

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Bakalářská práce

**COVID-19 a jeho dopad na život obyvatel rezidenčního  
zařízení pro seniory**

Barbora Holubová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha 2021

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Zároveň souhlasím s eventuálním zveřejněním práce v tištěné nebo elektronické podobě. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25. července 2021

.....

Barbora  
Holubová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. a její kolegyni paní Mgr. Vladimíře Dostálové, za vstřícnost, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat vedení Domova seniorů Úvaly za umožnění provedení výzkumného šetření. Mé poděkování patří také všem respondentům, kteří se v této nelehké době rozhodli na výzkumu podílet. Můj dík chci také směřovat k mé rodině, která mě po celou dobu psaní bakalářské práce maximálně podporovala.

## **Abstrakt**

Tématem předkládané bakalářské práce je dopad pandemie COVID-19 a s ní souvisejících protiepidemických opatření na životy starších lidí v rezidenčním zařízení pro seniory. Cílem práce je zhodnotit, jak koronavirová opatření ovlivnila životy lidí, kteří v daném zařízení žijí.

Teoretická část přináší vymezení klíčových pojmů: stárnutí a stáří, gerontologie a geriatrie, dlouhodobá péče, sociální služby, kvalita života a potřeby seniorů. Dále se věnuje popisu dosavadního průběhu pandemie COVID-19 a jejího vlivu na život seniorů. Obsahem navazující empirické části je vlastní výzkum, jehož cílem je zjistit, jaký vliv měla restriktivní opatření na obyvatele rezidenčního zařízení. Za výzkumnou strategii byl zvolen kvalitativní výzkum, jehož principy byly respektovány při realizaci rozhovorů v Domově seniorů v Úvalech. Během výzkumného šetření bylo uskutečněno 12 rozhovorů s obyvateli. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. K analýze dat byla použita obsahová analýza. Na základě obsahové analýzy byly definovány 4 kategorie a 11 subkategorií.

Výsledky výzkumu u obyvatel zařízení ukázaly, že restriktivní opatření postihla všechny respondenty. Z provedených rozhovorů vyplynulo, že respondenty nejvíce zasáhla nemožnost kontaktu s blízkými, která je jinak zprostředkovávána návštěvami blízkých.

**Klíčová slova:** Stárnutí, Domov pro seniory, Pandemie, COVID-19, Restriktivní opatření

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the impact of the COVID-19 pandemic and related anti-epidemic measures on the lives of elderly people in a residential facility for older adults. The aim of the work is to assess how coronavirus measures have affected the lives of people living in the facility.

The theoretical section provides insights into the definitions of ageing and old age, gerontology and geriatrics, long-term care, social services, quality of life and needs of older adults. It goes on to describe the history of the COVID-19 pandemic and its effect on the lives of the elderly. The content of the following empirical section is its own research to determine the effect of restrictive measures on residents of a residential facility. Qualitative research was chosen as the research strategy, the principles of which were respected when conducting interviews in Nursing Home in Úvaly. During the research investigation, 12 interviews with residents took place. Data was collected using semi-structured interviews. Content analysis was used to analyze the data. Based on the content analysis, 4 categories and 11 subcategories were defined.

The results of research on residents of the Nursing Home showed that restrictive measures affected the majority of respondents. The interviews carried out showed that respondents were most affected by the impossibility of contact with loved ones, which is otherwise mediated by visits to loved ones.

**Key words:** Ageing, Nursing Home, Pandemic, COVID-19, Restrictive Measures

## **OBSAH**

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří.....	9
1.1 Stárnutí.....	9
1.2 Stáří.....	10
1.3 Demografie stárnoucí populace .....	11
2 Gerontologie a geriatricie .....	12
2.1 Gerontologie .....	12
2.2 Geriatricie .....	12
3 Dlouhodobá péče .....	13
3.1 Služby dlouhodobé péče .....	15
4 Sociální služby.....	16
4.1 Dělení sociálních služeb .....	17
4.2 Domovy pro seniory .....	18
4.2.1 Počet lůžek, klientů a domovů pro seniory .....	19
5 Kvalita života.....	20
5.1 Vymezení pojmu kvalita života .....	20
5.2 Hodnocení a měření kvality života .....	21
5.3 Potřeby seniorů .....	22
6 Pandemie COVID-19 .....	23
6.1 Vliv pandemie COVID-19 na seniory .....	24
6.2 Izolace a osamělost v souvislosti s pandemií COVID-19.....	26
EMPIRICKÁ ČÁST .....	28
1 Cíl výzkumu .....	28
2 Metoda.....	29
3 Výběr vzorku a prostředí výzkumu .....	29
4 Sběr dat.....	31
5 Analýza dat.....	32
6 Etické aspekty.....	33
7 Výsledky výzkumu.....	33
7.1 Zvládání restriktivních opatření.....	34
Akceptování restrikcí.....	34
Totální izolace, karanténa .....	35

Vnímání pandemie z pohledu osobnosti klienta .....	36
Strach o rodinu.....	37
7.2 Komunikace .....	37
Komunikace s rodinou .....	38
Komunikace s ostatními klienty zařízení.....	38
Komunikace s personálem .....	39
7.3 Fyzický kontakt s blízkými.....	39
Život za sklem.....	40
Návštěvy .....	40
7.4 Život v domově pro seniory.....	41
Personál.....	41
Společné aktivity.....	42
8 Diskuse .....	43
9 Limity výzkumu .....	45
ZÁVĚR .....	46
Seznam literatury .....	48
Přílohy.....	53
Příloha 1: Příklad procesu analýzy .....	53
Příloha 2: Scénář polostrukturovaného rozhovoru .....	54
Příloha 3: Informovaný souhlas .....	55

## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je dopad pandemie COVID-19 a s ní souvisejících protiepidemických opatření přijímaných v rámci boje proti této chorobě na životy starších lidí v rezidenčním zařízení pro seniory. Od prosince roku 2019 je pandemie COVID-19 bezprecedentní zdravotní krizí, která stále otrásá celou planetou a svým rozsahem a silou uvedla sociální, ekonomický a politický svět v chaos (Fauci, 2020). Starší populace je výrazně náchylnější k onemocnění koronaviry, a to zejména k těžším formám onemocnění, které mají závažné následky a vysokou letalitu (Wu, 2020). Infekce COVID-19 je infekční onemocnění způsobené novým typem koronaviru, které si již vyžádalo v krátkém časovém úseku rekordní počet obětí v celém světě. Způsobuje výrazné poškození fyzického i psychického zdraví člověka, a jak se ukazuje, i dlouho po prodělané akutní fázi onemocnění (Shahid et al., 2020). Ovlivňuje každou generační skupinu, a protože koronavirová pandemie představuje stálý aktuální problém, je prospěšné na ní nahlížet i z jiné perspektivy, než jsou jen medicínské priority v akutní fázi onemocnění.

Restriktivní opatření, jejichž přijetí si nástup epidemie vyžádal, představují pro starší populaci následně výrazně nepříznivý, až rizikový faktor, který ji činí zranitelnější k pocitu osamělosti a zhoršení duševního a kognitivního fungování. Z těchto důvodů jsem se rozhodla zabývat důsledky pandemie a vynucených hygienických omezení na život starších lidí v Domově pro seniory v Úvalech, především s ohledem na ovlivnění zavedeného režimu a subjektivně vnímanou kvalitu života seniorů.

V teoretické části se zaměřuji na vymezení pojmů stárnutí a stáří, gerontologie a geriatricie. Vysvětlím obsah termínů dlouhodobá péče, sociální služby a jejich rozdělení. Následně se zabývám kvalitou života seniorů, jejím hodnocením, potřebami seniorů. Podstatnou část teoretické pasáže věnuji fenoménu celosvětové pandemie COVID-19 a nejdůležitějším aspektem řešeným v teoretické části je pak její vliv na život seniorů.

V empirické části mé bakalářské práce jsem prostřednictvím kvalitativního výzkumu hledala odpověď na výzkumnou otázku: Jak ovlivnila pandemie Covid-19 životy lidí, kteří žijí v Domově seniorů v Úvalech?

Závěr práce je věnován výsledkům a doporučením plynoucím z provedené analýzy rozhovorů.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří

Během svého života prochází každý jedinec různými vývojovými stádii. Každé z nich má své charakteristické pilíře, které pomáhají člověku vytvářet subjektivní hodnocení okolního světa a formují jeho chování. Vývojové etapy jsou dány úrovní mentálních a fyzických schopností jedince. Změna kvality těchto vlastností znamená překročení pomyslného milníku a přechod do etapy následující (Malíková, 2011).

Téma stárnutí a jednotlivých aspektů stáří je v poslední době velmi frekventované. Avšak přesné vymezení jednotlivých pojmů není jednotné. Často se jejich definice v odborných pojednáních významně rozcházejí, a tím jsou závěry těchto prací značně roztržité. Což v důsledku omezuje přínos odborníků. Z těchto důvodů je nezbytně nutné přesněji určovat obsah a kultivovat definici těchto pojmů (Kalvach et al., 2014).

### 1.1 Stárnutí

Stárnutí je charakterizováno „*strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince*“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Křivohlavý uvádí, že v průběhu stárnutí dochází k anatomickým, fyziologickým, psychickým a kognitivním změnám (Křivohlavý, 2002).

Důsledkem těchto změn může být zvýšená fragilita organismu, snížená úroveň schopností a kapacit celého organismu. S touto skutečností se snaží každý jedinec vyrovnat a ztrátu zmíněných schopností kompenzovat. Například sníženou schopnost mobility (degenerativní a poúrazové stavy pohybového aparátu) kompenzuje jedinec výběrem vhodného bezbariérového prostředku, použitím kompenzačních ortopedických pomůcek (ortézy, berle, chodítka, vozík), aktivací a zohledněním vlastních schopností, úprava denního programu s omezením počtu aktivit, či vzdáleností nutných překonání v jednom dni (Holmerová et al., 2007).

Úzce souvisejícím pojmem je selekce, to jest, výběr aktivit, které je schopen člověk stále kvalitně vykonávat, když na některé z důvodu přicházejících handicapů musí rezignovat nebo alespoň výrazně omezit. Takto může dobře kompenzovat i některé nuceně opuštěné volnočasové aktivity, jako např. při významnějším pohybovém omezení, které neumožňuje turistické aktivity, jedinec se realizuje v rukodělných činnostech, čtení,

studium, naopak, při podstatném zhoršení kvality zraku, sluchu, nachází člověk náplň volného času v přírodě – práce na zahradě, výlety (Holmerová et al., 2007).

V řadě situací lze díky různým způsobům kompenzace dosáhnout původního cíle, což potvrzují mnohé kasuistiky. Díky rozvoji techniky se možnosti externí kompenzace značně rozšiřují, ale je potřeba počítat s tím, že u staršího jedince je adaptace pomalejší, na rozdíl u mladých, kde dochází k využití těchto možností prakticky okamžitě (Holmerová et al., 2007).

## 1.2 Stáří

Snaha definovat toto období vznikla již v dávných dobách. Galén definoval stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, jenž je vyvolán změnami tělních šťáv. Mezi autory zabývajícími se problematikou stárnutí a stáří, patří například Holmerová et. al. (2007) v knize Vybrané kapitoly z gerontologie a Čeledová et. al. (2016) v knize Úvod do gerontologie. Panuje shoda v názoru, že stáří (senium) je konečnou etapou ontogenetického vývoje (Příbyl, 2015). „*Stáří je důsledek stárnutí, pozdní fáze přirozeně dlouhého života.*“ (Kalvach et al., 2014).

Jedná se o závěrečnou fázi vývoje, kdy dochází k završení předchozích etap života, jak po stránce tělesné, tak i osobnostní a duševní. Podstatný je zde také sociální aspekt. Na stáří je třeba se dívat tedy ze dvou hledisek. Z jednoho pohledu vrcholí zrání, ale současně dochází k úbytku fyzických sil, involuci. Z druhého pohledu jsou biologické aspekty konfrontovány těmi sociálními. „*Povaha stáří je tedy dvojnásobně dvojaká. Tento jeho rys má mimořádnou důležitost z hlediska jak pochopení, tak i zneužití seniorské problematiky*“ (Čeledová et al., 2016).

Ve společnosti je stáří ze subjektivního hlediska vnímáno spíše negativně. Panuje obava ze ztráty mentálních či pohybových schopností, výskytu závažných nemocí, ale také prohlubující se sociální izolace, kterou jsou mnohdy staří lidé ohroženi v důsledku redukce svých vrstevníků-přátel, následkem zhoršujícího se zdravotního stavu, vyžadujícího často i opakované dlouhodobé hospitalizace či vynucené rezidenční péče, jako východiska omezené soběstačnosti. S procesem této pokročilé fáze ontogeneze úzce souvisí pojem geriatrické křehkosti, která je dána definitivními somatickými omezeními staršího člověka, které se u něho dosud nevyskytovaly (Malíková, 2011).

Existují společné rysy této etapy, avšak u každého člověka se konkrétní podoba stáří může lišit, často i podstatně, pod vlivem objektivních podmínek, ale i subjektivního

prožívání jedincem. Čím vyváženější představu si ve stáří vytvoříme, tím kvalitnější platformu pro dialog, kooperaci a cílenou pomoc (rodinnou i institucionální) získáme (Holmerová et al., 2007).

### 1.3 Demografie stárnoucí populace

Dvořáčková (2012) tvrdí, že v následujících šedesáti letech se markantně změní demografická struktura populace České republiky. Počet seniorů na světě kontinuálně narůstá. Nejvíce patrný je tento trend ve vysoce rozvinutých zemích spolu s nižší porodností. Lze vyjmenovat mnoho důvodů, čím to je. Jedním z nejpodstatnějších jsou ekonomicko-sociální aspekty. Proto jsou očekávány změny některých parametrů, například delší doba dožití, vyšší průměrný věk. Český statistický úřad uvádí, že by v roce 2050 mělo žít na území ČR přibližně půl milionů občanů ve věku 85 let a více.

*„Ekonomický pokrok přináší především změnu v sociální sféře, v kulturních tradicích, způsobu zaměstnání a relaxace, umožňuje zvýšení preventivní i hygienické péče a taky vyšší dovednost, ale i dosažitelnost zdravotních služeb“ (Pidrman, 2003).*

Počet lidí věkové skupiny 80+ lze předpovědět se značnou jistotou, je dobře predikovatelný. Parametr průměrného zdravotního stavu ve stáří odráží hodnoty zdravotních determinantů v předchozím životě jednotlivce, zahrnujících konkrétní životní podmínky v přibývajícím věku a vzorce zdravotního chování a uvědomění. Dalším faktorem je dostupnost a ochota čerpat účinnou lékařskou péči k zachování a obnově dobré fyzické a duševní kondice. Úkolem politických exponentů tak musí být nejen uspokojování potřeb dlouhodobé péče, ale důraz je třeba klást na zavedení a využívání preventivních postupů, které ve svém důsledku přinesou redukcii objemu potřebné dlouhodobé péče (EU commission, 2013).

V rozmezí let 2000 až 2016 došlo v populaci České republiky k nárůstu počtu obyvatel starších 65 let o 39,77 %, což jasně dokládají data Českého statistického úřadu. Současně významně vzrostl počet hospitalizací pacientů starších 65 let s různými závažnými diagnózami, a to o 30,66 %. V porovnání s tím došlo jen k významně menšímu nárůstu počtu pacientů starších 65 let, kteří využili služeb domácí zdravotní péče (8,68 %). V absolutních číslech sice počet pacientů domácí zdravotní péče rostl, ale procentuální zastoupení klientů zmíněné věkové kategorie, využívajících tento typ péče v porovnání s těmi, kteří využili formu péče institucionální paradoxně klesalo. Stejně tak, jako mezi roky 2000 a 2016 stoupal absolutní počet hospitalizovaných pacientů starších 65 let a

rostlo i procento pacientů překládaných z lůžek akutní péče do pobytových zařízení sociálních služeb a zařízení následné péče vzhledem k celkovému počtu hospitalizací. Zatímco v roce 2000 bylo do uvedených zařízení přeloženo 1,81 % pacientů, v roce 2016 došlo nárůstu překladů pacientů na 4,46 % (Dostálová, Holmerová, 2018).

## **2 Gerontologie a geriatrie**

Stárnutí populace je podstatným celosvětovým fenoménem, který nemohou rozhodně pominout všechny systémy zdravotní péče, sociálního zabezpečení a služeb. Pro svůj celospolečenský význam se stává důležitým tématem všech politických garnitur, na celostátní, regionální a místní úrovni. Kromě zákonodárců se s problematikou stáří v celé šíři musí detailně seznámit zástupce moci výkonné, organizátoři a poskytovatelé zdravotních, duchovních a sociálních služeb. Jedině při zohlednění všech aspektů tohoto procesu je možné poskytovat tyto služby na odpovídající úrovni (Holmerová et al., 2007).

### **2.1 Gerontologie**

Gerontologie je pojem označující nauku o stárnutí a stáří která čerpá informace a poznatky z jiných společenskovedních oborů, zpracovává je a aplikuje na zmíněné ontogenetické období. Jako samostatný interdisciplinární vědní obor byla gerontologie uznána roku 1939. Zabývá se výzkumem biologického procesu stárnutí, fyzických a psychických charakteristik organismů. Náplní disciplíny je také problematika dlouhověkosti, sociálních a společenských otázek stáří. Hlavním úkolem oboru je pomocí vědeckých postupů hledat a nacházet podmínky pro prožití co nejspokojenějšího a šťastného stáří (Holmerová et al., 2007).

Gerontologie se člení do tří hlavních proudů: experimentální (biologická) gerontologie – zabývá se stárnutím živých organismů, klinická gerontologie (geriatrická) – zkoumá zvláštnosti zdravotního stavu, chorob a jejich léčení ve stáří a sociální gerontologie – zabývá se životem ve stáří, společenskými aspekty ve stáří, demografií, vztahy mezi generacemi a mnoha dalšími (Čeledová et al., 2016).

### **2.2 Geriatrie**

Geriatrie (klinická gerontologie) je medicínské odvětví zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí nemocí ve stáří, a to i z pohledu veřejného zdravotnictví. Zpravidla se zabývá problematikou péče o pacienty starší 70 let, a to proto, že v tomto věku již většina z nich vykazuje změny typické pro senium. Jejím hlavním cílem je snaha o zachování

soběstačnosti pacientů vyšších věkových skupin a zajištění podmínek kvalitního života v pokročilém věku. Trendem moderní geriatry a gerontologie je orientace na tzv. mladé seniory. Jedná se o skupinu pacientů, jejíž členové mohou sami pozitivně ovlivnit své stáří. Rozdíl mezi starším a mladším pacientem tkví v tom, že průběh nemoci staršího pacienta je zpravidla delší a náročnější. Za geriatrického pacienta označujeme toho, jehož onemocnění mohou komplikovat další komorbidity, jež mají vliv na pacientův celkový stav, průběh terapie a rehabilitace (Holmerová et al., 2007).

Čevela et al. (2014) pohlíží na geriatricu diferencovaně. Jako lékařský obor se zabývá péčí akutní i chronickou, preventivní i paliativní, rehabilitační a ošetrovatelskou. Z hlediska medicínské struktury se jedná o specializační klinický obor, který vychází z vnitřního lékařství, ale má mohutný přesah do řady dalších klinických oborů. Jsou to především psychiatrie, neurologie, rehabilitace, ošetrovatelství.

Geriatrictí pacienti jsou fragilní senioři, kteří vyžadují modifikovaný diagnostický léčebný i ošetrovatelský přístup. Typickým znakem péče o geriatrické pacienty je mnohdy dlouhodobá institucionalizace, komorbidity, geriatrická modifikace interních chorob, multikauzalita onemocnění. Z pohledu autora nejsou geriatrictí pacienti všichni jedinci, kteří dosáhli jisté věkové hranice. Typickým znakem geriatrické péče je komplexní geriatrické hodnocení pacienta a týmovost práce. Podstatnou součástí geriatry je i tzv. dlouhodobá péče (long-term care), zahrnující komplexní zdravotní sociální podporu nemocných (Kalvach et al., 2014).

### **3 Dlouhodobá péče**

Termínem dlouhodobá péče (long-term care) rozumíme „*komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. OECD ve své obsáhlé zprávě o dlouhodobé péči pro starší osoby vymezuje tuto péči, jako určité spektrum služeb určených lidem závislých na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit (hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost najíst se samostatně, přesunout se z postele či křesla). Služby dlouhodobé péče tedy potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách, a tento stav je setrvalý („over an extended period of time“), může být způsoben jak chronickými onemocněními, tak může být důsledkem zdravotního postižení, a již tělesného nebo duševního“*) (Válková et al., 2010). Služby dlouhodobé péče zahrnují rovněž pomoc se zajištěním instrumentálních aktivit v rámci

denního života, jako jsou např. úklid domácnosti, realizace nákupů, obstarání dopravy a další (Čeledová, Čevela, 2013).

Těmi, kdo ve většině případů potřebují dlouhodobou péči, jsou lidé v pokročilém věku. Senioři, kteří jsou odkázáni na dlouhodobou péči, vykazují značnou vulnerabilitu (Válková et al., 2010).

Potřeba adekvátní dlouhodobé péče nabývá na významu se stárnutím populace a dalšími jevy, které je provází. Současně se stárnutím populace se zřetelně prodlužuje i hranice věku dožití lidí s chronickými onemocněními. Nezpochybnitelné pokroky současné medicíny přispívají nejen k tomuto fenoménu, ale také zlepšují kvalitu života ve vysokém věku. Nové postupy a objevy moderní medicíny ve svém důsledku zlepšují management chronických onemocnění, a tím se daří zpomalit průběh těchto chorob a oddálit vznik a následky jejich závažných komplikací (Holmerová, 2015).

Holmerová tento fakt demonstruje na jednom z nejčastějších a nejzávažnějších chronických onemocnění-diabetes mellitus. S růstem novým diagnostických a léčebných postupů se mění i frekvence, formy a závažnosti komplikací, provázejících toto onemocnění. Neustále se zdokonaluje systém monitorace a tím i možnost účinnější terapeutické kontroly onemocnění s výraznou redukcí nebezpečných akutních dekompenzací. Takto se daří značně prodloužit délku života osobám trpícím touto metabolickou chorobou, a to především závažnější formou, tzv. 1. typu. Důsledkem toho se diabetici dožívají „svých“ chronických komplikací, zejména ve formě diabetické neuropatie a nefropatie, syndromu tzv. diabetické nohy apod. Stejně tak se zvyšuje počet pacientů, kteří díky možnostem moderní intenzivní medicíny překonají onemocnění, která ještě v nedávné době měla velice nepříznivou prognózu a znamenala téměř jistou smrt (Holmerová, 2015).

Problémem je slabá diferencovanost zařízení ústavní dlouhodobé péče, která jsou zřizována resortem Ministerstva práce a sociálních věcí. Jedná se o tři typy zařízení: domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením, která jsou zákonem ve svých činnostech podobně definována. V poslední době dochází ke zřetelným změnám ve složení obyvatel zařízení dlouhodobé péče. Zatímco dříve byly využívány jako jistý typ státem dotovaného, v podstatě náhradního ubytování, bez důrazu na zdravotní aspekt, v současné době by měly v důsledku platnosti

zákona o sociálních službách, sloužit převážně lidem se závažnou disabilitou, včetně například syndromu demence (Holmerová, 2015).

### 3.1 Služby dlouhodobé péče

Na poskytování služeb dlouhodobé péče lze pohlížet z hlediska toho, kdo je realizuje. Jako „*formální péče*“ se označuje ta, která je poskytována v rámci zaměstnaneckého vztahu. Naproti tomu tzv. „*neformální péči*“ nejčastěji poskytují rodinní příslušníci, hovoří se tedy také o rodinné péči a o rodinných pečovateli. Podle OECD „*neformální péče*“ zahrnuje ale také péči, která je poskytována úplatně, ale v rámci šedé ekonomiky. Poskytující osoby pracují za finanční odměnu, ale mimo rámec obvyklého zaměstnaneckého vztahu. Z této činnosti neodvádějí platby do systému sociálního a zdravotního pojištění (Čeledová, Čevela, 2013).

Rozsah budoucích potřeb oblasti služeb dlouhodobé péče čerpané starými lidmi bude záviset na těchto faktorech: 1. počet lidí ve věkové skupině 80+, tedy obyvatel s největšími nároky na využití služeb dlouhodobé péče 2. potřeba dlouhodobé péče k zajištění uspokojivého zdravotního stavu, tedy míry pravděpodobnosti nutnosti, čerpání sociální péče z důvodu rozvoje multimorbidity a fragility 3. schopnost starších lidí zvládat samostatný život navzdory funkčním omezením (EU commission, 2013).

Zavedená klasifikace služeb dlouhodobé péče rozlišuje dva základní typy:

a) Služby dlouhodobé ošetrovatelské péče, které v sobě zahrnují zejména poskytování pomoci v základních denních činnostech (příprava jídla, asistence při denní hygieně a koupání, základní mobilitě a podobně), lze považovat za zdravotní komponentu dlouhodobé péče či za vlastní dlouhodobou zdravotní péči. Fyzická či mentální disabilita vzniká jednak důsledkem různých onemocnění, redukce mentální kapacity či kognitivních poruch, jednak křehkosti vysokého věku. Kromě zmíněné pomoci v sebeobslužných aktivitách zde hraje významnou roli též monitoring stavu pacienta s cílem zamezit případnému zhoršení funkčního stavu. Tato činnost se úzce pojí s poskytováním dalších zdravotních služeb, jako je převazování chronických ran, realizace managementu bolesti, organizace podávání léků, zavádění a kontrola preventivních opatření, poskytování rehabilitace, případně paliativní péče.

b) Sociální služby dlouhodobé péče v sobě zahrnují poskytování pomoci v instrumentálních aktivitách denního života (IADL) osobám s onemocněním či

dysabilitou, které tuto asistenci potřebují. Tyto sociální služby jsou realizovány buď v domácím prostředí či v rezidenčním zařízení. (Válková et al., 2010).

Ve většině zemí OECD lze dnes zaznamenat trend zvyšujících se nároků seniorů na úroveň a kvalitu pečovatelské služby. Jejich očekávání zahrnují požadavek na zachování soukromí, optimálně možnost obývat samostatný pokoj. Žádají dlouhodobou péči, která bude odrážet jejich individuální potřeby a preference, bude vstřícná, umožní pestřejší výběr úrovně služeb, a tím jim zajistí lepší kvalitu života. S růstem podílu kategorie seniorů na hrubém domácím produktu, roste i tlak populace nad 65 let na legislativní zajištění a realizaci těchto jejich nároků. Spotřebitelé dlouhodobé péče, jejich rodiny a pečovatelé jsou lépe informováni o dostupnosti a rozsahu poskytovaných služeb a vyjadřují požadavek vysoké kvality dlouhodobé péče. Zvyšující se náklady, včetně rostoucí spoluúčasti uživatelů k úhradě institucionální péče k těmto nárokům přispívají (OECD/European Commission, 2013).

U jednotlivce s některým typem mentálního či fyzického omezení může mít závislost na jiných osobách značný dopad na schopnost vést normální život. Kvalitně poskytované služby dlouhodobé péče mohou pomoci těmto křehkým a závislým osobám zachovat si či zlepšit úroveň samostatnosti a lépe se tak zapojit do společnosti, a to navzdory stávajícím podmínkám. Závislým osobám tak umožňují udržet si kontrolu nad vlastním životem, a tak následně zabránit ztrátě zájmu o život, případně až vzniku depresivní poruchy. Podpora samostatnosti znamená pro seniory zachování možnosti volby a konání rozhodnutí ve věcech ovlivňujících jejich život (OECD/European Commission, 2013).

#### **4 Sociální služby**

Zákon definuje sociální služby jako: „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“ (§ 3 zákona č. 108/2006 Sb.).

Aby tato činnost byla co nejefektivněji zajištěna, byly eliminovány případné nedostatky a mohla být i objektivně hodnocena, jsou vytvořeny pracovní postupy neboli standardy. „*Hlavním účelem standardu kvality sociálních služeb je, že popisují, jak by kvalitní sociální služba měla vypadat. Standardy jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, dle kterých lze průkazným způsobem posoudit kvalitu služby, která je poskytována. Byly zavedeny na celonárodní úrovni, v souladu s trendy nastolenými Evropskou unií, což umožňuje porovnat efektivitu jednotlivých druhů služeb i efektivitu*



*jednotlivých zařízení, i když poskytují stejný druh sociální služby“ (Sokol, Trefilová, 2008).*

#### **4.1 Dělení sociálních služeb**

Obsahem poskytovaných sociálních služeb jsou tyto druhy péče: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence (Malíková, 2011).

1) Sociální poradenství se dělí na základní a odborné.

Základní sociální poradenství – Je součástí všech forem a druhů poskytovaných sociálních služeb a každý poskytovatel je musí umět zajistit.

Odborné sociální poradenství – Je cíleno na konkrétní sociální skupinu se specifickou problematikou a bývá realizováno v odborných poradnách (pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením atd.). Nedílnou součástí odborného sociálního poradenství je také obstarávání kompenzačních pomůcek k zapůjčení.

2) Služby sociální péče mají za úkol zajistit zdravotně stabilizovaným osobám řádné zapojení do běžného života. Pomáhají jedincům udržet jejich psychickou a fyzickou soběstačnost na co nejvyšší úrovni a v těch aktivitách, kde to jejich zdravotní stav již nedovoluje se různými formami asistence starají o důstojný a nekomplikovaný průběh těchto činností.

Řadíme mezi ně: Domovy pro seniory

Tísňovou péči

Odlehčovací služby

Osobní asistenci

Pečovatelskou službu

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy se zvláštním režimem a další

3) Služby sociální prevence pomáhají ohroženým osobám překonat nepříznivou sociální situaci, současně chrání společnost před vznikem a šířením nežádoucích sociálních jevů. Zaměřují se na osoby s nezdravými životními návyky a způsobem života, osoby nacházející se v konfliktu se společností, osoby znevýhodněné životním prostředím a osoby, jejichž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností

jiných osob. Současně zabraňují sociálnímu vyloučení jedinců ohroženým krizovou sociální situací.

Řadíme mezi ně: Telefonickou krizovou pomoc

Azylové domy

Kontaktní centra

Ranou péče

Služby následné péče

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Nízkoprahová denní centra a další

(Malíková, 2011)

Na poskytování sociálních služeb v České republice se dá pohlížet z hlediska formy, jakou jsou poskytovány. Podle (§ 33 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) se tyto služby rozlišují na služby ambulantní, terénní a pobytové.

Ambulantní služby jsou poskytovány na místech tomu určených, kam potřebná osoba dochází sama či v doprovodu. Často je tato služba poskytována v zařízeních sociálních služeb, ale s touto formou služby se nepojí ubytování klienta.

Terénní služby představují ambulantní formu péče, která je ale osobám poskytována v jejich přirozeném prostředí.

Pobytové služby jsou pak nejintenzivnější formou služby spojenou s ubytováním osob v zařízeních sociálních služeb (Halásková, 2013).

## **4.2 Domovy pro seniory**

Vzhledem k tématu mého výzkumu se nadále budu věnovat vybranému druhu sociální péče, a to problematice domovů pro seniory.

*„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby obsahují tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování*

*práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§ 49 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).*

Uvedený druh sociální služby je tedy určen osobám, u kterých je významně omezena či zcela ztracena schopnost samostatného dlouhodobějšího setrvání ve svém přirozeném sociálním prostředí.

Výhodou péče v domovech pro seniory je zajištění základní lékařské péče, naproti tomu může být pobyt v ústavním zařízení pro seniory mnohdy psychicky obtížný. Důvodem je ztráta soukromí daná přechodem do ústavního zařízení vzhledem k tomu, že jednolůžkové pokoje v domovech seniorů stále ještě nejsou pravidlem. Dalším podstatným faktorem zatěžujícím psychiku seniorů je časté omezení dosavadních pravidelných kontaktů s rodinou (Sýkorová, 2007). Ze všech těchto důvodů je současným trendem podpora takových opatření, která umožní seniorům setrvat ve svém domácím prostředí, jak při snížené soběstačnosti, tak i ve stavu nemoci.

Nezřídka však bývá tím impulsem, který člověka přinutí uvažovat o životě v sociálním zařízení pocit osamocení. Přechodem do zařízení sociální ústavní péče se člověk ocitne mezi lidmi podobné věkové kategorie, obdobné úrovně mentálních schopností. Mohou navzájem sdílet své zdravotní, psychické a existenční problémy, ale i radosti. Sociální péče poskytuje pestré možnosti fyzických aktivit, kulturního vyžití a širší sociální kontakty (Malíková, 2011).

Pokud se tedy využití dlouhodobé sociální péče formou života v domově pro seniory ukáže vhodným či nezbytným, přichází otázka výběru daného zařízení. Mezi mnoha kritérii dominuje především vzdálenost vybraného domova pro seniory od místa původního bydliště, a tedy od známé lokality a vzdálenost od bydliště blízkých. Podstatný je typ zvoleného zařízení, rozsah poskytovaných služeb a jejich finanční náročnost, čekací doba přijetí k ubytování. Z uvedeného vyplývá snaha přijímat do domovu pro seniory přednostně osoby, které mají v lokalitě zařízení trvalé bydliště (Venglářová, 2007).

#### **4.2.1 Počet lůžek, klientů a domovů pro seniory**

Z ročenky o počtu sociálních služeb a jejich kapacitě vyplývá, že v roce 2019 bylo dle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí v České republice celkem 3 450 zařízení sociálních služeb pro seniory, z toho 524 domovů pro seniory. Počet jednolůžkových pokojů v domovech pro seniory v roce 2019 byl 12 656, počet dvoulůžkových pokojů byl

10 133 a počet tří-a vícelůžkových pokojů byl 1 468. Počet klientů pobytových sociálních služeb k datu 2019 byl 35 275, z toho bylo celkové zastoupení žen 26 380 a mužů 8 895. Celková kapacita lůžek v domovech pro seniory byla 36 688 (MPSV, 2020).

## **5 Kvalita života**

### **5.1 Vymezení pojmu kvalita života**

Kvalita života je termín velice složitý, jež ovlivňuje velké množství objektivních vlivů a subjektivních prožitků. Lze na něj pohlížet z mnoha úhlů pohledu, stejně tak existuje nespočet různých definic, od naprosto jednoduchých a srozumitelných, které se snaží postihnout nejdůležitější hlediska, až po definice komplikovanější, snažící se postihnout veškeré atributy, které tuto entitu charakterizují (Gurková, 2012). „*Jedná se o komplexní a zastřešující pojem, do značné míry subjektivní, který zahrnuje jak vnímání vlastního zdraví a funkčního stavu, tak sociální interakce a celkovou spokojenost s vlastním životem*“ (Holmerová, 2015).

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako: vnímání jednotlivce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům. Jedná se o široké pojetí, které je komplexně ovlivněno fyzickým zdravím, psychickým stavem, mírou nezávislosti, sociálními vztahy, osobním přesvědčením a jejich vztahem k podstatným rysům jejich prostředí (WHO, 1998-rev. 2012).

Kvalita života lidí je determinována vlivy historickými, geografickými, ekonomickými i společenským kontextem. Kvalita života může být dále ovlivněna věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením, životními podmínkami a zkušenostmi, ale opět také subjektivním vnímáním (Dvořáčková, 2012).

Gabriel et al. (2004) popisuje kvalitu života (se specifickým označením HRQOL—health related quality of life (dále jen HRQOL) jako takovou, která odráží jak makrosociální, tak sociodemografické vlivy na lidi, které ovlivňují osobní charakteristiky a mohou být příčinou různých obav jednotlivců. Lze tvrdit, že ve společnosti existuje společné jádro hodnot a že jejich přítomnost či nepřítomnost ovlivňuje celkově kvalitu života jedince. Jelikož je kvalita života výrazně subjektivní, závisí podstatně na interpretaci a vnímání jednotlivce.

Pokles kvality života u starších lidí souvisí s fyzickou křehkostí. Zkoumáno použitím fenotypu křehkosti na základě fyzické aktivity, neúmyslného hubnutí, rychlosti chůze, síly přilnavosti a vyčerpání (Gobbens et al., 2017).

## **5.2 Hodnocení a měření kvality života**

Definice a měření kvality života by měly být založeny empiricky na laických názorech a měly by odrážet individuální subjektivitu a změny v pojetí, přičemž by měly být současně zohledněny širší sociální okolnosti. Zavedené modely kvality života jsou však zřídka víceúrovňové nebo vícedoménové. Sahají od základních, objektivních a subjektivních přístupů založených na potřebách, často odtržených od Maslowovy (1943) hierarchie lidských potřeb, až po klasické modely založené na psychologickém blahobytu, štěstí, morálce a životní spokojenosti (Gabriel et al., 2004).

Několik autorů upozorňuje na to, že většina dostupných měření týkajících se kvality života, byla vyvinuta pro mladší lidi nebo pro specifické skupiny pacientů, a proto by nemusela být použitelná pro staré a nejstarší. Jedním ze způsobů, jak tento problém odstranit, může být výzkum zaměřený na osobní pohled jedince na život a jeho kvality (Borglin, et. al., 2005).

Potřeba objektivního měření kvality života přivedla WHO (World Health Organization) k vývoji nástroje pro měření kvality života, tzv. WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Ten zahrnuje šest různých oblastí, jimiž se posuzuje kvalita života: fyzický stav jedince, psychický stav jedince, stupeň samostatnosti jedince, sociální vztahy, spiritualita a životní prostředí. Je zřejmé, že v hodnocení kvality života seniorů se bezprostředně odráží schopnost vést nezávislý život. Hodnotící metody se zaměřují na schopnost zvládnout jednotlivé každodenní činnosti (WHO, 1998-rev. 2012).

Ačkoli existují různé uspokojivé způsoby měření četností a závažností onemocnění, není tomu tak, pokud jde o měření kvality života. WHO proto s pomocí 15 center pro spolupráci po celém světě vyvinula dva nástroje pro měření kvality života (WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF), které lze použít v různých kulturních prostředích a také umožňují srovnání výsledků z různých populací a zemí. Aby se zajistilo, že spolupráce bude skutečně mezinárodní, byla vybrána terénní centra, která poskytují rozdíly v úrovni industrializace, dostupných zdravotnických služeb a dalších ukazatelů relevantních pro měření kvality života (např. role rodiny, vnímání času, vnímání sebe sama). WHOQOL-

BREF se zabývá profily na úrovni domén, které hodnotí kvalitu života (WHO, 1998-rev.2012).

### 5.3 Potřeby seniorů

*„Problematika potřeb ve vyšším věku je motivována dvěma otázkami: zaprvé, jaké potřeby má starší člověk a zdali se tyto liší od jeho potřeb v předchozích životních fázích, a zadruhé, jak, kdo a kdy dané potřeby ve vyšším věku uspokojuje.“* Lidé ve starším věku mají různé druhy potřeb, počítá se mezi ně například potřeba bezpečí, jejíž význam v průběhu stárnutí nabývá na důležitosti. Lidem se také může vracet potřeba rutiny, ve smyslu udržování jistého řádu. Neméně významnou potřebou je potřeba autonomie (Nešporová et al., 2008).

Autonomie představuje možnost starších lidí rozhodovat se tak, aniž by byli ovlivňováni ostatními. Vnímání autonomie je individuální pohled na schopnost a příležitost starších lidí si autonomii udržet. Tento pojem je spojen s individuálními schopnostmi starších lidí, zahrnuje úroveň jejich nezávislosti, fyzických a duševních schopností, osobních charakteristik a míru podpory příbuzných uchování vnímané autonomie. Starší lidé uvádějí, že zachování autonomie zvyšuje kvalitu jejich života a spokojenost. Autonomie je považována za klíčový princip v akutní zdravotní péči, nicméně je třeba vyvinout snahu zajistit autonomii starších lidí v dlouhodobé ústavní péči (Moilanen et al., 2020).

Studie Abdi et al. (2019) dokazují, že starší lidé postižení chronickými onemocněními jsou vystaveni jak psychické, tak sociální zátěži. Z těchto důvodů potřebují podporu a péči především v oblasti sociálních aktivit a vztahů, podporu psychologickou, dále pomoc ve smyslu opatření, která povedou ke zlepšení jejich mobility, sebepečce a nezávislého života.

U některých uživatelů dlouhodobé péče může být z různých důvodů jejich potřebám věnována nedostatečná pozornost (např. komplikovanost jejich chování). Nenaplnění potřeb vede ke snížení kvality života a zhoršenému hodnocení využívaných služeb. V některých případech může přehlížení potřeb seniorů vést k situacím frustrace (Hancock et al., 2005).

Aby se zabránilo nedostatečnému čerpání nebo naopak zneužívání sociálních a zdravotnických služeb a léčebných postupů, objevila se potřeba standardizovaného posuzování potřeb. Hodnocení by mělo být komplexní, vícerozměrné a systematické, aby

bylo zajištěno, že skutečně poskytované léčebné a sociální služby odpovídají aktuálním potřebám jednotlivce (Stein et al., 2013).

Současný stav, kdy široká veřejnost vnímá ústavní péči jako ultimativní řešení existence starších lidí, tedy jako místo „poslední záchrany“, kam se senioři uchylují, když už se sami doma necítí bezpečně, a z jejich pohledu jen čekají na smrt. Tento pohled na účel ústavní péče o seniory slouží pouze k uspokojení organizační a společenské poptávky její realizace se zajištěním minimálních standardů péče než ke snaze o poskytování optimální péče (Ibrahim et al., 2020).

## **6 Pandemie COVID-19**

Od prosince roku 2019 zaznamenáváme nejprve v Asii výskyt virového onemocnění pod označením COVID-19, které však rychle přerostlo do celosvětové pandemie díky své vysoké nakažlivosti a úzké provázanosti světových kontinentů. Jedná se o bezprecedentní zdravotní krizi, která otřásla celou planetou a díky obrovským škodám na životech a zdraví populace a současně díky vynuceným rozsáhlým restriktivním opatřením uvedla sociální, ekonomický a politický svět v chaos (Fauci, 2020). Výskyt onemocnění byl poprvé nahlášen ve Wuhanu v Číně. Poté se onemocnění rychle rozšířilo i v Asii a Austrálii a dále se šířilo do Afriky, Evropy a Ameriky. „Dne 30. ledna 2020 Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila globální stav zdravotní nouze, 11. března 2020 WHO prohlásila šíření koronaviru za pandemii (hromadný výskyt infekčního onemocnění velkého rozsahu zasahující více kontinentů) Dne 13. března byla Světovou zdravotnickou organizací za hlavní epicentrum nákazy vyhlášena Evropa“ (SZÚ, 2019).

Infekce COVID-19 je infekční onemocnění způsobené novým typem koronaviru, které si již vyžádalo v krátkém časovém úseku rekordní počet obětí v celém světě. Způsobuje výrazné poškození fyzického i psychického zdraví člověka, to i dlouho dobu po prodělané akutní fázi onemocnění (Shahid et al., 2020).

Koronaviry byly objeveny okolo 60. let 20. století a řadí se mezi RNA viry. Tyto viry vyvolávají tzv. zoonotické infekce a většina z nich cirkuluje mezi zvířaty, jako například u netopýřů. Koronaviry vyvolávají onemocnění respiračního a trávicího traktu u lidí, savců a ptáků (SZÚ, 2019).

Od začátku pandemie bylo nakaženo přes 194 514 614 lidí a 4 170 973 úmrtí, datováno ke 25. červenci 2021. Přímou v České republice bylo do nynější doby potvrzeno 1 672 409 případů nakažení a 30 357 úmrtí (SZÚ, 2021).

Vědci diskutují o původu nově objeveného koronaviru SARS-Cov-2, zda není produktem laboratorní manipulace. Avšak genetické údaje tuto hypotézu dosud nepotvrdily a ukazují, že SARS-Cov-2 nepochází ze známé varianty viru. Analýza a srovnání genomů s dříve známými druhy koronaviru ukazují, že SARS-Cov-2 vykazuje jedinečné vlastnosti, které jej odlišují od jiných koronavirů (Ciotti et al., 2020).

Projevy onemocnění SARS-Cov-2 mohou mít u pacientů podobu mírných, závažnějších až fatálních příznaků, přičemž podstatná část postižené populace jsou asymptomatictí přenašeči. Mezi nejčastější hlášené příznaky patří horečka (83 %), kašel (82 %) a dušnost (31 %). Gastrointestinální příznaky jako zvracení a bolesti břicha doprovází 2-10 % pacientů s COVID-19. Laboratorně pacienti s tímto onemocněním vykazují nižší počet lymfocytů a eozinofilů. Ačkoli hlavním cílovým orgánem koronavirové infekce jsou plíce, vážný průběh onemocnění může vést ke kardiovaskulárnímu, gastrointestinálnímu, ledvinovému a jaternímu postižení a poškození centrálního nervového systému (SZÚ, 2021).

Cestou nákazy organismu se stává nejčastěji průnik viru sliznicí nosu, úst a oční spojivkou. K přenosu infekce může dojít 1-3 (výjimečně až 6) dny před manifestací onemocnění. Koronavirové onemocnění se šíří více způsoby, nejčastějšími jsou přímý kontakt a kapénkový přenos, důležitá je přítomnost viru ve vzduchu a kontaminované povrchy (SZÚ, 2019). Starší populace je výrazně náchylnější k nákaze koronaviry, a to zejména k těžším formám onemocnění, které mají závažné následky a vysokou letalitu (Wu, 2020).

## **6.1 Vliv pandemie COVID-19 na seniory**

Světová zdravotní organizace (WHO) definuje zdraví jako situaci biologické, psychologické a sociální pohody nikoli jako pouhou nepřítomnost nemoci (WHO, 1998). V době rychle se šířící pandemie byla však převážná pozornost věnována právě problematice nemoci, a to s ohledem na ochranu zdraví, zabránění infekci a řešení jejich následků. Tyto jsou nejzávažnější u nejstarší populace, a to zejména u osob polymorbidních. V extrémním riziku nákazy a fatálního poškození zdraví se nacházejí především osoby, které pobývají v různých typech institucí. V současné době, kdy se podařilo zamezit akceleraci šíření onemocnění, je zapotřebí se zaměřit i na dopady pandemie v nebiologických aspektech života, a na celkovou pohodu jedince ve smyslu této definice. Teoretickým východiskem mé práce tak je právě širší pojetí zdraví a



zejména důraz na „sociální zdraví“, jak jej vymezují práce Huberové, Dröes, Vernooij-Dassen a dalších autorů (Huber et al., 2011).

Při použití zastřešujícího pojmu „zdraví“, jakožto schopnosti adaptace a sebeovládání, máme na mysli tři jeho základní složky: zdraví fyzické, duševní a sociální. Ve fyzické oblasti je zdravý organismus schopen alostázy, což je proces udržení homeostázy při změnách okolního prostředí. Při vyrovnávání se s fyziologickým stresem je zdravý organismus schopen zvýšit ochrannou reakci a tím snížit riziko poškození a obnovit zpět porušenou rovnováhu. Pokud je tato strategie fyziologického zvládnání změn neúspěšná, poškození může přetrvávat a vyústit v onemocnění. V duševní oblasti Antonovsky popisuje „pocit koherence“ jako faktor, který dopomáhá k úspěšné schopnosti vyrovnat se se silným psychologickým stresem, zotavit se z něj a tím předejít post-traumatické stresové poruše. Pocit koherence zahrnuje subjektivní schopnosti, které zvyšují srozumitelnost, a smysluplnost obtížné situace. Posílená schopnost přizpůsobení se a zvládnání sama sebe často zlepšuje subjektivní pohodu a může vést k pozitivní interakci mezi myslí a tělem, příkladem jsou pacienti s chronickým únavovým syndromem, kteří byli léčeni kognitivní behaviorální terapií. Popisovali pozitivní účinky na symptomy a zlepšení celkové tělesné i duševní pohody. V sociální oblasti lze rozeznat řadu aspektů zdraví. Mimo jiné je to schopnost využít vlastní potenciál, úspěšně plnit povinnosti, možnost do značné míry řídit svůj život s určitým stupněm nezávislosti navzdory zdravotnímu stavu, schopnosti účastnit se společenských aktivit, včetně vykonávání zaměstnání. Zdraví lze v této oblasti považovat za dynamickou rovnováhu mezi příležitostmi a omezeními, která se posouvá životem a je ovlivněna vnějšími podmínkami, jako jsou sociální a ekologické výzvy. Úspěšným přizpůsobením se nemoci jsou lidé schopni pracovat nebo se účastnit společenských aktivit, a přitom cítit se zdraví, navzdory svým limitům. Pokud jsou lidé schopni vyvíjet úspěšné strategie pro zvládnání problémů, pak poškozená funkce nemá za následek markantní změnu vnímání kvality života (Huber et al., 2011).

V domovech pro seniory byla COVIDU-19 logicky věnována značná pozornost. Zaměřovala se zejména na zavádění a dodržování hygienických opatření, řešení zdravotních problémů, na snahu o snižování úmrtnosti, zvyšování míry vyléčení. Studie zabývající se prožíváním této situace jsou zatím ojedinělé a spíše se zaměřují na ošetrovatelský personál (Wammes et al., 2020).

Akcelerace koronavirové pandemie měla za důsledek to, že mnoho domovů pro seniory omezilo a posléze zcela zakázalo návštěvy svých rezidentů ve snaze zabránit šíření nebezpečného viru. Pandemie COVID-19 způsobila zavedením restriktivních vládních nařízení zakazujících návštěvy ztrátu těchto interakcí a tím nepříznivě ovlivnila kvalitu jejich života. Klienti domova pro seniory byli odkázáni pouze sami na sebe a péči pracovníků sociálního zařízení (Wammes et al., 2020).

Během vrcholící koronavirové pandemie pociťovali obyvatelé domovů pro seniory především smutek. Jelikož restrikce postihující režim těchto zařízení byly značné, často neumožňovaly rezidentům ani opuštění vlastního pokoje, ošetřující personál tak zůstával jediným zdrojem sociální interakce. Tato zjištění jsou v souladu s předchozími studiemi, které dokládají, že izolovaní senioři jsou vystaveni vyššímu riziku deprese a úzkosti (Santini, et. al. 2020).

## **6.2 Izolace a osamělost v souvislosti s pandemií COVID-19**

Izolace v souvislosti s COVIDEM-19 také podle geriatrické psycholožky Watsonové vyvolala další alarmující scénář v domovech pro seniory. Watsonová zaznamenala obrovský nárůst vyžádané preskripce antidepresiv a antipsychotik (Abbasi, 2020).

Během období omezení návštěv bylo nezbytné posílit komunikaci mezi personálem a příbuznými obyvatel domova pro seniory. Včasné sdělování informací o tom, co omezení návštěv obnáší a jak to ovlivňuje pohodu a péči o obyvatele daného zařízení bylo podstatné. Stejně tak spojení mezi obyvateli domova pro seniory a jejich příbuznými bylo velice důležité. Podařilo se ho dosáhnout alternativními způsoby komunikace, tedy prostřednictvím pravidelných telefonních hovorů nebo videohovorů tak, aby právě byla sociální izolace a s tím související pocit osamělosti co možná nejvíce eliminovány (Wammes et al., 2020).

Xia et al. (2018) definuje sociální izolaci a osamělost jako běžné zdroje chronického stresu u dospělých. Rostoucí počet jednotlivců je navíc ohrožen osamělostí v moderní společnosti kvůli sociálním a demografickým změnám. Lidé žijí déle a počet lidí ve věku 60 let a starších, se od roku 1950 ztrojnásobil.

Xia et al. (2018) vidí osamělost jako rozpor mezi požadovanými a skutečnými sociálními vztahy člověka. Osamělost je emocionální reakcí na sociální izolaci, zatímco sociální izolace je objektivním měřítkem nedostatku sociálních vazeb nebo interakcí. Ačkoli se má obecně za to, že sociální izolace vede k osamělosti, ta může být prožívána

jak v rámci manželství, rodiny, přátelství nebo větší sociální skupiny. Naproti tomu se člověk může cítit společensky spokojený, i když je sám.

Otázku, jak sociální izolace souvisí s klinicky dysfunkční úzkostí z koronaviru si kladli i Milman, Lee a Neimeyer (2020), kteří zjistili, že čím intenzivněji lidé dodržují opatření proti šíření viru, především sociální izolaci, tím méně prožívají dysfunkční úzkost z koronaviru. Studie ukázala, že není třeba vnímat sociální izolaci jako další psychickou zátěž v už tak nelehké situaci, které by zhoršovalo psychické i fyzické fungování, ale naopak u lidí může posilovat pocit kontroly nad situací a předvídatelnosti.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu mé bakalářské práce bylo zjistit, jak zavedená protikoronavirová opatření ovlivnila životy lidí v rezidenčním zařízení. Vzhledem k tomu, že koronavirová pandemie COVID-19 je novou, ojedinělou a dosud jistě nekompletně prozkoumanou problematikou, je i vliv restriktivních opatření na život seniorů v domovech pro seniory a jejich subjektivní vnímání vzniklé situace dosud nezodpovězenou otázkou.

Výběr zařízení pro zvolený výzkum byl výrazně redukován skutečností, že se domovy pro seniory kvůli restriktivním opatřením izolovaly, čímž klesala možnost realizace šetření ve více zařízeních. Kontaktování vedení těchto domovů bylo obtížné, a ochota spolupráce byla v řadě zařízení omezená. Z důvodu osobního kontaktu na ředitelku Domova seniorů Úvaly, jsem pro svůj výzkum zvolila toto zařízení, kde bylo snadnější stanovit podmínky realizace vlastního výzkumu v Domově i při dodržení restriktivních opatření.

S ohledem na vzniklou výjimečnou situaci, pandemii COVID-19, jsem považovala za důležité prozkoumat ovlivnění pohody a způsobu života lidí v sociálním zařízení v průběhu její akcelerace a kulminace, při zavádění a dodržování jednotlivých protiepidemických opatření. Zkoumala jsem, jak klienty ovlivnilo omezení volného pohybu pouze na vnitřní prostory budov (později případně zahradu), v krajním případě izolace na pokoji. U lépe mobilních respondentů mě zajímalo, jak restrikce ovlivnily jejich každodenní program (nákupy, návštěvy známých). Dále jsem zabývala tím, jak obyvatelé Domova akceptovali a vnímali zákaz návštěv, zda dokázali využít alternativní způsoby komunikace s blízkými (zavedené komunikační prostředky, sociální sítě).

Ve své bakalářské práci jsem stanovila výzkumnou otázku:

- Jak ovlivnila pandemie Covid-19 životy lidí, kteří žijí v Domově seniorů v Úvalech?

Výsledkem by mělo být získání hlubšího pohledu do problematiky života v ústavním zařízení pro seniory během pandemie, jak se obyvatelé Domova pro seniory přizpůsobovali restriktivním opatřením nařízenými vládou.

## 2 Metoda

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní strategii. „Kvalitativní výzkum se snaží porozumět světu a toto porozumění zprostředkovat, většinou, byť ne výhradně, prostřednictvím textu. Takové porozumění má řadu rovin: chceme rozumět jednání aktérů i sociálním strukturám, v nichž se dané jednání uskutečňuje. Studujeme, co lidé dělají, jak o tom hovoří, jak tomu rozumějí, jak to prožívají. Jak jsou významy i praxe ovlivňovány prostředím, lidským (sociálním) i ne-lidským (příroda živá i neživá, lidské výtvořiny), a naopak, jak toto prostředí zpětně ovlivňují, vytvářejí“ (Novotná et al., 2019). Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě (Gavora, 2000).

Kvalitativní výzkum vyžaduje, aby se celý vývoj výzkumu prováděl paralelně, což znamená, že jsem sbírala data k výzkumnému problému a v průběhu je analyzovala a interpretovala. Na druhou stranu jsem průběžně zjišťovala, zda byla potřeba doplnit další doplňující otázky. Snažila jsem se vyhodnocovat podobnosti, pravidelnosti mezi interpretacemi účastníků a sledovat míru saturace. Shromáždění dalších informací bylo ukončeno po dosažení teoretické saturace, což znamená, že je z hlediska výzkumníka teorie již vyvinuta a nepředpokládá se, že další případy přinesou nové poznatky, které by mohly vést k její změně (Hendl, 2005).

Sesbíraná data jsem analyzovala prostřednictvím obsahové analýzy, která se používá ve výzkumech spojenými s péčí a ošetrovatelstvím, což je blízko k mému tématu (Vaismoradi et al., 2013).

Samozřejmým předpokladem zajištění kvality kvalitativního výzkumu, je pečlivá práce v průběhu výzkumu a korektní podoba výsledné zprávy. Pro zvýšení validity výzkumného šetření jsem do své bakalářské práce zakomponovala přímě citace rozhovorů s respondenty, získaná zjištění a předběžné analýzy jsem často konzultovala s vedoucím práce. Dbala jsem na správné zdokumentování celého výzkumného procesu (Hendl, 2005).

## 3 Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Pro výběr vzorku jsem zvolila účelový výběr. „Účelový výběr vzorku je jedním z nejběžnějších způsobů úvahy o vzorku v kvalitativních výzkumech. Předpokládá, že povahu vzorku důkladně promyšlíme spolu s promyšlením výzkumného problému

a výzkumných otázek na základě kritérií, která si ve vztahu k výzkumnému problému stanovíme.“ (Novotná et al., 2019).

Respondenty mého výzkumu představovali starší lidé žijící v Domově seniorů v Úvalech. Jelikož mnou zvolené téma se týká problematiky dopadu pandemie COVIDU-19 na život lidí v zařízení sociální péče, bylo mým základním kritériem pro výběr ten fakt, že informant trvale obývá toto zařízení.

Nejprve jsem se s vedením Domova pro seniory spojila za účelem zjištění počtu vhodných respondentů, tedy těch schopných vést rozhovor osobně. Požádala jsem ředitelku Domova pro seniory, aby mi s výběrem těchto respondentů pomohla a současně zjistila, zda jsou ochotni se mnou vedeného výzkumu účastnit. Bylo mi doporučeno 14 klientů zařízení, ale nakonec jsem provedla pouze 12 rozhovorů. Dva klienti museli být z výzkumu vyřazeni kvůli náhlému onemocnění. Rozhovorů se účastnilo celkem 11 žen a 1 muž. Hovory byly vedeny buď přímo na pokoji u daného jedince, na chodbě nebo v jídelně, podle preferencí respondenta. U starších občanů je velmi důležité, aby se cítili bezpečně a příjemně, nejlépe bez dalších posluchačů a pozorovatelů, proto jsme volili místo rozhovoru s ohledem na spolubydlící a případné kolemjdoucí.

Zde uvádím tabulku číslo 1 s přehledem o respondentech, kterým jsem přidělila fiktivní jména v rámci anonymizace.

Tabulka č. 1: Přehled respondentů

JMÉNO RESPONDENTA	POHLAVÍ	VĚK
Miroslav	Muž	84 let
Jana	Žena	93 let
Alena	Žena	79 let
Božena	Žena	93 let
Magdaléna	Žena	69 let
Jarmila	Žena	87 let
Irena	Žena	97 let
Marie	Žena	74 let
Lenka	Žena	80 let
Viktorie	Žena	74 let
Ivana	Žena	74 let
Eliška	Žena	89 let

## 4 Sběr dat

Sběr dat probíhal od dubna do června roku 2021. Data byla shromažďována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Jedná se o jednu z metod, jež se využívá v kvalitativním výzkumu. „*Základními znaky polostrukturovaného rozhovoru je připravený soubor okruhů, které nemají předem určené pořadí. Výzkumník může jednotlivé doplňující otázky v rámci okruhů pozměnit. Důraz je však kladen na získání všech odpovědí od respondentů. Určitá volnost v průběhu rozhovoru je vítaná vzhledem k přirozenějšímu kontaktu tazatele a respondenta*“ (Reichel, 2009).

Průměrná délka rozhovorů byla okolo 25 minut, v závislosti na zdravotním stavu a kondici dotazovaného. Bylo zajištěno, že v případě nepohody či únavy dotazovaného, by byl rozhovor přerušen s tím, že jeho dokončení bude realizováno za vhodnějších podmínek. Po dohodě s dotazovaným jsem rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány, v průběhu rozhovorů jsem si dělala polní poznámky.

Základní schéma rozhovoru.

Úvodem setkání jsem se představila, vyložila problematiku mé studie, zdůvodnila, proč jsem si toto téma zvolila a jakou roli v ní měl hrát dotazovaný. Zdůrazňovala jsem, že nashromážděná data budou zpracována jako anonymní, tedy tak, aby neposkytla žádné údaje o jejich osobě. Respondenty jsem se snažila motivovat tím, že tato studie může pomoci zlepšit kvalitu jejich pobytu v domově seniorů. Před zahájením rozhovorů respondenti podepsali informovaný souhlas s výzkumem. V průběhu celého rozhovoru jsem se snažila navodit příjemnou a přátelskou atmosféru. Musela jsem přehlédnout počáteční nedůvěru a přizpůsobit se naladění jednotlivce.

Při rozhovorech jsem se držela předem připraveného scénáře. Pro hlubší porozumění výpovědí respondentů jsem kladla povzbuzující a doplňující otázky. V dialogu byl i prostor pro obsáhlejší vyjádření participanta v tématech, která pro něj byla důležitá a měl zájem se u nich zastavit. Při rozhovorech jsem zajistila dostatečný prostor otevřít další témata, když se ale dotazovaní vzdalovali stanovené strukturu, korigovala jsem je. Rozhovory jsem vedla osobně.

## 5 Analýza dat

Ke zpracování dat jsem zvolila obsahovou analýzu. „*Obsahová analýza umožňuje vhled do obsahu analyzovaných s cílem porozumět významům, které zprostředkovávají*“ (Novotná, et al., 2019). Přístupy obsahové analýzy jsou vhodné pro zodpovězení otázek: jaké jsou obavy lidí z události? Jaké důvody mají lidé k tomu, aby určitou službu nebo proceduru použili nebo nevyužili? (Vaismoradi et al., 2013)

Nejprve jsem provedla doslovnou transkripci rozhovorů, abych měla přesné podklady dokumentující průběh našeho dialogu. Správnost přepisu jsem si kontrolovala tím, že jsem si nahrávku přehrála vícekrát za sebou a všimla si pomlek a změn v intonaci řeči, změn, které mohly výrazně ovlivnit a zkreslit význam textu. Základem analýzy tohoto výzkumu bylo systematické vytváření kódů, subkategorií a kategorií. Zvýraznila jsem si pro mě důležité části. Zvýrazněným částem jsem přidělila kód, které jsem následně podle podobnosti seskupila do subkategorií a kategorií. Na základě analýzy jsem identifikovala 11 subkategorií 4 kategorie a, které jsou uvedené v tabulce č. 2. Posledním krokem byla konečná interpretace dat a shrnutí výsledků a jejich diskuse s ohledem na jiné literární prameny k této problematice.

Tabulka č. 2: Kategorie a subkategorie

KATEGORIE	SUBKATEGORIE
Zvládnání restriktivních opatření	Akceptování restrikcí Totální izolace, karanténa Vnímání pandemie z pohledu osobnosti klienta Strach o rodinu
Komunikace	Komunikace s rodinou Komunikace s ostatními klienty zařízení Komunikace s personálem
Fyzický kontakt s blízkými	Život za sklem Návštěvy
Život v domově pro seniory	Personál Společné aktivity



## **6 Etické aspekty**

Výzkum byl strukturován tak, aby byl ve všech aspektech eticky korektní a aby žádný participant mé studie neutrpěl žádnou újmu. Naopak jsem se snažila, aby naše setkání a rozhovor byl pro každého účastníka příjemnou událostí, takže jsem se mu věnovala i v době, kdy nehovořil o situaci, která byla pro můj výzkum relevantní.

Zpracovala jsem studii tak, aby získaná data byla anonymizována a nebyla tak narušena osobní práva dotazovaných. Každému účastníkovi jsem poskytla potřebné informace a k provedení výzkumu si před jeho započítím zajistila souhlas každého účastníka podpisem informovaného souhlasu. Respondentům jsem vysvětlila důvod a cíle výzkumu, a pokusila se dotyčnou osobu zasvětit do problematiky studie. Účastníky jsem ujistila, že nebudou vázáni žádnými podmínkami a od výzkumu budou moci kdykoliv odstoupit v průběhu celého procesu a nebude na ně tvořen žádný nátlak. Vzhledem k tomu, že se jednalo o starší populaci, formulovala jsem své dotazy jednoduše s ohledem na věkovou kategorii respondentů. Snažila jsem mluvit nahlas tak, aby mě dotazovaní slyšeli a nedošlo k mýlkám. Anonymizované rozhovory byly posléze uloženy v heslem chráněném počítači.

## **7 Výsledky výzkumu**

Na základě obsahové analýzy jsem definovala 4 kategorie:

- 1) Zvládání restriktivních opatření
- 2) Komunikace
- 3) Fyzický kontakt s blízkými
- 4) Život v domově pro seniory

K zajištění autentičnosti jsem některé výpovědi respondentů doslova citovala.

## 7.1 Zvládání restriktivních opatření

Nový typ koronaviru způsobující onemocnění COVID-19 patří k velice nakažlivým virům s výraznou schopností mutací, k dosažení co největšího rozšíření. Přesto, že postihuje široce zástupce všech generací populace a díky globalizaci zasahuje všechny části světa, vyvolává celosvětovou pandemii, jsou senioři skupinou obyvatel nejvíce náchylnou k vlastnímu onemocnění, k těžšímu průběhu choroby a vzniku komplikací (SZÚ, 2019).

Z těchto důvodů je zřejmé, že jedinou možnou cestou k účinné ochraně této části populace je zavedení nejpřísnějších restriktivních opatření s cílem zabránit šíření onemocnění mezi jejími členy. Domovy pro seniory nejsou v tomto směru výjimkou, ba právě naopak. Vzhledem ke složení obyvatel zařízení je žádoucí, aby v době akcelerace nákazy byla tato opatření striktně dodržována. V Domově pro seniory v Úvalech se zanesení viru SARS-Cov-2 podařilo zabránit vcelku dlouhou dobu. Přesto se ale Domov pro seniory v Úvalech musel od poloviny března roku 2020 uzavřít okolí. Ze 47 klientů zařízení se nakazilo 21 klientů.

### Akceptování restrikcí

Vnímání a přijímání zavedených restriktivních opatření se u respondentů příliš nelišilo. Víceméně všichni respondenti se shodli na tom, že restrikce jsou důležité a jsou zaváděny s ohledem na benefit obyvatel zařízení. *„Tak teď sem nikdo nesmí a teď jsme tady prostě odříznutý, ale když začnete o tom přemýšlet, tak si řeknete, no jo, ale dyť ono zase na druhou stranu, je to dobře. takže jsem to zase brala z tohohle toho, ale já že prostě to musím respektovat, aby mě zase někdo třeba nenakazil a nedopadlo to špatně, jo“?* (Alena)

Klienti Domova přijímali vládní restrikce většinou statečně a s povděkem. Respondenti sledující dění ve světě včetně vývoje pandemie, vyjadřovali značný obdiv ředitelce Domova, která se svými razantními kroky (včasné kompletní uzavření zařízení) snažila zabránit průniku koronavirového onemocnění zvenku *„Nic tak zvláštního to nebylo, já jsem to brala jako normální věc, když je to zákaz, tak je to zákaz.“* (Božena)

*„To bylo potřeba, když to vezmete. Musím říct, že paní ředitelka to dost dobře ukočírovala.“* (Jana)

Ukázalo se, že jednotliví klienti Domova tolerovali restriktivní opatření snáz s vědomím toho, že i ostatní spolubydlící se nemohou se svými blízkými stýkat, a jsou tedy ve zcela stejné situaci. „*No to nejsem na tom sama, to jsme byli defacto všichni, že ty návštěvy byly jako to.*“ (Jarmila)

### **Totální izolace, karanténa**

V době vypuknutí první vlny epidemie a jejího nárůstu žili někteří respondenti ve svém vlastním domově. Po zavedení nutných restriktivních opatření byli ale zcela izolováni od okolního světa a stali se tak závislími na péči členů vlastní rodiny. Příbuzní jim zajišťovali nákup a doručení potravin a dalších potřeb, asistovali při jejich hygieně. „*Já jsem nikam nechodila, takže, protože se o mě syn postaral, že jsem nemusela nikam chodit, nákupy, jídlo mi vozili, a tak. Chodila mě vykoupat a takhle.*“ (Irena)

„*Vycházela jsem ven tím způsobem, že dcera přijela, naložila mě do auta a šly jsme na nákup. Sama jsem nechodila ven. Jako, když mě, já byla ráda, že za mnou přijede.*“ (Lenka)

Vzhledem k ovlivnění jejich života vlivem pandemie COVID-19 si mnoho z nich uvědomilo své limity soběstačnosti, omezené schopnosti vést samostatný život ve vlastním bytě a nedostatek sociálních kontaktů. To je přivedlo k rozhodnutí zvolit život v Domově pro seniory v Úvalech jako vhodné řešení vzniklé situace. Jiné obyvatele přivedlo do zařízení například čerstvé trauma pohybového aparátu či dlouhodobá nemoc s následnými omezeními stylu dosavadního života. „*Potravinu mi někdo donášel, problém s úklidem, problém se vším možným, hlavně s chůzí, protože jsem postižená Parkinsonem*“ (Miroslav)

Každý člověk je jiný a schopnost zvládat stresové situace a psychické vypětí se u jedinců výrazně liší. V Domově pro seniory v Úvalech byla v jistém časovém úseku zavedena totální izolace klientů bez možnosti opouštět vlastní pokoj. Zmíněné opatření představovalo pro některé mobilní a komunikativní seniory podstatný problém „*To bylo strašně deprimující, jsem kolikrát brečela synovi do telefonu a ten sem taky nemoh, že jo. Že bych potřebovala, aby mi sem přijel a aspoň mě obejmul, protože to je strašnej stres, proto mám ty stresový omalovánky a já si tam maluju.*“ (Alena)

„*Že jsem nemohla ven hlavně. Ale dalo se to přežít, že tak nějak dost to utíkalo, ten čas.*“ (Jana)

Proniknutí nákazy do zařízení a onemocnění některých obyvatel na vícelůžkových pokojích představovalo povinnost akceptovat zavedená karanténní opatření, i pro spolubydlící nemocných i v případě, že se sami nenakazili. „*Tak nás zavřeli na 14 dní. Prostě tam, nádobí si tam mýt samy, já jsem si tam vytírala sama. Prostě jsme byly první jasně opravdu karanténu uzavřenou od toho 7. září, pak to trochu zvolnili, tak jsme chodili i dolů na jídlo. A že bych je mohla nakazit, no a když jsem se 17. prosince vracela jsem, tak jsem najednou byla, jak z jinýho světa, najednou koukám a na každých druhých dveřích je cedulka karanténa. Tak to na mě působilo dost špatně.*“ (Marie)

### Vnímání pandemie z pohledu osobnosti klienta

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že vnímání a hodnocení pandemie COVID-19 bylo odlišné u osob různých osobnostních charakterů, způsobu smýšlení a mírou vulnerability vůči pandemii. Někteří lidé, kteří se projevují klidným jednáním a uvážlivým hodnocením vzniklých situací, prožívali i pandemii lépe. Nazvala jsem je **optimisty**. „*Ne, protože já jsem, i tady si pletu, různě si čtu, luštím. Já jsem klid'as.*“ (Lenka)

„*Já jsem v tomhle směru optimistickejš a nemám žádný obavy z toho, že bych něco chytil, když už jsem to nechytil za ten rok a půl nebo jak dlouho, ale jak jsem řek ale jsem očkovanéjš a já tomu věřím, tomu očkování.*“ (Miroslav)

Další menší skupinu respondentů jsem po zhodnocení obsahu rozhovorů nazvala **realisty**. Její členové si plně uvědomovali vážnost situace a chápali, že i při pozitivním trendu vývoje epidemie mohou být kontakty s rodinnými příslušníky i nadále omezené. Obdobný přístup mají k pandemii obecně, chápou, že ze zavedených restrikcí by v důsledku měli profitovat. „*Jedině, že teda, říkám, já mám tvrdou povahu, takže mně nevadí, když nepřijdou, protože nakonec už mají svoje taky.*“ (Božena)

„*Když nebyly návštěvy, tak nebyly, jenom po telefonu prostě.*“ (Viktorie)

Poslední skupinu dotazovaných jsem označila jako **pesimisty**. Jedná se o obyvatele zařízení, kteří hodnotili své okolí spíše negativně a okolnosti kolem pandemie COVID-19 pro ně představuje další významně stresující faktor. „*Takže ten koronavirus, já nevím no, když vám není dobře, tak to není dobrý ani před a teď ještě s tím koronavirem je to ještě horší, no. Tak se nic nedělo takhle, ale když nemůžete chodit, no, teď ještě s tou pamětí, ta taky začíná jako zlobit, takže, nevím no.*“ (Jarmila)

## **Strach o rodinu**

Během provádění rozhovorů mi velký počet dotazovaných sdělil, že se ani nebojí tolik o sebe, jako o své blízké a myslí na budoucnost, která v nedávných měsících nebyla žádným způsobem lehká. „*Já přeju hlavně těm mladejm, aby už ten koronavir přestal, aby se to nešířilo, jde o ty mladý lidi no.*“ (Jarmila)

Panuje mezi nimi strach, že by se jejich blízcí mohli nakazit COVIDEM-19, protože někteří blízcí klientů trpí závažnými nemocemi, které by ve spojení s koronavirovým onemocněním mohli mít ještě více fatální následky pro život: „*Měla jsem strach o vnučku, protože ona má cukrovku.*“ (Božena)

„*No, tak, hlavně já jsem furt v posteli, takže já nevím jak co, ale měla to moje dcera. No, ta se nějak léčila, protože ta měla rakovinu plic, už jako mladá, když jí bylo 18 let. Teď jí je 55 a ta ho měla, takže byla doma. No a bylo to dost těžký, užívala nějaký léky a tohle. No byla asi měsíc doma, ale dostala se z toho a je úplně zdravá.*“ (Ivana)

Na prožívání epidemie a s tím souvisejících restriktivních opatření měla velký vliv i rodinná situace respondentů. V případě, že respondenti byli již z minula zasažení z jakéhokoli důvodu ztrátou svých blízkých či rodinných příslušníků a okruh členů jejich rodiny se zúžil pouze na jednoho nejbližšího člena, byl strach o tohoto člena rodiny s ohledem na možnost onemocnění COVIDED-19 o to patrnější. „*Tak nějak se prostě o něj bojím. Kdyby to, tak jsem tady úplně sama. Mně odešli i sourozenci, prostě všichni a já jsem prakticky sama.*“ (Alena)

## **7.2 Komunikace**

Téma komunikace obecně se ukazuje pro klienty Domova pro seniory bez ohledu na věk i pohlaví jako velice důležité, jehož význam se ještě více ukazuje v době pandemie, kdy jsou možnosti komunikace výrazně redukovány. Výpovědi respondentů se výrazně rozcházel v míře potřeby frekvence komunikace a cílovém subjektu komunikace. Těmi participanty nejčastěji zmiňovanými, byly během koronavirové pandemie blízcí, ošetrovatelský a zdravotnický personál, ostatní spolubydlíci. Za optimální formu komunikace považovali všichni dotazovaní přímý kontakt a rozhovor. Z důvodu restriktivních opatření se všichni klienti museli přizpůsobit situaci volbou jiné formy komunikace na dálku. Bez výjimky byla komunikace realizována zvýšeným počtem telefonních hovorů, pouze dva respondenti jí rozšířili ještě o používání dalších

komunikačních prostředků, využití sociálních sítí v PC a tabletu. „*Pokud máte zájem, tak covid byl problém jednoduše, já totiž si už letitě hraju na počítači v tom mám určitou výhodu*“. (Miroslav)

„*My spolu jsme přes mobil, brácha facebook nemá. Ale já mám normálně tablet, jo? Koupenej, mám svojí wifi a mám svoje i jako domény na facebooku.*“ (Marie)

### **Komunikace s rodinou**

Komunikace s rodinnými příslušníky mělo velice emotivní podtext a její omezení může výrazně ovlivňovat psychickou pohodu obyvatele Domova pro seniory. Jelikož v zařízení byl nezvykle dlouhou dobu zákaz návštěv, obyvatelé neměli jinou možnost než kontaktovat své blízké přes telefon a dva již zmínění respondenti alternativně používali i počítač a tablet. Všichni dotazovaní hodnotili projevovaný zájem ze strany rodinných příslušníků o klienty Domova jako uspokojivý, tedy frekvence telefonátů byla z jejich pohledu dostatečná. Dokonce většina participantů udávala denní kontakt s blízkými prostřednictvím telefonních hovorů. „*Každý den navečer, mi syn volá.*“ (Irena)

„*My si voláme každý s bráchou v 7 hodin.*“ (Marie)

### **Komunikace s ostatními klienty zařízení**

Potřeba komunikace s ostatními klienty v zařízení se výrazně lišila u každého klienta. V době nařízení totální izolace nebo karantény na pokoji byli klienti v kontaktu pouze se spolubydlicími, pokud neměli samostatný pokoj. Náhled na spolubydlení se u respondentů lišil. „*To my si povídáme, já jí jako pomáhám. Nějak ten čaj jí udělám a takový to okolo to lehčí, to jí udělám.*“ (Marie)

Někteří byli rádi, že v době, kdy nemohli vycházet z pokoje, měli aspoň někoho, s kým mohou hovořit o běžných věcech. Jinou skupinou byli lidé, kteří by sice rádi vedli rozhovor se spolubydlicími, ale v navazování kontaktů mají problém. „*Ta doba byla teda příšerná a teď ještě ta paní, která, ono se jí tady nelíbí, ona by chtěla domů a domů nemůže a když na vás celý den nepromluví.*“ (Alena)

Mnozí z obyvatel Domova, s kterými jsem vedla rozhovory byli zvyklí účastnit se různých organizovaných aktivit v k tomu určených společných prostorách, při kterých se zapojují do konverzace s ostatními. Toto v době koronavirové pandemie nebylo možné. „*Tady je několik lidí, se kterými si rozumím a dá se s nima velmi dobře hovořit.*“ (Miroslav)

*„A teď už teda můžu do jídelny, takže já se tady s lidma prostě můžu bavit, ale když jsme nikam nemohli, tak to prostě, to jste byla jak pod poklopem, to nebylo zrovna nic moc příjemnýho a nechtěla bych to zažít.“ (Alena)*

Ukázalo se, že někteří dotazovaní se zmíněných aktivit rádi účastní, ale jejich potřeba aktivní komunikace je omezená. *„To tam je taky nově teď nějaký děda, ten furt něco se uplatňuje, vypráví. Tak něco vyslechnete, něco je na paměť. No tak už, že tam jako to. Ale abych tam vydržela, teď to prodloužila, od půl 2...no dokud tam oni chtěj sedět. Jenže já to už nevydržím.“ (Jarmila)*

Někteří lidé nemají potřebu se s ostatními lidmi napřímo setkávat a komunikovat s nimi. *„S nikým se moc nebavím.“ (Magdaléna)*

Jiní mají tuto možnost díky pohybovým či zdravotním handicapům výrazně omezenou. *„Zatím ne teda. Protože zase by mě museli přendavat. To víte, ale ono jich tady teď moc nebylo, protože, víte, teďkon se to teprve jako rozjíždí.“ (Eliška)*

## **Komunikace s personálem**

V době největších restriktivních opatření, včetně karantény, byl dalším z řídkých umožněných kontaktů personál. *„I v době toho ošklivýho, co bylo, tak se ten personál staral úplně vzorově, ty byli ukázkoví, i když potom sami chytli, byli nemocný, ale ten zbytek, kterej potom byl a když se vyléčili a přišli zpátky, tak zase nikdo na nich nepoznal, že by byli prostě jako, prostě protivní nebo tak. Prakticky jsou strašně hodní.“ (Alena)* Respondenti z Domova pro seniory pozitivně hodnotili péči personálu, a především naprosto profesionální přístup i v nelehké době pandemie. *„Ne, jako takový vztah máme, hezkej. Nemůžu jako někdo říct, na mě křičej, na mě ještě nikdo nezakřičel.“ (Jana)*

## **7.3 Fyzický kontakt s blízkými**

Při pobytu v sociálním zařízení (domově pro seniory), se můžou lidé cítit osaměle a potřebují nejen kontakt s personálem, ale i se svými blízkými, kteří je přímo navštíví nebo se domluví s vedením Domova o převezení klienta do domácí péče například na víkend. Tento postup ale v době zavedených vládních restriktivních opatření nešlo provést, protože domovy pro seniory byly pro celé České republiky uzavřené společností. Při první vlně epidemie se poprvé Domov pro seniory v Úvalech uzavřel okolí v polovině března roku 2020 a nebyl přístupný návštěvám. Na konci května téhož roku vláda restrikce trochu uvolnila a mohly začít návštěvy přes plexisklo a s provedeným negativním PCR

testem. Při druhé vlně na konci září roku 2020 se stav epidemie a s tím nakažených v ČR natolik zhoršil, že vedení Domova rozhodlo o zákazu návštěv až do začátku prosince, kdy byly zase povolené návštěvy přes plexisklo.

## **Život za sklem**

Název pro tuto subkategorii jsem zvolila proto, že klienti Domova byli několik měsíců izolováni v zařízení, bez možných návštěv. Respondenti mi sdělili, že rodina chodila před budovu Domova pro seniory a aspoň se mohli vidět a zamávat si, což jim zlepšovalo náladu a pomáhalo zvládnutí izolace. „*Tak se podívej z okna, já jsem pod okny, takže jsme na sebe jenom tak nějak zamávali, že tímhle tím aspoň, že jsme se teda aspoň nějak viděli, pokud to teda šlo, že jo, ale na návštěvu ho sem nechci tahat, aby sem přijel na návštěvu.*“ (Alena)

„*Když jeli tady, Pěťa přijela s dětma, tady mi zamávali a co mi udělali velkou radost na Vánoce. Tady to slavili Vánoce, Štědrej den, tak na večír už se stmívalo, bylo jich tady 8 a zazpívali mi pod okny koledy.*“ (Jana)

## **Návštěvy**

Se zlepšením situace bylo možné navštěvovat obyvatele Domova pro seniory v Úvalech přes tzv. plexisklo, což přispívalo ke zvládnutí pandemických opatření. „*No tak mě vzali na vozejk dolů, tam bylo to plexisklo, no a přes to jsme spolu mluvili a seděla proti mně. Přinesla mi nějaký jídlo, nějaký ty a zase mě odvezli nahoru.*“ (Ivana)

„*To byl tady syn, tak jenom, jo, to jsem ještě byla za tím sklem, jenom přes to sklo, jenom jedná návštěva, ani dva lidi sem nemohli.*“ (Jarmila)

Řada respondentů byla zvyklá na to, že za nimi jejich blízcí docházeli na návštěvy několikrát týdně. Těmito respondenty byla nastavená pravidla návštěv v době koronavirové pandemie vnímána jako velmi přísná. Návštěvy blízkých mohly probíhat pouze ve venkovních prostorách zařízení, případně ve společenské místnosti. Rovněž byla omezena i doba, po kterou mohla návštěva probíhat. Omezení času návštěv na 20 minut bylo respondenty vnímáno jako nedostačující. „*Až teda tady na to omezení, protože to víte, kdyby sem mohl přijít třeba na tu hodinku jako, jo? Ale těch 20 minut, to celkem nic není no.*“ (Eliška)

„*Jo, jasně, je to teda tím, že se musej objednávat a je to jenom na půl hodiny, tak to není až tak velký terno, ale zaplat' pán bůh zato.*“ (Viktorie)



*„Můžeme takhle po tom telefoně nebo teda když pojeděš okolo, přes okno na sebe můžeme zamávat nebo já tam mám balkon v tom pokoji, takže já můžu na balkon a můžeme na sebe zamávat a tohlencto, protože než se to uklidní, tak radši ne.“ (Alena)*

Někteří participanti v současné době mají i tu možnost, že si je rodina může odvést domů. *„Teď zrovna přijede zítra, jezděj pravidelně a už jsem byla taky doma, v sobotu a v neděli a teďko půjdu asi od týhletý soboty za tejden.“ (Irena)*

Z rozhovorů vyplynulo, že mnoho dotazovaných hodnotí kvalitu péče ze strany blízkých velice dobře. Rodina se starala o donášení potravin, oblečení a dalších potřebných věcí. *„To máte, jsem tam byla v neděli, volaj babi, co chceš. Přitáhli mi ovoce, všechno mám, i když nemůžu říct, že bych tady trpěla hladem, to ne. Ale takový ty dobrůtky, ty musej bejt.“ (Jana)*

## **7.4 Život v domově pro seniory**

Spokojenost lidí v domovech pro seniory je velmi významná. Zvláště v době, kdy není možnost zařízení opustit, jako to mu bylo v případě restriktivních opatření. Převážná většina respondentů zhodnotila život v Domově pro seniory velice pozitivními slovy. Pro některé participanty, tato instituce nebyla prvním místem, který zvolili pro svůj pobyt poté, když usoudili a uvědomili si svou nesoběstačnost ve vlastním domově. *„Mně se tady strašně líbí a jsem tady ráda a nemůžu si ani stěžovat, že by tady byl někdo vůči mně nějak tohle zlej, i v obě toho ošklivýho, co bylo.“ (Alena)*

Během rozhovorů porovnávali různé předešlá zařízení s nynějším, z výpovědí vyplynulo, že s nynějším výběrem zařízení jsou spokojeni. *„Já jsem byla v několika zařízeních, to byla hrůza. Jídlo, co bylo špatný, tady je úplně vynikající všechno.“ (Ivana)*

*„V těch (název zařízení) byly klasicky těžký případy, skoro samí vozičkáři, teď to byli Alzheimer a různý tyhlecky seniorský vady, že chvílema o sobě neví a tohlecto, takže já jsem byla potom ráda, když to vyšlo sem. Tady je to prostě úplně nebe a dudy.“ (Alena)*

## **Personál**

Z informací od participantů vyplynulo, že jsou velice spokojeni s personálem, který se stará jak o jejich hygienu, tak pro ně pořádá společné aktivity. Informanti si jsou velice dobře vědomi fyzické a psychické náročnosti práce v daném Domově pro seniory a vykazují značný obdiv k zaměstnancům zařízení v Úvalech. *„Samozřejmě tady se chovaj*

*všichni velice přátelsky, pomáhaj si, ty pečovatelky jsou vynikající já to obdivuju, to, co tady dokážou udělat. V jaké rychlosti, jak dokážou dotyčným pomoci, kterej má nějaký potíže, ustrojit ho nebo řekněme udržovat tu denní čistotu.*“ (Miroslav)

*„Jo, staraj se jako dobře.“* (Jarmila)

*„Ale nemůžu říct, že by jich tady nějak hodně umřelo, ale že jako díky tý ředitelce, že jako šla po tom, že jako hlídala, a i ty sestřičky byly pořád jako připravený. V těch čepcích. Doufejme, že to bude za námi, že nepříjde nic jinýho už no.“* (Jana)

## **Společné aktivity**

Na kvalitu života seniorů mohou mít vliv i společné aktivity, kterou jsou obyvatelům domova pro seniory nabízeny. Pořádání společných akcí a seskupování se bylo delší dobu také zakázané, nicméně od března 2021 je možné pořádat volnočasové aktivity. Klientům Domova pro seniory v Úvalech jsou nabízené tyto možnosti trávení volného času: Bingo, Paměť a Tělocvik. Zmiňovaných aktivit se účastní převážná respondentů. *„V úterý a ve čtvrtek máme tělocvik, takže to chodím cvičit.“* (Alena)

*„Paměť ano, to chodím, chodím. Já se zúčastňuju všeho, protože...mám ležet jenom?“* (Irena)

*„Potom je tam ještě bingo, to je moje oblíbený“.* (Miroslav)

Občas vedení Domova zařídí naučnou přednášku nebo nějaký koncert. *„Dopoledne jsme měli přednášku. Nějaký učitel nám vyprávěl, že byl v Maroku. Ukazoval nám snímky, no..to bylo dobrý“.* (Magdaléna)

Někteří informanti nemají zájem účastnit se společných aktivit. *„Abych vám řekla pravdu, tak ani moc ne. Já nejsem taková povaha prostě, která se hned jako skamarádí“.* (Eliška)

## 8 Diskuse

Hlavním cílem mého výzkumného šetření realizovaného v Domově pro seniory v Úvalech bylo zjistit, jak pandemie COVID-19 a s ní související protiepidemická opatření ovlivnila život klientů v Domově pro seniory. Na základě obsahové analýzy jsem vytvořila 4 kategorie, které následně dám do souvislosti s dostupnou odbornou literaturou:

- zvládání restriktivních opatření
- komunikace
- fyzický kontakt s blízkými
- život v domově pro seniory,

S věkem narůstají potíže s adaptací na nové situace, doprovázené nepříznivými změnami v kognitivní a intelektuální sféře, dochází ke změnám v procesech vnímání, zpracování přijatých vjemů a myšlenkových procesů. Starší lidé vykazují sklon k sebestřednosti, konzervativnosti, panovačnosti, hypochondrii a inklinují k senilitě (Dziechciaż et al., 2014). Jak vyplynulo z analýzy mých výsledků, respondenti si byli vědomi, že se musí s nastalou situací vyrovnat.

Psychické změny fyziologického stáří jsou podmíněny mnoha faktory. Jejich celkovým působením dochází ke snížení odolnosti organismu a snížené schopnosti adaptovat se na nové podněty, zejména je-li jich mnoho (Holmerová et al., 2007).

Ze studie Giri et al. (2021) vyplývá, že pro zachování sociálních vazeb za pandemie COVID-19 byly vypracovány četné metody, například prostřednictvím návštěv za sklem. Videohovory spolu s telefonními hovory byly uvedeny jako metoda při snižování deprese mezi obyvateli pečovatelských domů a byly také spojeny s pozitivní sociální interakcí, sníženou osamělostí a lepší kvalitou života. Tato studie koreluje s mými výsledky, kdy alternativní způsoby sociální interakce zabraňovaly v prohlubování deprese klientů Domova pro seniory.

Jedním ze zásahů do zaběhnutého života klientů v Domově pro seniory bylo i omezení kontaktů s blízkými. V důsledku bylo zcela logické, že klienti přecházeli na alternativní způsoby komunikace.

„Komunikaci nazýváme koordinované chování, jež se spouští navzájem mezi členy sociální jednotky. A podobně jako u každého chování, kde můžeme rozlišovat mezi instinktivní nebo naučenou povahou sociálního chování, můžeme rozlišovat také fylogenetické a ontogenetické způsoby komunikace.“ (Maturana, Varela, 1998, in: Vybíral, 2005). Komunikace se v posledních letech stala významně důležitou a nezbytnou součástí ošetrovatelské péče. Pokud není navázána vhodná komunikace nebo nebudou uspokojeny potřeby seniorů, jejich procesy v oblasti sociálních služeb budou narušeny, a proto klesá ochota jejich spolupráce (Khodabandeh-Shahraki et al., 2019). Toto potvrzují i výsledky mého výzkumu, kde v Domově seniorů v Úvalech došlo k narušení komunikace, z důvodu celosvětové pandemie COVID-19, což se projevilo na psychické stránce. Komunikace byla jimi považována za zásadní.

Jedním ze způsobů komunikace je i komunikace odehrávající se v rámci návštěv. Návštěvy rodinných příslušníků a přátel jsou nejdůležitějším aspektem pro duševní zdraví klientů, který může tlumit depresivní a úzkostné projevy. Kontakt s blízkými poskytuje důležitou emocionální podporu, může v rezidentech evokovat důvod žít a uvědomit si svou vlastní hodnotu. Podobně přínosný je pro ně pravidelný kontakt s neplnoletými členy rodiny, sdílení radosti z každého jejich školního i mimoškolního úspěchu. Absence sociální podpory proto může vyvolávat psychickou a fyzickou nepohodu obyvatel a může vést až k předčasnému úmrtí (Venglářová, 2007).

Toto tvrzení je v souladu s výsledky mého výzkumu, ze kterého vyplynulo, že fyzický kontakt s blízkými je pro klienty Domova pro seniory je dost podstatný a pokud je ho nedostatek, dokáže to ovlivnit jejich psychiku a může se vyvinout až v depresivní poruchu (Barg et al., 2006).

Kvůli vládním restriktivním opatřením během pandemie COVIDU-19 nemohli klienti Domova pro seniory v Úvalech trávit čas se svými rodinami a přáteli, což je vystavovalo vysokému riziku osamělosti. Takový pocit osamocení může dále vést k mnoha škodlivým následkům, jako je vysoký krevní tlak, deprese, sebevražedné myšlenky a úzkost, které negativně ovlivňují fungování imunitního systému. Proto je prevence osamělosti přinejmenším stejně důležitá jako poskytnutí dostatečné pomoci při osobní hygieně (Mo et al., 2020). Většina respondentů během rozhovorů při hodnocení zvládnání restriktivních opatření udávala, že pocíťovali depresivní stavy během izolace při akceleraci pandemie. Další část informantů vyhodnotila situaci tak, že se báli pouze o rodinu a jejich následným onemocněním COVIDEM-19.

Restriktivní opatření se dotýkala i dalšího zdravotnického personálu jako jsou lékaři, psychologové, ergoterapeuti a další. Došlo i k omezení aktivizačních činností klientů, a to jak individuálních, tak i skupinových. Kromě toho byly zrušeny i další skupinové a společenské aktivity (Verbeek et al., 2020). Zapojení se do každodenních aktivit je považováno za prvek pozitivně ovlivňující kvalitu života obyvatel domovů pro seniory po celém světě. Zařazením těchto aktivit se pobyt v zařízení může stát místem nejen pro přežívání, ale pro plnohodnotný život seniora. Zapojení se do společenských aktivit bylo popsáno jako zásadní pro zdraví a pohodu obyvatel (Björk et al., 2017). V Domově pro seniory v Úvalech nebylo možné účastnit se společných aktivit, tak jako v obdobných zařízeních, poměrně dlouhou dobu. Později, kdy bylo možné tyto aktivity do programu seniorů zařadit, byly vnímány některými respondenty kladně, jako způsob snadnějšího zvládnání subjektivních problémů a strastí.

## 9 Limity výzkumu

Z provedeného výzkumu je patrné, že má své limity, které ho mohly do jisté míry ovlivnit. Při zpracování dat kvalitativního výzkumu je třeba se vyhnout subjektivitě. Samotný kvalitativní výzkum subjektivní je, ale pouze z toho hlediska, že se v něm připouští subjektivita cílových účastníků výzkumu. Tato přiznaná subjektivita se děje prostřednictvím tzv. reflexivity. „*Subjektivní reflexivita označuje připuštění si skutečnosti, že výzkumník je integrální součástí výzkumného procesu a že výzkumný proces je reciproční, tedy že jeho výsledky jsou nutně ovlivněny individualitou jak výzkumníka, tak aktérů/subjektů výzkumu, a jejich vzájemnými vztahy*“ (Novotná et al., 2019).

Dalším limitem byl malý počet vzorku respondentů. Předpokládané množství se nepodařilo naplnit v důsledku značné obměny klientů Domova seniorů. Důvodem této fluktuace byla zvýšená úmrtnost obyvatel zařízení v Úvalech v době realizace výzkumu, ať už vlivem koronavirového onemocnění či z jiných důvodů. Stejně tak se nepodařilo uskutečnit šetření v dalších zařízeních, jak bylo plánováno.

I přes to, že jsem po účastnících výzkumu požadovala na mé otázky odpovědi reflektující jejich vlastní zkušenosti, počítala jsem s tím, že tato generace bývá značně ovlivněna informacemi z médií, promítá je do vlastních úvah a tím mohlo dojít ke zkreslení jejich odpovědí. Výhodou mnou zvoleného polostrukturovaného rozhovoru byla možnost doptání se na informace, což toto zkreslení podstatně eliminovalo.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem dopadu celosvětové pandemie onemocněním COVID-19 a s ní souvisejících protiepidemických opatření na životy starších lidí v rezidenčním zařízení pro seniory. Cílem bylo zhodnotit, jak restriktivní opatření ovlivnila životy lidí žijících v domově pro seniory. V teoretické části jsem se zaměřila na vymezení pojmů stárnutí a stáří, vysvětlení pojmů gerontologie a geriatrie. Dále jsem se zabývala pojmy dlouhodobá péče, sociální služby a jejich rozdělení. Posledním a velmi důležitým tématem v teoretické části byl pohled na pandemii COVID-19 a v jejím důsledku zavedená hygienická a protiepidemická opatření. V empirické části jsem s využitím kvalitativního výzkumu hledala odpověď na otázku: Jak ovlivnila pandemie COVID-19 životy lidí, kteří žijí v Domově seniorů v Úvalech?

Za místo realizace výzkumu jsem vybrala Domov pro seniory v Úvalech. Pro svůj výzkum jsem zvolila strategii kvalitativní, s využitím obsahové analýzy. Data byla shromážděna pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovorů se ve finále zúčastnilo 12 obyvatel Domova. Pro výběr respondentů nebyla dána žádná kritéria s výjimkou podmínky trvalého pobytu ve výše zmíněném zařízení.

Výsledky ukázaly, že všechny participanty koronavirová epidemie se svými opatřeními nějakým způsobem ovlivnila a v něčem omezila. Všichni respondenti se shodli na tom, že zavedením restriktivních opatření se největším problémem ukázala nemožnost kontaktu se svými blízkými a současný strach o ně.

Přínos mé práce tkví dle mého názoru v tom, že jsem se věnovala ve svém výzkumu tématu novému ne zcela probádanému a zpracovanému. Výsledky šetření by mohly změnit pohled na vnímání klientů ústavů sociálních služeb, jejich hodnocení změny života vlivem zavedených opatření, na jejich nové obavy a vzniklé potřeby a umožnit tak personálu a blízkým seniorů na obdobné situace lépe reagovat. Přestože bylo vzplanutí pandemie COVID-19 zcela nepředvídatelnou a ojedinělou krizí svým rozsahem a rychlostí nástupu, ukazuje se, že nejspíše ne jedinou a poslední, která může zasáhnout bez výjimky celý svět. Z těchto důvodů doporučuji vypracování vhodných postupů eliminujících mnohé následky obdobných situací a věřím, že jejich zavedení do praxe se může ukázat jako velice prospěšné. Zcela nezbytné je o hrozícím nebezpečí vznikající epidemie a připravovaných hygienických a protiepidemických opatření obyvatele Domova včas informovat, vše podrobně vysvětlit a následně jim podávat průběžné

informace o aktuálních změnách v restriktivních opatřeních. Dále je vhodné zdůraznit skutečnost, aby byl management zařízení na tuto situaci dobře připraven, existují sofistikované postupy k omezení vzniku nepříznivých důsledků zaváděných omezení. K nim může patřit vhodný výběr aktivizačních programů zohledňujících nutnost možné izolace tak, že budou realizovatelné jednotlivými obyvateli samostatně, ale jejich vyhodnocení bude možné jak individuálně, tak i srovnáním s ostatními. Takto může být zachována jistá komunikace mezi obyvateli, třeba i probuzením soutěživosti mezi účastníky. K zachování této i jiných podob komunikace je nutné zajistit vybavení Domova dostatečným počtem prostředků alternativní komunikace. Nutným předpokladem využití těchto prostředků je včasná edukace klientů v možnostech alternativní komunikace.

Pro lepší porozumění problematice vlivu pandemie COVID-19 na život seniorů v sociálních zařízeních bych se v budoucí práci snažila rozšířit počet respondentů tak, aby možné zkreslení výsledků existující rozdíly v poměrném zastoupení jednotlivých definovaných skupin dotazovaných (pohlaví, úroveň sociálních kontaktů s příbuznými a přáteli...) v mém výzkumu a obecně ve sledované části populace, bylo co nejmenší. Další zkvalitnění výsledku výzkumu by mohlo přinést doplnění informací o členech zkoumané skupiny, začleněním rozhovorů s personálem Domova pro seniory. Zaměstnanci mají objektivnější pohled na klienty Domova ze strany pečujících a jejich názory na prožívání klientů zařízení se mohou lišit.

## Seznam literatury

- Abbasi, J. (2020). Social Isolation—the Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.13484
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(6), S329–S339. doi:10.1093/geronb/61.6.s329
- Björk, S., Lindkvist, M., Wimo, A., Juthberg, C., Bergland, Å., & Edvardsson, D. (2017). Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1884–1895. doi:10.1111/jan.13275
- Borglin, G., Edberg, A.-K., & Rahm Hallberg, I. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19(2), 201–220. doi:10.1016/j.jaging.2004.04.001
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W.-C., Wang, C.-B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 1–24. doi:10.1080/10408363.2020.1783198
- Čeledová, L., Čevela, R. (2013). Dlouhodobá péče v zemích OECD-I. část: vymezení a financování dlouhodobé péče. *Revision & Assessment Medicine/Revizni a Posudkove Lekarstvi*, [cit. 13. 7. 2021] dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/332218968\\_Poskytovani\\_a\\_financovani\\_dlouhodobpece\\_v\\_zemich\\_OECD](https://www.researchgate.net/publication/332218968_Poskytovani_a_financovani_dlouhodobpece_v_zemich_OECD)
- Čeledová, L., Kalvach, Z., Čevela, R. (2016). Úvod do gerontologie. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- Česko. § 3 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 13. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p3-1-a>.
- ČESKO. § 33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 18. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p33>
- ČESKO. § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 24. 7. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p49>
- Dvořáčková, D. (2012). Kvalita života seniorů. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4138-3
- Dziechciaż, M., Filip R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med.*;21(4):835-8. doi: 10.5604/12321966.1129943



- Fauci, A. S., Lane, H. C., & Redfield, R. R. (2020). Covid-19—navigating the uncharted. *New England Journal of Medicine*, 382(13).  
<https://doi.org/10.1056/NEJMe2002387>.
- Gabriel, Z., Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(05), 675–691. doi:10.1017/s0144686x03001582
- Gavora, P. (2000). Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, ISBN 8085931-79-6.
- Giri, S., Chenn, L., M., Romero-Ortuno, R. (2021). Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine* [online] 1-10 [cit. 2021-7-23]. ISSN 18787657. Dostupné z: doi:10.1007/s41999-021-00531-2
- Gobbens, R. J. J., & van Assen, M. A. L. M. (2017). Associations between multidimensional frailty and quality of life among Dutch older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 69–76. doi:10.1016/j.archger.2017.07.007
- Gurková, E. (2012). Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- Halásková, R. (2013). Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-118-6.
- Hancock, G. A., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2005). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 43–49. doi:10.1002/gps.1421
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum-základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- Holmerová, I. (2015). Dlouhodobá péče – geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- Holmerová, I., Jurášková, B. a Zikmundová, K. (2007). Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. Praha: EUROVERLAG spol. s r.o. ISBN 978-80-254-0179-8.
- Holmerová, I., Dostálová, V. (2018). Analýza vývoje počtu pacientů domácí zdravotní péče, hospitalizovaných pacientů a klientů pobytových zařízení sociálních služeb v letech 2000–2016. *Geriatric a gerontologie* [online]. (3) [cit. 2021-7-24]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/archiv-cisel/2018-3-32>
- Hrozenská, M., Dvořáčková, D. (2013). Sociální péče o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Ibrahim, J. E., Fetherstonhaugh, D., Rayner, J.-A., McAuliffe, L., Jain, B., & Bauer, M. (2020). Meeting the needs of older people living in Australian residential aged care: A new conceptual model. *Australasian Journal on Ageing*. doi:10.1111/ajag.12796

- Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6
- Kalvach, Z., Čevela, R., Čeledová, L. (2014). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
- Khodabandeh-Shahraki S, Abazari F, Pouraboli B, Dehghan-Nayeri N. (2019). Communication Behaviors in Nursing Homes in South-East Iran: An Ethnographic Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. Mar-Apr;24(2):137-143. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_101\_18. PMID: 30820226; PMCID: PMC6390432.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-0179-0.
- Eu Commission. (2013). Long-term care in ageing societies - *Challenges and policy options. Social investment package. Commission staff working document*.  
URI: <http://aei.pitt.edu/id/eprint/45916>
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3
- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning. *Death Studies*, 1–13. doi:10.1080/07481187.2020.1775362
- Mo, Shenjiang, Junqi Shi. (2020). The Psychological Consequences of the COVID-19 on Residents and Staff in Nursing Homes, *Work, Aging and Retirement*, Volume 6, Issue 4, October, Pages 254–259, <https://doi.org/10.1093/workar/waaa021>
- Moilanen, T., Kangasniemi, M., Papinaho, O., Mynttinen, M., Siipi, H., Suominen, S., & Suhonen, R. (2020). Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review.
- Novotná, H., Špaček, O., Šťovíčková Jantulová, M. (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7571-052-9.
- Nešporová, O., Svobodová, K., & Vidovičová, L. (2008). Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. VÚPSV. Praha. ISBN 978-80-87007-96-9
- Odbor programového financování a statistiky MPSV. (2020). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2019* [online]. Praha, [cit. 2021-7-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>
- OECD/European Commission (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- Pidrman, V. (2003). *Deprese seniorů*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-012-7.
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- Stein, J., Luppá, M., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Assessing met and unmet needs in the oldest-old and psychometric properties of the German version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) – a pilot study. *International Psychogeriatrics*, 26(02), 285–295. doi:10.1017/s1041610213001993

Sokol, R., Trefilová, V. (2008). Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1.1.2008. Vyd. 1. Praha: ASPI. xx, 424. ISBN 9788073573164.

Sýkorová, D. (2007). Seniori a význam generace. *Sociální studia/Social Studies*, 4(1-2), 131-154. <https://doi.org/10.5817/SOC2007-1-2-131>.

Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).

Shahid, Z., Kalayanamitra, R., McClafferty, B., Kepko, D., Ramgobin, D., Patel, R., ... & Jain, R. (2020). COVID-19 and older adults: what we know. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 926-929. <https://doi.org/10.1111/jgs.16472>

SZÚ. (2019). Základní informace o onemocnění novým koronavirem – covid-19 (coronavirus disease) [online]. [cit. 18.6. 2021]. Dostupné z: <http://szu.cz/>

SZÚ. (2021). Aktuální data, weby národních institucí ve státech EU/EEA, Velké Británie a Švýcarsku. [online]. [cit. 25.7. 2021]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/aktualni-data-2019ncov-novy-koronavirus>

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3)

Válková, M., Kojesová, M., Holmerová, I. (2010). *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. MPSV Praha: Fakulta humanitních studií, ISBN 978-80-7421-021-1.

398–405. doi:10.1111/nhs.12048

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada Publishing as. ISBN 978-80-247-2170-5

Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans, R. T. C. M., & Hamers, J. P. H. (2020). Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 900–904. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.020

Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

Wammes, J. D., Kolk, D., van den Besselaar, J. H., MacNeil-Vroomen, J. L., Buurman-van Es, B. M., & van Rijn, M. (2020). Evaluating perspectives of relatives of nursing home residents on the nursing home visiting restrictions during the COVID-19 crisis: a Dutch cross-sectional survey study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1746-1750. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.031>.

*World Health Organization* (1998) WHOQOL Measuring Quality Of Life. [cit. 15.7.2021]. [online]. rev. 2012. Dostupné z: <https://www.who.int/>

Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *glob health res policy* **5**, 27  
<https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>.

Xia, N., Li, H. (2018). Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *Antioxidants & Redox Signaling*, 28(9), 837–851. doi:10.1089/ars.2017.7312

## Přílohy

### Příloha 1: Příklad procesu analýzy

Jednotka analýzy	Kód	Subkategorie	Kategorie
...Ano, ty mi volají pořád. A vnuk a vnučka...	Kontakt přes telefon	Komunikace s rodinou	Komunikace
...Tak ale za to tady prostě nemůžou, to bylo nařízení vlády a hygieny...	Uznání restrikcí jako potřebné	Akceptování restrikcí	Zvládání restriktivních opatření
...To byl tady syn, tak jenom, jo, to jsem ještě byla za tím sklem, jenom přes to sklo, jenom jedna návštěva...	Plexisklo	Život za sklem	Fyzický kontakt s blízkými

## **Příloha 2: Scénář polostrukturovaného rozhovoru**

- **Jak ovlivnila pandemie Covid-19 Váš život?**
- **Co se pro Vás v životě změnilo? Jde pouze o negativní změny nebo i pozitivní?**
- **Která opatření-co Vám nejvíce vadila/vadí?**
- **Jak jste zvládal/a komunikaci pomocí alternativních komunikačních prostředků?**
- **Jaké jste měl/a možnosti zapojit se do společenských aktivit a do komunikace mezi spolubydlícími v domově pro seniory?**
- **Jakým způsobem jsem komunikoval/a s blízkými?**

### **Příloha 3: Informovaný souhlas**

#### **Informovaný souhlas účastníka výzkumu**

Vážený pane, vážená paní,

Chtěla bych Vás požádat o souhlas s Vaší účastí při realizaci výzkumu<sup>1</sup>, který promítnu do mé bakalářské práce.

Název projektu: COVID-19 a jeho dopad na život obyvatel rezidenčního zařízení pro seniory

Výzkum pro bakalářskou práci na FHS UK obor Studium humanitní vzdělanosti

Řešitel projektu: Barbora Holubová, [baru98@seznam.cz](mailto:baru98@seznam.cz), [REDACTED]

Název pracoviště: Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova

Vedoucí práce: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., [REDACTED],  
[REDACTED]

Cíl výzkumu: Cílem výzkumu je zmapování situace v domově seniorů v Úvalech a domova s pečovatelskou službou v Úvalech v době pandemie COVID-19. Chtěla bych zjistit, jak koronavirová opatření ovlivnila život lidí, kteří v domovech žijí.

Popis výzkumu: Ráda bych s Vámi hovořila o Vašich zkušenostech, o Vašem životě, a hlavně o tom, k jakým změnám došlo v době pandemie a jak tyto změny ovlivnily Váš život. Na základě připravených otázek s Vámi udělám rozhovory, ale budu ráda, když mi sdělíte hlavně to, co je pro Vás důležité. Buď se spolu spojíme přes telefon nebo za Vámi přímo dorazím. Jelikož je koronavirová krize stále aktuální a snad ji ukončí očkování v průběhu letošního roku, je potřeba do ní nahlédnout i z jiné perspektivy. Všichni jsme si vědomi práce zdravotníků, sociálních pracovníků, prostě každého, kdo v téhle složité době pomáhá státu. Ale pro nás je důležité zjistit, jak se změnil život lidí žijících v sociálních zařízeních. Zajímalo by mě, v jak velké míře Vám COVID-19 změnil život. Pro nikoho z nás není tato doba lehká, proto mě bude zajímat, jak se cítíte, když za Vámi nemůže rodina, nemůžete vyjít ven, či se setkávat se známými. Dopředu bych Vás také chtěla ujistit, že nashromážděná data o Vás budu zpracovávat jako anonymní, tedy tak, aby neposkytly žádné údaje o Vaší osobě. Díky této studii můžeme třeba dojít i k návrhu na zlepšení Vašeho pobytu v domově. Zároveň budete součástí větší studie, čímž pomůžete ostatním, a proto budeme rádi za Vaši spolupráci.

Datum .....

Podpis výzkumníka .....

---

<sup>1</sup> Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., [o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování](#) (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: [Úmluva o lidských právech a biomedicině](#) publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

**Prohlášení a souhlas účastníka se zapojením do výzkumu na téma  
bakalářské práce Pandemie Covid 19 a život lidí v zařízeních sociálních  
služeb**

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout, či ukončit účast ve výzkumném projektu, a to kdykoli v jeho průběhu.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka: .....

Podpis výzkumníka: .....