS zhoršení zdravotního stavu spojené s omezením soběstačnosti. Pro zajištění celodenní péče a pocitu bezpečí se tak stal DpS vhodným řešením. Další důvod, proč se senioři ze své vlastní vůle rozhodli pro DpS, byl ten, že nechtěli být rodině se svými přibývajících zdravotními omezeními na obtíž. Jak jsme zjistili z dotazníkového šetření, většina klientů v DpS jsou již vdovci nebo vdovy a i proto více osamocení. Rodinná situace tak byla důvodem, který je do Domova přivedl.

Na otázky o svém zdravotním stavu většinou klienti uváděli, že mají jen nemoci přiměřené věku. Přitom se ví, že zdravotní potíže a jejich dopady velmi ovlivňují kvalitu života seniorů. Přestože způsobují určitá omezení, téměř všichni dotázaní senioři byli se svými zdravotními problémy smíření a vyrovnaní. U jedné klientky jsem si však všimla jisté rezignace, která mohla souviset se zatím ne zcela dobré adaptace na nové ústavní prostředí, jelikož do něho přišla teprve před půl rokem. Dle jejích slov jí chybí domov, což je i příčinou menší nespokojenosti.

Většina seniorů uvedla, že jsou také nespokojeni se stravováním. Přáli by si mít v Domově zdravější jídelníček a menší množství uzenin. I tak se však shodovali v tom, že vzhledem k velkému množství obyvatel žijících v DpS nelze vyhovět každému a je proto třeba počítat s určitou dávkou tolerance. Jiným lidem naopak strava vyhovuje a chutná jim.

Naprosto spokojení byli klienti se zdravotní péčí a ošetrovatelským personálem nabízejícím pomoc v každodenních situacích včetně podpory a v neposlední řadě lásky a pochopení. Všichni klienti také chválili ubytování a čistotu v Domově.

V domovech pro seniory bývá častým jevem životní stereotyp a většina ubytovaných se s ním někdy setkala. Přesto si všichni snaží zpestřit dny v Domově nějakým zábavným programem. V rámci využití volného času mají možnost zapojit se i do různých zájmových činností nebo pod vedením aktivizačních pracovníků využít skupinové aktivity. Vše má ale v Domově svá pravidla a klientům nedělá problém je dodržovat. Senior sice vnímá s dodržováním řádu určitá omezení, ale dokáže se přizpůsobit.

Z pozitivních vzpomínek dominovala vyprávění o svých dětech a vnoučatech. Většina žen zavzpomínala i na své šťastné manželství a bolestnou ztrátu partnera. Dalšími často zmiňovanými tématy byly koníčky a životní zaměstnání, které milovaly. Každý si našel to, co mu přinášelo v životě naplnění.

Význam přátel je pro tuto generaci nezpochybnitelný. Všichni dotazovaní se shodovali na důležitosti blízkého člověka, který jim porozumí, přestože míra potřeby sociální opory je u jednotlivců různá. Podle dotazníkového šetření se mnoho klientů Domova cítí osaměle. Myslím si, že v této situaci jim může nejvíce pomoci právě jejich rodina nebo blízcí přátelé v Domově. Pro jednu respondentku je nejdůležitější osobou její spolubydlící na pokoji.

S náboženstvím a vírou, ať už si ji představují jakkoliv, žijí tito lidé všichni. Víra přináší do života jakousi úlevu a smíření se vším, co člověka na jeho cestě životem potká.

Závěrečné otázky se týkaly udělení rad novým příchozím do DpS. Současní ubytovaní se shodli na tom, že by zde bydlení doporučili pro čistotu a pocit bezpečí. Rozhodně bude v Domově o každého dobře postaráno. Jedna klientka zmínila také výhodu společenského života a možnost přátelit se se svými vrstevníky. Pán zdůraznil, že je dobré být optimistický a brát věci tak, jak jsou.

### **Porovnání s poznatky uváděnými v jiných pracích:**

Je užitečné porovnat výsledky mého výzkumu s některými zjištěními dvou kolegyně, publikovanými v bakalářské práci Draždíkové (2018) a v diplomové práci Malouškové (2015).

Draždíková (2018) ve svém výzkumu použila dotazníky WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, které umožňují měřit kvalitu života seniorů.



Lze najít některé shody v pohledu na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Mezi ty nejdůležitější patří potřeba kontaktu s rodinou a přáteli, který v tomto věku pomáhá od pocitů osamělosti. Ze zdravotnického hlediska je shoda v tom, že na kvalitu života seniorů má vliv jejich zdravotní stav. Dle autorky se jedná především o takový stav, který jedince omezuje v pohybu a případně přináší další fyzická omezení (nejedná se jen o chůzi, ale například i o špatný zrak). Draždíková konstatovala, že senioři, kteří žijí v sociálním zařízení, jsou více depresivní; hodnotí svůj zdravotní stav jako horší a vyjadřují svoji nespokojenost s podmínkami svého života, než ti, kteří žijí ve vlastních domovech. Klienti mého výzkumu měli na své domovy většinou hezké vzpomínky a myslím si, že ve většině případů by jistě dali přednost bydlení ve svém původním domově, kdyby byla více rozšířena a podporována péče v domácím prostředí.

Maloušková (2015) ve své diplomové práci použila polostrukturované rozhovory. Získané data analyzovala pomocí kódování a kategorizace. Maloušková zdůrazňuje důležitost kontaktu a setkávání se klientů s rodinou, která jim stále přináší smysl života. Velmi pozitivně jsou v jejím výzkumu vnímány i vztahy mezi klienty navzájem. Shledávají se při společných akcích v Domově, chodí společně na zahradu, povídají si apod. Obdobně jako v mém výzkumu klienti tvrdili, že bydlení v Domově jim přináší pocit jistoty a bezpečí. Rovněž s prostředím Domova jsou všichni spokojeni, ale s podávanou stravou méně. Důvodem je podle Malouškové jednotvárnost jídelníčku, zatímco v mém výzkumu by klienti uvítali zdravější jídla s menším množstvím uzenin.

Ve výzkumu Malouškové se ukázalo, že ubytování senioři nemají soukromí nebo se nemohou v noci vyspat kvůli spolubydlíci. V mém výzkumu se potvrdilo, že hořický Dům pro seniory bere soukromí svých klientů vážně. Všichni si mohou vybrat mezi jednolůžkovým nebo dvoulůžkovým pokojem. Jedna respondentka, s kterou jsem prováděla rozhovor, byla například spokojena na dvoulůžkovém pokoji právě z důvodu, že si se svou spolubydlící mohou povídat a není jim smutno. Každý má navíc možnost používat vlastní nábytek, přinést si své záclony, lůžkoviny a vyzdobit si pokoj maličkostmi, ke kterým má citový vztah.

# ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo popsat a analyzovat kvalitu života seniorů, kteří trvale žijí ve vybraném domově pro seniory. Práce je strukturována do dvou hlavních částí – teoreticko-přehledové a empirické. V teoretické části se zabývá charakteristikou geriatrického věku, popisuje stáří a změny, které s sebou tato vývojová etapa přináší. Objasňuje měnící se pořadí důležitosti potřeb stárnoucího člověka, které se změnami ve stáří souvisí. Ukazuje na možnosti péče o seniory a využití sociálních institucí v minulosti a současnosti. V obecné rovině charakterizuje pojem kvalita života a soustřeďuje se primárně na kvalitu života seniorů.

Empirická část má podobu smíšeného výzkumu, který proběhl v Domově pro seniory v Hořicích. Část kvantitativní se opírá o dotazníkové šetření pomocí relativně nového dotazníku vyvinutého ve Velké Británii. Dotazník umožňuje zjistit sedm proměnných, které charakterizují kvalitu života seniorů. U souboru 30 seniorů nejlépe vyšly dvě proměnné: Pozitivní přístup seniora k životu a Rodina a bezpečné zázemí. Průměrných hodnot dosáhly další dvě proměnné: Spokojenost seniora se životem a Zdraví, samostatnost a činnost. Zbývající tři proměnné vyšly nejhůře: Finanční situace seniora, Osamění seniora a Úloha víry a náboženství seniora. Nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi kvalitou života dotázaných žen a mužů. Naopak statisticky významný rozdíl ve prospěch věkově mladších seniorů byl prokázán u proměnné Spokojenost s prožitým životem.

Část kvalitativní měla podobu polostrukturovaného rozhovoru s 5 klienty domova pro seniory. Rozhovory ukázaly, že adaptování se na pobyt v domově pro seniory zahrnuje obvykle 11 fází: důvody přestěhování – zdravotní problémy a jejich dopady – volný čas běžného dne – denní režim – smíření se s pobytem v zařízení – vzpomínání na to hezké v životě – sociální opora klienta – spokojenost klienta – mírná nespokojenost klienta – postoj k životu a víra – rady novému obyvateli zařízení.

Kvalitu života seniorů v domově pro seniory příznivě ovlivňuje setkávání se s rodinou a blízkými přáteli. Právě ti totiž mohou seniorům pomoci od pocitů osamělosti, kterými většina klientů v Domově trpí. Každodenní pomoc, podporu a v neposlední řadě lásku a pochopení obyvatelům domova pro seniory přináší také personál, se kterým jsou klienti velmi spokojeni. Přestože by většina klientů dala přednost životu doma, ve svém přirozeném prostředí, všichni dotázaní se shodují na tom, že domov pro seniory naplňuje jednu z jejich

nejdůležitějších potřeb, a to potřebu jistoty a bezpečí. Jsou spokojeni s čistým a útulným prostředím. Přítomnost nemocí a jejich důsledky způsobují seniorům určitá omezení a velmi jejich kvalitu života ovlivňují. Nejčastějšími zdravotními problémy jsou potíže s chůzí a další fyzická omezení (např. nedoslýchavost a špatný zrak). Výhrady mají k podávané stravě, v níž převládají nepříliš zdravá jídla s velkým množstvím uzenin.

Starší lidé, kteří již prožívají podzim svého života, se s blížícím koncem obracejí k Bohu, který jim může přinášet útěchu a smíření, vytrhuje je z osamění. Víře přiřkládají větší význam ženy a starší věková skupina respondentů. Ke kvalitě života klientů přispívá seberealizace, především vhodné trávení volného času. V domovech pro seniory bývá častým a nepříjemným jevem životní stereotyp. Přesto se všichni snaží dny v Domově něčím konkrétním zpestřit: zapojují se do různých zájmových činností, skupinových aktivit a společenských akcí.

Na základě zjištěných výsledků lze připojit dvě doporučení. Prvním doporučením je zlepšení jídelníčku, druhým pak zavedení návštěv studentů zdravotních škol, kteří by seniory zabavili aktivitami k lepšímu trávení volného času, udělali si pro ně čas na popovídání, vypravování životních příběhů a tím snížili jejich pocit osamělosti.

# ABSTRAKT

<b>Autor:</b>	Lucie Hladká
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci králové Oddělení ošetřovatelství
<b>Název práce:</b>	Jak senioři hodnotí kvalitu života v domově pro seniory
<b>Vedoucí práce:</b>	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
<b>Počet stran:</b>	105
<b>Počet příloh:</b>	4
<b>Rok obhajoby:</b>	2019
<b>Klíčová slova:</b>	kvalita života, senioři, staří lidé, domov pro seniory

Bakalářská práce se zabývá popisem a analyzováním kvality života seniorů, kteří trvale žijí v domově pro seniory. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí – teoreticko-přehledovou a empirickou. Teoretická část se věnuje charakteristice geriatrického věku, popisuje stáří a změny, které s sebou tato vývojová etapa přináší. Objasňuje měnící se pořadí důležitosti potřeb stárnoucího člověka, které se změnami ve stáří souvisí. Ukazuje na možnosti péče o seniory a využití sociálních institucí v minulosti a současnosti. V obecné rovině charakterizuje pojem kvalita života a soustřeďuje se primárně na kvalitu života seniorů.

Empirická část má podobu smíšeného výzkumu, který proběhl v Domově pro seniory v Hořicích. V části kvantitativní se jedná o dotazníkové šetření, ve kterém byla použita zkrácená verze dotazníku Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-CZ-20). Dotazník měří sedm proměnných: 1. spokojenost se životem, 2. finanční situaci, 3. pozitivní přístup k životu, 4. spokojenost s rodinným prostředím a bezpečné zázemí, 5. zdraví, samostatnost a činnost, 6. osamění seniora, 7. úlohu víry a náboženství v životě seniora, které charakterizují kvalitu života u souboru 30 seniorů. Část kvalitativní má podobu polostrukturovaného rozhovoru s 5 klienty domova pro seniory. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak senioři ve vybraném domově pro seniory hodnotí kvalitu jejich života. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že největší výhodou pro stáří je pozitivní přístup k životu, rodina a bezpečné zázemí. Na opačném konci je pak osamocení, nemoci a neuspokojivá finanční situace. Dále se ukázalo, že pro ženy hraje náboženství a víra důležitější roli než pro muže. Z kvalitativního šetření též vyplývá, že nejvíce pomáhá

setkávání se s rodinou, přáteli a u některých i spiritualita. V souhrnu: výzkum naznačuje, že navzdory nepříznivým podmínkám stáří lze řadou způsobů životní spokojenost seniorů zvyšovat.

# ABSTRACT

<b>Author:</b>	Lucie Hladká
<b>Institution:</b>	Charles University in Prague Faculty of Medicine in Hradec Králové Department of Social Medicine, Department of Nursing
<b>Title:</b>	How seniors assess the quality of life in senior homes
<b>Supervisor:</b>	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
<b>Number of pages:</b>	105
<b>Number of attachments:</b>	4
<b>Year of defense:</b>	2019
<b>Keywords:</b>	quality of life, seniors, the old, senior homes

The bachelor thesis deals with the description and analysis of the quality of life of seniors who permanently live in a retirement home. The thesis consists of two main parts-theoretical-review and empirical. The theoretical part deals with the characteristics of geriatric age and describes the age-related changes, with which this developmental phase is related to. It also describes dynamical alterations in human needs hierarchy during aging, which are inherently related to changes in old age. It shows the possibilities of care for seniors and role of social institutions in the past and present. In general, the theoretical part characterizes the notion: „well-being“ and focuses primarily on the quality of life of seniors.

The empirical part has a form of mixed design, which took place in the retirement home in town of Hořice. The quantitative part, consisted of questionnaire survey in which the shorted version of the Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-CZ-20) was used. This questionnaire measures seven variables: 1. satisfaction with life, 2. financial situation, 3. positive approach to life, 4. family and secure base, 5. health, self-reliance and activeness, 6. loneliness, and 7. religion, that characterize the quality of life of a group of 30 seniors. The qualitative part took the form of a semi-structured interview with 5 clients of the retirement home. The aim of the research was to investigate how seniors in a selected retirement home evaluate the quality of their lives. The results of the questionnaire survey showed, that the greatest benefit for old age is a positive attitude to life, family and safe background. On the opposite side, there is loneliness, illness and an unsatisfactory financial

situation. Furthermore, it has been found that religiosity and faith play more important role for females compared to males. Congruently, the qualitative survey revealed, that meeting family, friends and, in some cases, spirituality is most helpful. In summary: the research suggests, that despite unfavourable conditions of senior age, there is wide range of ways, how a well-being in this live phase can be increased.

## POUŽITÁ LITERATURA

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2296-5.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

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



HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: GradaPublishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

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

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

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

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

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

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

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

### **Časopisy a sborníky**

BOWLING, Anne a STENNER, Paul. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2011, roč. 65, č. 3, s. 273–280. ISSN 0143-005X

CIESLAROVÁ, Anna a BUŽGOVÁ, Radka, 2014. Spirituální potřeby seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatel'stvo : teória, výskum, vzdelavanie : elektronický, recenzovaný, vedecko-odborný časopis pre ošetrovatel'stvo*[online]. Roč. 4, č. 2, s. 50-57 [cit. 23.2.2019]. ISSN: 1338-6263. Dostupné z:

[http://www.osetrovatelstvo.eu/\\_files/2014/02/2014-rocnik-4-cislo-2.pdf](http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2014/02/2014-rocnik-4-cislo-2.pdf)

FARSKÝ, Ivan, Katarína ŽIAKOVÁ a Igor ONDREJKA. Determinanty kvality života v séniu. In: *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatel'stve*. 2005, s. 292-299. ISBN 8088866324. Dostupné z:

[http://eng.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user\\_upload/editors/Oset\\_Files/oset\\_martin\\_2005.pdf](http://eng.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2005.pdf)

HERMANOVA, Eva. Quality of Life and its Models in Contemporary Social Research. *SOCIOLOGIA* [online]. 2012, 44(4), 478-496 [cit. 23.2.2019]. ISSN 00491225.

Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=480a1014-587c-4de6-b345-90785fd85b61%40pdc-v-sessmgr01>

HORÁKOVÁ, Adéla. Variantyústavní a neústavní péče o seniory v ČR. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2013, roč. 2013, č. 4, s. 50. ISSN: 1210-0404

LEZOVIC, M., Matěj MUCSKA a Zuzana HOLOSOVA. Kvalita života obyvatel'ov v zariadeniach pre seniorov. *Geriatric a gerontologie: odborný časopis České gerontologické a geriatrické společnosti*, 2015, roč. 4, č. 1, s. 13-18. ISSN: 1805-4684.

MAREŠ, Jiří. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař*, 2014, roč. 94, č. 1, s. 22-31. ISSN: 0032-6739. Dostupné z:

[file:///C:/Users/User/Downloads/Kvalita%20%C5%BEivota%20u%20senior%C5%AF\\_2014.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Kvalita%20%C5%BEivota%20u%20senior%C5%AF_2014.pdf)

MAREŠ, Jiří, Hynek CÍGLER a Eva VACHKOVÁ. Czech version of OPQOL-35 questionnaire: the evaluation of the psychometric properties. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2016, roč. 14, č. 93, s. 1-13. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://doi:10.1186/s12955-016-0494-7>.

SMÉKAL, Vladimír a Hana HOBZOVÁ. Quality of life in the old age. In: *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. 2008, s. 120-129. ISBN 978-80-7392-073-9.

SVATUŠKOVÁ, Hana. "Když do domova, takjedině s cílem!". *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 11, s. 14. ISSN: 1801-464X.

SVOBODOVÁ, Kamila, 2010. Příprava na stáří a odchod do důchodu. In: *Demografie.info.cz*[online]. Demografické informační centrum. [cit. 18.2.2019].

Dostupné z: [file:///C:/Users/User/Downloads/sbornik\\_svbodova\\_vse\\_2009%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/sbornik_svbodova_vse_2009%20(5).pdf)

ZVONÍKOVÁ, A. Stárnutí populace a disability. *Revision* [online]. 2015, 18(3/4), 78-80 [cit. 23.2.2019]. ISSN 12143170. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6a99c138-3700-474f-a4a6-c760cd157736%40sessionmgr101>

### **Elektronické zdroje a kvalifikační práce**

Český statistický úřad, 2019 [online]. ČSÚ. [cit. 11.2.2019].  
Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

Český statistický úřad, 2019 [online]. ČSÚ. [cit. 14.7.2019].  
Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni\\_tabulky](https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky)

*Domov pro seniory Sociální služby města Hořice*, 2016 [online]. Sociální služby města Hořice. [cit. 14.6.2019]. Dostupné z: <https://www.domov-duchodcu-horice.cz/pro-zajemce>

*Sociální služby města Hořice Výroční zpráva 2018*, 2019 [online]. Mgr. Zorka Müllerová. [cit. 14.6.2019]. Dostupné z: <https://www.domov-duchodcu-horice.cz/povinne-informace>

DRAZDÍKOVÁ, Hana. *Porovnání kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a žijících ve vlastních domovech*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Fakulta filozofická.

KOPAČKOVÁ, Dominika. *Motivace seniorů ke zdravému životnímu stylu v prostředí vybraného regionu*. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Fakulta pedagogická.

MALOUŠKOVÁ, Stanislava. *Kvalita života seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb*. Brno, 2015. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií.

## **SEZNAM ZKRATEK**

AQoL	Assessment of Quality of Life
CMP	cévní mozková příhoda
DpS	domov pro seniory
HHIE	Hearing Handicap Inventory for Eldery
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LVQOL	Low Vision Quality-of-Life Questionnaire
MSQLI	Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory
MSQOL	Multiple Sclerosis Quality of Life
OPQOL	Older People's Quality of Life Questionnaire
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life Old

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

**Tabulka č. 1:** Charakteristiky pro muže a pro ženy

**Tabulka č. 2:** Charakteristiky v dělení dle věku

**Tabulka č. 3:** Porovnávání průměrných skóreů mezi muži a ženami

**Tabulka č. 4:** Porovnávání věkových skupin (mladší vs. starší)

**Tabulka č. 5:** Vyrovnávání se s pobytem v DpS

**Tabulka č. 6:** Důvody přestěhování se do DpS

**Tabulka č. 7:** Zdravotní problémy a jejich dopady

**Tabulka č. 8:** Volný čas běžného dne

**Tabulka č. 9:** Denní režim

**Tabulka č. 10:** Smíření s pobytem v DpS

**Tabulka č. 11:** Vzpomínky na to hezké v životě

**Tabulka č. 12:** Sociální opora

**Tabulka č. 13:** Spokojenost klientů

**Tabulka č. 14:** Mírná nespokojenost klientů

**Tabulka č. 15:** Postoj k životu a víra

**Tabulka č. 16:** Rady pro nastávající obyvatele DpS

**Graf č. 1:** Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2017

**Graf č. 2:** Základní charakteristiky průměrných skóreů jednotlivých faktorů

# SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1:** Žádost o povolení výzkumného šetření

**Příloha č. 2:** Dotazník OPQOL – česká verze

**Příloha č. 3:** Otázky k rozhovoru

**Příloha č. 4:** Doslovný přepis rozhovorů

# PŘÍLOHY

## PŘÍLOHA Č. 1: ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní  
Mgr. Zorka Müllerová  
ředitelka  
Domov pro seniory  
Riegrova 2111  
508 01 Hořice

v Hořicích dne

### Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory Hořice

Vážená paní ředitelko,  
Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Domově pro seniory, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Hladké, narozené 22. 1. 1997, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je popsat a analyzovat kvalitu života seniorů, kteří trvale žijí v Domově pro seniory.

Výzkumné šetření bude provedeno formou vyprávění, rozhovorů a dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

Se srdečným pozdravem

  
prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Hladká Lucie  
Lhotova 359  
507 71 Milečín

Ústav sociálního lékařství  
Šimkova 870  
50038 Hradec Králové  
[mares@lfhk.cuni.cz](mailto:mares@lfhk.cuni.cz)  
+420 495 816 426

**Univerzita Karlova**  
**Lékařská fakulta v Hradci Králové**  
Ústav sociálního lékařství  
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové  
IČO: 00216208 DIČ: CZ007  
-184-

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum: 19. 2. 2019

Podpis a razítko

Sociální služby města Hořice  
Riegrova 2111, 508 01 Hořice  
IČ: 708 89 961  
-1-



## PŘÍLOHA Č. 2: DOTAZNÍK OPQOL – ČESKÁ VERZE

### Dotazník OPQOL-CZ-20

Vážená paní, vážený pane, prosíme Vás o pravdivé zodpovězení níže uvedených otázek.

1. Jste  muž  žena (odpověď označte křížkem)  
ve věku  60-69  70-79  80 a více

2. Rodinný stav

- svobodný/á  
 ženatý/vdaná  
 s partnerem/partnerkou  
 rozvedený/á  
 vdovec/vdova

3. Bydlení

- žiji doma (samostatně bez pomoci druhých)  
 žiji doma (pomáhají mně druzí)  
 žiji s rodinou (ne ve vlastní domácnosti)  
 žiji v penzionu, v domě s pečovatelskou službou  
 žiji v domově důchodců, v domově pro seniory

4. Aktuální zdravotní stav

- zdravý/á  jen nemoci přiměřené věku  dost nemocný/á

**Pokyny pro vyplňování**

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**. Svůj názor vyjádřete **zakroužkováním** příslušné číslice. Pokud se spletete nebo změníte názor, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

1. Když vezmete v úvahu jak dobré, tak špatné věci, které ovlivňují Vaši kvalitu života, jak byste ohodnotili svou kvalitu života celkově?

1.	Svoji kvalitu života celkově hodnotím jako	velmi dobrou 1	dobrou 2	vyhovující 3	špatnou 4	velmi špatnou 5
----	--	-------------------	-------------	-----------------	--------------	--------------------

2. Prosím, označte, jak moc souhlasíte nebo nesouhlasíte s každým z následujících tvrzení:

		Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
1.	Celkem si užívám života	1	2	3	4	5
2.	Většinu času se cítím šťastný/á	1	2	3	4	5
3.	Mám radost ze života, těší mě život	1	2	3	4	5
4.	Mám ještě dost sil, fyzické energie	1	2	3	4	5
5.	Můj zdravotní stav mně komplikuje péči o sebe sama a o můj domov	1	2	3	4	5
6.	Moje rodina, přátelé, sousedé mi pomohou, když by bylo potřeba	1	2	3	4	5
7.	Bylo by lepší, kdybych se víc stýkal/a s lidmi, žila společensky	1	2	3	4	5
8.	Rád/a bych měl/a kolem sebe více lidí, se kterými bych si užíval/a života	1	2	3	4	5
9.	Mám své děti blízko sebe, což je pro mě důležité	1	2	3	4	5
10.	Jsem přiměřeně zdrav/a, abych byl/a nezávislý/á	1	2	3	4	5
11.	Z mého důchodu si mohu dovolit jen málo, životní náklady omezují můj život	1	2	3	4	5
12.	V místě, kde žiji, se cítím bezpečně	1	2	3	4	5
13.	Beru život takový, jaký je a snažím se ho využít co nejlépe	1	2	3	4	5
14.	Mám tendenci brát život z té lepší stránky	1	2	3	4	5
15.	Mám dost peněz, abych platil/a účty za domácnost	1	2	3	4	5
16.	Mám dost peněz, abych platil/a opravy nebo výpomoc v domácnosti	1	2	3	4	5
17.	Mohu si dovolit koupit, co chci	1	2	3	4	5
18.	Nemohu si dovolit koupit takové věci, kterých bych si užíval/a	1	2	3	4	5
19.	Náboženství, víra, filozofie jsou pro můj život důležité	1	2	3	4	5
20.	Kulturní události, náboženské svátky, oslavy jsou pro můj život důležité	1	2	3	4	5

### **PŘÍLOHA Č. 3: OTÁZKY K ROZHOVORU**

1. Jste spokojen/a s ubytováním? Jak je to tady se stravováním, s hygienou?
2. Myslíte, že jste se vyrovnal/a se svými zdravotními problémy? Vyhovuje Vám dostupnost a kvalita poskytované zdravotní péče?
3. Jak je to tady s volným časem? Co dělá většina? Co vy?
4. Našel/a jste si zde nějaké přátele? (Máte tu někoho, s kým se můžete pobavit, komu se svěřit?)
5. Někteří lidé říkají, že stereotyp je v DpS častý, jak je to u vás? Je něco, čím se dokážete zabavit, rozptýlit?
6. Jak je to tady s lékařem, sestrami?
7. Pokud o tom chcete mluvit – co pozitivního se ve Vašem životě stalo?
8. Jste věřící? Věříte v něco nebo v někoho?
9. Jsou různé důvody, proč se lidé ocitnou v DpS (někdo je sám, zdravotní důvody), jak je to ve Vašem případě?
10. Co byste poradil/a někomu, kdo chce jít bydlet do domova pro seniory?  
(V každém zařízení je to trochu jiné, proto se chci zeptat.)

## **PŘÍLOHA Č. 4: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORŮ**

### **Klientka A**

#### **1. Jste spokojena s ubytováním? Jak je to tady se stravováním, s hygienou?**

*„Jsem, ano jsem spokojená. Jsem tu šťastná, nic jiného mi nezbývá, přece si nebudu naříkat, když nemám východisko. Tak přeci musím přijmout i toho tygra v kleci a musím se s ním skamarádit, nedá se nic dělat, nebo mě sežere. Tak to je taková moje prostě doména mého života myšlenkově.“*

*„Jíme z toho zařízení, tak někdy se trefěj někdy se netrefěj jo, ale já jsem jedla jinak a ten zlom byl pro mě velice náročný. Já jsem jedla velice zdravě a tady máme uzeniny a paštiky dneska máme, včera jsme měli uzeninu, to jsem já nikdy nejedla. Ted' to musím jíst a říkám si jen jedno, ty mojí psychice, seš už v takovém vysokém věku, že už nemůžou na tobě nic zkazit. Musíte se přizpůsobit. V životě ať přijdete kamkoliv, tak se člověk musí přizpůsobit, aby nebyl ve střetu s ostatníma lidma. Až je poznáte, tak pak můžete trošičku s nima, už znáte jejich vlastnosti, jejich povahu a už musíte tak nějak malinkato je začnout řídit. Já jsem tady spokojená, protože nikomu nic neříkám a je tady výbornej personál a já jim za všechno teda děkuju a už jsme tady tak seřaný, že když já odcházím ráno na snídani, paní uklízečka sem vběhne, všechno tady uklidí, jo, já ji za to děkuju a takhle to je. Včas chodím všude, to je důležitá věc.“*

*„Každej chodíme jednou za tejděn do koupelny, já chodím v neděli, ale dnes a denně se meju tady do půl těla. Hygiena tady je, ano.“*

#### **2. Myslíte, že jste se vyrovnala se svými zdravotními problémy? Vyhovuje Vám dostupnost a kvalita poskytované zdravotní péče?**

*„No jistě, co mně jinýho zbývá. Musíte přijmout to, co prostě tady je jako podstatný a přirozený. Tady je nějaký řád. To víte, že bych třeba doma spala do půl devátý, tady je prostě půl sedmý, maximálně ve třičtvrtě na sedm a to už jdu, v půl osmý je snídaně, v půl dvanáctý oběd, v půl pátý večeře.“*

#### **3. Jak je to tady s volným časem? Co dělá většina? Co vy?**

*„Já mám volnej čas, jenom hlásím: sestři odcházím, do přírody, do města a zase hlásím příchod. Ostatní leží, a nebo jsou protivný i na sestry. Mrzutý, ne protivný, mrzutý jsou. A divíte se? Ale doma nemůže nikdo bejt, protože rodina je zaměstnaná a nebylo by na ně*

*možnost, že jo, takhle, když by někdo spad, tady každou chvilku někdo v noci spadne. Proto já jsem zásadně říkala, že v noci tady mám ten gramofon a v noci nebudu nikde rozespálá lítat, to jsem řekla. To má každěj. No je to směšný, mně to nevadí, já ho mám čistej, kdyžtak si ho ještě vystříkám. Jinak máme společnej záchod. Chodím ven a čtu. Knihy ne, ale poučuju se, mám tady třeba Sám sobě doktorem nebo Reflexní terapii, já jsem stála i na hlavě, jsem dělala cvičení a denně cvičím ráno.“*

#### **4. Našla jste si zde nějaké přátele? (Máte tu někoho, s kým se můžete pobavit, komu se svěřit?)**

*„Já se bavím se všema a na nikoho se nevážu. A chodím taky sama i nahoru, tamhle mám ty hole, chodím sama. S každým se zastavím, promluví pár slov a deme dál. Protože já si jdu svým tempem a každěj druhej taky jde svým tempem. Mám všechny a nikoho. Já se bavím s každým a nejsem vázaná na nákou osobu. Jsou tady lidi daleko starší, zdravím je, to si řekneme co a jak, při obědě nebo tak. Jo, máme tady paní, který je 95 a ta jako ráda si se mnou povídá, tak vždycky říkám Jarmilko sedni si sem, špatně chodí, že jo, no a tak je jí člověk oporou, aby se vypovídala. Poslouchám. To potřebujou někdy lidi, víte. Oni mají rádi, když se můžou někomu svěřit a já jsem takovej ten člověk, kterej je vyslechne, a to je taky potřeba. To proto mě maj tady lidi rádi. Já když jsem sem přišla tak tady byl jeden pán a já ho dycky zdravila a on je teda na tom kolečkovým křesle on mně povídal co čumíš, já povídám, no to snad ne, no a teď jsme nejlepší kamarádi. Pozdravím je, prohodím slovo, to se musí, víte, to nemůžu chodit jako furie, to nejde. Já zdravím i mladý.“*

*„A teď tady mám vnučku z Anglie, která přijela na ten tejden, byla tady včera, choděj za mnou. Až příliš, říkám děti zastavte se, máte svý povinnosti, mně se nic neděje. Na hřbitov chodím za manželem, tam si to dávám do pořádku a uklidím tam, třeba i před tou sochou panny Marie.“*

#### **5. Někteří lidé říkají, že stereotyp je v DpS častý, jak je to u vás? Je něco, čím se dokážete zabavit, rozptýlit?**

*„Ta pravidelnost člověka prostě léčí, protože když budete jednou jíst v 9 a budete obědvat třeba ve 4 a večír nebudete mít hlad a v půlnoci budete vymetat ledničku no tak to přeci nejde, tady to je správný. Pořádek musí bejt, ve všem. A ve spaní to samý, já ulehám v 8 hodin, vzbudím se v noci, to ano, proto musím jít třeba na to WC, třeba se proto vzbudím, že už potřebuju ven, víte, no to je tak tělo nastavený, no a zalehnu, zavrtám se a spím dál.“*

## **6. Jak je to tady s lékařem, sestrami?**

*„Sestřičky tady jsou hodné v mezích normy, nemůžou být na všecky, že jo. To není tady jednoduchý, jsou tady ležící pacienti, je třeba je přebalovat, krmit. Doktor přijde sem jednou za týden a ještě na základě, protože tam jsou zdravotní sestry a ty když něco někde je, tady byla chřipková epidemie a já jsem dostala zánět průdušek, dostala jsem až tři antibiotika, až třetí mě teprve zabraly. No a tak jsem se z toho dostala a teď zase chodím ven. Chůze, chůze ta je důležitá a bejt v přírodě. Psychiku musíte mít.“*

## **7. Pokud o tom chcete mluvit – co pozitivního se ve Vašem životě stalo?**

*„Měla jsem 3 děti za sebou, po svatbě za rok a třičtvrtě a pak každý dítě za rok a třičtvrtě. Můj muž brzo zemřel, v 55 letech a mně bylo 47 roků a 3 děti. A syn ten chodil do Liberce na vysokou školu, čili platit, musela jsem mít finance, že jo, po manželovi jsem dostávala 800 korun, no tak to šlo zase na toho syna, aby tam moč vůbec doštudovat a já jsem to neřešila a nikdy jsem se už nechtěla vdávat, každé mně říkal, proč ty zůstáváš sama a já jsem povídala, protože mám děti a budu si dělat to, co dětem vyhovuje a ne abych se přizpůsobovala někomu druhému, kterej by neměl vztah a na co mužskýho, já mám tři děti, víc už nepotřebuju. Jeden syn je po infarktu a ten nejmladší syn má takovou trošku horší nemoc, ale musím jim bejt oporou. A pak se kluci ženili, vdávala se dcera a už to šlo, že byli po sobě. Chodili nejdřív do tanečních, tak to každé rok byli taneční a pak se zase brzo ženili a vdávaly a já jsem si vždycky musela vypučit na tu svatbu, protože to sem neměla ty peníze, no a pak sem zas chodila uklízet, abych to splácela ty půjčky. Mám hodný děti, celej život sem jim věnovala no a děti mně to dneska odvádějí a říkám, že sklízím ovoce svého života. Propojený jsme teda celá rodina a víme jeden o druhým. Já jsem byla ve svém životě velice činná, protože jsem byla sama, rozhodovala jsem si o svém životě taky sama.“*

## **8. Jste věřící? Věříte v něco nebo v někoho?**

*„Jsem věřící, tady máme mši každé měsíce. Sem chodí ten pan farář. Každé se upíná k Bohu, když mu je zle. Ale nechodím teda jako ke zpovědi nebo něco takovýho, to ne, to už teď ne. Věřím v anděly strážný, já jdu po cestě a rozmlouvám s Bohem. A děkuju mu za všecko. A prosím, pro druhý a prosila jsem, abych byla aspoň soběstačná a nedělala dětem starosti a až přijde můj čas, tak že odejdu. A prosím dycky, abych dny, který mně jsou darovaný, prožila ve zdraví, soběstačnosti a v lásce s celou rodinou a s dobrými lidmi. A chodím, to nemusím se s nikým bavit, když jdu sama, mám svůj klid. Tam je socha svatýho Josefa a říkám, Josífku, už jsem zase tady, ty seš jedinej mužskej, kterej na mě čeká.“*

**9. Jsou různé důvody, proč se lidé ocitnou v DpS (někdo je sám, zdravotní důvody), jak je to ve Vašem případě?**

*„Protože mě sem doporučila LDN. Já mám byt, kterej je ve 4. poschodí, bez výtahu a to v tomhle období bylo pro mě velmi náročný, já bych bejvale musela zůstat doma a ty děti bych natolik prostě zatěžovala, protože maj už svoje děti a zase svoje vnoučata a já bych je tam zatěžovala, že by mě to i psychicky likvidovalo. No a tak sem šla sem. Taky jsem tady byla jako ležící, no a pak jsem se z toho zmátořila. Ale musíte mít pevnou vůli a já mám asi pevného vola, no a když řeknu, že to pude, tak to pude. Taky to de někdy s odřenýma žádama, ale já mám pevnou vůli a to je to důležitý u člověka. Bejt příkladem v životě, to je důležitý pro tu rodinu. Já nekárám nikoho, ale můj názor si vyslechnou, udělej a zařid' si to podle svýho, můj názor je tento a ty se zařid' podle sebe. Nikoho neovlivňuju, ale právě na základě tohohle jsem takovej člověk. Má rodina mně velice důvěřuje.“*

**10. Co byste poradila někomu, kdo chce jít bydlet do domova pro seniory?**

**(V každém zařízení je to trochu jiné, proto se chci zeptat.)**

*„Já si myslím, že tady má aspoň trochu společnosti a že má pocit, že tu rodinu nezatěžuje. Mě to nenapadlo v životě, že já bych mohla bejt v domově důchodců. To vás k tomu připraví, ten život. Tak co chcete dělat, já přece ty děti neuštvu. A když jsem nemohla si sama vařit nebo něco takovýho, že jo.“*

**Klientka B**

**1. Jste spokojena s ubytováním? Jak je to tady se stravováním, s hygienou?**

*„Já jo, já jako celkově jo.“*

*„Ted' se jako pohoršili letos bych řekla, i když nám jako přidali, ale zase z toho co nám přidali na placení, tak se to pohoršilo. Jíme tady na pokoji a chutná nám jak kdy, sníme, co sníme, když tak jim to vrátíme. Můžeme si vybrat tři jídla, polévka ne, ta je jenom jedna, ale jinak si můžeme z třech jídel vybrat.“*

*„Boženku, moji spolubydlící, koupou každý tejdén a já se chodím sama sprchovat. Jsou tady dvě koupelny. A já když se tam jdu koupat, tak to musím nahlásit, že jdu do koupelny, kdyby něco, tak oni se tam na mě choděj dívat. Kdybych něco chtěla, tak oni mně umejou třeba záda nebo tak.“*

**2. Myslíte, že jste se vyrovnala se svými zdravotními problémy? Vyhovuje Vám dostupnost a kvalita poskytované zdravotní péče?**

*„Musí to člověk brát jak to de. Nám už nikdo nepomůže na starý kolena, si myslím.“*

**3. Jak je to tady s volným časem? Co dělá většina? Co vy?**

*„Boženka ta čte a já spim, abych řekla pravdu. Někdy si čtu, tamhle mám časopisy a křížovku, luštím, že jo, ale abych řekla upřímně, většinu času prospim. Na procházky ven teď nechodíme, až bude teplejc, tak nás vezmou na vozejček a projdou to s náma támhle k samošce nebo na zmrzku. Já teda chodím o hůlkách, ale že se motám, tak já mám strach jít dál sama.“*

**4. Našla jste si zde nějaké přátele? (Máte tu někoho, s kým se můžete pobavit, komu se svěřit?)**

*„Tady mám moc dobrou kamarádku. Rozumíme si spolu. Paní Černá si přála, abych sem nastoupila, abychom si tykaly, i když to je jasný, že ona je o nějaký pátek starší, no ale takhle nám to vyhovuje lepší. Já bych ji měla ráda i beztak, i kdyby jsme si vykaly nebo tykaly. To ona nakonec už poznala, že já jsem takový srandista.“*

**5. Někteří lidé říkají, že stereotyp je v DpS častý, jak je to u vás? Je něco, čím se dokážete zabavit, rozptýlit?**

*„Stereotyp jo, jako že nemáme co na práci furt kolem dokola, že jo. Ona je tady dílna, co tam dělaj to nevim, tam jsme ještě nebyly v dílně se podívat, takže nevim, nemůžeme vám nic říct. Ale jinak, když jsou nějaký akce, jako ze školy sem choděj třeba zpívat, tak se jdem podívat. Jako kulturně žijeme, když tady něco je. Ted' jsem tam četla, že bude Zuzka s těma pejskama od úterka příští tejden. Ona má doma pejsky a asi je doma cvičí bych řekla, protože ona sem přijde a ty pejskové co jim právě řekneme, tak oni všechno udělají. My jsme tam teda ještě nebyly, to je ted', tak se tam pudeme s Boženkou podívat, jestli nám to zdraví dovolí.“*

**6. Jak je to tady s lékařem, sestrami?**

*„Sestřičky jsou hodný, moc hodný sestřičky jsou tady, opravdu. My si nemůžeme stěžovat. A lékař? Včera tady byl. Protože mám zánět žil, tak mě ještě byl připsat nějaký léky.“*



## **7. Pokud o tom chcete mluvit – co pozitivního se ve Vašem životě stalo?**

*„Mám dva syny, tak s nimi jsem trochu poblbla, když byli malí. Vnoučat mám pět. Mladší syn má dva kluci a holku, holka ta chodí na mažoretky do Hradce a kluci to jsou fotbalisti, takže nemaj tolik času, jak se řekne, aby za mnou chodili. Oni musej s nima jako dozor chodit, takže mladý jako snacha a syn ty nemaj zase čas, poněvadž jeden musí s jedním a druhý s druhým takže toho času za mnou přijít tolik nemaj, ale když tak mně zavolaj.“*

## **8. Jste věřící? Věříte v něco nebo v někoho?**

*„Já věřim i nevěřim, abych vám řekla pravdu. Že bych jako jo byla moc věřící, to ne. Boženka ta sem chodí na bohoslužby, ona se pomodlí i za mě. Já říkám, že kdyby byl pánbůh, že by takovejhle bordel, jako je teď, že by to nedovolil, takhle tím pádem to myslím. Ale věřim tomu, že někdy nějaký ten Pánbůh existoval, protože já jsem rodačka ze Slovenska a moje babička ta měla Bibli a že jsem to jako četla a zkrátka říkám, když jsem byla doma, tak jsem musela, babička byla pobožná. No a co jsem tady v Čechách, tak do kostela nechodim. A tady už jsem 57 roků.“*

## **9. Jsou různé důvody, proč se lidé ocitnou v DpS (někdo je sám, zdravotní důvody), jak je to ve Vašem případě?**

*„Já jsem sem šla, abych vám to řekla takhle ve zkratce, ze zdravotních a z rodinných důvodů. V rodině nám to neklapalo a jinak ze zdravotních důvodů. Potřebovala jsem pomoc a neměla jsem ji někdy, tak jsem se rozhodla, že půjdu do domova důchodců.“*

## **10. Co byste poradila někomu, kdo chce jít bydlet do domova pro seniory?**

**(V každém zařízení je to trochu jiné, proto se chci zeptat.)**

*„To se musí rozhodnout každý sám. Když se o člověka nemá kdo postarat, jak je to lepší tady. Na každým záležití, já jsem teda byla rozhodnutá, poněvadž nám to doma neklapalo, tak že sem jako pudu. Synovec, ty mě naváděli už delší dobu, poněvadž já jsem ani k jednomu nechtěla, já jsem říkala, že nikomu nechci být na obtíž, takže jsem nešla násilím, že by mě sem jako dali. Oni mně říkali, to se musíš rozhodnout sama a já jsem je nechtěla, no jak bych to řekla, zatěžovat, jsou mladý, poznáte to, abych vám pravdu řekla, až budete starší, že to není to stáří jednoduchý pak, když jako nemůžete, tak je to špatný.“*

## Klientka C

### 1. Jste spokojena s ubytováním? Jak je to tady se stravováním, s hygienou?

*„Ale jo, ubytování je tady pěkný. Ubytování je tady normální. Já když se mně chce, tak jdu ven, já potřebuju jít na vzduch, nemůžu být tady pořád zavřená v místnosti, já bych se tady zbláznila. Potřebuju mezi lidi. Tam si sednu, povídáme si trošičku a tím to jako lepší uteče ten čas.“*

*„Stravování úplně normálně, já nejsem nějaký strážník extrovní, já jedla vždycky normálně. Tady je koupelna a to se tam dycky sejdem v určitý den jako je čtvrtek, já mám čtvrtky, tak to tam dyckychodim na mytí, záda mně umejou, já se vydrbu, abych trochu žila jako hygienik. Musí to být.“*

### 2. Myslíte, že jste se vyrovnala se svými zdravotními problémy? Vyhovuje Vám dostupnost a kvalita poskytované zdravotní péče?

*„To musím brát, jak to de. Já vždycky říkám, co mě čeká, to mě nemine.“*

### 3. Jak je to tady s volným časem? Co dělá většina? Co vy?

*„Já jsem venku. Pro mě jediný koníček je, že chodím ven na vzduch, tam se projdu, popovídám si tam třeba s lidmi a zase se vrátím tady do té ubytovny, tady do toho svého kláštera. Když třeba poprchává, tak tady du, no a když je hezky, tak to jsem samozřejmě vůbec venku. Já vždycky říkám, že se jdu nadejchat čerstvého vzduchu. Já být pořád tady zavřená, bych se tady zbláznila. Já nikdy nebyla jako samotářka, vždycky jsem byla společenská, měla jsem vždycky známý. Já jsem byla náčelnicí Sokola, takže jsem vedla děti.“*

### 4. Našla jste si zde nějaké přátele? (Máte tu někoho, s kým se můžete pobavit, komu se svěřit?)

*„Já chodím dycky k jedný svý známý, sedíme spolu u stolu, tak jako dycky k ní chodim večer nebo odpoledne, takže si povídáme. Když nejsem venku, tak du k ní, abychom si spolu popovídaly, něco si řekly, zavzpomínaly, jako to bývá normálně. Občas se na mě přijde taky podívat dcera.“*

**5. Někteří lidé říkají, že stereotyp je v DpS častý, jak je to u vás? Je něco, čím se dokážete zabavit, rozptýlit?**

*„Já jsem tady úplně normálně, když chci, tak si du ven, du se projít, to musím. Jak přijdu, zase si lehnu, odpočnu, najim se a jak je po obědě, tak honem ven. Já si zpestřím den tím, že jdu ven. Tam si povídáme s lidmi na lavičce, aby nám to uteklo. Jsme tady, tak nedá se nic dělat. Co můžu dělat.“*

**6. Jak je to tady s lékařem, sestrami?**

*„Ale jo, sestřičky jsou výborný, ty jsou vynikající, ty jsou hodný. Musej mít někdy velký utrpení, poněvadž oni někdy něco mluvej a já si to musím přetlumočit do toho svýho jazyka a co to povídá sestra, abych jako odpověděla normálně. Lékař chodí, když je potřebí, jinak já jako lékaře mám ráda, ale radši, když vod nich můžu dál, poněvadž radši když nemusím lékaře mít. Ono o to nikdo nestojí, poněvadž, jak něco zlobí, tak to je nepříjemný.“*

**7. Pokud o tom chcete mluvit – co pozitivního se ve Vašem životě stalo?**

*„Můj otec byl náruživěj kuřák a já jsem vždycky říkala, že si vezmu chlapce, kterej nekouří a tak jsem si ho vzala. A to jsme si rozuměli, já měla opravdu hezký manželství, moc jsme si rozuměli. Vychovali jsme 2 děti. To byl můj život. Bohužel chlapec se nám zabil v horách ve Francii. Myslela jsem, že to nepřežiju, člověk všechno přežije. A ráda jsem hrála na klavír. Já jsem chtěla bejt zpěvačkou, měla jsem krásnej silnej hlas a to jsem si zpívala, hrála na klavír, to jsem jako milovala. Když mně bylo smutno, tak jsem šla ke klavíru a hrávala jsem si tam a bylo mně hned dobře, hned jsem měla dobrou náladu. Jako náčelnice Sokola jsem řídila Sokol a bylo to hezký. S dětmi jsem si rozuměla. Nacvičovala jsem taky 4 slety v Praze. Sokol byl můj život, já ho milovala. Ještě kolikrát jdu po náměstí a děti na mě vzpomínaj. Říkají, bylo to sestro hezký, když jsi nás vedla. Hledala jsem vždycky, co bylo hezký, vždycky jsem u každýho hledala něco pozitivního, něco, co mě rozjaří, co mně bude příjemný.“*

**8. Jste věřící? Věříte v něco nebo v někoho?**

*„Jsem. Já jsem si vždycky udělala bohoslužbu sama doma, šla jsem si do přírody, tak jsem vždycky odpočívala. Nedělala jsem nic zlýho. Beru ten život jak je.“*

**9. Jsou různé důvody, proč se lidé ocitnou v DpS (někdo je sám, zdravotní důvody), jak je to ve Vašem případě?**

*„Já bych byla úplně sama doma v baráku no a to říkají, to bychom vám nedovolili, poněvadž tam bylo 14 schodů a říkali, to byste šlápla a letěla byste dolů a byla byste tady sama a nikdo by vám nepomohl, nikdo by o vás vůbec nevěděl. Tam voni to ani nedovolují takhle, když někdo je sám. Tak jsem jako šla sem.“*

**10. Co byste poradil/a někomu, kdo chce jít bydlet do domova pro seniory?**

**(V každém zařízení je to trochu jiné, proto se chci zeptat.)**

*„Ať tam jde. Má - li tam být sám, jako kdybych měla být sama v tom domě, tak bylo by to hrozný. Já jsem vždycky byla společenská, vždycky jsem měla ráda lidi, zpívala jsem a hrála na klavír. Mě bavil život.“*

**Klientka D**

**1. Jste spokojena s ubytováním? Jak je to tady se stravováním, s hygienou?**

*„Já tady nejsem zas tak dlouho, ale jsem spokojená s ubytováním, mně vyhovuje, že jsem tady sama, protože já dost špatně slyším, já bych si moc povídat s těma druhýma pacientama nemohla. Tak jako čtu a dívám se na televizi. Jsem spokojená.*

*Takhle, snídaně mám strašně ráda, protože to je většinou chleba, máslo, salám já nejím, to nechávám stranou, ale mám tady džem od dcery, já to mám ráda sladký. Tak si místo toho dám na ten chléb ten džem, nebo vajíčka dostáváme. Ale abych vám řekla pravdu, to ostatní jídlo mně moc tady nechutná, většinou toho dost nechávám. My tady máme jídla na výběr, ale abych vám řekla pravdu, já to vyberu a pak to vůbec nepoznám, že to je to jídlo, co jsem si vybrala. Víte, ono přeci jenom se vaří pro hodně lidí, tak jako to nemůžete brát, jako když je to uvařené doma. Někdy mi to chutná, někdy ne, většinou dost v poledne to jídlo vracím. Večeře spíš jako sním, protože to máme třeba párek, tak ho sním, protože jsem ho dlouho neměla, tak mi to zase přijde takový jiný. Nebo jsou to nějaký pomazánky a chleba, tak to taky sním.“*

*„S hygienou si nemůžu stěžovat, tady opravdu je pořád čisto. Každý pondělí nás koupají, ale já se stejně u umyvadla omyju. Já sice levou rukou nemůžu moc, protože jsem měla mrtvici na půl těla, tak musím všechno, co zvládnou tou pravou, takže se meju jenom tou pravou*

*rukou, ale to se umeju, že jo, vždycky. Tady na to koupání se vždycky těším, protože oni tady vědí, že tu vodu tady máme rádi, tak nás ty sestřičky sprchujou i trochu dýl, umejou nám hlavně hlavu, tu bych si sama neumyla.“*

**2. Myslíte, že jste se vyrovnala se svými zdravotními problémy? Vyhovuje Vám dostupnost a kvalita poskytované zdravotní péče?**

*„Ta chůze se už tak nedivím, že tolik nemůžu, protože já mám operovaný oba dva kyčelní klouby, takže to už vás trochu omezuje, přece jenom. Ta levá je dobrá, ale ta pravá, ta mě trochu bolí a začíná mě trochu bolet i koleno. Jako starýho člověka, že jo, už vás začíná bolet všechno a hlavně jsem trochu omezená tou mrtvicí.“*

**3. Jak je to tady s volným časem? Co dělá většina? Co vy?**

*„Volný čas trávím, abych vám řekla pravdu tak, že já hodně čtu. Dcera mi nosí knihy. Já jsem zvyklá číst. Někdy se dívám na televizi, když tam je něco trochu zajímavého, ale já na tu televizi dost špatně vidím. Na filmy nějaký nekoukám, protože mně se to ztrácí před očima ten obraz. Poslouchám zprávy třeba nebo takový to mluvený slovo. A taky ten film už tak nepochopím dobře. Nevím o tom ve čtvrtině, dělaj do toho reklamu a já nevím, co bylo předtím. Jako že už tu paměť pochopitelně nemam.“*

**4. Našla jste si zde nějaké přátele? (Máte tu někoho, s kým se můžete pobavit, komu se svěřit?)**

*„Já tady nikoho neznám, abych vám řekla pravdu, protože v těch pokojích, co tady jsou ty lidi, tak oni většinou leží. Některý třeba chodí, viděla jsem, že třeba u televize sedí nějaký paní, ale víte, já bych je špatně slyšela, já si nemůžu s nikým povídat, protože já je neslyším. Když se s nima setkám ještě třeba u okna, tak třeba tam nějaká babička taky ještě stála a něco mi povídala, ale já jako ji vůbec neslyšela, co mi říká. Ale chodí sem za mnou dcera pravidelně, tak dvakrát, třikrát do týdne. Někdy jí říkám, že je to až moc. Protože já když jsem tady v pokoji, tady se nic neděje a co já ji můžu vypravovat. Můžu ji vypravovat, jestli něco čtu, nebo přinese i nějaké časopisy, abych si je prohlédla. Nebo se jí ptám na vnoučata, jestli přijedou. Ty za mnou taky někdy přijdou, abych je taky viděla. Ale byla bych radši doma, byla bych ráda, kdybych se mohla vrátit do svého bytu.“*

## **5. Někteří lidé říkají, že stereotyp je v DpS častý, jak je to u vás? Je něco, čím se dokážete zabavit, rozptýlit?**

*„Většinu dne sedím tady v křesle sama. Nebo když přijde dcera, tak si povídáme. No ale ono se tady vlastně nic neděje. O čem si máte povídat, že jo. Nebo když přijede vnuk, tak se stává tady, tak si spolu povídáme. Ale já se nejvíc zabavím tím čtením. Já jsem zvyklá sama, protože mně zemřel brzo manžel.“*

## **6. Jak je to tady s lékařem, sestrami?**

*„Tady se ty sestry opravdu starají a jsou strašně hodný, kdykoliv něco chcete, tak oni jsou ochotný to udělat. To bych si vůbec nemohla stěžovat. Jsou tady hodný ty sestřičky, mají trpělivost, já si někdy myslím, že nevím, jestli bych ji měla takovou trpělivost.“*

*Já tady mám toho pana doktora, kterého jsem měla i v Miletíně, víte, takže já jsem vlastně k němu chodila celý ty roky, těch 15 let co tady bydlím, takže on mě zná, já jeho taky, takže když něco potřebuju, tak já můžu říct sestřičce, aby se na mě přišel podívat. Předepisuje mně léky, který už předepisoval, když jsem byla v tom Miletíně. Něco možná mi přidal, já už nevím, na co všechno beru léky, ale nedělá mi dobře srdce. No taky je mi už 88 let, tak musí už být taky něco opotřebovaný.“*

## **7. Pokud o tom chcete mluvit – co pozitivního se ve Vašem životě stalo?**

*„Víte, já jsem prodělala dost takový šťastný život, ale pro mě největší problém byl, že brzo zemřel ten manžel. Bylo mi 48, když mi zemřel manžel. No ale já jsem měla krásný zaměstnání, který jsem milovala. Ono to vždycky trvá, když ztratíte takhle blízkýho člověka, ale já jsem se takhle pak věnovala tomu zaměstnání. Ještě jsem dělala přes, i když jsem mohla být už v důchodu. Pracovala jsem v módních závodech, kde se šilo na zakázku, přehlídky jsme dělali. To jsem byla pořád mezi lidma. Byla to teda velká starost, protože tam v Praze bylo 150 lidí zaměstnaných, tak pořád musíte mít nějakou starost, aby to tam šlo, ale já jsem to dělala ráda, víte, proto vlastně jsem žila. Bavilo mě to, moc ráda jsem chodila do práce. Protože to tak nějak vyplňuje člověku život.“*

## **8. Jste věřící? Věříte v něco nebo v někoho?**

*„Abych vám řekla pravdu, já jsem taková věřící napůl. Protože se nedá říct, že nevěřím, ale tak jako nejsem vychovaná ve víře, takhle to chci říct, víte. Maminka s náma jako chodila do kostela, protože my jsme byli u československé víry ne u katolické, tam je to trošku takový jiný, než u katolický. Takže ve škole jsme měli náboženství, ten náš farář, co tam byl, byl*

*takovej jako že si s náma spíš povídal a hrál si s náma. Ta římskokatolická víra se hodně liší oproti té, na kterou jsem byla zvyklá, takže já nemám potřebu s novou vírou začínat. Víte, ale uvědomuju si, že to je velká úleva, kdo skutečně tu víru v sobě má, víte, je ten život snažší takový. Protože se smíříte se vším, berete to jako osud. Ono je to osud i tak, ale kdo má skutečně takovou tu hlubokou víru, je to výhoda. To měla moje babička, na to si pamatuju. Když jsme vždycky chodili k ní na prázdniny, tak jsme s ní chodili, to jsme museli v neděli do kostela s ní jít. Protože si pamatuju, jak ona se vždycky večer modlila. Ona měla 5 dětí a vždycky se modlila za každé dítě. Ale moje rodiče už nebyli tolik věřící, takže chodili jsme sice jako děti do kostela, ale byl to takový civilní kostel no.“*

**9. Jsou různé důvody, proč se lidé ocitnou v DpS (někdo je sám, zdravotní důvody), jak je to ve Vašem případě?**

*„Mám takový dojem, že bych byla spokojenější, kdybych mohla mít svůj byt. Já mám svůj byt koupenej v Miletíně, garsoniéru, ale nemohla jsem to vyzkoušet. Protože jak jsem byla na LDN, tam jsem chodila, dost jako jsem chodila. Ale potom, když jsem přišla sem, tak jsem pořád ležela. Víte ono, na té LDN s váma dennodenně chodí někdo, ráno vás vytáhnou z té postele, i když se vám nechce kolikrát, ale řeknou, musíte a jsou tam takový přístroje, že vás tam posaděj a ono to s těma nohama cvičí. Čili tam jako jste rozhybaná. Kdežto tady víceméně sedím no, a nebo teda ležím. Čili kvůli tomu chození. To víte, že bych byla radši doma, ale nejde to.“*

**10. Co byste poradila někomu, kdo chce jít bydlet do domova pro seniory?**

**(V každém zařízení je to trochu jiné, proto se chci zeptat.)**

*„Víte, ono když je člověk už úplně nemožnej a nemůže, tak je to východisko pro ty lidi, je o ně postaráno. Velká výhoda je, že tady jste opravdu v čistotě, oni ty postele převlíkaj, pořád nám perou. Kdyby jsem sikaždej druhý den vzala noční košili novou, tak voni by prostě ji okamžitě vyžehlenou, vypranou uložili. Skutečně, co se týče pořádku, tak si nemůžu stěžovat.“*

## **Klient E**

### **1. Jste spokojen s ubytováním? Jak je to tady se stravováním, s hygienou?**

*„To víte, je to v rámci možností, jaké tady jsou. Musíte se přizpůsobit ostatním, doma je doma ale tady člověk není sám. Co se týká hygieny, máme společnou koupelnu, to se pro tolik lidí asi ani jinak nedá zařídit. A pro svoji běžnou potřebu máme umyvadlo na pokoji. Stravování mně vyhovuje hlavně z důvodu, že se nemusím starat sám, i když je to v přesně daný čas, který mi občas nevyhovuje, přesto jsem rád, že mám vše připravené a pokud požádám, přinesou mi jídlo i na pokoj. A hlavně se nemusím starat o umývání nádobí, což mě nikdy nebavilo, pokud jsem byl sám.“*

### **2. Myslíte, že jste se vyrovnal se svými zdravotními problémy? Vyhovuje Vám dostupnost a kvalita poskytované zdravotní péče?**

*„Vyrovnal, nic jiného mi nezbyvalo. Život se v těchto letech už musí brát takový, jaký je. Mohlo by to být daleko horší.“*

### **3. Jak je to tady s volným časem? Co dělá většina? Co vy?**

*„Volný čas trávím spíš o samotě. Koukám na televizi, čtu, zajímají mě sportovní pořady, občas se podívám i na soutěžní pořad. Rád čtu knížky o přírodě.“*

### **4. Našel jste si zde nějaké přátele? (Máte tu někoho, s kým se můžete pobavit, komu se svěřit?)**

*„Jsem spíš takový samotář, ale mám rád, když sem přijde nás někdo pobavit nebo když tady dělají zajímavé přednášky třeba o přírodě.“*

### **5. Někteří lidé říkají, že stereotyp je v DpS častý, jak je to u vás? Je něco, čím se dokážete zabavit, rozptýlit?**

*„Skoro všechny dny jsou stejné, tady se nedá rozlišit, jestli je pondělí nebo sobota. Pokud to počasí dovolí, tak se jdu podívat do přírody. Mám rád přírodu a klid. Někdy si jen tak sednu na lavičku a poslouchám ptáky, jak zpívají, nebo pozoruju, jak se během roku mění příroda.“*

### **6. Jak je to tady s lékařem, sestrami?**

*„Co se týká zdravotní péče, ta je na dobrý úrovni. Sestry jsou perfektní, doktor sem dochází, já si nemůžu na nic stěžovat.“*



### **7. Pokud o tom chcete mluvit – co pozitivního se ve Vašem životě stalo?**

*„Já jsem se neměl nějak špatně. Když ještě tehle domov začínal, když mně bylo 25 roků, tak jsem jezdíval na olympiádu s koňma. Na to rád vzpomínám. Já si vcelku nemůžu na nic stěžovat, já měl všechno. Něco vyšlo, něco nevyšlo.“*

### **8. Jste věřící? Věříte v něco nebo v někoho?**

*„Věřící nejsem, myslím si, že křesťané jsou lumpové. Náboženství slouží k ovládnutí lidí a takové náboženství není k ničemu. Modlení k Bohu nám stejně nepomůže. Já asi věřím, že všechno je tak, jak má být a že štěstí přejde připraveně. Ne na vše se dá připravit, ale když jsme připravený, tak nás málo co dokáže zaskočit. Je to fráze, ale je to tak.“*

### **9. Jsou různé důvody, proč se lidé ocitnou v DpS (někdo je sám, zdravotní důvody), jak je to ve Vašem případě?**

*„Já špatně chodím, mám problémy s nohou, takže musím všude s berlí no a doma jsem bydlel sám. Dřív děti bydleli se mnou, ale potom se odstěhovaly. Nejjednodušší způsob, když to bylo možný, bylo jít sem.“*

### **10. Co byste poradil někomu, kdo chce jít bydlet do domova pro seniory?**

**(V každém zařízení je to trochu jiné, proto se chci zeptat.)**

*„Aby byli takový optimisti, jako já v tomhle. Brečet to vůbec nepomůže, musí se to brát jak to je. Ale málo lidí takových je, dělaj si s tím moc starosti. Chce to nějaký optimismus.“*