

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ
V DOMOVĚ PRO SENIORY

Bakalářská práce

Autor: **Simona Šimánková**

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

2021

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDIES**

**QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE
LIVING IN A RETIREMENT HOME**

Bachelor's thesis

Author: **Simona Šimánková**

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

2021

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

Mé poděkování patří především vedoucímu práce panu prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc., za odborné vedení bakalářské práce, za trpělivost, rady a pomoc během psaní závěrečné práce v této nepříznivé situaci. Další poděkování patří personálu a klientům Domova pro seniory Oáza v Novém Městě nad Metují za vstřícnost a spolupráci a i seniorům, kteří mi dovolili uskutečnit rozhovory.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat knihovnici paní Zuzaně Maurové za kontrolu citací a literatury.

Také chci moc poděkovat své rodině za podporování po celou dobu studia.

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKO - PŘEHLEDOVÁ ČÁST	10
1 Kvalita života	10
1.1 Kvalita života obecně	10
1.2 Historie.....	11
1.3 Hodnocení kvality života	12
2 Kvalita života seniorů	14
2.1 Metody k měření kvality života seniorů.....	15
2.2 Dosavadní výzkumy kvality života u seniorů	17
2.3 Demografie stáří.....	18
2.4 Determinanty zdraví.....	19
3 Základní pojmy – gerontologie, geriatrie	21
3.1 Gerontologie a geriatrie.....	21
3.2 Geriatrie.....	22
3.2.1 Česká geriatrie	22
3.2.2 Geriatrické ošetřovatelství.....	23
4 Fenomén stáří	25
4.1 Dělení stárnutí	25
4.2 Projevy stáří	26
4.2.1 Tělesné projevy stáří	26
4.2.2 Psychické změny	27
4.3 Vymezení a periodicitá stáří.....	28
4.3.1 Kalendářní stáří	28
4.3.2 Sociální stáří.....	28
4.3.3 Biologické stáří	29
4.4 Senior	29
4.4.1 Příprava na stáří.....	30
4.4.2 Adaptace ve stáří	31
4.5 Pozitivní aspekty stáří	32
4.6 Aktivní stárnutí.....	36

4.7	Zdravé stárnutí	36
5	Potřeby člověka ve stáří	37
5.1	Klasifikace potřeb dle Maslowa.....	37
5.2	Problematika potřeb ve stáří.....	38
6	Ageismus.....	42
6.1	Sociální vyloučení.....	42
6.2	Podpora seniorů.....	43
6.3	Desatero komunikace se seniory	44
7	Organizace služeb pro seniory	46
7.1	Hlavní zásady služeb pro seniory.....	46
7.2	Sociální péče	47
7.2.1	Služby sociální péče	48
7.3	Základní funkční geriatrická vyšetření.....	50
8	Nemoci ve stáří a geriatrické syndromy	52
8.1.1	Geriatrická křehkost a deteriorace.....	53
8.1.2	Geriatrické syndromy	54
9	Léčba seniorů	56
9.1	Farmakologická léčba	56
9.2	Nefarmakologická léčba.....	57
9.3	Využití nefarmakologické léčby v léčebné péči o seniory.....	57
9.3.1	Nefarmakologické postupy u seniorů v pobytové sociální službě	58
10	Mýty o stáří	61
EMPIRICKÁ ČÁST		63
11	Metodika výzkumu	63
11.1	Cíle empirické části práce	63
11.2	Výzkumné hypotézy.....	63
11.3	Zkoumané soubory seniorů a jejich výběr	64
11.4	Použité metody.....	66
12	Výsledky	68
12.1	Výsledky kvantitativní části.....	68
12.2	Výsledky kvalitativní části.....	71

12.2.1 Přepis rozhovorů:	72
12.2.2 Analýza rozhovorů	77
13 Diskuze.....	78
ZÁVĚR.....	85
ABSTRAKT.....	87
ABSTRACT.....	88
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	89
SEZNAM ZKRATEK.....	94
SEZNAM TABULEK.....	96
SEZNAM PŘÍLOH.....	97
PŘÍLOHY	98

ÚVOD

„Nejsilnějším lékem na stáří je láska“

John Stuart Mill

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala téma Kvalita života seniorů v domově pro seniory, a to z důvodů mé nastávající profese, při které budu většinu času trávit a setkávat se s lidmi vyššího věku – starými lidmi či seniory. Senior je dle knihy *Sociologie stáří a seniorů* charakterizován jako člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti (Sak a Kolesárová, 2012, s. 79). Mladší generace tu starší velmi často odsuzuje nebo jí opovrhne z důvodu jejich chování, vzhledu, v souvislosti s biologickými, psychologickými a sociálními změnami, které probíhají v průběhu stárnutí a stáří. V této práci bych chtěla přiblížit pohled na seniorskou populaci obyvatel, především na seniory a jejich kvalitu života. Tuto problematiku je důležité znát, protože každý z nás jednou zestárne a bude chtít vědět, jakými změnami bude procházet, co všechno se u daného jedince změní, jaká vůbec existuje péče o staré lidi nebo jak je péče poskytována.

Je faktem, že starých lidí bude přibývat, nejen v České republice, ale na celém světě. Stále více seniorů musí odejít ze svých domovů z různých důvodů a stěhují se často do sociálních zařízení – domovů pro seniory. Porovnáme-li seniory před 100 lety a dnešní seniory, vidíme zcela odlišné stáří (Ondrušová, 2017, s. 39). Velkým problémem u starých lidí jsou jejich chronická onemocnění, stařecká křehkost a dlouhodobá následná péče o tyto lidi, kdy občas nastává problém s umístěním do zařízení sociální péče, protože velmi často lůžka či místa pro seniory nejsou. Ze své vlastní zkušenosti vím, že v dnešní době je velkým problémem najít místo pro seniora v domově pro seniory. Z tohoto důvodu mě zajímalo, jak hodnotí kvalitu života seniorů v Domově pro seniory Oáza v místě mého bydliště, v Novém Městě nad Metují.

V první části bakalářské práce se věnuji teoretickým poznatkům dané problematiky. Zaměřuji se zde na kvalitu života obecně i konkrétně, na kvalitu života seniorů, definice daných pojmů, které se týkají stárnutí a stáří, gerontologii a geriatrii ve zdravotnictví, změny v období stárnutí, bio-psycho-sociální problémy seniorů, potřeby seniorů, sociální péči, farmakologické přístupy, mýty o stáří a podobně.

V druhé části se zabývám výzkumem kvality života seniorů v domově pro seniory způsobem dotazníkového šetření a pomocí rozhovorů. Můj výzkum má dvě části a to na základě kvantitativního a kvalitativního přístupu.

Z důvodu pandemie covid-19 mi nebylo umožněno se osobně setkat s uživateli domova seniorů a následně s nimi provést rozhovory, proto můj výzkum musel být pojat jinak. Na základě ochoty personálu v domově pro seniory mi byly vyplněny dotazníky od uživatelů domova. Rozhovory s klienty nebyly možné, proto jsme museli vymyslet odlišnou, ale blízkou variantu. Rozhovory byly vedeny se seniory (neklenty), kteří žijí ve svém prostředí, ale mohou být potencionálními uživateli domova seniorů.

TEORETICKO - PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1 Kvalita života

1.1 Kvalita života obecně

Ve slovníku českého a slovenského jazyka pojem kvalita vyjadřuje jakost nebo hodnotu (Elektronický lexikon slovenského jazyka, 1999), (Tokarová, 2002, s. 20) a vymezuje ho ve dvou významech:

1. Jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucí, postulované, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupin).
2. Jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb.

Kvalita života má mnoho definic, WHO (Světová zdravotnická organizace) definuje kvalitu života takto: *Jde o individuální vnímání 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...* (WHO, 1997, s. 1; Mareš, 2006, s. 25). Problematika stáří, starých lidí a kvalita jejich života je velmi diskutované téma, z ohledu na rostoucí věk populace a zvyšování počtu seniorů v populaci. Existuje na světě mnoho definic o stáří. Dle Haškovcové je tento pojem vnímán takto: „Stáří (senium) je pojem označující poslední fázi lidského života. Je to konečná etapa ontogenetického bytí doprovázena celou řadou změn“. Podle Světové zdravotnické organizace je „stařecký věk“ neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“ (Haškovcová, 2010, s. 20). J. Křivohlavý (2011, s. 16) ve své knize *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie* pojmal stárnutí jako: „Úkol třetího úseku životní cesty kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále snaží podílet na kulturním dědictví a předávat je dále.“ Stáří je posledním úsekem ontogeneze, a projde si jím každý člověk na světě. Je také dobré si uvědomit, že stáří a stárnutí není nemoc, pouze normální biologický pochod, který probíhá v nezadržitelném kroku vývoje (Křivohlavý, 2011, s. 19).

Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními (vycházejícími z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) anebo kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory.

Tím zároveň zahrnuje proces hodnocení. Pokud chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, musíme určit její předmět a zároveň normu (standard), se kterou je předmět porovnáván. V případě hodnocení kvality života je předmětem život. Je důležité si zodpovědět základní otázku: Kvalitu jakého života hodnotíme? Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující živý organizmus v kontextu paradigmatu ošetrovatelství – lidského jednotlivce, osobu. Život jednotlivce nechápeme jen v úzkém významu biologické existence, resp. jako opozitum smrti, ale jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy, oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní a citový život apod.). Kromě života jednotlivce může být předmětem hodnocení život skupiny (souboru jednotlivců), společnosti, nebo populace (úroveň společnosti). V ošetrovatelství hovoříme například o kvalitě života pacientů s diabetes mellitus, s onkologickým onemocněním apod. V sociologii např. o kvalitě života konkrétního národa, obyvatel. Život v tomto případě znamená průměrný život jednotlivce (Gurková, 2011, s. 21).

1.2 Historie

Samotný pojem kvalita života nebyl původně vědeckým pojmem. Do obecného povědomí vstoupil až v šedesátých letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle administrativy USA za vlády prezidenta Lyndona B. Johnsona (vláda 1963-1969). Teprve později začal být pojem důkladněji propracováván a vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů. Vzhledem k tomu, kolik různých, věcně odlišných oborů, pracuje s tímto konceptem, liší se pochopitelně i jeho definování. Prvním problémem je proto oborová různost. Druhým problémem je, že koncept sám (i v rámci každého jednotlivého vědního oboru) navozuje dojem souhrnného, integrujícího, komplexního ukazatele. Třetím problémem je, že koncept kvality života je nutné z teoretických i praktických důvodů jemněji rozčlenit, odlišit jeho jednotlivé aspekty. Obvykle se hovoří o jednotlivých oblastech, doménách kvality života. Jsou uváděny jednotlivé různosti oborů, teoretických přístupů i diagnostických metod a nepanuje shoda v tom, co považovat za konstitutivní oblast a kolik těchto oblastí existuje, ani jak je označovat. Není tedy divu, že např. Cummins při analýze 32 odborných článků o kvalitě

života nalezl 351 názvů oblastí (včetně opakování). Pokusil se je utřídít do obecnějších skupin a dospěl k sedmi kategoriím. Jsou to: 1. materiální zabezpečení, 2. zdraví, 3. produktivita, výkonnost, 4. velmi dobré, přátelské mezilidské vztahy, 5. pocit bezpečí, 6. komunita, 7. emoční pohoda.

Z toho plyne, že se kvalita života pokládá za pojem multiúrovňový. Světová zdravotnická organizace (WHO) ustavila pracovní skupinu, která navrhla definici použitelnou ve zdravotnictví. Jedná se tedy o individuálně zaměřenou definici kvality života: „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).

1.3 Hodnocení kvality života

Předmětem hodnocení kvality života v ošetrovatelství je tedy nejčastěji život průměrného jednotlivce reprezentujícího sledovanou populaci. Běžně používaná slovní vyjádření např. „jaký je to život“, „jak jde život“ apod. naznačují, že pojmem „život“ vyjadřujeme také způsob, jakým žijeme. V běžné komunikaci se pojem kvalita života většinou pojí s pozitivní konotací pojmu kvalita (kvalitní = dobrý). V odborném jazyce se termín kvalita života používá pro popis pozitivních i negativních aspektů života. Hodnocení, zda je či není náš život kvalitní, je založené na porovnávání našeho života se žádoucí, očekávanou úrovní existence nebo se životem druhých lidí. Jaká je ale norma, standard, pro konstatování, že je daný život jednotlivce kvalitní? V odborné literatuře se setkáváme se základním rozlišením dvou kvalit - objektivní a subjektivní kvality života. Na základě této jednoduché interpretace můžeme kvalitu života člověka hodnotit jako subjektivní, individuální a komplexní (týkající se všech oblastí jeho života). Její měření je vlastně porovnáváním jednotlivých „životů“ různých lidí s důrazem na to, co je pro každého důležité.

Koncept kvality života tak nemá všeobecně akceptovanou definici ani metodologii a stává se předmětem mnohých interpretací, interdisciplinárních rozprav bez jednoznačné výsledné všeobecně přijatelné shody (Gurková, 2011, s. 21-22).

Proč je důležitá konceptualizace kvality života v ošetrovatelství?

V konceptualizaci a měření kvality života se zaznamenávají dva hlavní přístupy

1. kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace
2. individuální kvalita života

První přístup se prezentuje úsilím vytvořit generické definice kvality života, aplikovatelné na lidskou populaci jako na celek. V rámci tohoto přístupu jsou porovnávány objektivní ukazatele kvality života mezi jednotlivými společnostmi, např. prostřednictvím známého Indexu lidského rozvoje (Human Development Index).

Druhý přístup představují specifické konstrukty individuální kvality života – např. kvalita života související se zdravím Health-Related Quality of Life, používaná ve standardní zkratce HRQOL nebo subjektivní pocit pohody. V ošetrovatelství vychází hodnocení kvality života z druhého, úžeji chápaného přístupu ke kvalitě života. Zaměřuje se na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu. Výklad v tomto oddíle se opíral zejména o práci Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum (Gurková, 2011, s. 24-25).

2 Kvalita života seniorů

Hlavní oblasti kvality života, které se dnes objevují v odborné literatuře, bývají společné pro dospělé osoby různého věku. Podle Arnolda k nim patří: fungování kognitivní, emoční, sociální, sexuální a behaviorální. Dále vnímaná sociální opora, životní spokojenost, hodnocení vlastního zdraví, hodnocení vlastní ekonomické situace, míra uspokojování zájmů, jedincova energie a vitalita. Odborníci dodávají, že v celém období dospělosti jde sice o stále stejné oblasti, ale v různých etapách života se přesouvá důraz na oblasti jiné, objevují se nové priority. Jak to vypadá ve stáří? Lze předpokládat, že kvalita života je chápána jako záležitost subjektivních údajů, nikoliv objektivních dat. Jinými slovy záleží na jedincově svébytném vnímání, prožívání a hodnocení jednotlivých oblastí kvality života, nikoliv na tom, jaké „objektivně jsou“, jak se jeví vnějším pozorovatelům. Pro kvalitu života ve stáří jsou důležité zejména tyto oblasti: zdravotní stav a funkční schopnost seniora, pocit užitečnosti/neužitečnosti pro druhé lidi, síť sociálních vztahů, míra vnímané sociální opory, finanční situace a kvalita bydlení. Proč se v různých vědeckých pracích o seniorech setkáváme s rozdílnými oblastmi kvality života? Ukazuje se, že existují různé modely kvality života, z nichž autoři vycházejí. V zásadě lze rozlišit čtyři skupiny modelů: 1. psychologické, 2. sociologické, 3. zdravotnické a 4. integrované modely. Tyto modely vypracovali a ověřili odborníci, profesionálové (Power, Hawthorne, Kenneová, Hyde). Právě uvedené modely představují pohled odborníků na to, co tvoří kvalitu života. Neméně důležitý je pohled z druhého břehu, tedy pohled samotných seniorů. Bowlingová a Gabriel provedli šetření u reprezentativního vzorku 999 britských seniorů ve věku 65 let a starších. Použili smíšený přístup. Nejprve individualizovaný dotazník SEIQOL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. V něm má jedinec možnost sám si vybrat pět životních témat, životních cílů, na nichž mu v životě nejvíce záleží, a potom ohodnotit, na kolik se mu daří je uskutečňovat. Dotazník byl doplněn hloubkovým rozhovorem s 80 seniory, který byl nahráván a poté analyzován. Do České republiky uvedl tuto metodu J. Krívohlavý, jenž píše o kvalitě života, která se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí (Krívohlavý, 2002, s. 124). J. Krívohlavý zavedl u nás tři přístupy k měření kvality života. První přístup je posouzení kvality života hodnotí druhá osoba, druhý přístup měření spočívá v subjektivním hodnocení a třetí metoda je smíšená (Krívohlavý, 2002, s. 163). V britském výzkumu se nejčastěji objevovaly tyto životní cíle, tato životní témata: sociální vztahy a těsné mezilidské vztahy (81 %), sociální role a sociální aktivity

(60%), volnočasové aktivity, které danému jedinci dělají radost (48 %), kladný postoj k životu a pocit pohody (48%), zdraví (44 %), dobré fungování psychiky (38 %), domov a sousedé (37 %), finanční situace (33 %), samostatnost a nezávislost na druhých lidech (27 %). Když měli senioři zdůvodnit, proč vybrali právě tato témata, používali nejčastěji následující argumenty: 1. člověk si potřebuje dělat věci po svém, tak jak on chce, a nechce být někým omezován; 2. navozuje to pocit radosti, potěšení a spokojenosti se životem; uklidňuje to mysl a dostavuje se pocit vnitřní vyrovnanosti; 3. člověk potřebuje sociální vztahy, dostupnost přátelské společnosti, potřebuje těsné mezilidské vztahy, pozvání k aktivitám, lásku, a pokud je třeba i pomoc druhých lidí; 4. člověk potřebuje zastávat různé sociální role; 5. člověk musí mít pocit jistoty a bezpečí (Mareš, 2014).

2.1 Metody k měření kvality života seniorů

Poměrně známé jsou dotazníky hodnocení kvality života od Světové zdravotnické organizace - WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Assessment. Jde o dvě základní verze WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek a zahrnuje 6 domén týkajících se kvality života - fyzické zdraví, prožívání, fyzická nezávislost, sociální vztahy, prostředí a sociální oblast. Zkrácenou verzí je dotazník WHOQL – BREF. Obsahuje 26 položek a 4 domény (Hudáková, 2013, s. 55-56).

V současnosti se na měření kvality života používá dotazník WHOQOL – OLD. Obsahuje 6 domén-tělesnou, psychickou doménu nezávislosti, sociálních vztahů, prostředí a spirituálních hodnot. Problematika kvality života se předkládá pouze na teoretické úrovni. SZO pracuje na aplikaci nových modulů, který bude odpovídat na různý typ postižení u seniorů (DIS-QOL).

Mcgree, Joyce (1994) použili metodu SEIQOL – jako prioritu kvality života uváděli zdraví senioři sociální oblast, zdraví a rodinu, vztahy. Křivohlavý popisuje metodu SEIQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), kdy jde o program hodnocení individuální kvality života jako nástroj pro individuální měření kvality života dotazovaného, tedy jako možnost zjistit, jak sám dotázaný svou kvalitu života (QL) vidí a pojímá. To se odvíjí od jeho hodnotového systému, jenž je při zjišťování QL stěžejní. Za podstatnou Křivohlavý považuje také aktuální situaci dotazovaného, neboť žebříček hodnot se může v průběhu života podstatně měnit v souvislosti s věkem, zdravotním stavem, sociální situací atd. Podstatou metody SEIQoL je rozhovor zaměřený na aspekty života dotazovaného.

Cílem metody SEIQOL je také zjistit míru důležitosti jednotlivých aspektů, což se váže k aktuální situaci, s níž se dotazovaný potýká (Křivohlavý, 2009, s. 243).

Další škály dělíme dle obsahu zkoumání. Pohodu můžeme zjišťovat prostřednictvím dotazníku pohody WBQ- Well – Being Questionnaire. Postižení můžeme hodnotit škálou DS – Disablement Scale. Pro bio-psycho-sociální aspekt je možné použít PCASEE, která byla vypracována na základě PCASSE modelu kvality života. GSQ – Geriatrický screeningový dotazník, obsahuje kognitivní změny, denní aktivity, ekonomický stav, duševní zdraví a sociální podporu. Quality of Life profile – Senior Version (QOLPSV, profil kvality života – seniorská verze) se skládá z tzv. bytí (fyzické, psychologické, duchovní). Mezi další metody řadíme QLEMV – Quality of life Well – being, Meaning and Value. Self – Self – Evaluation of Life.

PIL- Purpose in Life test – test smysluplnosti. Logo-test, Life Attitude Profile – LAP, Life Refard Index – LRI, ESK – existenciální škála a SŽS – škála životní smysluplnosti (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 55-56).

V zásadě můžeme kvalitu života starých lidí zjišťovat třemi typy dotazníků. Za prvé dotazníky obecnými, generickými, které se používají bez ohledu na věk, pohlaví, na typ onemocnění. Některé lze také použít pro srovnání kvality života lidí nemocných s lidmi úplně zdravými. Jedná se např. o dotazníky SF-36, SF-12, Sickness - Impact Profile, Quality of Well - Being Scale, EuroQoL-Five Dimension Questionnaire.

Za druhé dotazníky obecnými pro věkovou skupinu starých osob, tj. dotazníky, které berou v úvahu okruh proměnných, které mohou ovlivňovat kvalitu života u seniorů bez ohledu na konkrétní onemocnění. CASP-19, WHOQOL-OLD/BREF a OPQL – Older People's Quality of Life Questionnaire (Mareš, 2014, s. 24).

Existuje ještě třetí možnost: jde o specifické dotazníky určené sice starým lidem, ale jenom těm, kteří trpí jedním konkrétním onemocněním. Např. Quality of Life questionnaire for Dementia (QOL-D), QUALIDEM – The quality of life in late stage dementia, Dementia Quality of life (DQOL), Quality of Life Alzheimer's Disease scale (QOL-AD) (Santana-Berlanga, 2020).

2.2 Dosavadní výzkumy kvality života u seniorů

Kvalitu života seniorů je dobré postupně sledovat, protože každý z nás jednou zestárne a je dobré o této problematice více vědět.

Ve výzkumné práci Kvalita života seniorů z roku 2009 bylo předmětem zjistit adaptaci seniorů v domovech pro seniory. Byla použita metoda strukturovaných rozhovorů a osloveno 36 respondentů. Z výzkumu vyplývá, že většina klientů měla s adaptací problém, ale během jednoho roku se přizpůsobí. Důvodem zde bylo sdílení pokoje s dalším klientem, ztráta soukromí a stesk po domově (Koudelová, 2009, s. 63-64).

V roce 2010 byl výzkum zaměřen především na subjektivní pocity seniorů. Bylo osloveno 50 seniorů s otázkami na problematiku péče o seniory. V tomto roce byli senioři do domovů pro seniory přijímáni zejména ze zdravotnických zařízení, protože senioři nebyli dostatečně informováni, o dosavadních sociálních službách. Z výpovědí většiny respondentů realizovaného výzkumu je zřejmé, že nejčastějším důvodem pro odchod do domova pro seniory je věk, zhoršení zdravotního stavu, ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhé osoby při takových činnostech, jako je kupříkladu nákup, obstarání léků nebo základní hygiena. Vzhledem k závislosti na pomoci v základních činnostech denního života je nutná pravidelná individuální péče téměř u všech dotazovaných seniorů. Většina respondentů má na pokoji nějaký předmět, který jim připomíná domov nebo blízké osoby. Na otázku, jestli by raději žili doma nebo v domově pro seniory, většina odpovědí byla „doma“ (Koubová, 2010, s. 63).

Výzkumná práce z roku 2012 se zaměřovala především na odchod seniorů do penze. Kdy pomocí rozhovorů a měřících škál bylo zjišťováno, v jakých oblastech života jsou senioři při odchodu do penze spokojeni. Bylo osloveno 7 seniorů. Všichni oslovení respondenti uvedli, že se vyrovnali s odchodem do důchodu dobře. Důchod chápou jako čas svobody, možnosti myslet na sebe a být užiteční svým blízkým. Jednoznačně vyjadřují pozitivní postoj k životu. Jsou smíření se svým stárnutím a s potenciálním omezením svých možností a schopností (Peterková, 2012, s. 69).

V roce 2015 byla především porovnávána kvalita života seniorů umístěných v domovech pro seniory a seniorů žijících v domácím prostředí. Výzkum byl zaměřen na oblasti, kde se daný respondent nachází. Jedná se o oblasti prožívání, sociálních vztahů a prostředí. Bylo vybráno celkem 8 seniorů. Z výsledků vyplynulo, že senioři, kteří žijí v domácím prostředí, pocítují větší nezávislost a schopnost samostatného rozhodování.

Senioři oslovení v domově pro seniory uvádějí, že se cítí více v bezpečí a častěji se účastní společenských akcí (Špirudová, 2015, s. 79-79).

V roce 2018 se výzkumná práce zaměřovala na porovnání kvality života seniorů žijících v domácím prostředí a v domovech pro seniory. Byla zde použita metoda standardizovaných dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Dle dotazníkového šetření byla pro seniory žijící v domově pro seniory důležitá autonomie, možnost rozhodovat se sám, stýkat se s vlastní rodinou. Senioři zde nehledali kontakty s ostatními klienty zařízení. Spíše důvěřovali personálu a vytvářeli s ním přátelské vztahy. Důležité faktory, které chyběly, byly například domácnost, ticho, klid a pomoc ostatním. Respondenti žijící v domácnostech uváděli také důležitost autonomie, ale zde se objevovaly oblasti problémů, které se u seniorů žijících v domovech pro seniory neobjevovaly, a to otázka financí a bezpečného prostředí (Drazdíková, 2018, s. 36-40).

2.3 Demografie stáří

Civilizační vývoj je spojen se změnami reprodukčního chování, které se projevují ve změnách porodnosti i úmrtnosti. K důsledkům patří i změny věkového složení společnosti. Podle prognóz byla naše republika v polovině 21. století (společně s Itálií a Řeckem) společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě (Dvořáčková, 2012, s. 19).

Je faktem, že s prodlužováním lidského života se hranice pro označení seniora posouvá. V roce 1800 byl jako starý člověk viděn čtyřicátník, dnes se vymezuje stáří ve věku 65 let. (Příbyl, 2015, s. 14).

Naděje dožití je vyšší u žen než u mužů. Podle demografických tabulek se právě narozené děvče s největší pravděpodobností dožije 78, 5 let, právě narozený chlapec 72 let. Žena ve věku 60 let má před sebou nejpravděpodobněji dalších 21, 3 roku života, stejně starý muž 17, 2 roku. Tato pravděpodobnostní čísla však nevypovídají nic o životní prognóze konkrétního člověka. K typickým rysům seniorské populace patří vzhledem k vyšší naději dožití převaha žen, a to stále výrazněji se stoupajícím věkem. Poměr žen k mužům činí v ČR ve věkové skupině 60-64 let asi 1,2 : 1, ve věkové skupině 75-79 let asi 1,8 : 1, ve věkové skupině 90 a více let 3 : 1 a ve věku 100 a více let asi 4 : 1. Zahraniční údaje ukazují, že u extrémně dlouhověkých osob starších 110 let je poměr žen k mužům ještě vyšší a činí asi 8 : 1 (Kalvach a Onderková, 2006, s. 8).

Podle prognóz v následujících šedesáti letech dojde k výrazným změnám v demografické struktuře populace na území ČR. Tyto změny budou způsobeny

pokračujícím stárnutím populace, jehož příčinou bude vzrůstající doba dožití spolu s nízkou porodností. Podle projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem v roce 2011 by mělo v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionů občanů ve věku 85 let a více. Rychle přibývá starých lidí a současně se snižuje podíl dětí a mládeže. Věková pyramida neboli „strom“ života stále rozšiřuje svoji korunu, ale zároveň se zužuje kmen – základna (Dvořáčková, 2012, s. 20; příloha 2 a 3).

Pro pečující profese je podstatné, že dochází k výraznému přibývání velmi starých lidí ve věku 85 a více let. Starší populace bude v průměru zdravější, ale bude ve větším rozsahu postižena chronickými a degenerativními chorobami. Ty sice nepovedou k úmrtí, ale budou se projevovat ztrátou soběstačnosti. To ve svém důsledku povede ke zvýšení nákladů na veřejné zdravotnictví a sociální služby. Jedním z cílů vyspělé společnosti by mělo být zajištění důstojného života.

Tomeš (2001, s. 43) uvádí, že nejdůležitější faktory prodlužující lidský věk jsou faktory společenské. Naopak délku zkracuje stav životního prostředí, nemocnost a invidizace.

2.4 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví – a také i kvality života – se rozlišují do dvou okruhů přímých a nepřímých.

Nepřímé determinanty působí obecně a zprostředkovaně např.

- Kulturní tradice
- Hierarchie hodnot v dané společnosti, hodnoty života jednotlivce a také individuální zdraví
- Společensko-ekonomická vyspělost dané společnosti a její politicko-ekonomický systém

Přímé determinanty působí přímo na člověka

- Genetická dispozice
- Životní prostředí
- Způsob života
- Dostupnost a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb

Ve stáří se uplatňují i některé specifické faktory, např. v přímých determinantách genetická dispozice k dlouhověkosti, v nepřímých penzijní systém, respektive výše

penzijního příjmu. Mnohé determinanty lze dále členit, jiné spolu logicky souvisí, např. nízké vzdělání, fyzicky náročná práce, chudoba, nezdravý způsob života (kouření, nezdravá strava, obezita), nízká penze. Mnohé determinanty mohou mít rozličné kořeny, z nichž některé mohou působit protichůdně, např. vzdělání může být ovlivněné vrozenými mentálními schopnostmi, sociálním původem, školským systémem. V ucelené síti determinant se mohou některé faktory, determinanty, objevit opakovaně v různých souvislostech. Na kvalitě života a funkčním zdraví ve stáří se podílejí především tyto: prostředí, psychické faktory, sociálně ekonomický kapitál, spirituální a existenciální faktory (Čevela et al., 2012, s. 66).

3 Základní pojmy – gerontologie, geriatrie

3.1 Gerontologie a geriatrie

Akcelerace demografického stárnutí vedla k rozvoji nové vědní disciplíny, gerontologie. Autorem pojmu byl již v 19. století mikrobiolog a imunolog I. I. Mečnikov. Počátkem 20. století pak vznikl pojem geriatrie pro medicínskou problematiku stáří.

Pojem gerontologie je odvozen z řeckého slova „gerón“, tj. starý člověk, a pojmu „logis“, tj. nauka. Gerontologie je interdisciplinární věda, souhrn poznatků o stáří a starých lidech. Zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří. Ve světě vznikala první hnutí gerontologické společnosti ve čtyřicátých letech 20. století.

V roce 1958 založil internista Bohumil Prusík Gerontologickou komisi České internistické společnosti, v roce 1960 se komise stala samostatnou sekci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a v roce 1962 zvolila název Česká gerontologická společnost (Pacovský, 2006, s. 752). V současnosti nese název Česká gerontologická a geriatrická společnost.

V posledních letech se gerontologie rozvíjí jako vysokoškolský studijní obor především pro nelékařské pečující profese. Gerontologie se dělí do tří okruhů. Gerontologie klinická, experimentální a sociální (Čevela et al., 2012, s. 36).

Gerontologie *experimentální* se zabývá studiem procesů a příčin stárnutí, tím, proč a jak živé organismy stárnou.

Gerontologie *klinická* se zabývá zvláštnostmi zdraví a jeho podpory ve stáří, především funkčním zdravím, involučním poklesem zdraví, zdravotními problémy i zvláštnostmi chorob, diagnostikou, léčením, prevencí a rehabilitací.

Gerontologie *sociální* se zaměřuje na život ve stáří, vztahy ve společnosti a mezi seniory. Sociální gerontologie studuje vzájemné vztahy mezi populací vyššího věku. K hlavním cílům patří předcházet předčasnému a patologickému stárnutí, usilovat o zdravé a úspěšné stárnutí a především aktivní i produktivní sociální stáří (Čevela et al., 2012, s. 63).

3.2 Geriatrie

Klinická gerontologie se také nazývá geriatrie. Zabývá se zdravím a jeho udržováním ve stáří, zdravotními a medicínskými problémy seniorů včetně geriatrické křehkosti. Za zakladatele geriatrie je považován I. L. Nascher (Kalvach et al., 2004, s. 63).

Geriatrie je diferencovaná. Zabývá se péčí akutní i chronickou, preventivní i paliativní, rehabilitační a ošetrovatelskou. V užším slova smyslu je geriatrie specializační klinický obor vycházející z vnitřního lékařství s přesahy do dalších klinických oborů. Především do psychiatrie, neurologie, rehabilitace, ošetrovatelství. Její klienti, geriatřiční pacienti, jsou křehcí senioři vyžadující modifikovaný diagnostický přístup, léčebný i ošetrovatelský přístup. Jsou ohroženi typickými geriatrickými zdravotními problémy a riziky, včetně dlouhodobé institucionalizace a s geriatricky modifikovanými zdravotními problémy včetně involučně atypicky probíhajícími vnitřními onemocněními, geriatrickou křehkostí, multikauzálními a geriatrickými syndromy. Nejde tedy v žádném případě o všechny seniory starší určitého věku se všemi jejich zdravotními problémy. Geriatrická práce je typicky týmová a vychází z komplexního geriatrického hodnocení pacienta.

Součástí geriatrie je také tzv. dlouhodobá péče (long term care), komplexní zdravotné sociální podpora nemocných s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením (Čevela et al., 2012, s. 65).

3.2.1 Česká geriatrie

Česká geriatrie má důstojnou tradici. Již v r. 1843 přednášel na pražské lékařské fakultě o nemocech stáří J. Hammerník. Šlo o projev první vlny evropského zájmu o tuto problematiku, která se projevila ve 30. letech zakladatelskými monografiemi, např. *O nemocech vyššího věku a jejich léčení* od C. F. Canstatta, která vyšla v Německu v r. 1839. Od roku 1921 se geriatrii zabýval profesor R. Eiselt (1881–1950), který v r. 1929 přeměnil Ústav pro nemoci ve stáří v dnešní pražské Thomayerově nemocnici ve fakultní kliniku, pravděpodobně první geriatrické univerzitní pracoviště na světě. Projevil se tak vliv profesora V. Růžičky (1870–1934), jehož teorie stárnutí jako hystereze protoplazmy se v té době těšila světovému zájmu. Po 2. světové válce profesor B. Prusík (1886–1964) založil Českou gerontologickou společnost (od r. 1958 sekce, od r. 1962 samostatná společnost) a patřil k zakládajícím členům prestižní Mezinárodní gerontologické asociace IAG. V r. 1977 vznikl postgraduální kabinet geriatrie v Praze (Pacovský, 2006, s. 298).

V popularizaci gerontologie sehrály významnou roli práce profesorky H. Haškovcové (Kalvach et al., 2004, s. 49).

3.2.2 Geriatrické ošetřovatelství

Geriatric je obor, který vznikl z důvodu demografických změn a nevyhnutelnosti péče o staré lidi. Zdravotní péče v geriatricii se od ostatních oborů medicíny odlišuje komplexním přístupem, potřebou koordinované týmové spolupráce (interdisciplinární lékařské, ošetřovatelské, rehabilitační).

Cílem geriatricie v seniu je podle Kalvacha et al. (2004) zvýšit možnosti starého pacienta uchovat dobré zdraví včasným rozpoznáním akutního onemocnění a jeho léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Ošetřovatelství v geriatricii je podle Poledníkové et al. (2006, s. 216), Bálkové et al. (2006, s. 91) a Németha (2009, s. 193) diferencované, komplexní, kontinuální, zohledňující aktivní přístup, preventivní a plánované. Sestry na geriatrických odděleních pracují metodou ošetřovatelského procesu se zřetelem k aktuálním nebo potencionálním problémům pacienta, přičemž zohledňují i evoluční změny a funkčnost seniorů. Balková et al. (2006) tvrdí, že záležitostí ošetřovatelství a sociální práce je dlouhodobá péče, jejímž problémem je nejen zvýšený počet starých lidí v populaci, ale hlavně zhoršení kvality jejich života. Seniorská populace je heterogenní z hlediska zdravotního i funkčního a vyžaduje diferencovaný přístup. U významné části seniorů, kterou vnímáme jako komplikované geriatrické pacienty, je typická křehkost (vyžadující včasnou intervenci), změněný klinický obraz chorob a mnohočetnost obtíží. U skupiny seniorů dochází ke změně soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení. Hlavní zdravotní riziko ve stáří představují projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativních onemocnění mozku, smyslového poškození, deprese, malnutrice a dekonidice.

Ošetřovatelská péče o starší „křehké“ jedince představuje hlavně bezpečnost jedince a okolí. Klíčovým pojmem spojeným se stárnutím je stařecká křehkost – frailty. Graham et al. (1996) v rámci rozsáhlé studie *Canadian Study of Health and Aging* označuje křehkost spíše jako mnohorozměrný pojem, nejen vyjádření určité míry závislosti podle funkčních testů. Znamená to, že pro tyto křehké seniory je nezbytná dlouhodobá a institucionální péče. Křehcí pacienti mají vysoké riziko mortality, pádu a zhoršení disability. Tito senioři musí být včas diagnostikováni, protože křehkost neumí signalizovat. Nezbytnou součástí léčby stařecké křehkosti jsou ošetřovatelské intervence k podpoře zvyšování soběstačnosti

pacienta, používání kompenzačních pomůcek a dlouhodobé fyzioterapie za cílem zlepšení pohybových možností seniora (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 22-23).

4 Fenomén stáří

Uvádí se, že existuje okolo tří set definic vymezujících stárnutí a stáří. Hippokrates vymezil stáří jako ztrátu vlhka a Aristoteles jako ztrátu tepla. Galén definoval stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, jenž je navozen změnami tělních šťáv. Mezi autory zabývajícími se problematikou stárnutí a stáří panuje shoda v názoru, že stáří (senium) je konečnou etapou života (vývojovým obdobím), zatímco stárnutí (senescence) je fyziologický proces a nikdo se mu nemůže vyhnout (Příbyl, 2015, s. 9). Stárnutí je souhrn zánikových změn morfologických a funkčních, nastupujících postupně, se značnou interindividuální variabilitou (Kalvach, 2004, s. 47).

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje veškeré živé organismy. Morfologicky jde o fyzickou, věkově obvyklou atrofii, funkční zhoršování vlastností, pokles rezerv, úbytek funkcí, zhoršování reakcí i pružnost regulací, o změnu biorytmů, hromadění chyb a deficitů. Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek nastává pozvolna, v některých složkách už ve středním věku období dospělosti. Je důsledkem změn v centrální nervové soustavě, ale také ve smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz a v látkové výměně (Dvořáčková, 2012, s. 13).

Jde o znevýhodňování organismu oproti mládí s poklesem zdatnosti, odolnosti a adaptability. Zhoršuje se výkonnost, funkční zdraví, odolnost k zátěži (Čevela et al., 2012, s. 20). Stárnutí dělíme na fyziologické a patologické (Příbyl, 2015, s. 9).

4.1 Dělení stárnutí

Fyziologické stárnutí, také označované jako primární, je provázeno přirozenými běžnými projevy souvisejícími s věkem, kdy se vytváří typický obraz – stařecký fenotyp. Jedná se o kontinuální proces.

Za patologické, označované také jako sekundární, je chápáno stárnutí chorobné, kdy je proces stárnutí urychlen. Někteří autoři uvádějí také stárnutí terciální, které zahrnuje umírání. Proces stárnutí je ovlivněn řadou faktorů, které lze rozdělit na vnitřní a vnější.

Za vnitřní faktory se považují:

- Genetická výbava – činitele buněčného přežití, vrozené genetické a získané genové mutace vedoucí ke vzniku onemocnění
- Tělesná onemocnění a psychické poruchy
- Psychická výbava jedince – povaha, zvládnání zátěžových situací, způsoby vyrovnávání se s nemocí, životní cíle, stereotyp

Za vnější faktory se považují:

- Fyzikální – klima, životní prostředí, pracovní prostředí
- Chemické – kožní, plicní komplikace
- Sociální – způsob a kvalita bydlení, finanční zabezpečení, rodina, vzdělání (Příbyl, 2015, s. 10).

4.2 Projevy stáří

Mýtus, že stáří je nemoc, která se vyznačuje zpomalením pohybu a myšlení, je již překonán. Zjišťujeme, že tělo i mysl se dají vytrénovat, aby fungovaly lépe a zdravěji i v pozdějším věku. Skutečnost, že s přibývajícím věkem nám přibývají nemoci, není nevyhnutelný úděl stáří, ale výsledek našeho života a životního stylu (Rheinwaldová, 1999, s. 8).

Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi k tomu, jak bude reagovat na situace ve svém životě. Je to ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žije. Jsou to propojené systémy, kdy člověk musí hledat nový způsob života nebo způsob, jak se přizpůsobit (Dvořáčková, 2012, s. 11–12).

4.2.1 Tělesné projevy stáří

Tělesné projevy, jimiž se odlišují staří lidé od mladých, označujeme jako fenotyp stáří. Kalvach (2004) poukazuje na to, že tělesná výška se s věkem snižuje a tělesná hmotnost obvykle s věkem stoupá. Nápadné jsou změny postoje a chůze, dochází k úbytku svalové hmoty a síly. Významné jsou změny smyslového vnímání.

Všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Začínají se objevovat pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty. Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. S těmito fyzickými změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince (Dvořáčková, 2012, s. 12).

4.2.2 Psychické změny

Stárnutí bývá spojováno se změnou osobnosti, u seniora se projevují negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. Psychické změny v kombinaci se sociálními změnami ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí. Vždy je však nutné odlišit chování způsobené změnami ve stáří od duševních či tělesných poruch.

Psychické změny můžeme rozdělit na charakteristický obraz psychiky seniorů:

- psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy.
- psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti a trpělivosti.
- psychické funkce, které se s věkem nemění – jazykové znalosti, intelekt a slovní zásoba.

Sociální změny a změny v životní orientaci (Dvořáčková 2012, s. 12-13).

Každé věkové normy zahrnují definice chování, které jsou vhodné, akceptovatelné pro určitý věk. Sociální struktura každé společnosti je vždy spojována se společenskými vztahy. Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění. S tím souvisí i společenská role seniorů a jejich společenský status. Moderní společnost vede celý život člověka k nezávislosti. V momentě, kdy člověk odchází na tzv. „zasloužilý odpočinek“, je penzionován a dochází ke změně společenské role. S odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Velkým skokem je odchod do důchodu bez náhrady dosavadního rytmu života, bez konkrétního programu a perspektivy.

Další událostí, která poznamená rodinný život, je odchod dětí z domova. Manželé se náhle ocitají sami. Tato změna může partnery sblížit, nebo naopak v jejich vztahu objeví trhlinky a usadí se prázdnota. Jedná se o „syndrom prázdného hnízda“, kdy dochází ke ztrátě rodičovské role. Často bývá nahrazována rolí prarodičů.

V důsledku bio-psycho-sociálních změn dochází často k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových společenských kontaktů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvětšuje. S postupujícím věkem se u seniora snižuje manuální zručnost, a nastává problém s orientací. Začíná trpět tzv. handicapem sociální integrace.

Ve skutečnosti se však ukazuje, že poměrně mnoho lidí je na stáří nepřipraveno. Poukazuje se na rozdíly v plánování budoucnosti mezi stárnoucími lidmi. Ti, kteří žijí doma

v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři, žijící v domě pro seniory, upadají často do nezájmu a sociální izolace.

Podle Eriksona naší společnosti chybí „životaschopný ideál stáří“, protože společnost neví, jak začlenit seniory do společnosti, co očekávat a co nabízet (Erikson, 2014, s. 60).

Ke stáří neodmyslitelně patří i smrt, která nejen ukončuje lidský život, ale znamená taky konec partnerského soužití.

4.3 Vymezení a periodicitá stáří

Obvykle rozlišujeme stáří kalendářní, sociální a biologické.

4.3.1 Kalendářní stáří

Je jednoznačně vymežitelné, ale není totožné s interindividuálními rozdíly. Prodlužuje se věková hranice a prodlužuje očekávaná doba dožití, protože se průběžně zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucí generace. Dnes je za počátek stáří považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let (Kalvach et al., 2004, s. 47).

Dle pojetí B. L. Neugartenové (1966, s. 61-67) bylo navrženo orientační členění stáří dle zlepšování funkčního stavu ve stáří.

- 65-74 let: mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace,
- 75-84 let: staří senioři – problematika adaptace, tolerance, zátěže, specifického stonání, osamělosti,
- 85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení.

4.3.2 Sociální stáří

Postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společenské zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří například maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus). Za začátek sociálního stáří se považuje vznik nároku na starobní důchod či penzionování. V sociálním stáří lze hovořit o tzv. sociální periodizaci, která člení lidský život do životních období, tzv. věků. První věk je období předproduktivní, tedy dětství. Druhý je věk produktivní, kdy jde o fázi dospívání. Třetí věk – postproduktivní, jde o věk postpenzionování a poklesu produktivity. Čtvrtý věk je označován jako věk závislosti. Sociální stáří je spojováno se změnou životního stylu, odchodem do důchodu a s proměnou potřeb i sociální role. Senioři

často uvádějí strach z osamělosti, opuštěnosti a závislosti na druhých. Musí čelit tzv. generační osamělosti, smířovat se se smrtí svých vrstevníků, životních partnerů. U některých seniorů se vyskytuje sociální dezintegrace, která je chápána jako znevýhodnění seniora se zúčastňovat sociálních vztahů. Jde často o to, že senioři se bojí navazovat kontakty a před okolím se uzavírají. Uvádí se, že obecně stárnutí a odchod do důchodu hůře snáší muži, než ženy (Kalvach a Onderková 2004, s. 47- 48).

4.3.3 Biologické stáří

Lze jej charakterizovat jako míru involučních změn, která je u každého jedince zcela individuální. Uvádí se, že již okolo 25. – 30. roku života lze pozorovat pomalý, postupný pokles výkonnosti fyzických i duševních funkcí. Rozlišují se tři typy změn:

1. Úbytek funkcí na tkáňové, orgánové a systémové úrovni
2. Významný pokles buněčných rezerv, projevující se v zátěžových situacích
3. Zpomalení většiny funkcí

Vnější obrazem biologického stáří je již zmíněný stařecký fenotyp: svrašťování, vysušování kůže, úbytek vlasů a ochlupení, šedivění, změny hormonální produkce a sekrece, ochabování svaloviny a úbytek kostní hmoty, poruchy sluchu, zhoršení adaptace na světlo a tmu, poruchy kardiovaskulárního systému, změna postavy, chůze atd. Tyto změny se ve stáří projevují tím, že se člověk rychleji unaví, potřebuje delší čas k obnově fyzických a duševních sil, jedinec má pomalejší reakce na podměty a dochází ke zpomalení psychomotorického tempa. Proces biologického stárnutí je ovlivněn nejen životním stylem nebo chronickými onemocněními, ale i úrovní zdravotní péče. Silný vliv má psychický stav, který vyplývá z pozitivního či negativního hodnocení dosavadního života, se smířením se se stárnutím a stářím, a prohlubující se sociální izolací. Přesné vymezení biologického stáří neexistuje. Pro objektivní zhodnocení stavu seniora v praxi často používáme funkční geriatrické vyšetření (FGV) (Příbyl, 2015, s. 11).

4.4 Senior

Pro jedince prožívající období stáří se užívá pojem senior. Jedná se o termín emočně neutrální, přijatelný pro různé vědecké disciplíny, např. medicínu, psychologii, sociologii. Lze jím označit člověka v průběhu celého senia bez ohledu na míru soběstačnosti. V odborné literatuře se často objevují jiná označení, jako např. geront, kterým je spíše vnímán senior nesoběstačný. Jiným označením je pojem senescent, které se pro zastaralost již nepoužívá.

Občas se lze setkat také s označením důchodce, což je považováno za označení zcela nevhodné, protože ne vždy důchodce musí být seniorem, a ne každý senior je důchodcem. Problematice stáří a stárnutí je věnovaná zvýšená pozornost nejen v odborné literatuře, ale i v médiích.

Z hlediska funkční zdatnosti se senioři člení dle klasifikace:

- Elitní – schopni podávat extrémní výkony i ve vysokém věku.
- Zdatní (fit) – jsou dobré tělesné i duševní kondici, zvládají život i v náročném prostředí, pravidelně se věnují pracovním i sportovním aktivitám.
- Nezávislí (independent) – jsou soběstační v běžných životních nárocích, instrumentální aktivity zvládají, ale mají funkční rezervy, odolnost a adaptabilitu mají nižší.
- Křehcí (frail) – senioři s výkyvy funkčního i zdravotního stavu, mající problémy s instrumentálními aktivitami denního života, ohrožení náhlými dekompenzacemi stavu, potřebující pečovatelskou službu.
- Závislí (dependent) – s nízkým potenciálem zdraví, se závažným funkčním deficitem, vyžadující podporu a pomoc druhé osoby, systému dlouhodobé péče.
- Zcela závislí (totally dependent) – senioři zcela upoutaní na lůžku, s rozvinutým imobilizačním syndromem nebo senioři s pokročilým stadiem demence vyžadují trvalou ošetrovatelskou péči a dohled.
- Umírající – příjemci paliativní péče (Příbyl, 2015, s. 14).

4.4.1 Příprava na stáří

Cílem gerontologie a geriatrie je především zlepšení kvality života seniorské populace. Soběstačnost a s ní spojené pocity spokojenosti představují významnou hodnotu závěrečné etapy každého lidského života. Problematice přípravy na stárnutí se v ČR věnoval dokument Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (MPSV, 2008)

Příprava na stáří obsahuje dva okruhy snah:

- Minimalizovat hromadění (kumulaci) negativních vlivů
- Posilovat pozitivně působící faktory (vlivy)

Jde o přípravu na cílevědomou tvorbu zdravého způsobu života v každém věkovém období člověka, tj. o celoživotní (biodynamní) přípravu na život a stárnutí.

Tato příprava spočívá v naplňování mnohých krátkodobých cílů a jednoho dlouhodobého celoživotního hlavního cíle.

Mária Bratská (2008, s. 256) uvádí čtyři etapy průběhu přípravy na stárnutí:

1. Permanentní dlouhodobá příprava, která trvá celý život člověka.
2. Přeladování – v období od 40 do 60 let.
3. Akutní příprava – přibližně 5 let před odchodem do důchodu.
4. Aktuální příprava na stárnutí – v průběhu důchodového věku.

Tato příprava musí být však mnohostranná a musí se na ní podílet odborníci různých oborů (Křivohlavý 2011, s. 130).

4.4.2 Adaptace ve stáří

Stáří přináší řadu změn tělesných, psychických i sociálních, včetně základních událostí, jakými jsou penzionování, osamostatnění dětí, ovdovění, pokles životní úrovně a společenské prestiže, pokles výkonnosti, nástup zdravotních problémů, případná ztráta soběstačnosti. To klade značné nároky na adaptabilitu člověka.

Psychická adaptace souvisí s úrovní kognitivních schopností. Kognitivní schopnosti jsou ve zdravém stáří involučně změněny, např. pokles rychlosti zpracování informací, rychlejší nástup únavy, špatná všípivost. Tyto změny jsou kompenzovány zkušenostmi. U zdravých seniorů jsou závažnější než involuční deficity, poruchy způsobené rezignací nebo oslabením koncentrace a časté sklony k depresím. Hrubá porucha kognitivních schopností, s jakou se setkáváme v pokročilých stadiích syndromu demence, znemožňuje složitější adaptační projevy. Převážně pak jde o režimové podřízení se vyžadovanému chování. Nedostatečná či chybná adjustace se manifestuje jako porucha chování, malaadaptační dekompenzace, zhoršení projevů či rozvoj deliria při překročení adaptační schopnosti mozku, při jeho „přetížení“, např. vyšší aktivitou (cestování) či přemístěním do nového prostředí. I senioři využívají při psychické a sociální adaptaci svých individuálních asimilačních schémat, do nichž se snaží začlenit nové zkušenosti, nové podněty z prostředí, z chování jiných lidí. Pokud do schématu zapadnou, dochází k jeho kvantitativnímu obohacení a rozšíření. Pokud nový podnět, nová zkušenost, do asimilačního schématu nezapadne, vymykají se představě o realitě, dochází k narušení ustálené rovnováhy, ke kognitivnímu konfliktu, což vyvolává psychickou tenzi, stres, který může být i pro křehkého starého člověka příliš silný, takže může vést k psychické dekompenzaci (Čevela et al., 2012, s. 130-131).

Adaptace na měnící se životní situaci a úbytek sil ve stáří může mít tyto tři okruhy teorií:

- Teorie aktivního stárnutí – cílem je usilovat o zachování maxima dosavadních aktivit, žít životem středního věku, jen optimalizovat podmínky.

- Teorie substituční – cílem je usilovat o udržování aktivit a náhradu zatěžujících či nemožných činností aktivitami náhradními.
- Teorie postupného uvolňování – cílem je usilovat o vědomé vyvázání z aktivit a pokorně se smířit s deficitem stáří.

Žádnou z těchto strategií nelze považovat za nadřazenou a kvalitnější. Žádná by proto neměla být seniorovi vnucována. Zvolený postup by měl vycházet z osobnosti daného člověka – mělo by jít o svobodnou volbu, nikoli o vynucenou povinnost. Nemělo by dojít k přetížení, ke zhroucení ani k rezignaci. Adaptační strategie na stárnutí souvisí s osobními ambicemi, s tím, co stárnoucí člověk očekává, že se stane a oč chce usilovat - jakou má představu o vlastním stáří. U některých lidí může změna životní situace ve stáří představovat stres, deprivaci se ztrátou smyslu, který nedokáže zvládnout. Dochází k maladaptačnímu syndromu s apatií a agresivitou, s rozvojem psychosomatické problematiky. K adaptaci na stárnutí, k úspěšnému stárnutí a zdravému stáří, patří udržování potřebné míry tělesné, psychické i sociální aktivity a kondice. V sociální oblasti je prospěšné se zapojit do skupin (Čevela et al., 2012, s. 132-133).

4.5 Pozitivní aspekty stáří

„Kdo ve stáří prohlédne tajemství života a pochopí svůj život jako celek, stane se moudrým. A to je první smysl stáří: stát se moudrým“ (Anselm Grün, 2011, s. 82).

V první fázi života jde o to, připravit se na dospělý život, ve druhé fázi života je důležité založit rodinu a zajistit v ní potřebnou výchovu dětí k dospělosti. Úkolem třetího úseku životní cesty je kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat jej dále. Tento cíl je možno formulovat v lidové řeči jako „být někým“, či „být charakterem“, tj. být úctyhodným člověkem (Křivohlavý, 2011, s. 84). K tomu, aby se stáří zdařilo, je zapotřebí některých cností, říká Anselm Grün (2009, s. 80).

Je potěšitelné, že v každé kultuře najdeme určitý seznam cností. Cnosti lze považovat za obecně lidské. V psychologii jsou považovány za něco, co člověku dodává zcela určitý charakterový rys a v těžkých životních situacích se projeví jako duševní síla.

Tyto cnosti jsou označovány termínem human strengths – „silné stránky charakteru člověka“.

Přehled silných stránek charakteru

1. Moudrost a znalosti – tvořivost, originalita, zájem, hledání nových věcí, láska k učení, otevřenost, kritické myšlení a usuzování
2. Odvaha – statečnost, udatnost, hrdinství, píle, houževnatost, poctivost, nadšení, vitalita, energičnost
3. Lidskost – láska, laskavost, péče, soucit, pochopení pro sociální a emocionální věci
4. Spravedlivost – sociální odpovědnost, loajalita, týmová spolupráce, slušnost
5. Umírnění a sebeovládání – odpuštění, pokora, skromnost, nenáročnost
6. Transcendence - naděje, spiritualita, vděčnost, naděje, humor, spiritualita
(Peterson a Seligman, 2004, s. 29-30)

S uvedenými silnými stránkami charakteru se nerodíme. Získáme je za vhodných podmínek – v průběhu života. Přejímáme je z kulturního prostředí, v němž vyrůstáme. Učíme se je, aby nám i ve starším věku dodávaly sílu a udržovaly v nadějném směřování běh našeho života.

Protože jde o něco, co člověku i ve stáří dodává sílu a moc zvládat měnící se situace (Křivohlavý, 2011, s. 87).

Stárnutí a moudrost

„Moudrost je znalost, která je v samém jádru osobnosti, o kterou se tvrdě bojuje celý život a která se potom používá pro všeobecné dobro“ (Peterson a Seligman, 2004, s. 39).

Moudrost znamená něco vědět (vědomosti), to ano, ale moudrost se nedá redukovat na hromadění knižních znalostí nebo na účast na mnoha přednáškách. Je pravděpodobné, že moudrost má co dělat se životními těžkostmi, z nichž daný člověk vyšel jako ten, kdo je lépe schopen sdílet to, čemu se naučil, když žil s druhými lidmi. V obdobném duchu se dozvídáme, že moudrost má co činit s velkou šíří i hloubkou poznání podmínek života, s uvažováním o těchto věcech a s užitím těchto vědomostí v běžném životě. Patří k ní i dávání rad těm, kteří se do takovýchto situací nejistoty dostávají. Podle Eriksona (citováno podle Křivohlavý, 2009, s. 9) je moudrost trvalý výsledek toho, že se danému člověku podařilo v životě úspěšně zvládnout obtíže i posledního, vrcholného stadia zrání osobnosti, a tak dospět až do opravdové dospělosti. V praxi to znamená i překonání zoufalství a beznaděje. Ten, kdo dosáhne moudrosti, dojde podle Eriksona k přesvědčení, že jeho život nebyl marný, že byl opravdu smysluplný, že ho nepromarnil (citováno podle Křivohlavý, 2011, s. 88).

Moudrost a stárnutí mají něco společného. Moudrost jako taková, není vrozená. Začíná se ukazovat tehdy, kdy již máme kus života za sebou – když jsme museli řešit těžké životní situace, problémy, spory, konflikty. Právě během řešení těžkých životních situací se moudrost rodí a objevuje.

Důvodem, proč zde uvádíme moudrost v souvislosti se stárnutím, je však to, že se skutečně řadou různých studií prokázalo, že existuje určitý vztah mezi moudrostí a věkem, že lidé starší jsou obvykle moudřejší než lidé mladší – i když se toto zjištění nesmí brát tak striktně, že bychom se mohli domnívat, že je-li někdo starší, je také automaticky moudřejší (Křivohlavý, 2011, s. 89).

Stárnutí a vděčnost

Existuje nejen vděčnost jako kladný postoj v mezilidských vztazích, ale i vděčnost nadosobní, a to zcela určitý postoj a vztah k životu. Není třeba dodávat, že to, jaký postoj zaujímáme k darům, které dostáváme, jak v osobním, tak v nadosobním styku, má vliv na náš život na naši psychiku (duševno) a na život tělesný (fyzický). Tento vliv byl v posledních letech systematicky studován celou řadou experimentů. V záměrně provedených pokusech se prokázalo, že lidé, kteří si vedli pravidelně deník, v němž si po dobu dvou měsíců každý týden pečlivě zaznamenávali to, za co mohou být vděční, měli méně příznaků fyzických potíží, celkově se cítili lépe, pravidelněji cvičili (pro zdraví), byli optimističtější v pohledu na to, co budou v příštím týdnu dělat, v porovnání s lidmi (jinými skupinami pokusných osob), kteří obdobným způsobem zaznamenávali neutrální události nebo věci, jež je uvádějí do úzkých (své životní problémy, těžkosti). Tito lidé cvičící spěli s vyšší míře úspěchu v realizaci svých důležitých životních cílů. Cílem bylo zlepšování zdravotního stavu, úspěšnost studia, nebo zlepšování mezilidských vztahů (Křivohlavý, 2011, s. 99-101).

Sebepojetí ve stáří

Vstupujeme-li do důchodu, mění se mnohé. Mění se mimo jiné i to, jak sami sebe vidíme, jak se hodnotíme a za koho se pokládáme. Psychologové o těchto aspektech našeho duševního života hovoří jako o sebepojetí. Jde o subjektivní zvažování všeho, co se nás týká. V prvé řadě jde však o to, jak my sami sebe hodnotíme v relaci k tomu, jak jsme se hodnotili dříve i jak hodnotíme druhé lidi. Toto naše sebehodnocení může být přiměřené skutečnosti.

Dle některých výroků pečovatelů o stárnoucí generaci není nic horšího než starý člověk, který je sebestředný, namyšlený, arogantní a dává to nadřazeně druhým lidem na

každém kroku najevo. Je pyšný, neustále druhé lidi ponižuje, sekýruje a vyžaduje pro sebe neobyčejné služby.

Ve třetí fázi života jde o integraci, sladění celé osobnosti. Aby k tomu mohlo dojít, je v první řadě zapotřebí, abychom viděli sami sebe realisticky a neměli o sobě zkreslenou představu.

Ve třetí fázi života se setkáváme s mnoha případy, kdy přiměřenost sebehodnocení dělá stárnoucím lidem těžkosti. Stane se, že někdo zaujímal v zaměstnání poměrně vysoké postavení. Jednoho dne se stane důchodcem a zjistí, že se jeho měsíční příjem zredukoval na podstatně menší polovinu. Ať chce nebo nechce, najednou je hluboce podhodnocen. Přitom se stále cítí hodnotnějším. Podobně nám do našeho sebehodnocení zasahují i zdravotní změny (Křivohlavý, 2011, s. 101-102).

Stárnutí a pocity spokojenosti

Zdroje radosti

1. Smysluplnost našeho života a jeho jednotlivých aktivit. Rozumíme jí existenci obdobně přivlastněného cíle, který má obecně dobrou hodnotu, který jsme si dobrovolně vzali za svůj a k němuž celým svým životem směřujeme.
2. Angažovanost. Tou se rozumí míra a intenzita zapojení se do aktivit v našem světě (prostředí). Na prvním místě jde o sociální aktivity a angažovanost v rodině, kontakty s přáteli.
3. Působit radost druhým lidem. Objevovat potěšení. Nacházet v něčem zálibu a být příjemný. Mít rád (Křivohlavý, 2011, s. 112-113).

Spiritualita a religiozita ve stáří

Tato touha vrcholí v době, když si člověk uvědomí, že stárne. Když bylo zjištěno, čím je to způsobeno, byl učiněn závěr, že stárnoucí člověk si výrazněji uvědomuje, že jeho počet dní se krátí a začíná se intenzivněji zajímat o smysluplnost žití a bytí (Křivohlavý, 2011 s. 115).

Úkolem spirituality je posílení našeho „já“ jako centra osobnostní struktury opřené o pevnou orientaci a začlenění individua do sítě užších i širších sociálních kontaktů. Jde o nalezení, posílení a případně vytvoření osobní identity (Řičan, 2007, s. 305).

4.6 Aktivní stárnutí

Termín aktivní stárnutí byl přijat Světovou zdravotnickou organizací (WHO) koncem 90. let. Vychází ze zásad Organizace spojených národů určených pro seniory, které lze shrnout pod následujícími názvy: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. V pojmu aktivní stárnutí je zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunitního života. Je velmi důležité s narůstajícím věkem obyvatel vytvořit takové prostředí, které seniorům umožní co nejsamostatnější život (enabling environment) – „přátelské prostředí“. To by mělo umožnit snazší život lidem a zejména seniorům s disabilitou. Myšlenka aktivního stárnutí může být do budoucna řešením nejen pro celou společnost, ale i pro samotného seniora. Není nutností se ve vyšším věku vzdát aktivit, kterým se senior věnoval v mladších letech, pokud mu v tom nebrání nemoc či snížená soběstačnost. Důležité je, aby člověk vyššího věku nacházel smysluplnost svého života a byla zachována jeho autonomie. Pokud nebudeme považovat všechny mladé nebo staré lidi za součást života, budeme se dívat na stárnutí jako na něco abnormálního (Dvořáčková, 2012, s. 29).

4.7 Zdravé stárnutí

Novější pojem než aktivní stárnutí, je koncepce, kterou lze stručně označit jako zdravé stárnutí (*health aging*). Pojem zdravé stárnutí figuruje v názvu nového zdravotnického programu WHO na léta 2015-2030. Tento běžící program nahrazuje předchozí program Aktivní stárnutí, který odstartoval v roce 2002.

Podle WHO (2020) se **zdravým stárnutím** rozumí proces rozvoje a udržení funkční schopnosti člověka, což mu umožní udržet si osobní pohodu i ve vyšším věku. V uvedené definici figuruje pojem *funkční schopnosti*: jde o schopnosti, jež umožňují lidem existovat a dělat to, co považují za hodnotné, čeho si váží. Zahrnují tyto dílčí schopnosti: schopnost uspokojovat své základní potřeby; schopnost činit rozhodnutí, učit se, rozvíjet se; schopnost být mobilní; schopnost budovat si sociální vztahy a udržovat je; schopnost přispívat k rozvoji společnosti (WHO, 2020).

5 Potřeby člověka ve stáří

Uspokojování či neuspokojování potřeb je v odborné literatuře spojováno s kvalitou života obecně. U seniorů je správná identifikace a následná saturace potřeb významným faktorem, které ovlivňují prožívání stáří.

Potřeba je projevem nedostatku, chybění něčeho, čehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, pozornost, myšlení a emoce, vytváří vzorec chování u jednotlivce. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem, žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí považujeme ty, které neškodí nám, ani jiným. Naopak nežádoucí potřeby mohou škodit dané osobě nebo jiným. Potřeby jsou určovány také kulturou (Trachtová et al., 2013, s. 11).

Pojem potřeba může mít několik významů:

- Biologický - potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy, která je nutná k přežití jedince.
- Ekonomický - potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt, například boty, oblečení, byt, auto apod.
- Psychologický - vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek (Trachtová et al., 2013, s. 10).

5.1 Klasifikace potřeb dle Maslowa

Abraham Maslow lidské potřeby rozdělil na nižší a vyšší. Mezi nižší potřeby se řadí potřeby fyziologické a potřeby bezpečí. Mezi vyšší potřeby jsou řazeny potřeby sounáležitosti, potřeby uznání a seberealizace. A. Maslow dále vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a jsou seřazovány dle aktuálních prožitků. Pohybová aktivita či potřeba pohybu patří do kategorie potřeb fyziologických, které jsou základním patrem pyramidy (Trachtová et al., 2013, s. 14–15; příloha 1).

5.2 Problematika potřeb ve stáří

Kvalita života ve stáří je ovlivněna mírou saturace potřeb seniora společně s celou řadou faktorů např. sociálních kontaktů, ať už jde o vztahy s dospělými dětmi nebo o sousedy, přátele, dále dostupnost zdravotní péče, bezpečnost, informovanost, dostupnost dopravy a bydlení. V problematice potřeb seniorů lze identifikovat dva základní okruhy otázek. První otázka je: jaké má starší člověk potřeby? Druhým okruhem otázek je: jaké jsou odlišnosti potřeb seniorů od potřeb v mladším věku a ve způsobu jejich uspokojování? V čem se liší lidské potřeby v mladším a v seniorském věku? Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby seniorů? V názorech laické populace i v názorech zdravotníků, se objevuje určitý stereotyp percepce potřeb starých lidí. Seniorům jsou občas přisuzovány „speciální“ potřeby, které se u mladší generace neobjevují, anebo se potřeby seniorů redukuje na pouhé základní fyziologické potřeby a materiální zajištění. Objektivně lze ale říci, že u seniorů se neobjevují žádné „speciální“ potřeby, jen se mění jejich subjektivní význam, stanovení priorit či způsob jejich uspokojování. Příčina této změny může být spatřována v poklesu potřeby nových podmětů, snížené ochoty tolerovat změny. Je snižena potřeba stimulace a je dokázáno, že příliš mnoho nových podmětů či stimulů může starého člověka unavovat nebo ho dráždit. Kvalita života souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb (Kalvach a Onderková 2006, s. 11-12).

Dostatečným způsobem uspokojovat své životní potřeby je člověku vlastní v každém věku. Buď si člověk zajistí potřeby sám, nebo je závislý na druhém. Jedná se zejména o období raného dětství a pak o seniorský věk – stáří (Dvořáčková, 2012, s. 40).

Potřeby fyziologické

V souvislosti se zdravotní péčí o geriatrické pacienty je třeba připomenout základní biologické potřeby, které tvoří základnu pyramidy (nestrádat hladem, žízní, zimou, být bez bolesti apod.). Střední patro pyramidy potřeb patří k vyšším psychosociálním potřebám (mít soukromí, komunikovat, poznávat, zažívat úspěch, patřit někam, prožívat lásku).

Znovu je třeba zdůraznit, že k závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při snížení zájmu pečujících osob (zdravotníků i laiků) převážně, ba výlučně, na základní biologické potřeby. Klienti takové péče jsou nakrmeni, zastláni v čistém lůžku, ale strádají ztrátou kompetencí, komunikační a senzorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti. Jejich život je redukován na přijímání potravy, vyměšování a „čekání na smrt“ (Kalvach a Onderová, 2006, s. 12).

Potřeba bezpečí

Potřeba bezpečí je vyzorována v souvislosti s potřebou citové jistoty. Senioři se cítí ohroženi nemocí, sníženou soběstačností, problémy se sebeobsluhou, ale také sociálními změnami, jakými jsou například ovdovění, stěhování do jiného prostředí. Často bývají úzkostní, mají strach ze smrti a opuštění. Uvádí se, že senioři mají rozvinutou potřebu otevřené budoucnosti a naděje, být platní a prospěšní. Důraz kladou na přiměřené zdraví, materiální zajištění, domov, kde cítí, že je mají rádi a kde oni mohou mít někoho rádi.

V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického, psychického a ekonomického bezpečí. Nejdůležitější potřebou u seniorů je potřeba bezpečí a sociální potřeba. Kaufmanová (2004, s. 95-105) se domnívá, že senioři zdůrazňují ty hodnoty a potřeby, které pociťují jako ohrožené.

V potřebě bezpečí se rozlišují tři základní hlediska – psychické, fyzické a ekonomické. Psychickým bezpečím je chápán především pocit jistoty, že senioři se mohou spolehnout na své blízké, na svoji rodinu. U seniorů se sníženou soběstačností je velmi důležité nemít strach a mít uspořádaný nějaký svůj program během dne, jsou to takzvané časové body (jídlo, zprávy, odchod vnučat do školy). V případě narušení řádu se mohou cítit „ztraceni“.

Potřeba ekonomického bezpečí je u seniorů velmi důležitá. Senioři tuto autonomii vnímají jako schopnost materiálně se o sebe postarat, mít určitou nezávislost. Potřebují vědět, že mají dostatek finančních prostředků na živobytí. V opačném případě mohou trpět svazující úzkostí a strachem z budoucnosti (Příbyl 2015, s. 51).

Otázka fyzického bezpečí je pro seniory spojena především s potřebou být bez bolesti. Chtějí být fyzicky soběstační, alespoň v rámci své domácnosti. Snížená soběstačnost, obavy z pádů, ze ztráty vědomí, bývají často u seniorů jako zdroj strachu, bezmoci. Ztrátu soběstačnosti mnohem hůře snáší dominantní jedinci, jako například zdravotníci, sportovci apod. Právě narušení soběstačnosti vede ke ztrátě finančních a sociálních jistot. Je silně rozvinuta potřeba nebýt svým blízkým na obtíž. Senioři s omezenou mobilitou mají velmi často obavu z pádů. V případě opakovaných pádů je tato nejistota zesílena. K posílení pocitu bezpečí mohou napomoci kompenzační pomůcky (chodítka, madla, hole).

Mezi další potřeby patří často zcela zřejmé potřeby. Jsou to existenciální potřeby, které tvoří základ psychosociálních potřeb člověka. Jak je z jejich názvu patrné, jedná se o potřeby, které jsou spjaté s existencí člověka, které jsou předpokladem jeho bytí. Pro

kvalitu života, obzvláště v seniorském věku, nabývají významu duchovní potřeby (Příbyl, 2015, s. 52).

Potřeba sounáležitosti

Kaufmanová (2004, s. 95-105) ve svém výzkumu dospěla k zjištění, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří láska, zdraví, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda.

Pro seniory je nejvýznamnější vztah s životním partnerem, který je prověřený mnoha životními zkouškami a společně strávenými lety. Manželé jsou si vzájemnými pečovateli a pomoc dospělých dětí bývá zpravidla pouze doplňková. Manželství ve stáří významnou měrou ovlivňuje subjektivní pocit osobní spokojenosti, příznivě modeluje vazby s okolím. Smrt jednoho z manželů znamená radikální změnu, která prověří kvalitu ostatních kontaktů a schopnost ovdovělého rozvíjet stávající vztahy a navazovat nové. Je obecně známo, že senioři mají velmi silný vztah ke svým dospělým dětem, bez ohledu na míru jejich vzájemného porozumění, četnosti kontaktu. Pokud se hovoří o vztahu, myslí se jim reciproční vztah, kdy obě strany přijímají i dávají. Senioři nechtějí být přítěží a jen přijímat, ale chtějí i dávat. Chtějí se podílet na výchově vnoučat, být psychickou oporou svým blízkým. Od svých dospělých dětí zase očekávají, že i ony jim poskytnou emoční podporu, že jim pomohou s chodem domácnosti, když už jim vlastní síly nestačí, že je doprovodí k lékaři apod. (Dvořáčková, 2012, s. 39).

Potřeba seberealizace

V potřebě seberealizace se mohou senioři bránit (zejména ti se zhoršenou soběstačností), zdůrazňují spíše činnosti a aktivity, které dobře znají a praktikují je často. Tuto potřebu pak často uspokojí symbolicky, jako třeba v představách nebo ve vzpomínkách (Příbyl, 2015, s. 50).

Potřeba učení je u seniorů zpravidla také snížena, to ale neznamená, že se senioři nechtějí vzdělávat, ale je zapotřebí respektovat jejich tempo. Schopnost učení je žádoucí pokrok v procesu učení a není závislá na věku. Vzdělávací proces je stejný pro všechny věkové kategorie. Ve vzdělávání seniorů je však nezbytné respektovat specifika, možnosti a limity stárnoucí populace (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 58).

Potřeba uznání

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.

Senioři také více potřebují pozitivní ocenění od svého okolí, tím se posiluje jejich sebevědomí a zlepšuje motivace zvládat životní úkoly. Například posílení role prarodiče nebo zapojování seniora do chodu rodiny, zvýšit pocit užitečnosti seniora (Hauke, 2014, s. 22). Frekvence kontaktu seniorů s dospělými dětmi hraje svou úlohu. Mnohé konflikty plynou právě z nevyrovnanosti očekávání a skutečné frekvence kontaktů seniorů se svými dospělými dětmi, vnoučaty (Příbyl, 2015, s. 51).

6 Ageismus

Úcta ke starším lidem a ke stáří nebyla běžnou součástí společnosti ani v minulosti. Tento stav přetrvává dodnes. Starší lidé nejsou ceněni. Jejich názory nemají takovou sílu, jako je tomu například u střední generace.

Ageismus můžeme chápat jako věkovou diskriminaci starších lidí, někdy je tento pojem chápán jako averze vůči starším. Ageisticky laděné výroky můžeme pozorovat ale i u samotných starších osob (Hrozenková a Dvořáčková, 2013, s. 51).

Izolační křehkost, klesající obranyschopnost nebo narůstající zranitelnost je podstatou seniorské ohroženosti, k ní se pak přidává stoupající riziko diskriminace. Věková diskriminace, ageismus (od anglického slova age – věk), může nabývat různých podob. Může jít o hrubé podoby diskriminace (např. odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku), ale také o pouhé předsudky, myšlenkové stereotypy (tzv. mýty o stáří), nevhodné podmíněné přisuzování negativních vlastností či chorobných projevů všem starým lidem. Jde např. o zdětinšťování (infantilizaci) starých lidí, o nepřiměřené odebrání jejich kompetencí (rozhodovacích možnostech podceňování jejich schopnosti (včetně schopnosti úzdravy), nerespektování jejich osobnosti či ponižování jejich důstojnosti. Pečující profese by měly trvale dbát na aktivní kontrolu, zda se svým jednáním, byť neúmyslně, ageismu vůči seniorů nedopouštějí (Kalvach a Onderková, 2006, s. 10).

Nejčastější formou diskriminace starších lidí je násilí, kterému jsou vystavováni. Násilí na seniorech má formu zneužívání, zanedbávání a týrání. Podle světové zdravotnické organizace znamená násilí na seniorech každé jednotlivé anebo opakované konání, zanedbávání, které může vést k poškození či ohrožení starého člověka (Hegyí, 2012, s. 128).

6.1 Sociální vyloučení

Senioři patří ke skupinám ohroženým nejen diskriminací, ale také tzv. sociálním vyloučením. Původně, v 70. letech 20. století, byla exkluzí myšlena především chudoba a jí podmíněná nerovnost v přístupu k různým společenským produktům, včetně zdravotní péče. V současnosti se exkluze chápe jako úpadek a dezintegrace vztahů jedincem a skupinou nebo většinou společností. Dochází ke ztrátě sounáležitosti, mizí sdílení hodnot i společenských kontaktů. Důsledkem je frustrace, rezignace, někdy asociální či antisociální chování, jindy ztráta sebeúcty, někdy až autoagrese. I při poskytování zdravotní péče je třeba dbát na to,

aby napomáhala včleňování nemocných starých lidí. Neúměrným odesíláním seniora do dlouhodobé ústavní péče namísto podpory života v komunitě nebo podřízením všech sociálních rolí v roli pacienta (Kalvach a Onderková, 2006, s. 10).

6.2 Podpora seniorů

V roce 1991 Organizace spojených národů prosazovala (OSN), že podpora seniorů by měla mít těchto pět základních prvků:

- Důstojnost
- Autonomie – svébytnost, kontrola nad děním
- Seberealizace – smysluplnost
- Participace - sounáležitost
- Zabezpečení – hmotná zabezpečení, nestrádání

Bylo by nepřijatelnou chybou soustředit podporu seniorů pouze na hmotnou zabezpečení a na uspokojení základních biologických potřeb. Vždy musí jít i o všechny další úrovně potřeb - psychické, sociální i spirituální

Staří lidé s oslabenou soběstačností jsou často ohroženi pocitem či poznáním, že nejsou schopni naplnovat svůj životní koncept a že se stali obtížným břemenem. Čím větší je křehkost, funkční postižení, nesoběstačnost, tím důslednější by měla být podpora důstojnosti, která je považována za nejvyšší hodnotu lidského života se zdravotním postižením.

Důstojnost se obvykle nadřazuje autonomii. Podpora autonomie zahrnuje podporu samostatného života v přirozeném prostředí, podporu kontroly nad děním a předcházení naučené závislosti (Čevela et al., 2012, s. 125).

Podpora smysluplnosti patří k podceňovaným prioritám personálu pečujícího o seniory. Bez podpory smyslu, vůle ke smyslu a bez vytváření podmínek pro smysluplné, seberealizační aktivity, se život v ústavním i domácím prostředí mění v pouhé přežívání. Dochází k projevům maladaptace, k soustředění zájmu na biologické potřeby a projevy, jakými jsou spánek, bolest, strava, vyměšování. Pacienti i klienti sociálních služeb, především ústavních, se stereotypně dožadují analgetik, hypnotik, projímadel, obstipancií, ztrácejí svou osobitost, působí dojemem progredujícího syndromu demence. Smysluplnost souvisí s participací, se sounáležitostí a sdílením s jinými lidmi, s příslušností k nějaké přirozené sociální skupině a pocitem přínosnosti pro ni. Zvláště u závislých a zcela závislých

lidí se mohou smysluplnost a participace jevit jako problematické. Je proto vhodné vycházet z toho, že produktivita člověka může spočívat i v reflexi, reminiscenci, ve vyprávění, v prožívání i ve vzbuzování pocitů a reflexi u jiných, což způsobují i lidé v bezvědomí. Pozitivní hodnocení stáří zdůrazňuje, že staří lidé mnoho prožili a jsou schopni vyprávět mnoho příběhů. Z tohoto pohledu je nejhorším postižením stáří syndrom demence, který vymazává příběhy i události. Říká se, že nepohyblivost odděluje od událostí, slepota od světa, hluchota od lidí a demence od sebe sama (Čevela et al., 2012, s. 125-126).

6.3 Desatero komunikace se seniory

1. Respektujeme identitu pacienta a následně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární jsou ponižující např. „babi“, „dědo“.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (dětinštění) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené prisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí i stabilitou.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme a raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení klienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící

seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.

10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci (NRZP ČR, 2010).

7 Organizace služeb pro seniory

Zdravotní a sociální péči o seniory od sebe není možné oddělovat. Z tohoto důvodu je velmi důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně, v případě potřeby nahradit a podporovat tak život seniora, v prostředí, kde budou uspokojovány jeho potřeby. Služby pobytových zařízení mohou využít senioři, kteří nejsou natolik soběstační, aby mohli žít ve svém původním prostředí a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná, nebo chybí (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 60).

7.1 Hlavní zásady služeb pro seniory

Cílem veškerých služeb pro seniory je co nejdéle zachování zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti i při zhoršení zdravotního stavu. V období nemoci je cílem přiměřené, intenzivní a šetrné léčby a rehabilitace se zřetelem na potřeby seniorů. Uvedené cíle předpokládají takový systém služeb, aby na sebe plynule navazoval.

Přestože jsme zvyklí rozdělovat péči na zdravotní a sociální, potřeby seniorů samotných jsou natolik komplexní, že je třeba zajistit nejen oba typy služeb, ale zejména garantovat jejich návaznost a propojenost. To je zatím největším problémem, protože dosavadní systém zdravotnictví a sociální péče není propojen. Během posledních let dochází spíše k oddálení propojení zdravotnické péče a sociálních služeb (Holmerová et al., 2003, s. 30-31).

Zdravotní péče o seniory

Základem je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Praktický lékař ve své práci uplatňuje primární, sekundární a terciální prevenci. V péči o seniory by měl spolupracovat jak s rodinou, tak i s ostatními složkami primární péče, např. s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a některými neziskovými organizacemi. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována na doporučení praktického lékaře a je hrazena zdravotní pojišťovnou. Pro domácí péči je nezbytné, aby klinický stav seniora byl stabilizovaný, aby domácí prostředí umožňovalo poskytovanou péči. K typickým úkolům domácí péče patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, poskytování fyzioterapie (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 60-61).

7.2 Sociální péče

Cílem sociálních služeb je zachovávat lidskou důstojnost klientů, vycházet z individuálně určených potřeb klientů, rozvíjet aktivně jejich schopnosti, zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů, poskytovat služby v jejich zájmu a v náležité kvalitě.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví příslušný prováděcí předpis. Význam sociálních služeb spočívá v jejich integrativním působení, jež umožňuje lépe a důstojněji žít osobám, které by měly vážné problémy nebo by byly ze společnosti vyloučené.

V současném pojetí této problematiky je kladen důraz na poskytování takových sociálních služeb, které dbají na dodržování lidských práv osob (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 67).

Sociální služby také směřují k sociálnímu začleňování osob. Je podporován běžný způsob života osob, jsou vyrovnávány příležitosti na uplatnění ve společnosti (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 63).

Sociální služby zaměřené na seniory upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto služby nabízejí:

- osobní asistenci,
- pečovatelskou službu,
- tísňovou péči,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podporu samostatného bydlení,
- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,

- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (MPSV, 2020).

7.2.1 Služby sociální péče

Zajišťují pomoc k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti zabezpečením základních životních potřeb osob. Poskytovatelé vytvářejí pro uživatele podmínky, aby mohli žít v běžném životním rytmu (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 67) a mohly být zajišťovány základní potřeby, jako například strava, hygiena, bydlení, údržba domácnosti apod. Mezi služby základní sociální péče řadíme pečovatelskou službu. Formy poskytování sociálních služeb lze rozdělit na služby pobytové, ambulantní nebo terénní (Holmerová et al., 2003, s. 39-40).

Pobytová zařízení

Kombinace pečovatelské služby a pobytového zařízení je zajišťována v domovech s pečovatelskou službou. Jejich zřizováním se racionalizuje poskytování pečovatelské služby soustředěním příjemců v jednom místě a současně se řeší často nevyhovující bydlení seniorů či těžce zdravotně postižených osob. Výhodou tohoto soustředění příjemců péče v domech s pečovatelskou službou je přítomnost pečovatelky po celou její pracovní dobu, zpravidla v pracovních dnech (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 54).

Domovy pro seniory

Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou domovy pro seniory. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a potřebují dohled po většinu dne.

Jsou také zřizována samostatná ošetřovatelská oddělení pro ošetřování osob, které jsou upoutány na lůžko, které vyžadují komplexní ošetřovatelskou péči (Kalvach, 2004, s. 499).

Úhrada za pobyt je dána třemi částkami: za bydlení, stravu a nezbytné služby. Po zaplacení celé úhrady musí zbýt klientovi minimální zůstatek (Kalvach, 2004, s. 499).

Ústavy sociální péče

Dalším zařízením pro seniory mohou být domovy se zvláštním režimem. V těchto domovech jsou poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Dále osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 65).

Domovy – penziony pro důchodce

Zde nejsou obvykle zřizována ošetrovatelská oddělení, proto jsou kontraindikací pro přijetí klienta jeho stavy trvale vyžadující ošetření a obsluhu jinou osobou (Holmerová et al., 2003, s. 40).

Zařízení pro denní pobyt (domovinky, denní stacionáře)

Jedná se o zařízení se službou „pohlídání“ pacienta, který vyžaduje dohled a péči, kdy mu tuto péči obvykle poskytuje rodina. Jedná se o zajištění odpočinku, úlevu pro pečující. Může být poskytována jak formou krátkodobých či denních pobytů v instituci, či v domácnosti, tak pacienta převzetím péče pravidelně na několik hodin denně (Holmerová et al., 2003, s. 40).

Domy s pečovatelskou službou

Smyslem DPS je poskytování sociálních služeb klientům pro zachování plné autonomie. Nejde o ústavy sociální péče, nýbrž o nájemní byty v domě zvláštního určení, ve kterých je zajišťována pečovatelská služba (Kalvach, 2004, s. 499-500).

Zdravotnická zařízení dlouhodobé péče

Zdravotnická zařízení neboli Léčebny dlouhodobě nemocných - LDN, byly určeny pro osoby ve stabilizovaném stavu, se stanovenou diagnózou i se stanoveným léčebným programem, které však v důsledku nesoběstačnosti a míry ošetrovatelské náročnosti nemohou být ošetřovány v domácím prostředí ani v domovech důchodců a u nichž nelze předpokládat podstatné zlepšení v době kratší, než jsou 3 měsíce (Kalvach, 2004, s. 500).

Obecným cílem sociálních služeb je zajistit takovou míru podpory, která vede k důstojnému životu a posílit ztracenou soběstačnost (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 67). Pečovatelská služba je jednou z nejrozšířenějších terénních služeb. Je poskytována

seniorům, těžce zdravotně postiženým občanům, kteří nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti (Dvořáčková, 2012, s. 83-84).

7.3 Základní funkční geriatrická vyšetření

Do stáří si lidé přinášejí z mladého a středního věku řadu diagnóz, z nichž některé výrazně ovlivňují soběstačnost a kvalitu života. Příznaky onemocnění se modifikují, takže vzniká atypický obraz. Pouhý diagnostický závěr nám mnoho nevypráví o funkčním stavu geriatrického pacienta. Proto používá geriatricie své nástroje k posouzení funkčního stavu. (Holmerová et al., 2003, s. 44).

Funkční geriatrická hodnocení (FGV) je diagnostický proces zaměřený na posouzení zdravotních, funkčních, psychických, sociálních problémů a zdravotně sociální situace křehkých seniorů. Hodnocení zdravotního stavu je komplexní klinické vyšetření doplněné o cílený screening rizikových faktorů s doporučením léčebných, rehabilitačních i preventivních opatření. Hodnocení fyzické i kognitivní výkonnosti a soběstačnosti je hodnocení úrovně potenciálu zdraví, geriatrické křehkosti, výkonnosti a zdatnosti v potřebné míře v běžném životě. Využíváme standardizované testy a postupy, např.:

- test základních sebeobslužných činností a aktivit denního života (ADL) – zahrnuje zhodnocení schopnosti provádět běžné činnosti spojené s mobilitou a obsluhou
- test instrumentálních aktivit denního života (IADL) – k hodnocení celkového funkčního stavu, soběstačnost, schopnosti vykonávat konkrétní činnosti v prostředí, ve kterém žije
- hodnocení chůze a svalové síly – k posouzení míry geriatrické křehkosti, předpokladů pro soběstačnost i rehabilitaci
- hodnocení domácího prostředí – zahrnuje hodnocení jeho funkční náročnosti a bezpečnosti, bariér a možných úprav
- hodnocení funkční nezávislosti (FIM)
- hodnocení duševního zdraví a psychické pohody – vyšetření psychických funkcí k odhalení častých psychopatologií ve stáří, především kognitivních poruch a syndromu demence, případně deprese, ke zhodnocení psychosociální pohody a životní spokojenosti, nebo psychosociálního strádání včetně maladaptace na životní situaci a závažné události včetně projevů nevhodného zacházení, zanedbávání či zneužívání.

- pro zhodnocení mentálních funkcí se používá krátká škála MMSE a Škála deprese pro geriatrické pacienty
- Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností a zdraví (ICF) – představuje nejucelenější systém funkčního hodnocení,
- hodnocení sociálního statusu a ekonomického zajištění - sleduje sociální kontakty seniora a pomoc neformálních pečovatelů, poskytované sociální služby, hodnotí rizika bydlení a ekonomické zabezpečení seniora. Významnou součástí je hodnocení situace pečující rodiny a její podpory (Čevela et al., 2012, s. 139–140).

8 Nemoci ve stáří a geriatrické syndromy

Ve stáří se zvyšuje význam zdravotních problémů bez vazby na choroby. Narůstá význam chorobných stavů organismu, geriatrické křehkosti, geriatrické syndromy. Jde o subjektivní potíže, dekompenzace zdravotního stavu i disabilitu, zdravotní postižení a uplatňují se faktory prostředí a faktory psychosociální (Čevela et al., 2012, s. 119). Geriatrické pojetí nemocnosti překonává v současnosti rozšířenou biomedicínskou orientaci na choroby. Tvoří tím jaký si můstek mezi lékařským, ošetrovatelským a rehabilitačním hodnocením. Diagnostika nemoci je doplněna hodnocením poruch zdraví (např. geriatrické syndromy), funkční zdatnosti (disabilita) a hodnocením ošetrovatelské problematiky (např. rozvoj dekubitů, hodnocení chronických ran) (Kalvach a Onderková, 2006, s. 26).

Pokud jde o problematiku nemoci, můžeme ji gerontologicky rozdělit do dvou okruhů. Na nemoci ve stáří a nemoci stáří (Čevela et al., 2012, s. 119).

Nemoci ve stáří

Pro všechny nemoci platí, že s nízkým potenciálem zdraví, především ve stáří, narůstá jejich závažnost, přibývá řada komplikací, prodlužuje se ošetrovací doba a hrozí ztráta soběstačnosti. Často nemoc probíhá atypicky, tzv. klinický obraz je zakryt nespécifickými projevy dekompenzace zdravotního stavu. Často se nemoci vzájemně propojují a ovlivňují, a proto se vyžaduje změna diagnostické, léčebné a rehabilitační strategie. Obvykle vyžadují specifický ošetrovatelský režim, který zahrnuje celkovou ošetrovatelskou péči, kdy je potřeba zajistit základní fyziologické potřeby jako je příjem stravy, dostatečný pitný režim, hygiena a mobilita (Čevela et al., 2012, s. 119).

Nemoci stáří

Za nemoci stáří lze označit choroby, jejichž výskyt je způsoben věkem, a v mladším věku se vyskytují oproti stáří vzácně, nebo které jsou ve stáří velmi časté a závažné. Řada chorob probíhá atypickým způsobem, především jde o méně typických příznaků (Kalvach a Onderková, 2006, s. 26). Například u srdečního infarktu či zánětu slepého střeva může chybět bolest, zánět se nemusí projevit horečkou, u zápalu plic může chybět kašel apod. K častým a závažným chorobám stáří patří např. záněty dýchacích cest včetně pneumonii, záněty močových cest, banální virózy včetně chřipky, srdeční selhání, anémie, poruchy vnitřního prostředí (Kalvach a Onderková, 2006, s. 26-27), úrazy včetně zlomenin krčku stehenní kosti, nádorová onemocnění, peptický vřed, vertebrogenní obtíže při

degenerativních změnách páteře, chronická obstrukční plicní nemoc, arteriální hypertenze a deprese, tromboembolická nemoc jako komplikace imobility. K věkově podmíněným chorobám patří zvláště ateroskleróza s orgánovými projevy ICHS, ICHDK, cévními mozkovými příhodami, vaskulárně podmíněným extrapyramidovým syndromem, diabetes mellitus 2. typu, osteoartróza, osteoporóza, věkem podmíněná makulární degenerace sítnice, Alzheimerova nemoc a další syndromy demence, katarakta. Specifickým zdravotním problémem ve stáří jsou i iatrogenní poškození včetně závažných nežádoucích účinků léků či imobilizačního syndromu.

K poklesu morbidity a mortality ve stáří, ke zlepšení kvality života přispěla významně i medicína zásadním ovlivněním několika klíčových chorob. K hlavním výzvám, jejichž vyřešení by zlepšilo zdravím podmíněnou kvalitu života ve stáří, dnes patří kromě zhoubných nádorů zvláště Alzheimerova nemoc, osteoartróza, makulární degenerace sítnice, geriatrická křehkost se sarkopenií a sarkopenická obezita (Čevela, et al., 2012, 120-121).

8.1.1 Geriatrická křehkost a deteriorace

Hodnocení geriatrické křehkosti je velice důležitou součástí péče o starší jedince. Křehkost je velký problém geriatrické medicíny a geriatrického ošetrovatelství a hodnocení této oblasti by mělo patřit mezi základ komplexní ošetrovatelské péče. Pro hodnocení geriatrické křehkosti bylo vytvořeno již několik hodnoticích nástrojů a je nutné je do praxe implementovat. Geriatrická křehkost je stále velmi aktuální a řešené téma. Hodnoticích nástroje jsou neustále modifikovány tak, aby vyhovovaly aktuálním problémům, které se u starší populace vyvíjí. Pro české ošetrovatelství je třeba dále pracovat na zakotvení hodnoticích nástrojů křehkosti a obeznámit ošetrovatelský personál s touto problematikou (Doležalová a Tóthová, 2019, s. 125-129).

V průběhu stáří dochází k postupnému poklesu funkční zdatnosti. Zhoršuje se pohyblivost, stabilita, svalová síla, jemná motorika rukou, smyslové vnímání, kognitivní schopnosti, klesá tělesná hmotnost. K hlavním změnám patří:

- Involuční změny (tkáňová atrofie, úbytek svalové hmoty, svalová dysbalance)
- Chorobné změny (ateroskleróza, osteoporóza, Alzheimerova nemoc, chronické záněty)
- Vliv životního způsobu (porucha výživy, nedostatečná pohyblivost)

Geriatrická deteriorace s věkem narůstá, postihuje dříve ženy a probíhá u nich rychleji. Důsledkem geriatrické deteriorace je geriatrická křehkost charakterizována různými kombinacemi projevů, jakými jsou například hypomobilita, pomalá a nejistá chůze,

svalová slabost, instabilita a pády, únava, poruchy smyslů, malnutrice, úzkost (Kalvach a Onderková, 2006, s. 26).

8.1.2 Geriatrické syndromy

Kombinace involučních změn, obvykle několika chorob (tzv. multimorbidita) a dalších vlivů (např. malnutrice či dekonďice z nečinnosti) vytváří komplex příčin, které se vzájemně ovlivňují a potencují, takže často nelze určit, která z nich je zodpovědná za klinický obraz a obtíže pacienta. Stanovení příčinné choroby je často zavádějící a komplikované. Proto v geriatricii narůstá význam tzv. geriatrických syndromů. Důraz je kladen nejen na příčinnou léčbu léčitelných chorob, ale především na víceoborové zvládnání obtíží a pacientovy situace.

K hlavním syndromům patří syndrom instability, kdy jsou přítomné závratě a nestabilita různého původu (např. poruchy krční páteře, mozkového prokrvení či srdečního rytmu, poklesy krevního tlaku, antihypertenční či diuretické účinky léků, ochrnutí, poruchy nervového čítí, svalová slabost, poruchy kloubů na dolních končetinách a poruchy smyslových orgánů. Hlavním rizikem jsou pády, jimi způsobená poranění (zlomeniny, zhmožděny, rány, nitrolební krvácení), nemožnost vstát po pádu, s prochládnutí a dehydratace, psychosociální důsledky (úzkost, deprese, omezování pohybových aktivit, dekonďice, strach z pádů). Řešení zahrnuje krom hlavních příčin především bezbariérovou úpravu prostředí, používání kompenzačních pomůcek, posilování stability a svalové síly, vysazení rizikových léků.

Mezi další syndromy patří syndrom dekonďice a hypomobility, Podstatou je omezování pohybové aktivity s posedáváním a poleháváním, atrofie svalů dolních končetin, pokles kondice (stále více každodenních činností způsobuje diskomfort). Příčinou může být ztráta motivace, deprese, poruchy smyslů, porucha výživy, pohybové problémy.

Syndrom imobility (imobilizační syndrom) je soubor negativních důsledků dlouhodobého či trvalého upoutání na lůžko. K hlavním projevům patří dekubity, flekční kontraktury, hypoventilace, tromboembolická nemoc, svalová atrofie, porucha chůze a porucha ortostatických regulací, dehydratace, obstipace a mikční problémy, a především nejhorší projev imobilizace deprese. Řešením je prevence, hydratace, antidekubitní matrace a individuální aktivizační a pohybový program. Mezi další projevy řadíme syndrom anorexie a malnutrice, kdy příčinnou anorexie může být nádorové onemocnění či pouhá involuční anorexie.

Mezi další syndrom řadíme syndrom psychické alterace, do které zejména patří syndrom demence, který je provázený poruchami chování (apatie, bloudění, agitovanost) a orientace či stavy zmatenosti ve smyslu deliria, provokované nasazením některých léků, vysazením návykových látek, zvláště alkoholu a benzodiazepinů, nebo například některými somatickými stavy (hořečnaté stavy, porucha vnitřního prostředí). Řešením poruch chování u demence i u deliria je především zvýšený dohled, kauzální léčba, zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí a co nejmenší používání omezovacích pomůcek jak fyzických (kurty, síťová lůžka apod.) tak chemických (psychofarmaka použita nikoli k léčbě, ale ke zklidnění).

Syndrom inkontinence je nekontrolovatelný nebo samovolný únik moči, případně stolice, kdy ošetrovatelský postup je stejný, jako u mladších nemocných.

Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu. Jde o kombinovanou poruchu zraku a sluchu se závažným omezením kontaktu s okolím, komunikační deprivací a sociální izolací. Pacienti potřebují aktivizační a komunikační programy.

Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace, kdy jde především o přijetí do dlouhodobé ústavní péče nebo o změny v životě. Ošetrovatelským personálem jsou projevy považovány za syndrom demence – apatie, pohybové stereotypy, stesky, soustředění potřeb jen na základní. Psychosomatická dekompenzace se může projevit stesky, které se zejména projevují ve stresových zátěžích, jde o pocity s obtížným dýcháním, bušení srdce, závratě, pocení, dyspeptické potíže. Řešením je psychoterapeutická podpora.

Mezi poslední syndrom řadíme syndrom terminální geriatrické deteriorace. Jde o zhoršování zdravotního a funkčního stavu křehkých geriatrických pacientů bez jednoznačné příčiny, která spěje ke smrti. K hlavním příznakům patří nechutenství, hubnutí, únava, apatie, omezování aktivit, stavy zmatenosti až imobilita na lůžku. Identifikování syndromu by mělo vést ke vstřícné paliativní péči nebo k zajištění kontaktu s příbuznými (Kalvach a Onderková 2006, s. 27-28).

9 Léčba seniorů

Farmakoterapie ve stáří by měla být vždy součástí celkového terapeutického přístupu ke starému pacientovi. Měli bychom dbát na správnou rehabilitaci, pohybový režim a na vhodnou a dostatečnou výživu. V současné době jsou staří lidé ohroženi spíše polypragmazií než nedostupností určitých léků. Světová zdravotnická organizace vydala svůj strategický materiál na prahu nového století pod názvem Zdraví 21. Tato strategie pro nastávající století má celkem osm kapitol, a zabývá se také zdravým stárnutím. Tento zdravotnický politický dokument se zmiňuje o starých lidech a lécích a je vhodné citovat: Staří lidé v řadě případů užívají nadměrný počet léků. Dokonce se zdá, jako by předpisy léků „nahrazovaly“ chybějící a potřebnou rehabilitaci. Ve stejné kapitole je dále uvedeno, že nejvhodnější zdravotní péče a rehabilitační služby by mohly snížit nadměrné užívání léků u starších osob (Holmerová et al., 2003, s. 73).

9.1 Farmakologická léčba

Obecné lze říci, že farmakologie ve stáří vyžaduje ještě větší pozornost než u mladých lidí a lidí středního věku. Ve vyšším věku je riskantnější, výraznější výskyt nežádoucích účinků, a to z mnoha důvodů. Větší jsou také rozdíly mezi staršími ve stejné věku. U starších pacientů je třeba vždy počítat s tím, že v důsledku změn objemu tělesné vody bude stoupat koncentrace hydrofilních látek. Digoxin zvyšuje jejich účinek a mohou se dříve vyskytnout nežádoucí účinky, které se zvyrazňují v důsledku dehydratace, která je ve stáří relativně častá. Dále je při farmakoterapii u starších jedinců třeba brát v úvahu funkční stav vylučovacího systému, kdy nastává úbytek renálních glomerulů a pokles glomerulární filtrace. Dalším faktorem, který významně ovlivňuje účinnost farmakoterapie ve stáří, je mnohdy zhoršená spolupráce nemocného, zejména v důsledku kognitivní poruchy i poruchy smyslu. Proto jednoduchá a účelná opatření zajišťují, aby pacient své léky správně užíval.

Farmakoterapie ve stáří by měla být co nejjednodušší - ve stáří je třeba počítat s častějším výskytem kognitivních poruch a demence, proto daleko více pacientu potřebuje dohled nad užíváním léků. Zejména pro pacienty v domácím prostředí je praktické podávat léky v jedné či dvou denních dávkách. Individualizovaná farmakoterapie by měla dbát na věk pacienta, jeho funkční stav, funkci jednotlivých orgánových systémů a stav výživy.

V praxi se často setkáváme s tím, že každý lékař nějaký lék pacientovi přidá, málokdo však stávající medikaci redukuje. Mnohé léky přitom lze, nebo dokonce je třeba, užívat pouze po určitou dobu či pouze při určitých příznacích. Moderní farmakoterapie v současné době probíhá stále intenzivní výzkum nových léčiv. Málokteré z nových jsou zcela nové a se zcela jinými účinky než dosavadní lékové skupiny (Holmerová et al., 2003, s. 73-74).

9.2 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba je popsána jako jakákoli léčebná snaha bez použití léků. Úkolem nefarmakologické terapie je podpořit léčebný proces, zlepšit fyzicky i psychicky stav, celkovou kvalitu života a osvěžit denní režim. Využívá se jako hlavní metoda prevencí hypertenze, diabetu mellitu, obezity a jiných infekčních onemocnění (Foster et al., 2009, s.1471-1474).

Vliv této terapie byl v klinické praxi obecně podceňován, a to nejen ze strany laika, ale i zdravotnických pracovníků. Odmítání některých metod léčby, především tzv. komplementární nebo doplňkové léčby, vyplývalo z nedostatku vědeckých důkazů o jejich účinnosti. Důvodem byla skutečnost, že na rozdíl od farmakologické léčby má nefarmakologická minimum negativních účinků (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 11).

Nefarmakologické léčebné postupy nejčastěji využívají mladší pacienti a stejně tak byla zaznamenána větší compliance při léčbě. Například při léčbě některých syndromů byl věk jedním z prognostických faktorů léčby. Čím byl pacient starší, tím byl rigidnější k nefarmakologickým prostředkům a vyžadoval farmakoterapii (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 11).

Sestry odpověděly, že senioři občas vyžadují jiné formy léčby. U polymorbidních a křehkých seniorů je zájem nízký, stejně jako spolupráce při léčbě (Zrubáková et al., 2017, s. 50-54). Dobré zkušenosti se spoluprací měly sestry v zařízeních sociálních služeb, kde senioři aktivně spolupracují především při skupinových metodách – muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, pohybová terapie.

9.3 Využití nefarmakologické léčby v léčebné péči o seniory

U seniorů je realizace vybraných nefarmakologických metod velmi důležitá. Při realizaci zdravotnické péče se využívá nefarmakologická léčba jako alternativa farmakologické léčby nebo je součástí komplexní léčby onemocnění, geriatrických

syndromů a symptomů. Z analyzované domácí a zahraniční odborné literatury jsme zjistili, že kombinace farmakologické léčby a nefarmakologických léčebných postupů se využívá nejčastěji v léčbě diabetu mellitu 2. typu, Parkinsonovy choroby, ischemické choroby srdeční, chronické bolesti, ischemické choroby dolních končetin a při depresi (Vélez-Díaz-Pallarés et al., 2015, s. 1-6).

Nefarmakologické postupy se upřednostňují při léčbě demence, kognitivních poruch, sarkopenie, dysfagie, obezity, poruch spánku, inkontinence. V zahraničních studiích byla nefarmakologická léčba využívána především v zařízeních sociálních služeb, v domech ošetrovatelské péče a v domácím prostředí. Na realizaci nefarmakologických intervencí se podílejí zdravotníci i nezdravotníci pracovníci. Nejčastějšími členy interdisciplinárního týmu jsou lékaři, sestry, fyzioterapeuti, léčební pedagogové, sociální pracovníci, asistenti výživy, psychologové a rodinní příslušníci/pečovatelé (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 11-12).

9.3.1 Nefarmakologické postupy u seniorů v pobytové sociální službě

Pohybová aktivita

Pohyb je základní projev života a umožňuje existenci člověka. Proto by se měla pohybová aktivita stát životně důležitou funkcí, která hraje nezastupitelnou roli v každém věku. Význam a účel pohybové aktivity její kvalita, přiměřenost, soustavnost a pravidelnost jsou pro člověka důležité. Pohybová aktivita má zejména pozitivní faktor na život seniorů. Pozitivních účinků můžeme dosáhnout vhodným výběrem pohybové aktivity s ohledem na zdravotní omezení seniora a tělesnou zdatnost. K pohybovým aktivitám můžeme zařadit relaxační kondiční cvičení, rekondiční pobyty, výlety spojené s turistikou, rychlejší chůzi, plavání anebo běžné cvičení v tělocvičně (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 123).

Ergoterapie

Ergoterapie je pojata jako samostatná disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné postupy za účelem dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klienta v prostředí. Zároveň přispívá ke zvyšování spokojenosti a celkové kvalitě života v tomto prostředí. Ergoterapii můžeme chápat jako terapeutické využití práce za účelem udržení dovedností a schopností klienta do co nejvyššího věku. Spektrum činností, které se provádí v rámci ergoterapie, musí zohledňovat specifika cílové skupiny, na kterou je terapie a podpora tvůrčích schopností a dovedností, a to zejména v oblasti jemné motoriky, orientovaná. V případě osoby vyššího věku je nutné se zaměřit především na výběr, aktivita

musí korespondovat s věkovou skladbou klientů a s ohledem na jejich celkový stav. Činnost ergoterapie má být koncipována tak, aby se při realizaci terapie prolínalo co nejvíce podnětů, metod a činností. Podle České asociace ergoterapeutů je hlavním terapeutickým prostředkem ergoterapie smysluplná činnost, která pomáhá k obnově narušených funkcí. Zvolené činnosti musí zohledňovat nejen věk a zdravotní stav klienta, ale také podmínky prostředí. K základním cílům patří podpora zdraví, duševní pohody a pomoc ve zlepšování schopností. Smysl terapie spočívá v napomáhání zapojit osobu do aktivit sociálního prostředí a komunity, posílení osoby v oblasti udržení či obnovení aktivit každodenního života (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 122).

Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá k léčebným účelům hudbu, která pozitivně působí na klienta. Samotná muzikoterapie podněcuje emocionalitu seniora, reminiscenci a fantazii. Muzikoterapie může mít dvě podoby jako aplikovaná, kdy jde o terapii poslechem hudby, nebo jako perceptivní, kdy jsou senioři hudebníky a zpěváky. Při této aktivitě je důležité zvolit vhodný čas a prostředí pro realizaci. Mezi techniky řadíme zpěv, poslech lidových písní nebo vážné hudby, hru na různé nástroje, hudbu a cvičení do rytmu nebo hudební kvíz, kdy senioři rozeznávají hudební nástroje za pomoci zvukového záznamu (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 125)

Trénování paměti

V souvislosti s trénováním paměti autorka Haškovcová (2010) uvádí, že pro lidi vyššího věku je typické vzpomínání si na dalekou minulost, včetně neuvěřitelných detailů ze svého dětství či mladého věku. Je důležité, aby senioři trénovali svou paměť rozličnými podněty. U lidí vyššího věku je uvedený typ aktivity alternativou, jak si paměť trénovat, ale také možností zapomenout na starosti běžného dne a odehnat depresivní stavy. Posilování paměti lze realizovat prostřednictvím různých způsobů každodenního běžného kontaktu s jinými lidmi např. komunikace nebo běžná péče o seniora až po aktivity ve skupinách. Paměť je možné trénovat i prostřednictvím vhodně zvolených her, při kterých můžeme využít různé předměty za účelem jejich identifikace. Ideální hrou na posilování paměti u lidí vyššího věku je Kimova hra (tzv. „kimovka“), při níž se klienti po určitou dobu mohou dívat na vystavené předměty, které se následně překryjí látkou. Úkolem účastníků je pojmenovat co nejvíce předmětů, které si zapamatovali. K dalším možnostem trénování paměti se řadí křížovky, scrabble, mozkový jogging a jiné (Haškovcová 2010, s. 400).

Animoterapie (zooterapie)

Pojem zooterapie je souhrnný termín používaný k označení rehabilitační metody a také metody psychosociální podpory zdraví, která je realizována prostřednictvím terapeutického působení zvířete v procesu interakce s člověkem. V závislosti působení konkrétního zvířete se rozlišují jednotlivé druhy animoterapie. Jedná se například o canisterapii (léčebné využití psa), felinoterapii (léčebné využití kočky), hipoterapii a hiporehabilitaci (léčebné využití koně). Méně známé a méně rozšířené druhy zvířecí terapie jsou například terapie za pomoci malých či hospodářských zvířat.

Člověk vyššího věku, který se stydí za stáří a svůj fyzický vzhled, tyto negativní emoce ztrácí, jelikož zvíře nedělá rozdíly mezi starými a mladými, ani krásnými a ošklivými.

Terapeutické působení prostřednictvím zvířete jde realizovat několika způsoby. Například forma pravidelných návštěv dobrovolníků se zvířaty, nebo zvíře může být umístěno přímo v instituci, což je lepší alternativa, protože je možné aplikovat aktivitu častěji (Zrubáková a Bartošovič, 2019, s. 124-125).

10 Mýty o stáří

Sociologický slovník vymezuje pojem „mýtus“ jako nepravdu, vymyšlené tvrzení, jež nemá pravdivý základ. Mýtem lze označit tvrzení, které se na základě různých polopravd šíří mezi lidmi. Jsou to například mýty o falešných představách, které vychází z přesvědčení o seniorské populaci (Příbyl, 2015, s. 27).

Většina lidí je hluboce přesvědčena, že starý člověk nárokuje výhradně ekonomické a materiální zabezpečení své existence. Výsledkem je široce rozšířený mýtus falešných představ, kdy se společnost zaměřuje právě na jedinou oblast, a to materiální zajištění starých lidí, které vede ke spokojenosti a lepší kvalitě života.

Mýtus zjednodušení demografie vyrostl na základě chybného přesvědčení, že starým se člověk stává v den odchodu do důchodu. Staří lidé jsou pak nazýváni důchodci, jako kdyby život odchodem do důchodu skončil. Tento mýtus zcela ignoruje rozdíl mezi „mladými“ a starými, „důchodci“ a okolnost, že díky stále prodlužující se střední délce života může člověk žít plnohodnotný život.

Mýtus homogenity reprezentuje právě ono chybné pojetí stáří, které se nám jeví od určité chvíle (např. odchod do důchodu). Potřeby starých lidí nerozlišujeme, protože třeba zevnějšek je stejný.

Silně je zakořeněný mýtus neužitečného času. Na jedné straně se seniorům přiznává právo na zasloužený odpočinek, na druhé straně jsou podezříváni z nicnedělání. Každý důchodce je považován za neužitečného. V důsledku takových představ pak rezultujeme, že se starým člověkem se nemůže, ani nedá počítat. Není pro nás partnerem, nemůže být ani sokem, nebereme ho na vědomí jako konkurenta. Jeho názory nás nezajímají. Senior stojí prostě na vedlejší koleji, je možné ho přehlížet, ignorovat a právě z těchto důvodů byl další mýtus nazván mýtem ignorance.

Svět se velmi rychle mění a náplně jednotlivých profesí také. Dnes už dědeček může opravdu jen velmi těžko profesně poučit vlastního vnuka. To ale ještě neznamená, že ho nemůže poučit jinak. A protože staletá tradice předávání řemesla z otce na syna, až na výjimky.

Lze hovořit ještě o mýtu schematismu a automatismu. Jako by senior už nemyslel, jako by už nic nevěděl, jako by mu z letitých profesních i životních zkušeností zbylo jen nepotřebné schéma automatických schopností.

Mimořádně populární mýtus je o lékařích. Jeho podstatou je mylná představa laiků, že všechny problémy starých lidí vyřeší medicína.

Velmi rozšířený mýtus je také o arterioskleróze a v posledních letech mýtus o „panu“ Alzheimerovi s celou řadou vtipů a historek.

Zvláštním mýtem v našem prostředí je mýtus o chudobě seniorů. Důvodem jsou nejen nízké důchody, ale i fenomén jistých psychických bariér. Ty se projevují zejména tak, že senior odmítne koupit lákavě vonící bramborák za 19 korun, když dříve stál 90 haléřů.

V teoretické rovině je zajímavý vztah mýtů a předsudků. Sociální psychologie definuje předsudek jako postoj jistého, určitého a charakteristického druhu. Dá se říci, že předsudek reprezentuje určitý ustálený vztah člověka nebo skupiny lidí vůči někomu nebo něčemu. Takový postoj má několik částí: zahrnuje názorovou, citovou a jednající složku. Konkrétní chování vůči starým lidem se projevují na základě předsudků, které jsou tradicí poskládány v mýty. Každý mýtus je zrádný v tom, že obsahuje zrnka pravdy, což je ostatně právě ten důvod, proč jej není snadné vymýtit. Šablonovitý a univerzálně devalvující přístup ke starým lidem je pak těžké měnit. Mýty o stáří vytrvale žijí v nejrůznějších modifikacích a mají značný vliv na utváření všeobecného pojetí i sebepojetí stáří. Výsledná představa, tedy image stáří, není příliš optimistická, a právě proto byly už v 70. letech minulého století (nyní znovu) vyvíjeny silné politické a společenské iniciativy usilující o kvalitativní změnu postojů ke stáří a ke starým lidem. Současná situace je i nadále neutěšená (Haškovcová, 2010, s. 42-47).

EMPIRICKÁ ČÁST

11 Metodika výzkumu

11.1 Cíle empirické části práce

Cíle výzkumného šetření byly formulovány následovně:

U vybraného souboru seniorů žijících v domově pro seniory a dále u vybraného souboru seniorů žijících v domácím prostředí:

1. Zjistit, jaký je (v celém souboru) subjektivně vnímaný zdravotní stav seniorů v daném souboru.
2. Zjistit a statisticky ověřit vztah mezi zdravotním stavem seniorů a jejich věkem.
3. Zjistit a statisticky ověřit vztah mezi zdravotním stavem seniorů a jejich pohlavím.
4. V rámci celého zkoumaného souboru zjistit, jak senioři vnímají a hodnotí kvalitu svého života
5. Zjistit a statisticky ověřit vztah mezi sedmi složkami kvality života a zdravotním stavem seniorů.
6. Zjistit a statisticky ověřit vztah mezi sedmi složkami kvality života a věkem seniorů.
7. Zjistit a statisticky ověřit vztah mezi sedmi složkami kvality života a pohlavím seniorů.
8. Zjistit pomocí rozhorů názor seniorů na umístění seniorů v domově pro seniory
9. Zjistit pomocí rozhovorů, co nejvíce ovlivňuje (komplikuje) kvalitu života ve stáří.
10. Zjistit, co osloveným seniorům dělá radost.
11. Zjistit, co osloveným seniorům pomáhá na udržení vitality.

11.2 Výzkumné hypotézy

Na základě studia dostupné literatury předpokládám, že:

1. mezi seniory bude převládat tato hodnocení vlastního zdravotního stavu: přiměřený věku a dost nemocný, neobjeví se odpověď zdravý.
2. bude existovat vztah mezi zdravotním stavem seniorů a jejich věkem; s přibývajícím věkem se bude zdravotní stav zhoršovat

3. bude existovat vztah mezi zdravotním stavem seniorů a jejich pohlavím; lépe na tom budou ženy, které obvykle více pečují o své zdraví.
4. v rámci celého zkoumaného souboru budou senioři hodnotit 7 zkoumaných proměnných rozdílně; nejlépe hodnotit rodinu, nejméně budou spokojeni se svou finanční situací a svým zdravotním stavem.
5. vztah mezi svým zdravotním stavem a sedmi složkami kvality života bude ovlivněn více vztahem k rodině, méně spokojeností seniora s celým svým životem.
6. vztah mezi svým věkem a sedmi složkami kvality života: věk bude ovlivňovat pocit zdraví a pocit osamělosti.
7. vztah mezi svým pohlavím a sedmi složkami kvality života bude ovlivňovat rodina, zdraví a víra.
8. senioři žijící ve svém přirozeném prostředí nebudou mít pocit osamělosti.
9. seniorům žijícím doma bude nejvíc komplikovat život pandemie covidu-19.
10. senioři žijící doma mají větší prostor pro pohybové aktivity.
11. seniorům největší radost dělá rodina.

11.3 Zkoumané soubory seniorů a jejich výběr

První soubor tvořili senioři, kteří žijí v domově pro seniory Oáza v Novém Městě nad Metují. Jde o domov, který spadá pod Městské středisko sociálních služeb a je určen obyvatelům Nového Města nad Metují a okolních spádových obcí. Jeho obyvateli jsou senioři starší 65 let, kteří z věkových důvodů nejsou úplně soběstační, jejich zdravotní stav je poněkud zhoršený, ale nepotřebují specializovanou péči ve zdravotnickém zařízení. Potřebují však pravidelnou pomoc jiné osoby např. při běžných sebeobslužných úkonech, při zajištění stravy apod. Kapacita domova Oáza činí 44 lůžek (Příloha č. 5).

Na základě osobního jednání s vedením domova Oáza, jsem získala souhlas (Příloha č. 4) s provedením šetření v tomto zařízení. Výběr byl proveden podle čtyř kritérií: 1. dostupnosti, 2. ochoty zapojit se do výzkumu jako zkoumaná osoba (anonymně), 3. být relativně zdrav somaticky, 4. být relativně zdrav psychicky.

Pracovníci domova vybrali ty klienty, kteří byli zdravotně i psychicky schopni šetření absolvovat a souhlasili s vyplněním dotazníku (Příloha č. 6 a 7). Do plánovaného šetření bohužel vstoupila pandemie. Jejím důsledkem bylo, že v domově důchodců Oáza (obdobně jako v dalších sociálních zřízeních v České republice) byly z hygienických důvodů

dlouhodobě zakázány návštěvy cizích osob. Šetření jsem tedy nemohla provádět osobně. Personál zařízení byl však ochotný a dotazníky klientům administroval a rozmlouval s nimi rámci tzv. aktivizačních programů.

Strukturní pohled na složení zkoumaného souboru těch seniorů, kteří žijí v domově Oáza, přináší tab. 1. a tab. 2.

Tabulka 1: Věkové složení zkoumaného souboru seniorů žijících v domově důchodců

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
60-69 roků	1	3,33 %
70-79 roků	17	56,67 %
80 a více roků	12	40,00 %
Celkem	30	100,00 %

Z tab. 1 je zřejmé, že nejvíce respondentů bylo ve věku 70-79 let. Druzí v pořadí byli nejstarší senioři - ve věku 80 a více let. Nejméně byli zastoupeni senioři ve věku 60-69 let,

Tabulka 2: Složení zkoumaného souboru seniorů žijících v domově důchodců podle pohlaví

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
Muž	16	53,33 %
Žena	14	46,67 %
Celkem	30	100,00 %

Z tab. 2 vyplývá, že v našem souboru respondentů překvapivě mírně převažovali muži (53 %) nad ženami (47 %).

Položili jsme si otázku, zda existuje rozdíl ve věkové struktuře mezi muži a ženami. Výsledek shrnuje tab. 3.

Tabulka 3: Věková struktura mužů a žen v našem souboru seniorů žijících v domově důchodců

Věk	Pohlaví		Celkem
	muž	Žena	
60-69	1	0	1
70-79	9	8	17
80 a více	6	6	12
celkem	16	14	30

Test	Hodnota Chi-Square	Pravděpodobnost	významnost rozdílu $\alpha = 0.050$?
Pearson's Chi-Square	0.9296	0.62825	NE

Použitý chí-kvadrát test ukázal, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve věkové struktuře mužů a žen našeho souboru seniorů, žijících v domově důchodců Oáza.

Druhý soubor osob tvořili senioři, kteří žijí v *domácím* prostředí. Jednalo se o 4 seniory ve věku 70-83 let. Z toho byli 2 muži a 2 ženy. Kritéria výběru byla shodná s prvním souborem seniorů.

11.4 Použité metody

Výzkumné šetření bylo koncipováno jako smíšený přístup, tedy jako kombinace kvantitativního přístupu (vyplňování dotazníku) a kvalitativního přístupu (krátký polostandardizovaný rozhovor).

Pro dotazníkové šetření byla použita zkrácená česká verze anglického dotazníku OPQOL-35. Dotazník OPQOL-35 vznikl ve Velké Británii a jeho autorkou je Ann Bowlingová z *University College London* v Londýně. Plný název dotazníku zní: *Older People's Quality of Life Questionnaire*. Je určen k diagnostice kvality života seniorů. V r. 2008 byl ověřen na souboru 987 anglických seniorů ve věku od 65 let výše. Dotazník vychází z předpokladu, že kvalita života je multidimenzionální pojem a v originální verzi umožňuje hodnotit kvalitu života pomocí osmi proměnných: 1. Celkové hodnocení života, 2. Zdravotní stav, 3. Sociální vztahy, 4. Nezávislost, svobodné rozhodování, kontrola nad vlastním životem, 5. Domov a sousedé, 6. Psychologická a emoční pohoda, 7. Finanční situace, 8. Náboženství/ kulturní původ.

Se souhlasem autorky originální verze byl dotazník OPQOL-35 přeložen do češtiny. Dotazník přeložili E. Vachková a J. Mareš a ověřili ho na souboru 158 českých seniorů. V české verzi byla pětistupňová škála obrácena, takže už nešlo o přidělování bodů, ale o *známkování* jako ve škole, tj. čím menší číslo, tím lepší hodnocení. Seniorům byl tento přístup bližší. Psychometrická analýza ukázala, že česká verze hodnotí kvalitu života seniorů pomocí sedmi proměnných (místo osmi jako v originálu). České proměnné se obsahově poněkud liší od originálu, neboť položky se seskupily do jiných celků: 1. Pozitivní hodnocení kvality života (tj. pohoda ve stáří), 2. Negativní hodnocení kvality života (tj. nepohoda ve stáří), 3. Zdravotní stav, možnost pracovat či pěstovat volnočasové aktivity, 4. Nedobrá finanční situace seniora, 5. Samostatnost, nezávislost seniora, hodnocení prostředí, kde žije, 6. Úloha náboženství a víry v životě seniora, 7. Rodina a blízcí lidé (Mareš et al., 2016).

Protože původní verze byla pro řadu seniorů příliš dlouhá, byla nedávno vytvořena i zkrácená česká verze OPQOL-CZ-20, která má jen 20 položek a zjišťuje také sedm proměnných: 1. Spokojenost se životem, 2. Úloha víry a náboženství, 3. Finanční situace, 4. Osamění, 5. Pozitivní přístup, 6. Rodina a bezpečné zázemí, 7. Zdraví, samostatnost, činnost. Tento zkrácený dotazník má 20 položek a odpovídá se pomocí pětistupňové škály.

Pokud jde o kvalitativní přístup, opíral se o rozhovory se 4 seniory. Rozhovor byl polostandardizovaný a jeho základem byly tyto otázky:

1. Co Vám v posledních dnech zvedlo náladu, co Vás potěšilo? Mohou to být i maličkosti.
2. Na co jste si už zvykl/a, co Vás už nepřekvapí, nerozhodí?
3. Co Vám teď komplikuje život?
4. Kdo Vám v tomto období nejvíc pomáhá?
5. Které činnosti Vás osobně v těchto dnech nejvíc uklidňují, co Vám nejvíc pomáhá?
6. Povězte mi něco o své rodině, přátelích a sousedech.
7. Co byste poradil/a starému člověku, který je v těchto dnech většinu času sám? Co má dělat a co raději nemá dělat?
8. Zamyslete se a řekněte mi, jestli jsou nějaké výhody či nevýhody seniorů žijících v domově seniorů a naopak těch, kteří žijí v domácím prostředí?

Rozhovory netrvaly stejně dlouho, záleželo na stručnosti nebo naopak obšírnosti odpovědí. S určitým zjednodušením lze říci, že průměrná délka rozhovoru se pohybovala kolem 10 minut. Rozhovory (se souhlasem seniorů) jsem nahrávala, přepsala do doslovného protokolu a analyzovala.

Data získaná dotazníkovým šetřením jsem přepsala do excelovské tabulky a předala do výpočetního oddělení LF UK v Hradci Králové. Konzultace mi poskytla a statistické zpracování dat provedla RNDr. Eva Čermáková.

Při zpracování dat byla použita deskriptivní statistika (protože šlo o malý soubor, zvolily jsme za střední hodnotu medián a interval tvořily dvě hodnoty: 25. percentil a 75. percentil. Statistikou významnost rozdílů jsme testovaly pomocí neparametrických metod – chí-kvadrát testu a Man-Whitneyova U-testu.

12 Výsledky

12.1 Výsledky kvantitativní části

Pro posouzení celkového stavu našeho zkoumaného souboru, jsem všem seniorům položila otázky, jak se po zdravotní stránce cítí, jaké je jejich subjektivní hodnocení svého zdravotního stavu. Základní rozdělení odpovědí přináší tab. 4.

Tabulka 4: Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu seniory žijícími v domově důchodců

	Celkem (abs.)	Celkem (relat.)
zdravý/á	1	3,33 %
nemoci přiměř. věku	21	70,00 %
dost nemocný/á	8	26,67 %
celkem	30	100,00 %

Z tab. 4 je patrné, že nejvíce seniorů má pocit, že jejich zdravotní stav je přiměřený věku (70 %). Nezanedbatelný je podíl seniorů, kteří se necítí dobře a zažívají zdravotní obtíže (27 %). Jediná osoba našeho souboru uvedla, že se cítí ještě zdráva. Jednalo se o muže, který byl z celého souboru osob nejmladší (60-65 let).

Nyní se podíváme na vztahy mezi proměnnými. Začneme vztahem mezi zdravotním stavem a věkem seniorů (viz tab. 5).

Tabulka 5: Vztah mezi zdravotním stavem a věkem seniorů žijících v domově důchodců

Zdravotní stav versus věk			
Věk	nemoci přiměřené věku	dost nemocný/á	Celkem
80 a více	10	2	12
60-69 a 70-79	11	6	17
Celkem	21	8	29

Test	Hodnota Chi-Square	pravděpodobnost	významnost rozdílu α = 0.050?
Pearson's Chi-Square	1,2219	0.26899	NE

Použitý chí-kvadrát test ukázal, že v našem souboru seniorů neexistuje statisticky významný vztah mezi věkem seniorů a jejich subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Je to ostatně zřejmé, pokud porovnáme nejstarší věkovou skupinu (80 a více let) se skupinou 60-79 let. V nejstarší věkové skupině převažují osoby, které svůj zdravotní stav považují za přiměřený

věku a je málo osob, jež se cítí zdravotně dost špatně (jenom 2). Naopak v mladší věkové skupině (60-79 let) je výrazně více osob, které se zdravotně cítí dost špatně (celkem 6).

Další zajímavý vztah je mezi zdravotním stavem zkoumaných osob a pohlavím. Základní údaje prezentuje tab. 6.

Tabulka 6: Vztah mezi zdravotním stavem a pohlavím u seniorů žijících v domově důchodců

Zdravotní stav versus pohlaví			
věk	Nemoci přiměřené věku	dost nemocný/á	Celkem
muž	11	4	15
žena	10	4	14
Celkem	21	8	29

Test	Hodnota Chi-Square	pravděpodobnost	významnost rozdílu $\alpha = 0.050$?
Pearson's Chi-Square	1,2219	0.26899	NE

Použitý chí-kvadrát test ukázal, že v našem souboru seniorů neexistuje statisticky významný vztah mezi pohlavím seniorů a jejich subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Je ostatně zřejmé, pokud porovnáme nejstarší věkovou skupinu (80 a více let) se skupinou 60-79 let. Je v nich stejný počet osob, které se zdravotně cítí dost špatně (v každé skupině čtyři).

V názvu mé práce figuruje téma **kvalita života seniorů**. V kapitole o použitých metodách jsem uvedla, že kvalitu života jsem zjišťovala pomocí dotazníku OPQOL-CZ-20, který sleduje 7 proměnných, 7 faktorů. Nejprve uvedu deskriptivní statistické údaje (viz tab. 7).

Tabulka 7: Základní údaje o sledovaných proměnných u celého souboru seniorů

Zkrácený název proměnné	medián	25. percentil	75. percentil	možné minimum	možné maximum
Spokojenost	5	9	7	3	15
Finance	11	15	8	5	25
Pozitivní přístup k životu	2,75	5,25	4	2	10
Rodina	3	5,25	4	3	15
Zdraví	10,5	13	7,7	3	15
Osamění	3	6	4,5	2	10
Víra	3	6	5	2	10

Už jenom zběžné nahlédnutí do tab. 7 upoutá tím, že dvě proměnné (osamění, víra) mají relativně nízkou průměrnou hodnotu 3 na škále od 2 do 10. Průměrná hodnota 3 však značí ve slovním označení situaci, kdy senior svou volbou sděluje: *těžko rozhodnout*.

Od deskriptivního popisu přejdeme k výsledkům statistického testování a to v pořadí: významnost rozdílu v **udávané kvalitě života** související se:

- zdravotním stavem,
- věkem,
- pohlavím seniorů.

Tabulka 8: Významnost rozdílu v udávané kvalitě života seniorů související se zdravotním stavem

Významnost rozdílů v kvalitě života seniorů daná jejich zdravotním stavem				
Zkrácený název proměnné	Test	Z-hodnota	pravděpodobnost	významnost rozdílu $\alpha = 0.050$?
Spokojenost	Mann-Whitney-test	2,3327	0.01966	ANO
Finance	Mann-Whitney-test	-1.2908	0.19678	NE
Pozitivní přístup	Mann-Whitney-test	1,1777	0.23892	NE
Rodina	Mann-Whitney-test	0.0546	0.95649	NE
Zdraví	Mann-Whitney-test	1,8949	0.05811	Na hranici významnosti
Osamění	Mann-Whitney-test	0.6925	0.48863	NE
Víra	Mann-Whitney-test	-0.8908	0.37304	NE

Použitý Mann-Whitneyův test ukázal, že v našem souboru seniorů existuje jediný statisticky významný vztah a to mezi mírou **spokojenosti** seniora se svou kvalitou života a jeho zdravotním stavem. Zbývajících šest proměnných nebylo zdravotním stavem významně ovlivněno.

Tabulka 9: Významnost rozdílu v udávané kvalitě života seniorů související s jejich věkem

Významnost rozdílů v kvalitě života seniorů daná jejich věkem				
Zkrácený název proměnné	Test	Z-hodnota	pravděpodobnost	významnost rozdílu $\alpha = 0.050$?
Spokojenost	Mann-Whitney-test	-0.1278	0.89829	NE
Finance	Mann-Whitney-test	0.0477	0.96197	NE
Pozitivní přístup	Mann-Whitney-test	0.0217	1.00000	NE
Rodina	Mann-Whitney-test	0.0000	1.00000	NE
Zdraví	Mann-Whitney-test	0.0656	0.94772	NE
Osamění	Mann-Whitney-test	0.5146	0.60681	NE
Víra	Mann-Whitney-test	-1.0308	0.30264	NE

Použitý Mann-Whitneyův test ukázal, že v našem souboru seniorů neexistuje jediný statisticky významný vztah mezi některou složkou kvality života a věkem seniora. Žádná ze sledovaných proměnných nebyla v našem souboru ovlivněna samotným věkem seniorů.

Tabulka 10: Významnost rozdílů v udávané kvalitě života seniorů související s jejich pohlavím

Významnost rozdílů v kvalitě života seniorů daná jejich pohlavím				
Zkrácený název proměnné	Test	Z-hodnota	pravděpodobnost	významnost rozdílu $\alpha = 0.050$?
Spokojenost	Mann-Whitney-test	-0,6067	0.54405	NE
Finance	Mann-Whitney-test	-1.7744	0.07599	NE
Pozitivní přístup	Mann-Whitney-test	-0.9178	0.35874	NE
Rodina	Mann-Whitney-test	-0.1807	0.85659	NE
Zdraví	Mann-Whitney-test	0.0000	1.00000	NE
Osamění	Mann-Whitney-test	-2.1056	0.03524	ANO
Víra	Mann-Whitney-test	-0.7802	0.43525	NE

Použitý Mann-Whitneyův test ukázal, že v našem souboru seniorů existuje jediný statisticky významný vztah, a to mezi pocitem osamění seniorů a jejich pohlavím. Osamění pociťují statisticky významně více **ženy**. Zbývajících šest proměnných vnímané kvality života nebylo pohlavím ovlivněno.

12.2 Výsledky kvalitativní části

V kapitole věnované použitým metodám jsem uvedla, že druhou částí empirického výzkumu byly rozhovory se čtyřmi seniory, kteří žijí ve svém domácím prostředí. V rámci individuálních rozhovorů jsme získali níže uvedené odpovědi.

Všichni oslovení senioři souhlasili s nahráváním. Souhlas všech respondentů je nahráný na diktafonu.

12.2.1 Přepis rozhovorů:

II – M. Š., 79 let

1. Co Vám v posledních dnech zvedlo náladu, co Vás potěšilo? Mohou to být i maličkosti.
„Mě potěšilo třeba pěkné počasí, pak mě potěšilo, že už ten covid od nás odchází, ode mě odchází, že už začínám být dost jako zdravější, co mě potěšilo, když mě navštívili vnoučata a pravnouče a... to asi stačí...“
2. Na co jste si už zvykla, co Vás už nepřekvapí, nerozhodí?
„Už jsem si zvykla na stáří, už mě ani nepřekvapí, když mě něco bolí, to mě překvapí...“
3. Co Vám teď komplikuje život?
„Nejvíc mě komplikoval život covid, kterého jsem se už zbavila. Ve stáří mě třeba překvapilo, že už nemůžu tak rychle chodit, že už chodím s hůlkou, překvapilo mě, když jsem upadla a zlomila jsem si nohu, ale dobře mě ji spravili v nemocnici, takže chodím sice o berlích, ale jde to, no a jinak všechno v pořádku, no...“
4. Kdo Vám v tomto období nejvíc pomáhá?
„Nejvíc mě pomáhá manžel, vnoučata, děti, ehm... a dobrá nálada... ne, to je blbý... a děti no, takhle no...“
5. Které činnosti Vás osobně v těchto dnech nejvíc uklidňují, co Vám nejvíc pomáhá?
„Noo...tak... nejvíc mě uklidňují zvířátka, máme dvě kočky, pak mě uklidňuje, že vařím, ráda vařím, no a chodím na procházku, občas televizi, ráda čtu, luštím křížovky, tak tohle to...“
6. Povězte mi něco o své rodině, přátelích a sousedech.
„Mám tři děti a v této nepěkné chvíli, když jsem byla nemocná, mě navštěvovali, vozili mně nákupy, mluvili se mnou a dodávali mi odvalu, abych se uzdravila... přátelé mě telefonovali, povzbuzovali, abych vydržela, abych ehm... se s tou nemocí poprala a syn s dcerou se střídají, vozili nám obědy a opravdu jsem mohla odpočívat a tím jsem se taky uzdravila... přátele mě právě telefonovali, sousedi mě telefonovali, ptali se, jak to s náma je, jako ptali se, i radili, co si máme uvařit, co máme pít, aby byli zdraví a vztahy se sousedama... ale jo... máme.“
7. Co byste poradila starému člověku, který je v těchto dnech většinu času sám? Co má dělat a co raději nemá dělat?
„Aby si našel nějakého koníčka, buďto aby četl, nebo dělal ruční práce, i si uvařil, chodil na procházku s kamarádem nebo kamarádkou a prostě nepodléhat depresím, poslouchal rozhlas, televizi a občas si zazpíval... má myslet na nic špatného, nebo koukat na televizi“

nebo... aby nepřemýšlel o nemocech, aby spíš myslel pozitivně a něco si plánoval dopředu, na co se podívá, nebo kam by se mohl podívat, snažit se dělat nějakou práci.“

8. Zamyslete se a řekněte mi, jestli jsou nějaké výhody či nevýhody seniorů žijících v domově seniorů a naopak těch, kteří žijí v domácím prostředí?

„Já bych řekla takhle, že když jsme doma, že máme jeden v druhém oporu a jsme ve svém prostředí, jsme zvyklí a umíme se těšit i z maličkostí, no a že chodíme na zahradu, a že chodíme, a že můžeme jít, že tam můžeme i pěstovat, jenom sice málo, ale no a rostliny, zeleninu, brambory a tohle to a ti, kteří jsou v tom domově důchodců, jako v nemocničním prostředí, že pokud nemaj dobrého třeba spolubydlícího nebo tak, že můžou na ně doléhat i deprese, když jsou pořád v tom prostředí a nemají si s kým třeba popovídat, takže dělá na ně veliký zlo... výhodu mají v tom, že se o ně jako postaraj ty pečovatelky, někoho k sobě mají, ale jako že po téhle citové stránce a takový toho přátelství, že to je nejlepší, když jsou ty starý lidi ještě pokud můžou spolu a že si nejvíc rozumněj, i když se někdy pohádaj, ale zase se to spraví, a že dodávaj tomu druhému sílu k uzdravení, k lepším myšlenkám, aby se jako nebyly v takovém nějakým stresu a že se maj jak utěšit, že bude líp a že když budeme tohle společně dělat, že se to zase zlepší. A prostě i s tou nemocí, že se jako o to podělej. Nějak takhle nějak jsem to myslela.“

I2 – J. Š., 80 let

1. Co Vám v posledních dnech zvedlo náladu, co Vás potěšilo? Mohou to být i maličkosti.

„Mě zdvihaj náladu, zdvihá náladu práce a chodění ke slepicím, hlazení koček, protože kočky se se mnou mazlej a já je mám rád.“

2. Na co jste si už zvykl, co Vás už nepřekvapí, nerozhodí?

„No, teď už mě nic nepřekvapí, protože, ehm... za prvé, zvykl jsem si na to, že sem tam se něco rozbije a musím to spravit, takže takovýhle věci už mě nerozhoděj, a... no a... nevím no... no když něco shoděj kočky na zem, když něco rozbijou, tak už mě to nerozhodí a mávnu nad tím rukou.“

3. Co Vám teď komplikuje život?

„No... jak je covid, nemůžeme chodit ven, nemůžeme jezdit nakupovat... a... čekáme, až se ten covid spraví.“

4. Kdo Vám v tomto období nejvíc pomáhá?

„No, pomáhá mně manželka, syn, dcera, který nám choděj nakupovat a jedna dcera, která bydlí na Vysočině, nám občas aspoň zatelefonuje a ptá se, jak se máme a prostě nám nejvíce pomáhá kontakt s rodinou.“

5. Které činnosti Vás osobně v těchto dnech nejvíc uklidňují, co Vám nejvíc pomáhá?
„Práce mně pomáhá, protože musím topit v kotli, chodit ke slepicům, musím sem tam něco na zahradě udělat a to mě pomáhá, protože při práci zapomenu na tyhle všechny starosti.“
6. Povězte mi něco o své rodině, přátelích a sousedech
„Mám tři děti a 5 vnoučat a jedno pravnoučat... a když se můžeme potkat... teď se moc potkat nemůžeme, tak si aspoň zatelefonojeme a navíc ještě nám choděj nakupovat syn s dcerou, všechno nám přinesou a vnučka taky. Se známejma a příbuznýma si spíš telefonujeme, protože teď nikam nemůžeme chodit a aspoň, že je ten telefon. Přátel moc nemáme, stačí jen kontakt s rodinou. Se sousedama vycházíme dobře, oni se ptali, taky jak na tom jsem a občas se takhle přes plot popovídáme.“
7. Co byste poradil starému člověku, který je v těchto dnech většinu času sám? Co má dělat a co raději nemá dělat?
„Nejdůležitější je a každému bych to poradil, je, ať si najde nějakou práci, aby se s tím zabavil a hlavně nepřemýšlel o nemoci a o tom covidu a o tomhle a prostě na to nemyslet. To je nejdůležitější a hlavně, furt nepřemýšlet o nemocích.“
8. Zamyslete se a řekněte mi, jestli jsou nějaké výhody či nevýhody seniorů žijících v domově seniorů a naopak těch, kteří žijí v domácím prostředí?
„Já bych řekl, že máme výhodu v tom, že jak jsme doma a musíme něco dělat, že máme pořád pohyb, máme pořád pohyb a ten pomáhá pro zdraví. A ty, co bydlej v tom, jsou na tom s pohybem hůř, protože tam jim všechno udělaj, co my si musíme udělat sami, maj to pohodlnější, ale zas podle ně ten pohyb je hrozně důležitěj. Výhodu maj v tom, že defakto nemusej nic dělat, podle mě a maj tam nějakou prostě nějakou činnost, mají aktivizační programy, mají zpestření. Ale nikdy to nenahradí to, když je člověk doma sám a jsou dva! Nevýhody bych ani neřekl, že máme. My dokud jsem s tím zdravím takhle, to je furt lepší bydlet ve svém domě na své zahradě a rozhodně dokud to půjde, tak bych neměnil s domovem důchodců.“

I3 – H. M., 74 let

1. Co Vám v posledních dnech zvedlo náladu, co Vás potěšilo? Mohou to být i maličkosti.
„Ehm... Sluničko mě potěšilo, vnoučata mě potěšila, mám z nich radost... vnoučat, to mě potěšuje a jinak tak, co bych ještě mohla říct...“
2. Na co jste zvyklá, co Vás už nepřekvapí, nerozhodí?

- „Na všechno jsem si zvykla a co mě nerozhodí?... no tak... asi taky nic... můžu říct... no... občas mě taky rozhodí děda!“*
3. Co Vám teď komplikuje život?
„Celkem nic... zima, zubař, teď chodíme k zubaři, no a ten covid... no...teď je to taková normálka.“
4. Kdo Vám v tomto období nejvíc pomáhá?
„No děda! A děti.“
5. Které činnosti Vás osobně v těchto dnech nejvíc uklidňují, co Vám nejvíc pomáhá?
„Osmisměrky, televize, na televizi koukání na sport a čtení.“
6. Povězte mi něco o své rodině, přátelích a sousedech.
„Ze sousedama problémy nemáme, to si popovídáme, chodíme na procházky. Celou rodinu mám na dvoře a kdykoli mám možnost, tak s nima můžu mluvit. S přátelama se moc nevidáme.“
7. Co byste poradila starému člověku, který je v těchto dnech většinu času sám? Co má dělat a co raději nemá dělat?
„Má odpočívat, má chodit na procházky, hlídat vnoučata. Nemá se uzavírat sám do sebe...“
8. Zamyslete se a řekněte mi, jestli jsou nějaké výhody či nevýhody seniorů žijících v domově seniorů a naopak těch, kteří žijí v domácím prostředí?
„Já si myslím, já nevím, já bydlím na vesnici, já můžu jít na dvůr a tohle to, a tohle ty lidi v domovech nemůžou. Ti jsou poměrně uzavřený. Manželův brácha, když s ním mluvíme, že jo, tak oni nemůžou jít ani ven, jsou to... no... pro ty lidi není dobrý. Ale zase mají výhodu, že když můžou, tak si můžou popovídat s někým, když pak jsou ty lidi doma, ségra ta, když je sama, tak ona jede do toho, pro ni přijedou, je tam přes den, ale jinak je pak doma sama, když ji třeba nenavštíví rodina.“

14 L. M., 83 let

1. Co Vám v posledních dnech zvedlo náladu, co Vás potěšilo? Mohou to být i maličkosti.
„Udělal mi nový zub.“
2. Na co jste si už zvykl, co Vás už nepřekvapí, nerozhodí?
„Co mě nerozhodí? Že je pořád zima a pořád padá sníh a že bych chtěl už jaro. To je blbý ne?“
3. Co Vám teď nejvíc komplikuje život?

„Co mi komplikuje život? Že v televizi pořád mají tu nemoc a že už nechci na to koukat, jak jim strkaj do nosu ty tyčinky!“

4. Kdo Vám v tomto období nejvíc pomáhá?

„Kdo mně pomáhá? Asi babička.“

5. Které činnosti Vás osobně v těchto dnech nejvíc uklidňují, co Vám nejvíc pomáhá?

„Uklidňuje mě můj kocour, protože ho každý den krmím a starám se o něj.“

6. Povězte mi něco o své rodině, přátelích a sousedech.

„Přátelích... přátele... to nevím... co o přátelích... no tak v posledních dnech se nevidáme, jen tady na dvoře jo. Do města nesmíme, to se bojíme, aby se nebáli, že jim tam doneseme tu nemoc. Nosíme roušky! Rodina... rodina... celou rodinu mám tady na dvoře a dělaj mě radost! Sousedí mě rozčilujou, protože se nebavěj... joo...ty vůbec, já je ani neznám, tady sousedi.“

7. Co byste poradil starému člověku, který je v těchto dnech většinu času sám? Co má dělat a co raději nemá dělat?

„Co má dělat? Buď ať jde do hospody a ožere se anebo ať poslouchá televizi, tam jsou pěkný seriály. Co nemá dělat? Volit naši vládu, protože stojí za prd. Nemám rád tyhle ty, jak bych to řekl... A co bych radil starýmu člověku, aby chodil hodně a nesesedl doma a neválel se na gauči.“

8. Zamyslete se a řekněte mi, jestli jsou nějaké výhody či nevýhody seniorů žijících v domově seniorů a naopak těch, kteří žijí v domácím prostředí?

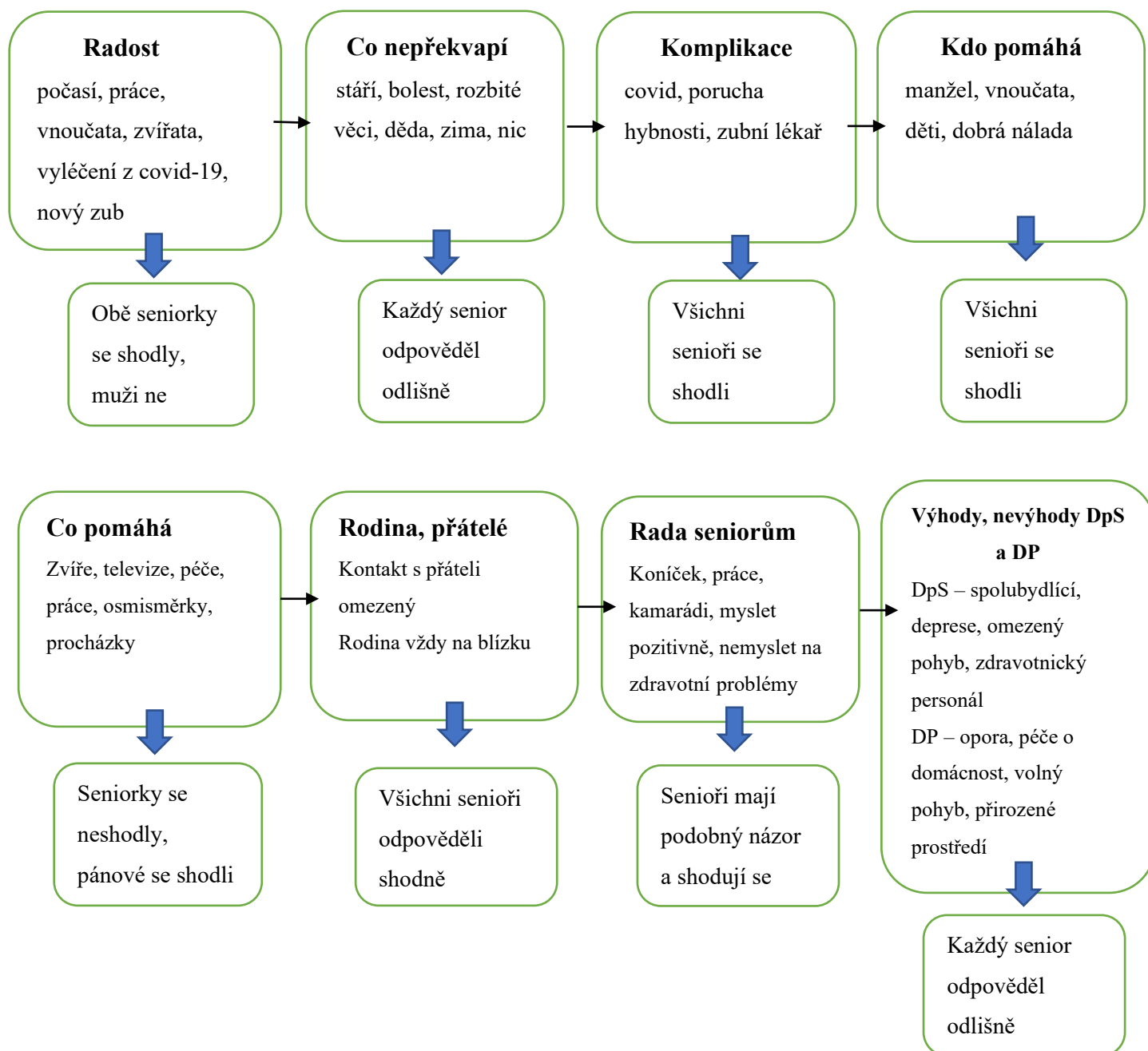
„Tam jsou nevýhody ty protože mě brácha volal, že tam jsou pořád zavřený, nepustěj je ven. Vzali jim tam lavičky venku a nesmíme ven a on je úplně z toho nepřičetnej, protože mu to vadí, on byl zvyklej chodit, a proto většinou je sám. Výhoda je, že jim tam vařej, protože sám by si neuvařil a staraj se o něj, jako lékařský ty... to je pravda. Nevidím žádnou nevýhodu pro nás. Jediný to, že musím topit, že musíme dělat dřevo. Výhodu mám obrovskou, že babička dobře vaří a chodíme na procházky, můžem chodit zatím... zatím nám nezakázali ani do Spy a to jsme nemohli ani do toho. To je hrozná výhoda, že chodíme!“

12.2.2 Analýza rozhovorů

Nejčastější analyzovaná témata

Souhrn názorů

Po rozhovorech se 4 seniory musíme také provést analýzu rozhovorů, tzv. souhrn odpovědí s ohledem na společné názory seniorů nebo také naopak s názory, v kterých se senioři v rámci odpovědí na otázky lišili.



13 Diskuze

Období stáří patří mezi nevyhnutelné vývojové období každého člověka. Když je člověk mladý, plný sil a zdraví, neuvědomuje si fakt, že jednou může zestárnou, být starý a dostat do domova pro seniory. Zajištění zdraví, důstojnosti, spokojenosti a kvality života ve stáří, by měla naše společnost mít mezi hlavními cíli. Důvod je prostý. Každý z nás si zaslouží ve stáří neřešit problémy, především zdravotní problémy, ale mít radost ze života, který prožil.

Pokud jde o nerovnost rozložení mužů a žen, může být způsobena buď v rozdílu ve zdravotním stavu, kdy muži na tom bývají zdravotně hůře než ženy (pečují o sebe méně, než ženy) nebo z věkových důvodů (ženy žijí déle). V mém souboru se tento předpoklad nepotvrdil a statisticky významný rozdíl v zastoupení pohlaví nebyl zjištěn. Může to být specifitější strukturou obyvatel domu důchodců Oáza.

Zajímavé zjištění přinesl dotaz, jak senioři subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav. Předpokládala jsem (hypotéza č. 1), že mezi odpověďmi bude převládat hodnocení „přiměřený věku“ a „dost nemocný“, ale neobjeví se odpověď „zdravý“. Předpoklad se nepotvrdil: u nejmladšího seniora se objevila se odpověď „zdravý“. Odpovídá to relativně dobrému stavu tohoto jedince.

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu seniorů žijících v domově pro seniory jsem porovnávala s jejich pohlavím a věkem.

Předpokládala jsem, že bude existovat vztah mezi zdravotním stavem seniorů a jejich věkem; s přibývajícím věkem se bude zdravotní stav zhoršovat (hypotéza č. 2). Použitý chí-kvadrát test ukázal, že v našem souboru seniorů neexistuje statisticky významný vztah mezi věkem seniorů a jejich subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Je to ostatně zřejmé, pokud porovnáme nejstarší věkovou skupinu (80 a více let) se skupinou 60-79 let. V nejstarší věkové skupině převažují osoby, které svůj zdravotní stav považují za přiměřený věku, a je málo osob, jež se cítí zdravotně dost špatně (jenom 2). Naopak v mladší věkové skupině (60-79 let) je výrazně více osob, které se zdravotně cítí dost špatně (celkem 6). Jedním z možných vysvětlení může být generační rozdíl – ve skupině straších seniorů se sešly odolnější osoby, zatímco mladší skupina mohla být složena z více zranitelných osob. Druhým možným vysvětlením by mohl být rozdíl v zažitých stresujících situacích.

Dále jsem předpokládala, že bude existovat vztah mezi zdravotním stavem seniorů a jejich pohlavím; lépe na tom budou ženy, které obvykle více pečují o své zdraví

(hypotéza č. 3). Chí-kvadrát test ukázal, že v našem souboru seniorů neexistuje statisticky významný vztah mezi pohlavím seniorů a jejich subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Je to ostatně zřejmé, pokud porovnáme nejstarší věkovou skupinu (80 a více let) se skupinou 60-79 let. Je v nich stejný počet osob, které se zdravotně cítí dost špatně (v každé skupině čtyři). O důvodech neexistence rozdílu mezi pohlavím seniorů ve vztahu k subjektivně hodnocenému zdraví mohu jen spekulovat, neboť jsem s touto situací nepočítala a neměla jsem možnost (vzhledem k pandemii) se na to dodatečně seniorů zeptat. Mohla nastat situace, kdy muži o sebe víc dbali anebo měli snadnější život oproti ženám, které musely zastat (kromě svého zaměstnání) také péči o domácnost.

Předpokládala jsem, že v rámci celého zkoumaného souboru, budou senioři hodnotit sedm zkoumaných proměnných rozdílně; nejlépe budou hodnotit rodinu, nejméně budou spokojeni se svou finanční situací a svým zdravotním stavem (hypotéza č. 4).

Při diskusi získaných výsledků se nemůžeme držet jenom numerických údajů, protože některé položky jsou v dotazníku formulovány pozitivně, některé zase negativně.

Spokojenost se životem zjišťovaly tyto položky: Celkem si užívám života, Většinu času se cítím šťastný/á. Mám radost ze života, těší mě život. Medián odpovědí byl 5. Protože stupnice odpovídání byla analogická se školním známkováním, (čím nižší hodnota, tím lépe) většina seniorů se cítí spokojena. Pokud by byli nespokojeni, tj. nesouhlasili by s těmito třemi položkami, pak by medián musel být výrazně vyšší (maximum možné hodnoty je 15).

Finanční situaci zjišťovaly tyto položky: Z mého důchodu si mohu dovolit jen málo, životní náklady omezují můj život. Mám dost peněz, abych platil/a účty za domácnost. Mám dost peněz, abych platil/a opravy nebo výpomoc v domácnosti. Mohu si dovolit koupit, co chci. Nemohu si dovolit koupit takové věci, kterých bych si užíval/a. Medián odpovědí byl 11. Pokud by byli senioři nespokojeni, tj. nesouhlasili by s těmito pěti položkami, pak by medián musel být výrazně vyšší (maximum možné hodnoty je 25).

Pozitivní přístup k životu zjišťovaly tyto položky: Beru život takový, jaký je a snažím se ho využít co nejlépe. Mám tendenci brát život z té lepší stránky. Medián odpovědí byl 2,75. Pokud by byli senioři nespokojeni, tj. nesouhlasili by s těmito dvěma položkami, pak by se medián musel být výrazně vyšší (maximum možné hodnoty je 10).

Rodina a bezpečné zázemí zjišťovaly tyto položky: Moje rodina, přátelé, sousedé mi pomohou, kdyby by bylo potřeba. Mám své děti blízko sebe, což je pro mě důležité. V místě, kde žiji, se cítím bezpečně. Medián odpovědí byl 3. Pokud by byli senioři nespokojeni, tj. nesouhlasili by s těmito třemi položkami, pak se medián musel blížit hodnotě 25.

Zdraví, samostatnost, čínorodost zjišťovaly tyto položky: Mám ještě dost sil, fyzické energie. Můj zdravotní stav mi komplikuje péči o sebe sama a o můj domov. Jsem přiměřeně zdrav/a, abych byl/a nezávislý/á. Medián odpovědí byl 10,5. Pokud by byli senioři nespokojeni, tj. nesouhlasili by s těmito pěti položkami, pak by medián musel být výrazně vyšší (maximum možné hodnoty je 15).

Osamění seniora zjišťovaly tyto položky: Bylo by lepší, kdybych se víc stýkal/a s lidmi, žila společensky. Rád/a bych měl/a kolem sebe více lidí, se kterými bych si užíval/a života. Medián odpovědí byl 4,5. Pokud by byli senioři nespokojeni, tj. nesouhlasili by s těmito dvěma položkami, pak by medián musel být výrazně vyšší (maximum možné hodnoty je 10).

Úlohu víry a náboženství v životě seniora zjišťovaly tyto položky: Náboženství, víra, filozofie jsou pro můj život důležité. Kulturní události, náboženské svátky a oslavy jsou pro můj život důležité. Medián odpovědí byl 5. Pokud by byli senioři spíše nevěřící, náboženství nepotřebovali, tj. nesouhlasili by s těmito dvěma položkami, pak by medián musel být výrazně vyšší (maximum možné hodnoty je 10).

Ze získaných údajů lze vyvodit toto pořadí: 1. rodina a bezpečné zázemí, 2. pozitivní přístup k životu, 3. spokojenost se životem, 4.–5. finanční situace; osamělost, 6. víra a náboženství, 7. zdravotní stav, samostatnost, čínorodost.

Hypotéza se potvrdila jen částečně: senioři nejlépe hodnotí vztahy s rodinou a pozitivní přístup k životu; průměrné hodnocení (oproti horším předpokladům) dostala finanční situace a osamělost. Pro většinu dotázaných je úloha víry a náboženství v jejich osobním životě malá. Nejhůře senioři hodnotí svůj zdravotní stav, svou samostatnost a čínorodost.

Hypotézu, kterou jsem chtěla ověřit, je vztah mezi svým subjektivně hodnoceným zdravotním stavem a sedmi složkami kvality života. Předpokládala jsem, že bude ovlivněn více vztahem k rodině a méně spokojeností seniora s celým svým životem (hypotéza č. 5). Z výsledků dle Mann-Whitneyho testu se potvrdilo, že statisticky významná je pro seniory spokojenost ve vztahu s rodinou. Na hranici statistické významnosti byl faktor zdraví (zdravotní stav), samostatnost a čínorodost.

Hypotéza č. 6 zabývajícím se vztahem mezi svým věkem a sedmi složkami kvality života předpokládala, že: věk bude ovlivňovat pocit zdraví a pocit osamělosti (hypotéza č. 6). Tato hypotéza se potvrdila. Důvodem může být, že v našem souboru seniorů neplatí lineární vztah – čím vyšší věk, tím horší zdravotní stav.

Předpokládaný vztah mezi svým pohlavím a sedmi složkami kvality života bude ovlivňovat rodina, zdraví a víra (*hypotéza č. 7*). Tato hypotéza se nepotvrdila. Za zmínku stojí, že ženy v našem zkoumaném souboru mají větší pocit osamění než muži. Vliv zdravotního stavu byl na hranici statistické významnosti. Možné důvody jsou v rovnosti horšího zdravotního stavu, kdy tvrzení „jsem dost nemocný“ zvolily 4 ženy a 4 muži. Co se týká oblasti víry, nebyl zde nalezen statisticky významný rozdíl. Důvod může spočívat v převaze nevěřících v obecné české populaci, v případě věřících pak v nedostupnosti kostela či kaple. Rodina zde v této souvislosti nebyla významným faktorem. Spekulovat o příčinách tohoto postoje je obtížné, neměli jsme však možnost se na to seniorů doptat.

Poslední hypotéza se týkala malé skupiny seniorů, která žije ve svém domácím prostředí. Předpokládala jsem, že tito senioři nebudou mít pocit osamělosti (*hypotéza č. 8*). Tato hypotéza se potvrdila a jsem vděčná, že v této složité době mají senioři někoho, na koho se mohou spolehnout.

Limity výzkumu. Ze zpracování výzkumného šetření je zřejmé, že provedený výzkum má své limity. Za jeden z limitů mého výzkumu lze pokládat relativně malý počet dostupných seniorů pro dotazníkové šetření. Ovšem v době nouzového stavu nebylo možné jich získat více. Dá se však předpokládat, že při vyšším počtu seniorů-respondentů, by výsledky byly průkaznější. Dalším limitem je výběr zařízení v menším městě s nižším počtem klientů v domově pro seniory. Výsledky by také mohly vypadat jinak při výběru zařízení ve větším městě, kde v zařízeních žijí větší počty seniorů.

Jiným limitem je vyplňování dotazníků s pomocí další osoby – aktivizační pracovnice, neboť jsem neměla možnost se osobně účastnit vyplňování dotazníků. Rozhovor byl prováděn u seniorů, kteří měli nemoci přiměřené jejich věku bez závažného pohybového omezení. Výsledky by pravděpodobně byly odlišné u seniorů se závažnou chorobou, u seniorů s pohybovými problémy nebo u seniorů, kteří nemají funkční rodinu apod.

Porovnání výsledků s obdobnými výzkumy u seniorů.

Kvalita života seniorů je poměrně rozšířené téma při psaní kvalifikačních prací. Při srovnání s ostatními výzkumy je zřejmé, že většina badatelů používala také dotazníkové šetření, ale existují i výzkumy založené na rozhovorech.

Výzkum, který se mému trochu podobá, byl prováděn Šibravovou (2020). Použitou metodou byly rozhovory s klienty žijícími v rodinném prostředí a v domově pro seniory. Věkové rozmezí oslovených seniorů bylo 69-85 let. Největší zastoupení měla věková kategorie 80 a více let. Dohromady se výzkumu zúčastnilo 16 seniorů, 8 z domova seniorů

a 8 žijících ve svém domově. Senioři odpovídali v rozhovoru na 15 otázek rozdělených do 5 okruhů. Okruhy se týkaly hodnocení prostředí, ve kterém žijí, vnímání svého zdraví, hodnocení kvality života, zaměření na volný čas a poslední okruh se zabýval důležitostí rodiny a přátel. Výsledky ukázaly, že senioři v pobytovém sociálním zařízení jsou spokojenější než senioři žijící v domácím prostředí, neboť mají vše v dosahu. V další otázce zaměřující se na kvalitu života se zjistilo, že není téměř žádný rozdíl ve vnímání kvality života seniorů žijících v pobytovém sociálním zařízení či v domácím prostředí, rozdíly jsou jen v maličkostech, ale ty jsou samozřejmě i v rámci jednotlivé skupiny seniorů.

V oblasti aktivit se zjistilo, že mezi pobytovým sociálním zařízením a životem v rodinném prostředí není rozdíl, protože každý ho využívá dle svých představ a možností. Otázka na zdraví a zdravotní péči ukázala, že senioři žijící v pobytovém sociálním zařízení jsou na tom o něco hůře se zdravím, ale zase lépe se zdravotní péčí, díky poskytování péče nepřetržitě. Senioři žijící v domácím prostředí jsou na tom o něco lépe se zdravím, ale zase hůře s poskytováním zdravotní péče, neboť za nimi zdravotníci musí dojíždět. Poslední okruh se zajímal o rodinu a přátele. V odpovědích seniorů v pobytovém zařízení se neobjevovala negativa, ba naopak: nezáleží, že žijí v pobytovém zařízení, ale že rodina nebo přátele je mají rádi a mohou je kdykoli navštívit či si s nimi zatelefonovat. Z výzkumu vyplynulo, že není zcela jasné, která skupina seniorů má kvalitu života lepší (Šibravová, 2020, s. 53-65).

V roce 2020 se uskutečnil také výzkum v domově pro seniory Hlučina (Bennová, 2020). Kritéria pro vybrání klientů na dotazníkové šetření byl věk starší 60 let a 2 roky strávené v domově pro seniory. Pro šetření byly použity dva typy dotazníků. Jeden pro uživatele domova a druhý pro zaměstnance. Oba dotazníky byly vytvořeny samotnou autorkou. Dotazník pro klienty se skládal z 29 otázek, dotazník pro zaměstnance byl vytvořen z 16 otázek. Rozhovory nebyly použity, protože klienti byli na tom zdravotně hůře a měli problémy se zhoršenou komunikací. Na dotazník odpovědělo a odevzdalo 10 klientů (9 žen a jeden muž). Autorka se zaměřovala na tyto okruhy: tělesná, sociální a psychická kvalita života, kvalita služeb domova, kam dále spadá dostupnost služby, personál, ubytování, strava, hygiena a péče, finanční stránka, volnočasové aktivity, prostředí domova a okolí. Poslední oblastí byla celková spokojenost uživatelů s životem v domově. Uživatelé domova hodnotili všechny tyto tři stránky pozitivně. Z výzkumného šetření vyšlo, že kvalita služeb domova je na dobré úrovni. Personál domova má potřebné kvalifikace. Ubytování a strava domova je pro uživatele vyhovující. Uživatelé si převážně vybírají jednolůžkové pokoje, strava je poskytována 5x denně a při hygieně mají uživatelé patřičnou pomoc ze

strany zaměstnanců. V domově je pro uživatele také velké využití volnočasových aktivit a doplňkových služeb, které velice rádi využívají. Bylo zjištěno, že uživatelé jsou v tomto domově pro seniory převážně spokojeni, jelikož tady mají vše co potřebují a je o ně postaráno (Bennová, 2020, s. 53).

Výzkum (Vaško, 2016) se zaměřoval jak na kvalitu života seniorů v domově pro seniory tak, i na seniory žijících ve svém prostředí. Výzkum byl zpracován pomocí dotazníkového šetření, použitou metodou byla SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis). Bylo osloveno 40 klientů domova pro seniory v Pardubickém kraji a 40 seniorů žijících ve svém rodinném zázemí. Dotazníky byly rozdány 30 seniorům žijícím v rodinném prostředí a 35 seniorům žijícím v domovech pro seniory. U seniorů v rodinném prostředí převažovaly ženy (19) nad muži (11). Skupinu seniorů z domova pro seniory tvořilo 28 respondentů žen a 7 mužů ve věkovém rozmezí 70 a méně až 90 a více let. V rodinném prostředí nejvíce odpovídalo ve věku 70 let a méně, v domově pro seniory bylo nejvíce odpovídajících ve věku 81 až 89 let. Hlavním cílem práce bylo porovnání kvality života seniorů žijících v rodinném prostředí a seniorů žijících v domovech pro seniory. Vyhodnocením dotazníkového výzkumu bylo zjištěno, že spokojenější byli senioři žijící v domovech pro seniory. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, co ovlivňuje kvalitu života seniorů žijících v rodinném prostředí. Jak již bylo řečeno, pro seniory žijící v rodinném prostředí, je důležitá schopnost se o sebe postarat. Druhým cílem bylo zjistit, co ovlivňuje kvalitu života seniorů žijících v domovech pro seniory. Senioři jsou obvykle v domovech pro seniory, protože nejsou fyzicky soběstační a jejich zdravotní stav jim neumožňuje trávit čas v domácím prostředí. Nedokážou se o sebe sami postarat a vyžadují péči druhých lidí (Vaško, 2016, s. 69).

Ve výzkumném šetření (Hájková, 2011) šlo o dotazníkové šetření, které zjišťovalo kvalitu života seniorů v domově pro seniory. Byly použity dva standardizované dotazníky. Dotazník kvality WHOQOL-BREF a dotazník WHOQOL-OLD, doplněné o položky na zjištění osobních údajů. Cílovou skupinou se stali senioři v domově seniorů Hvízdal. Dotazníkové šetření bylo adresováno 96 klientům, jejichž průměrný věk byl 82 let. Při porovnání těchto dvou dotazníků bylo zjištěno, že většina domén vyšla v normě s běžnou populací. Autorka výzkumu vyhodnotila tento zkoumaný soubor jako hodnotu blízkou kvality života oslovených respondentů, jako je kvalita života seniorů v přirozeném prostředí, tedy průměrná kvalita života (Hájková, 2011, s. 37-68).

Ve výzkumu Koudelové (2009) zjišťujícím kvalitu života seniorů v domově pro seniory byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum se zaměřil nejen na

kvalitu života, ale také na adaptaci seniorů. Šetření proběhlo ve Světlé nad Sázavou. Rozhovor obsahoval 26 otázek a zkoumaný soubor tvořil 36 klientů. Rozhovor zahrnoval otázky zaměřující se na demografické záležitosti, dobu strávenou v domově pro seniory, soběstačnost, důvod přijetí do domova, na adaptaci, komplikace vzniklé s pobytem, aktivity, návštěvy, apod. Z výsledku tohoto výzkumu se prokázalo, že většina seniorů se do jednoho roku zadaptovala, ale klienti měli s adaptací značné problémy. Největší problém s adaptací bylo umístění na dvoulůžkový pokoj. Z celkových otázek a rozhovorů bylo zjištěno zjištěno, že pokud je starému člověku umožněno, aby mohl uspokojovat své potřeby, tak má všechny předpoklady ke kvalitnímu a plnohodnotnému životu (Koudelová, 2009, s. 33-65).

Po porovnání s ostatními výzkumy v České republice lze říct, že většina výzkumů volila dotazníkové šetření, ale každý použil jinou dotazníkovou metodu. Mezi nejčastější metodu byl zde volen dotazník WHOQOL-BREF společně s WHOQOL-OLD, SQUALA. Pokud si autor zvolil metodu rozhovoru, byla použita jak u seniorů v domově pro seniory, tak u těch, kteří žijí v domácím prostředí. Každý z citovaných autorů oslovil převážně ženy seniorky starší 70 let a více. Pokud jde o zdravotní stav, ve většině zmiňovaných výzkumů byla odpověď nemoci přiměřené ke svému věku, nebo dost nemocní.

V mém výzkumu převažovali v odpovídajících muži a věkové rozložení bylo v průměru 70-75 let a více. V otázce na zdravotní stav bylo nejvíce zastoupena odpověď nemoci přiměřené ke svému věku, dost nemocní, a dokonce i odpověď zdravý.

Zhodnocení kvality života seniorů v domově pro seniory ukazuje z dosavadních výzkumů kvalitu života pro seniory dobrou, dokonce v domově jsou spokojenější než v domácím prostředí, pokud jim je umožněna jejich přání. Pouze jeden nejaktuálnější výzkum nezjistil zcela jasnou převahu lepšího života ve svém prostředí.

ZÁVĚR

Zastoupení seniorů v populaci všech vyspělých zemí má v poslední době stoupající tendenci. Svůj podíl na tom má jak zvyšující se kvalita zdravotní péče, tak také snaha starších lidí o zdravější způsob života. Předložená bakalářská práce si proto zvolila za hlavní téma kvalitu života těch seniorů, kteří žijí v domově pro seniory.

V teoreticko-přehledové části podáváme postupný výklad klíčových pojmů typu kvalita života člověka a kvalita života seniorů, včetně determinant zdraví. Podrobně se tato zabývá pojmem stáří a jeho periodizací i skupinou dalších pojmů, které s ním souvisejí. Všímá si organizace služeb pro seniory a typ sociálních či zdravotně-sociálních zařízení, která usnadňují osamělým starým lidem třetí etapu jejich života. Ze zdravotnického pohledu pojednává o nemocích ve stáří, o geriatrických syndromech, ale též o zvláštích lékařské a ošetrovatelské péče v geriatrici. Práce (s oporou o dostupnou literaturu) upozorňuje, že stáří by nemělo být zjednodušeně spojováno jen se samými negativy. Přináší řadě seniorů a jejich okolí také určitá pozitiva, např. realistické sebepojetí, vděčnost, spokojenost s prožitým životem, uvědomění si smysluplnosti života či moudrost.

Výzkumná část bakalářské práce je věnována zjišťování kvality života seniorů v konkrétním domově pro seniory (Městský domov Oáza v Novém Městě nad Metují) formou smíšeného výzkumu. Je však třeba upozornit, že se období výzkumné sondy a sepisování bakalářské práce krylo s obdobím vrcholící pandemie Covidu-19. Právě v tomto období nebylo možné uskutečnit všechny plánované činnosti, neboť sociální zařízení (včetně domovů pro seniory) byla dlouhodobě uzavřena. Platil zákaz návštěv i pro nejbližší rodinné příslušníky, tím spíše pro další osoby „zvenku“. Navzdory tomu se podařilo zaangažovat personál domova pro seniory, aby pomohl administrovat seniorům (v rámci kvantitativní části výzkumu) zkrácenou českou verzi dotazníku Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-CZ-20). V kvalitativní části výzkumu se jednalo o polostrukturovaný rozhovor se seniory žijícími v domácím prostředí.

U souboru 30 seniorů žijících v domově pro seniory výzkum dospěl k těmto závěrům:

Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu se pohybuje na škále zdravý – nemocný přiměřeně věku – dost nemocný.

Subjektivní hodnocení svého zdravotního stavu nesouvisí ani s věkem seniorů, ani s jejich pohlavím.

Zadávaný dotazník kvality života umožňoval seniorům posoudit aktuální kvalitu svého života pomocí sedmi proměnných. Jsou to: 1. spokojenost se životem, 2. finanční situace, 3. pozitivní přístup k životu, 4. spokojenost s rodinným prostředím a bezpečné zázemí, 5. zdraví, samostatnost a činnost, 6. osamění seniora, 7. úloha víry a náboženství v životě seniora. Senioři nejlépe hodnotili své vztahy s rodinou a pozitivní přístup k životu. Průměrné hodnocení (oproti předpokladům) dostala finanční situace a osamělost. Pro většinu dotázaných je úloha víry a náboženství v jejich osobním životě malá. Nejhůře senioři hodnotí svůj zdravotní stav, svou samostatnost a činnost.

U souboru oslovených čtyř seniorů, kdy rozhovory byly vedeny se dvěma seniory a dvěma seniorkami. Výzkum dospěl k závěru pomocí rozhovorů v tom, že seniory žijící v domácím prostředí nejvíce trápí pandemie covidu-19. Nepřekvapí je už stáří, zima, partner a mají radost hlavně z rodiny. Je patrné, že každý senior odpověděl jinak, ale na důležité otázky, jako je např. rodina, věci, které jim dělají radost, se ve většině případů shodli. Jsou také rádi, že jsou na tom zdravotně přiměřeně dobře a k udržení zdraví jim nejvíce napomáhá pohyb a péče o svoji domácnost. Také mě nejvíce zajímal názor, co si myslí o domově pro seniory. Senioři se shodli na tom, že dokud jim zdraví dovolí, jsou rádi ve svém domově a neměnili by.

Bakalářská práce připomněla, že stáří není jen o nemocích, negativních vlivech a nepříjemných situacích, ale že se na stárnutí z pozitivního hlediska. A hlavně si uvědomit to, že třetí vývojové stádium lidského života není úplný konec, ale také začátek procesu získávání nových vlastností a zkušeností. Stáří by si tedy člověk měl užívat, a ne ho jen přežívat.

„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).

ABSTRAKT

Autor: Simona Šimánková

Instituce: Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, Ústav nelékařských studií

Název práce: Kvalita života seniorů v domově pro seniory

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc.

Počet stran: 105

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2020/2021

Klíčová slova: Kvalita života, gerontologie, geriatrie, senior, stáří, stárnutí, zdraví, nemoc, sociální péče, domovy pro seniory

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života v domově pro seniory. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je rozebírán pojem kvality života v obecném kontextu a kvalita života zaměřená na kvalitu života seniorů. Dále se teoretická část zabývá problematikou stáří, stárnutí, geriatrií a gerontologií, potřebami seniorů, popis změn, se kterými se starší populace potýká. Práce si všímá i různých možností sociální péče o seniory, léčby seniorů a zdravotních problémů, s nimiž se potýkají senioři ve vyšším věku.

Empirická část je zaměřena na zjišťování kvality života seniorů v domově pro seniory Oáza v Novém Městě nad Metují. Výzkum je koncipován v podobě smíšeného přístupu. V kvantitativní části byla použita zkrácená česká 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. V kvalitativní části výzkumu se jednalo o polostrukturovaný rozhovor se čtyřmi seniory žijícími v domácím prostředí. Základní zjištění zní takto: senioři nejlépe hodnotili své vztahy s rodinou a pozitivní přístup k životu. Průměrné hodnocení (oproti předpokladům) dostala finanční situace a osamělost. Pro většinu dotázaných je úloha víry a náboženství v jejich osobním životě malá. Nejhůře hodnotí svůj zdravotní stav, svou samostatnost a činnost.

ABSTRACT

Name and surname of the author: Simona Šimánková

Institution: Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of non-medical studies

Title: Quality of Life of elderly people living in a retirent home

Supervisor: prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc

Number of pages: 105

Number of of attachments: 7

Year of defense: 2020/2021

Keywords: Quality of life, gerontology, geriatrics, senior, old age, aging, health, illness, social care, nursing homes

The bachelor's thesis deals with the issue of quality of life in a home for the elderly. The bachelor thesis is divided into theoretical and empirical part. In the theoretical part we discuss the concept of quality of life in a general context and quality of life focused on the quality of life of seniors. Furthermore, the theoretical part deals with the issues of old age, aging, geriatrics and gerontology, the needs of seniors, describes the changes that the elderly population is facing. The work also notes the various social care options for seniors, treatments for the elderly and health problems faced by older seniors.

The empirical part is focused on determining the quality of life of seniors in the home for the elderly Oasis in Nové Město nad Metují. The research is conceived in the form of a mixed approach. In the quantitative part, an abbreviated Czech version of the Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-CZ-20) was used. The questionnaire measures seven variables: 1. satisfaction with life, 2. financial situation, 3. positive approach to life, 4. satisfaction with family environment and safe background, 5. health, independence and activity, 6. senior loneliness, 7. role of faith and religion in senior's life. The qualitative part of the research was a semi-structured interview with four seniors living at home. The basic findings are as follows: seniors rated the best relationships with their families and positive attitudes towards life. The average evaluation (as expected) was given to the financial situation and loneliness. For most respondents, the role of faith and religion in their personal lives is small. He evaluates his health condition, his independence and activity the worst.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

BENNOVÁ, Nikol, 2020. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Opava. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě. Fakulta veřejných politik. Ústav veřejné správy a regionální politiky.

BLECHOVÁ, Tereza, 2019. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy.

BRATSKÁ, Mária, 2008. Konštruktívne riešenie v zvládanie záťažových situácií – cesta k múdrosti. In: RUISEL, Imrich et al. *Myslenie – osobnosť – múdrosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, s. 253-276. ISBN 978-80-88910-25-1.

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

DOLEŽALOVÁ, Jitka a Valérie TÓTHOVÁ, 2019. Vybrané nástroje pro hodnocení geriatrické křehkosti. *Geriatric a Gerontologie*. **8**(3), 125-129. ISSN 1805-4684.

DRAZDÍKOVÁ, Hana, 2018. *Porovnání kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a žijících ve vlastních domovech*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie.

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

ERIKSON, Erik H., 2014. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0786-3.

FORSTER, Nadine E. et al., 2009. Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. *BMC Musculoskeletal disorders* [online]. **10**(3), s. 1-10 [cit. 2021-03-02]. ISSN

1471-2474. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2474-10-3

GRAHAM, J. E. et al., 1996. Standardization of the diagnosis of dementia in the Canadian Study of Health and Aging. *Neuroepidemiology* [online]. **15**(5), 246-256 [cit. 2021-03-07]. ISSN 1423-0208. Dostupné z: doi: 10.1159/000109914

- GRUBEROVÁ, Božena, 1998. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-7040-286-5.
- GRÜN, Anselm, 2009. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-316-6.
- GRÜN, Anselm, 2011. In: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HÁJKOVÁ, 2011. *Kvalita života seniorů v Domově pro seniory Hvízdal*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra Výchovy ke zdraví.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HEGYI, Ladislav, 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-99-6.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2003. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. doplněné vydání. [Praha]: Česká alzheimerská společnost. ISBN 80-86541-12-6.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KAUFMANOVÁ, Petra, 2004. *Pohled seniorů na pečovatelskou službu*. *Sociální práce*. 4(2), 95-105. ISSN 1213-6204.

KOUBOVÁ, Věra, 2010. *Uspokojování potřeb seniorů v domově pro seniory*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství.

KOUDELOVÁ, Ivona, 2009. *Kvalita života seniorů v domově důchodců*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009a. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2362-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009b. *Psychologie zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7367-568-4.

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

MAREŠ, Jiří, 2006. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. In: *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, s. 11-28. ISBN 80-86633-65-9.

MAREŠ, Jiří, 2014. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař*. **94**(1), 22-31. ISSN 0032-6739. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Poslední aktualizace 28. 7. 2020

MAREŠ, Jiří, Hynek CÍGLER a Eva VACHKOVÁ, 2016. Czech version of OPQOL-35 questionnaire: the evaluation of the psychometric properties. *Health and Quality of Life Outcomes*. **14**(93), 1-13. ISSN 1477-7525.

MPSV, 2008. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/starnuti_cz_web.pdf/4411f954-d060-881c-0ab0-22d1600948be

MPSV, 2020. *Sociální služby* [online]. Poslední aktualizace 28. 7. 2020 [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1#sszp>

NÉMETH, František, 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-314-1.

- NEUGARTEN, Bernice L., 1966. Adult personality: a developmental view. *Human development* [online]. 9(1-2), s. 61-73 [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/26761704?seq=1#metadata_info_tab_contents
- NRZP ČR, 2010. *Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením* [online]. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/2010/09/27/desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim/>
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2017. *Sociální gerontologie a geriatrie* [online]. Text vytvořen s podporou Institucionálního plánu Univerzity Karlovy v rámci projektů vnitřní soutěže. [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: <https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf>
- PACOVSKÝ, Vladimír, 2006. Z dějin české gerontologie a geriatrie. *Časopis lékařů českých*. 145(9), 751-754. ISSN 0008-7335.
- PETERKOVÁ, Radoslava, 2012. *Kvalita života ve stáří*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií.
- PETERSON, Christopher a Martin E. P. SELIGMAN, 2004. *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Washington (DC): Oxford University Press. ISBN 978-0195167016.
- POLEDNÍKOVÁ et al., Lubica, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-208-1.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-828-8.
- ŘÍČAN, Pavel, 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-312-3.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SANTANA-BERLANGA, Nicia del Rocío et al., 2020. Instruments to measure quality of life in institutionalised older adults: Systematic review. *Geriatric Nursing* [online]. 41(4), 445–462. ISSN 0197-4572. Dostupné z: doi:10.1016/j.gerinurse.2020.01.018

- ŠIBRAVOVÁ, Marcela, 2020. *Srovnání kvality života seniorů v sociálních zařízeních a domácím prostředí*. Hradec Králové. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové. Filozofická fakulta. Ústav sociální práce.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMĚKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠPIRUDOVÁ, Jana, 2015. *Kvalita života ve stáří*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií.
- TOMEŠ, Igor, 2001. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub. ISBN 80-86484-00-9.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3. nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VAŠKO, Monika, 2016. *Kvalita života seniorů v rodinném prostředí a v domovech pro seniory*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
- VÉLEZ-DÍAZ-PALLARÉS, Manuel et al., 2015. Nonpharmacologic interventions to heal pressure ulcers in older patients: an overview of systematic reviews (The SENATOR-ONTOP Series). *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. **16**(6), 448-469 [cit. 2021-03-08]. ISSN 1538-9375. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jamda.2015.01.083
- WHO, 1997. *WHOQOL: measuring quality of life* [online]. World Health Organization, Division of mental health and prevention of substance abuse [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- WHO, 2020. *Ageing: healthy ageing and functional ability* [online]. World Health Organization. 26 October 2020 [cit. 2021-03-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2207-3.
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína, Mária NOVYSEDLÁKOVÁ a Eva MORAUČÍKOVÁ, 2017. Realizácia nefarmakologickej liečby v ústavnej starostlivosti o seniorov. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. **15**(6), 50-54. ISSN 1339-5920.

SEZNAM ZKRATEK

- ADL** – Test základních denních činností
- ČR** – Česká republika
- DIS - QOL** - Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities
- DQOL** – Dementia Quality of Life
- DP** – domácí prostředí
- DS** – Disable Scale
- DpS** – domov pro seniory
- DPS** – domy s pečovatelskou službou
- ESK** – Existenciální škála
- ET AL.** – a kolektiv
- FGV** – Funkční geriatrické vyšetření
- HRQOL** – Health – Related Quality of Life
- IADL** – Test instrumentálních aktivit denního života
- IAG** – Mezinárodní geriatrická klasifikace
- ICF** – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností
- ICHS** – ischemická choroba srdeční
- ICHDK** – ischemická choroba dolních končetin
- MMSE** – Mini mental state examination
- OPQOL** – Oldes People's Quality of Life Questionnaire
- PIL** – Purpose in life test
- QOL – AD** – Quality of life Alzheimer Disease Scale
- QUALIDEM** – Quality of life in late stage dementia
- QL** – Quality of Life
- QSQ** – Geriatrický screeningový dotazník
- QOL – D** - Quality of Life questionnaire for Dementia
- QOLPSV** – Profil kvality života – seniorská verze
- SEIQOL** – Schedule for Evaluation of Individual Quality of life
- SF** – Sickness Impact profile
- SZO** – Světová zdravotnická organizace
- SZS** – Škála životní smysluplnosti
- USA** – Spojené státy Americké

LAP – Life Attitude profil

LPI – Life Reford index

např. - například

tzv. - takzvaně

r. - rok

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

WBQ – Well Being Questionaire

WHO – Světová zdravotnická organizace

WHOQOL – The World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life Old

SEZNAM TABULEK

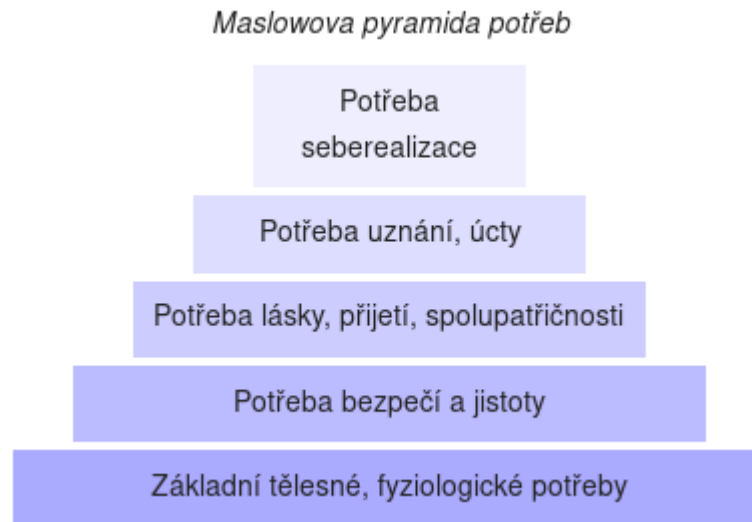
Tabulka 1:	Věkové složení zkoumaného souboru seniorů žijících v domově důchodců .	65
Tabulka 2:	Složení zkoumaného souboru seniorů žijících v domově důchodců podle pohlaví	65
Tabulka 3:	Věková struktura mužů a žen v našem souboru seniorů žijících v domově důchodců.....	65
Tabulka 4:	Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu seniory žijícími v domově důchodců.....	68
Tabulka 5:	Vztah mezi zdravotním stavem a věkem seniorů žijících v domově důchodců	68
Tabulka 6:	Vztah mezi zdravotním stavem a pohlavím u seniorů žijících v domově důchodců.....	69
Tabulka 7:	Základní údaje o sledovaných proměnných u celého souboru seniorů	69
Tabulka 8:	Významnost rozdílu v udávané kvalitě života seniorů související se zdravotním stavem.....	70
Tabulka 9:	Významnost rozdílu v udávané kvalitě života seniorů související s jejich věkem	70
Tabulka 10:	Významnost rozdílu v udávané kvalitě života seniorů související s jejich pohlavím	71

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Maslowova pyramida potřeb.....	98
Příloha 2: Věková struktura obyvatel České republiky k 1. lednu 2050- prognóza	99
Příloha 3: Věková struktura obyvatelstva České republiky k 1. lednu 2021 - prognóza...	100
Příloha 4: Souhlas s výzkumem.....	101
Příloha 5: MSSS Oáza v Novém Městě nad Metují	102
Příloha 6: Průvodní dopis k dotazníkům.....	103
Příloha 7: Dotazník	104

PŘÍLOHY

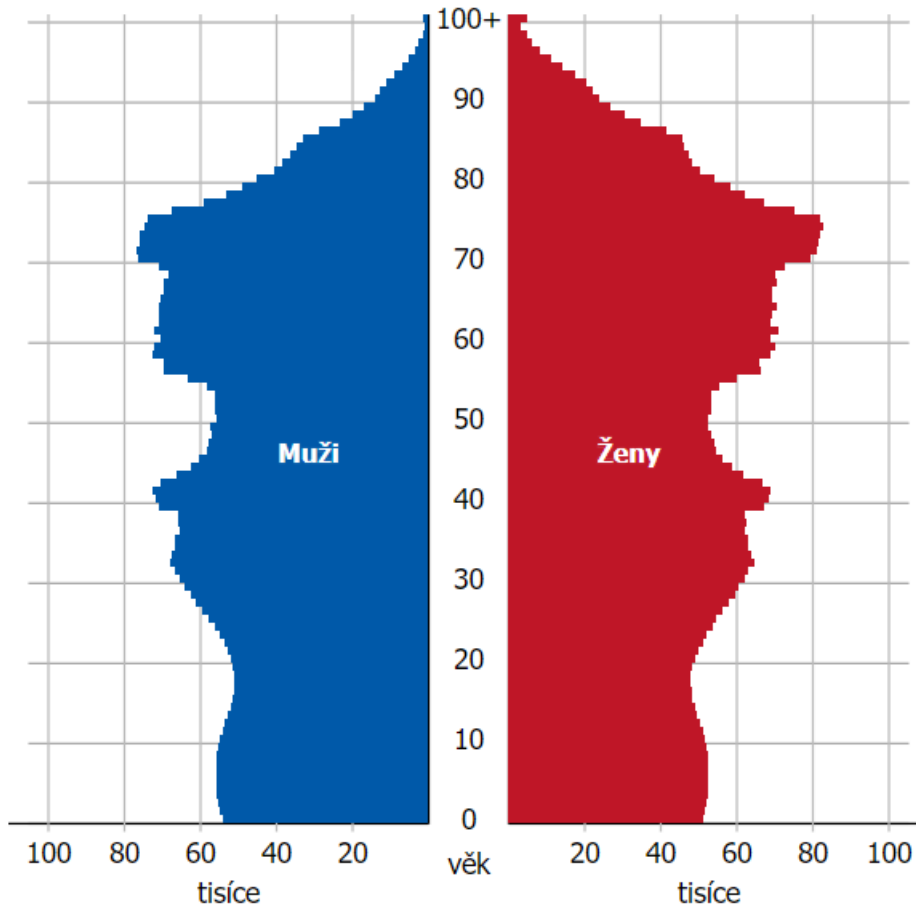
Příloha 1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Maslowova pyramida [online]. Wikipedie: otevřená encyklopedie. Poslední editace 18. 2. 2021 [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida

Příloha 2: Věková struktura obyvatel České republiky k 1. lednu 2050- prognóza

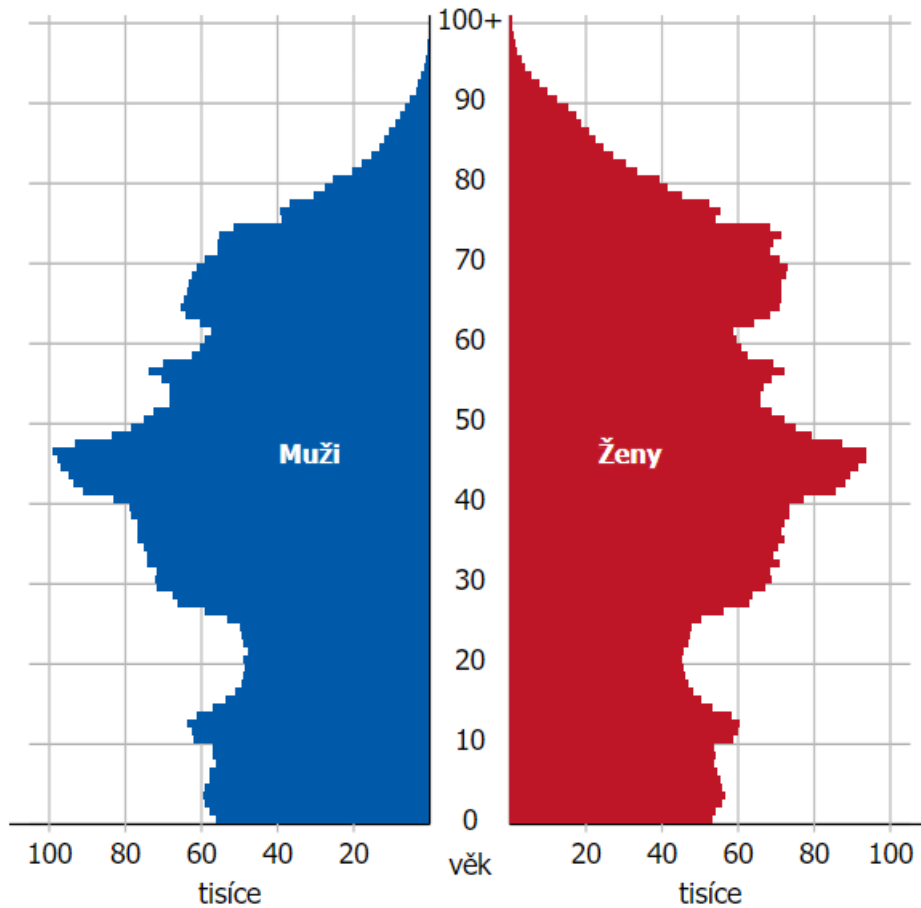
**Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2050
Česká republika**



Zdroj: ČSÚ. *Projekce obyvatelstva 1950-2101* [online]. Český statistický úřad. 2018 [cit. 2021-04-12].
Dostupné z: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.html?lang=cz

Příloha 3: Věková struktura obyvatelstva České republiky k 1. lednu 2021 - prognóza

**Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2021
Česká republika**



Zdroj: ČSÚ. *Projekce obyvatelstva 1950-2101* [online]. Český statistický úřad. 2018 [cit. 2021-04-12].
Dostupné z: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.html?lang=cz

Příloha 4: Souhlas s výzkumem

LÉKAŘSKÁ



UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Vážená paní

Balcarová Jana, Mgr
Ředitelka
Městské středisko Oáza
G.Masaryka 1424,549 01 Nové Město nad Metují

v Novém Městě nad Metují 29.10.2020/2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve vaší instituci Městské středisko sociálních služeb OÁZA .

Vážená paní Balcarová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve vašem středisku sociálních služeb OÁZA, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Simony Šimánkové, narozené 30.3.1999 posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jaká je kvalita života seniorů u vás ve středisku.

Výzkumné šetření bude provedeno formou standardizovaného dotazníku na kvalitu života prostřednictvím dotazníku OPQOL-20 a na základě vyhodnocení dotazníku budou vedeny rozhovory s klienty, kteří zvládají adaptaci velmi dobře a s těmi, kteří měli problém s adaptací ve středisku. Dotazník a otázky k rozhovoru budou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřím Marešem CSc tajemník na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.
Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Simona Šimánková
Dukelská 431
Nové Město nad Metují
54901

prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870, 500 03, Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 2.11.2021

Podpis a razítko

Městské středisko sociálních služeb
OÁZA
T. G. Masaryka 1424
549 01 Nové Město nad Metují
www.msps.cz IČ: 677 30 631

Příloha 5: MSSS Oáza v Novém Městě nad Metují



Zdroj: <http://www.msss.cz/fotogalerie/msss-oaza>

Příloha 6: Průvodní dopis k dotazníkům

Dobrý den Vážení klienti,

Věnujte aspoň deset minut svého času na vyplnění tohoto dotazníku na kvalitu života ve svém domově pro seniory. Jsem studentka 3.ročníku oboru Všeobecná sestra, ve kterém dělám výzkum, ke své bakalářské práci na Kvalitu života seniorů v domově pro seniory. Dotazníky mi budou sloužit pro zhodnocení kvality zařízení, ve kterém se nacházíte. Na začátku dotazníku najdete instrukce, jak dotazník vyplnit. Mrzí mě, že se nemůžeme potkat osobně.

S pozdravem Simona Šimánková 3.ročník oboru Všeobecná sestra. Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji pevné zdraví.

Příloha 7: Dotazník

Dotazník OPQOL-CZ-20

© Originální verze: Bowling, A., Banister, D., Steiner, P. et al. London, University College London, Department of Primary care and Population Sciences, 2009

© Česká verze: Mareš, J. ¹, Cigler, H. ², Vachková, E. ¹ Hradec Králové: Lékařská fakulta UK; Brno: Fakulta sociálních studií MU, 2016

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 nejhodnější. 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.

Jen ukázka, jak vyplňovat!

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. **Zde začněte.** 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 mě 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.	Benů 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