

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Marie Pražáková

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

**PROBLEMATIKA PSYCHOLOGIE SENIORŮ A
JEJICH ŽIVOT V DOMOVECH DŮCHODCŮ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Marie Pražáková**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D., Ph.D.**

2022

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

**PSYCHOLOGY OF SENIORS AND THEIR LIFE IN
RETIREMENT HOMES**

Bachelor's thesis

Author: **Marie Pražáková**

Supervisor: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D., Ph.D.**

2022

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

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marianě Štefančíkové, Ph.D., Ph.D. za cenné rady, odborné vedení, trpělivost, empatii a ochotu při zpracování bakalářské práce.

Rovněž bych chtěla poděkovat mému partnerovi a mé rodině, za velikou podporu při psaní bakalářské práce a při samotném studiu na vysoké škole.

Poděkování taky patří paní ředitelce geriatrického centra Mgr. Marii Vackové, která mi umožnila výzkum v geriatrickém centru.

Obsah

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Obecné pojmy – stáří a stárnutí	9
1.1 Periodizace stáří	10
1.1.1 Kalendářní věk	10
1.1.2 Biologický věk	10
1.1.3 Sociální věk	10
1.2 Příprava a adaptace na stáří	11
2 Patologické vnímání staří	13
2.1 Změny ve staří	13
2.1.1 Fyzické změny ve staří	13
2.1.2 Psychické změny ve staří	13
2.1.3 Sociální změny ve staří	15
2.2 Vybrané psychické problémy postihující seniory	15
2.2.1 Alzheimerova nemoc	15
2.2.2 Demence	16
2.2.3 Osamělost seniorů	17
2.2.4 Depresivní stavy u seniorů	17
2.2.5 Delirium ve staří	17
3 Salutogenetické vnímání staří	19
4 Potřeby seniorů	21
5 Kvalita života seniorů	22
5.1 Pojem kvalita života	22
5.2 Faktory ovlivňující kvalitu života	22
5.3 Aktivizace seniorů	23

5.3.1	Ergoterapie.....	23
5.3.2	Muzikoterapie	24
5.3.3	Pohybové aktivity	24
5.3.4	Arteterapie	24
5.3.5	Dramaterapie.....	25
5.3.6	Trénink paměti.....	25
5.3.7	Vzpomínková terapie.....	25
5.3.8	Zoo Terapie.....	26
5.3.9	Aromaterapie	26
6	Komunikace sestry se starým člověkem	27
7	Sociální služby a sociální zařízení pečující o seniory	30
7.1	Domy s pečovatelskou službou.....	30
7.2	Domovy důchodců	30
7.3	Domovy důchodců se speciálním zaměřením.....	30
7.4	Denní a týdenní stacionáře	31
7.5	Pečovatelská služba.....	31
	EMPIRICKÁ ČÁST	32
8	Metodika výzkumu	32
8.1	Metodologie vyhodnocení a zpracování dat	32
8.2	Hlavní cíle práce	32
8.3	Hypotézy	33
9	Výsledky dotazníkového šetření	34
10	Diskuse	64
11	Závěr	70
	Abstrakt.....	71
	Abstract.....	72
	Seznam použité literatury	73

Seznam zkratk	76
Seznam grafů	77
Seznam tabulek	78
Seznam příloh	79
Přílohy.....	80

Úvod

Stáří a stárnutí je nedílnou součástí života každého živého organismu. Jde o proces, který každého z nás provází od útlého dětství, až po konec našeho života. Téma v oblasti seniorů a jejich života v domovech důchodců jsem volila z důvodu, jelikož je mi velmi blízké. Již od patnácti let jsem vypomáhala v domově důchodců a všímala jsem si různého přístupu ke stáří. Někdo se k seniorům uměl chovat i ve zlých časech. Viděla jsem rozdíl mezi péčí poskytovanou empatickými pracovníky, kteří seniory brali jako hodnotné lidi a uměli svojí péčí seniory pohladit na duši, na rozdíl od péče poskytované pracovníci, které tuto profesi nepovažovali jako úděl, ale pouze jako práci o někoho, kterou musí splnit, aby dostali své finanční ohodnocení.

Ve svém okolí jsem se také setkala s předsudky ohledně kvality poskytované péče v domovech důchodců a s nevhodným chováním vůči seniorům. Názor lidí byl v mnoha případech takový, že do domovů důchodců odkládají rodiny své seniory, které do těchto zařízení posílají pouze umřít. Další podobný názor, který jsem mnohokrát slyšela na domov důchodců byl, že pracovníci nepečují o své klienty, nezajišťují jim aktivity a netráví s nimi čas, který by měli. Mnozí z mého okolí mají předsudky vůči starým lidem a vůči samotnému stáří.

Tyto zkušenosti mne vedly k vypracování bakalářské práce na téma Psychologie seniorů a jejich život v domovech důchodců. V teoretické části je obecně popsána problematika psychologie seniorů, problémy přinášející stárnutí organismu a psychické problémy ve stáří. Dále jsou v práci věnované kapitoly kvalitě poskytované péče seniorům, s nimiž souvisí i aktivizace seniorů a sociální zařízení věnující se seniorům. Ve výzkumné části této bakalářské práce jsem zjišťovala, jaká kvalita poskytované péče je u nás v domově důchodců a jak je nakládáno s aktivitami a volným časem seniorů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Obecné pojmy – stáří a stárnutí

Stáří je obecný termín označující poslední fázi vývoje člověka. Je individuální u každého člověka, projevuje se v různém věku, různými formami. (Čeledová a spol., 2016, s. 11)

Stárnutí je souhrnný termín pro změny organismu a změny jeho funkcí. Tyto změny jsou většinou fyziologické, v některých případech jsou ovlivňovány a doprovázeny chorobnými změnami. (Čevela a spol., 2012, s. 20) Stárnutí můžeme rozdělit do dvou typů a to na fyziologické stárnutí a stárnutí patologické. Fyziologické stárnutí je přirozená součást života, která je založena na vývojových zákonitostech člověka, zatímco patologické stárnutí, je stárnutí vyhýbající se zákonitostem vývoje člověka. Patologické stárnutí se projevuje urychleným stárnutím, které vede k nepoměru mezi kalendářním a biologickým věkem organismu. (Malíková, 2010, s. 14)

Ovlivnitelnost stárnutí je popsána v konceptu zdravého, úspěšného a aktivního stáří. Mezi faktory ovlivňující stárnutí patří genetická dispozice a biologická involuce, projevy a důsledky nemocí a úrazů, životní styl – hlavně výživa a sedavý či aktivní způsob života, dále psychické vlivy a vliv životního prostředí, nejen fyzikálního, ale také sociálního. (Čeledová a spol., 2016, s. 23)

Genetické dispozice a biologické involuce, jako predispozice k nemocem, pohlaví člověka a etnický původ jsou neovlivnitelnými faktory, proti kterým lze bojovat pouze prevencí, brzkou diagnostikou, cílenou léčbou a používání různorodých kompenzací. (Čeledová a spol., 2016, s. 23)

Výživa ovlivňuje stárnutí také. Podvýživa způsobená nedostatkem bílkovin hrozí v rozvojových zemích a v odlehlých oblastech. Naopak v České republice hrozí chudoba ve stáří, která vede k nakupování nekvalitních potravin a následně jezení kalorických a sladkých jídel. Následně se rozvíjí obezita, která vede k urychlení stárnutí a rozvinutí mnohých nemocí, jako je například diabetes mellitus, hypertenze či vysoký cholesterol. Nadále se tělo více opotřebovává, dochází ke zhoršení pohyblivosti a zhoršení dýchacích a srdečních funkcí, které dále souvisí s mnohými problémy. (Čeledová a spol., 2016, s. 24)

Pasivita ve stáří vede ke snížení aktivity až vymizení soběstačnosti. Pasivitou se zhoršuje schopnost udržet rovnováhu, ubývá síla v končetinách a dochází k tuhnutí kloubů a celých končetin. (Čeledová a spol., 2016, s. 24)

Psychická, sociální a spirituální pasivita způsobuje zhoršení paměti, vede k osamělosti, ke stařeckým depresivním stavům, ke ztrátě chuti do života a existencionální krizi. (Čeledová a spol., 2016, s. 24)

Posledním faktorem je prostředí, které každého ovlivňuje od útlého věku. Například život v horských oblastech podporuje aktivní život člověka, ale v případě hendikepu působí jako překážka, díky které se může rozvinout až nesoběstačnost a závislost na druhém. Sociální prostředí ovlivňuje stáří díky předsudkům o stáří, povědomí o stáří a také, jak je v daném prostředí stáří bráno. Některé kultury berou starého člověka za moudrého a hodnotného člověka, na některých místech se naopak můžeme setkat se stařeckou diskriminací a ponižováním. (Čeledová a spol., 2016, s. 25)

1.1 Periodizace stáří

Stáří se dělí do tří kategorií, které se různí v kritériích hodnotících věk, schopnosti člověka v určitém věku, jeho zapojení do sociálního života, biologické faktory a další. Těmito kategoriemi jsou kalendářní věk, biologický věk a sociální věk. (Čevela a spol., 2012, s. 25)

1.1.1 Kalendářní věk

Kalendářní věk je kategorie, která se dá nejjednodušeji vymezit. Je určena datem narození. Dle světové zdravotnické organizace lze dále stáří dělit na ranné stáří, začínající ve věku 60 let, trvající do věku 74 let. Dále senium, které začíná od 75 let a trvá do 89 let a v poslední řadě také období dlouhověkosti které začíná v 90 letech a trvá do konce života. (Čevela a spol., 2012, s. 25)

1.1.2 Biologický věk

Biologický věk je hodnocen dle určitých změn organismu, které jsou zapříčiněny opotřebováváním organismu, nebo také genetickými vlivy. Biologický věk hodnotíme například dle stavu kůže, která je díky stárnutí vrásčitá, dále dle výkonnosti, kondice či pohyblivosti osoby. (Čevela a spol., 2012, s. 25)

1.1.3 Sociální věk

Sociálním věkem je myšleno období, kdy člověk odchází do starobního důchodu, opouští práci a své každodenní rituály, mění se mu ekonomické zajištění a sociální postavení. Člověk opouští společenské prostředí, spolupracovníky a přátele. V některých případech dochází

k osamocení či ke ztrátě sociálních schopností. Společnost může oproti starší vykonávat určité předsudky, stereotypovat stáří – v těchto případech mluvíme také o ageismu. (Kalvach a spol., 2004, s. 47)

1.2 Příprava a adaptace na stáří

Adaptace a příprava na stáří je velmi důležitou součástí stárnutí. Seniorovi stárnutím a následným odchodem do penze změní každodenní činnosti. Přibývá jim mnoho nového volného času, na který nejsou zvyklí. Všechny změn se mohou zaleknout a může docházet k neideálním reakcím na stárnutí. (Malíková, 2010, s. 24)

Příprava na stáří-dle Mlýnkové (2011) můžeme z časového hlediska rozdělit přípravu na stáří do tří forem příprav na stáří:

- Dlouhodobá příprava na stáří – počátek příprav na stáří je již v dětském útlém věku, kdy se dítě učí hodnotám stáří, respektu ke starším osobám a správnému slušnému chování k seniorům. (Mlýnková, 2011, s. 17)
- Středně dlouhá příprava na stáří – v dospělosti se člověk připravuje na stáří různými způsoby. Například pomocí úpravy životního stylu, jako je zařazení aktivit a cvičení do volného času a změna jídelníčku. Do středně dlouhé přípravy na stáří patří i finanční spoření, kdy člověk spoří své úspory, aby se měl ve stáří lépe. (Mlýnková, 2011, s. 18)
- Krátkodobá příprava na stáří – je doba přibližně tří roků před začátkem penze. Senior přestavuje byt na bezbariérový, pořizuje nové vybavení a elektroniku, na které by nemusel mít dostatek financí v době důchodu. Také by se měl senior zamyslet a naplánovat si, jak využije volný čas, kterého náhle velmi přibude. (Mlýnková, 2011, s. 18)

Vyrovnání se se stářím může probíhat pěti způsoby, podle toho, jaké adaptační schopnosti senior má. Všechny způsoby vyrovnání se se stářím jsou schopny se spojit, jelikož je každé stáří individuální a každý senior se vyrovnává se stářím jinak. (Mlýnková, 2011, s.16)

Způsoby vyrovnání se se stářím jsou:

- Konstruktivní způsob – je optimistický způsob vyrovnání se se stářím. Senior se nadále socializuje, přizpůsobuje svůj život stárnutí a jeho vlivům. (Malíková, 2010, s. 25)

- Obranný způsob – osoby si nepřipouští stárnutí, setrvávají v práci i přes to, že mohou odejít do penze. Ze všech sil se snaží vyhnout myšlenkám na stáří a vyhnout se všem změnám, které jsou stárnutím způsobené. (Malíková, 2010, s. 25)
- Závislost – senior zneužívá všech změn způsobených stárnutím, aby citově využíval své příbuzné a své okolí. Jsou závislí na pomoci ostatních, i když by se mohli snažit o samostatnost a nezávislost. (Malíková, 2010, s. 25)
- Nepřátelský postoj – senioři jsou plné negativních emocí, vyvolávají potyčky ve svém okolí a všechny problémy dávají za vinu taky svému okolí. Díky negativnosti jsou často odsuzováni k samotě. (Malíková, 2010, s. 25)
- Sebenenávisť – senioři nenávidí sami sebe za svůj minulý život, který jim rychle utekl. Zdá se jim, že život neprožili plnohodnotně. U seniorů se sebenenávisť je velké riziko sebepoškození a sebevraždy. U této fáze je dobré konzultovat stav seniora s odborným lékařem – psychiatrem. (Mlýnková, 2011, s.17)

2 Patologické vnímání staří

2.1 Změny ve staří

Stárnutí organismu způsobuje změny na několika úrovních a systémech. Změny ve staří se obvykle dělí do tří skupin: fyzické změny, psychické změny a sociální změny.

Tyto všechny změny se u každého jedince liší, u některých seniorů nemusí být přítomny, u některých se projevují v různých mírách. Některé tyto změny mohou být způsobeny nějakou událostí, nemocí, nebo mohou být ovlivněny například farmakoterapií jedince. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 203)

2.1.1 Fyzické změny ve staří

Nejviditelnějšími změnami při stárnutí jsou změny fyzické, někdy také označované za změny biologické.

Hlavní změny můžeme pozorovat na pohybovém aparátu, kdy díky opotřebení meziobratlových plotének dochází ke snižování výšky člověka. Dále dochází k postupnému oslabení svalstva, k řídnutí kostí a snížení rychlosti a síly kosterních svalů.

Další změny můžeme pozorovat v kardiopulmonálním systému. Stárnutím člověka klesá jeho vitální kapacita plic, dále schopnost správné výměny dýchacích plynů. Cévy ztrácejí svoji pružnost, tenčí se, proto dochází například k stařecké hypertenzi. Postupem věku se také zhoršuje výkonnost srdce, které zapříčiňuje mimo jiné srdeční selhávání, nebo také dušnost.

Celkově dochází ke zpomalení funkcí organismu. Zpomaluje se například trávení, které má poté za následek zácpy a dyspeptické obtíže. Dále se zpomaluje odpověď nervové soustavy, přibývají problémy se spánkem a odpočinkem.

Velkými změnami prochází také smyslové orgány, hlavně tedy zrak a sluch. Jelikož se stárnutím dochází k úbytku smyslových receptorů, senior je ohrožen popálením se, podchlazením či jinými úrazy. (Klevetová, 2017, s. 23-27)

2.1.2 Psychické změny ve staří

Změna ve psychice starého člověka může nastat v několika sférách. Tyto psychické změny můžeme rozdělit do dvou skupin: do kognitivních změn psychiky a emočních změn psychiky starého jedince. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 204)

2.1.2.1 Kognitivní změny ve stáří

Kognitivní funkce organismu neboli poznávací funkce organismu, jsou změny pozornosti, paměti, inteligence, řeči, tvořivosti či orientace. Tyto změny mohou, ale i nemusí být součástí stárnutí osoby. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 204)

Zhoršující se sluch a zrak mohou mít na svědomí mnoho potíží. Seniorovi ztěžují každodenní činnosti, proto mohou u seniora vyvolat pocit úzkosti, nejistoty, méněcennosti či rozvíjet podezíravost, hněv až agresivitu. Mimo jiné mohou seniora dostat do závažných situací, například může dojít k úrazu popálením, pádem, či k autonehodě. Tyto problémy lze však řešit kompenzačními pomůckami, jako jsou brýle a naslouchala, proto nejsou tak závažné a seniora neizolují ve společenské či jiné sféře. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 204)

Nejrozsáhlejší a nejčastější kognitivní změny ve stáří zastupuje zhoršující se paměť. Nepoškozená většinou zůstává dlouhodobá paměť, na rozdíl od krátkodobé, která je značně poškozována. Senior si nevybavuje čerstvé události a neukládá je pro pozdější potřeby. Někdy může být pozměněna také dlouhodobá paměť, která je zkreslována a upravována podle emocionální vazby pro seniora. Senior také povětšinou lpí na starých událostech, hodnotách a myšlenkách, které vnímá jako obranu a argumenty proti nové mladé generaci, která mu vytváří psychologický pocit ohrožení. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 204)

S pamětí se také zhoršuje související inteligence a schopnost učit se. Čím je člověk starší, tím se mu hůře učí nová věc, proto je třeba hodnotit a upravit svůj přístup k seniorovi například při edukaci či adaptaci na nové prostředí opakovat poznatky několikrát dokola, rozložit edukaci na více částí a také se ujišťovat, jestli dané věci porozuměl. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 204)

Kognitivní funkce ve stáří jsou také často změněny z důvodu duševních nemocí a poruch, jako jsou například stařecké demence, Alzheimerova nemoc či jiné psychiku ovlivňující nemoci. (Klvetová, 2017, s. 29)

2.1.2.2 Emoční změny ve stáří

Se zpomalováním životního tempa se zpomaluje také citové prožívání situací. Seniorovi emoce jsou většinou v rovnováze, sám je klidnější a vyrovnanější. U některých seniorů tato vyrovnaná a klidná fáze přechází až do apatie a do vysokého nezájmu. Na osamocení mohou senioři reagovat také zvýšenou přecitlivělostí, vymyšlením si, hypochondrií a agresí. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 207)

Reakce na určité události, například na úmrtí blízké osoby, hlavně pak na úmrtí manžela/manželky, bývají silné a dlouhé a ve většině případů potřebuje senior pomoc okolí, v horších případech pomoc lékaře. (Langmeier, Krejčířová, 2006, strana 207)

Osobnost seniora je také postupem času pozměněna. Stárnutím a osamocením se senior uzavírá do sebe, vlivem některých nemocí dochází ke změně osobnosti a k prohlubování osobnostních vlastností, například z šetrivých lidí se mohou stát lakomí senioři. (Klevetová, 2017, s. 29)

2.1.3 Sociální změny ve stáří

Mezi sociální změny patří v první řadě odchod seniora do penze, díky němuž ztrácí senior každodenní kontakt se spolupracovníky. Senior obvykle zůstává více doma, ve svém klidu domova a příliš se nesocializuje. U některých seniorů dochází k mylné představě a pocitu méněcennosti, mají pocit, že obtěžují a překážejí. Kvůli tomu se mnoho seniorů izolují od okolního světa i v době, kdy začínají potřebovat dopomoc a nezvládají péči o sebe samého. (Klevetová, 2017, s. 30)

Kontakt s rodinou se liší dle zvyku a předchozích vztahů rodiny. Některé rodiny seniory navštěvují velmi často, některé rodiny se seniory neudržují častý kontakt. (Klevetová, 2017, s. 30)

2.2 Vybrané psychické problémy postihující seniory

2.2.1 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je nejčastější formou demence. U této demence vědci předpokládají dramatický nárůst prevalence, pokud se nenalezne správná a účinná prevence či léčba. Jedná se o progresivní a degenerativní onemocnění při kterém jsou nejvíce postiženy kognitivní schopnosti člověka. Příčina je nejasná, můžeme pouze určit rizikové faktory pro vznik nemoci. (Eliopoulos, 2018, s. 431)

Rizikové faktory pro vznik alzheimerovy nemoci jsou: věk, rodinný výskyt AN, genetická predispozice, úrazy hlavy, nízká úroveň vzdělání, Downův syndrom a faktory, jako jsou například hypertenze, diabetes mellitus, zvýšená hladina cholesterolu, obezita, kouření a časté pití alkoholu. (Hosák a spol., 2017, s. 108)

Alzheimerovu nemoc (AN) můžeme rozdělit na tři stupně, od lehké AN, přes střední stupeň AN, až po poslední těžký stupeň AN. AN se pomalu a nenápadně plíží, proto jsou její příznaky nechtěně připisovány staršímu věku a stárnutí. Zprvu se AN projevuje poruchami

paměti a poruchami kognitivních schopností. Poruchy paměti se postupně zhoršují, přidávají se poruchy prostorové orientace a orientace v čase, snižuje se aktivita seniora, přichází o soudnost a nadhled, zhoršuje se schopnost denních činností. Senior je ohrožen malnutricí, jelikož neví, jestli jedl a kolik toho snědl, stejně tak neví zdali snědl své léky, a proto je u takových seniorů potřeba dohledu. Většinou se stávají senioři inkontinentními, imobilními, dále dochází u seniorů s AN k poruchám osobnosti a poruchám chování, postupem času se stávají agresivními a apatickými, nebo naopak upadají do apatie. (Jirák, 2013, s. 104-405)

Příčinami smrti, u seniora s diagnostikovanou AN, bývají obvykle přidružené onemocnění a problémy, jako je například pneumonie, sepse v důsledku dekubitů, těžké úrazy a dehydratace. (Jirák, 2013, s. 406)

2.2.2 Demence

Máme několik druhů demence: vaskulární demenci, demenci s Lewyho tělísky, demenci při Parkinsonově nemoci, demence způsobená AIDS atd.

Vaskulární demence je po AN druhou nejčastější demencí. Vzniká kvůli malým mozkovým infarktům. Rozvoj nemoci je rychlejší a nemoc je předvídatelnější než u AN. Vaskulární demence je úzce spojena s rizikovými faktory, jako je např. kouření, hypertenze, zvýšený cholesterol, neaktivita a předchozí kardiovaskulární nemoci a mrtvice. (Eliopoulos, 2018, s. 434)

Frontotemporální demence nezačíná jako klasická demence poruchou paměti. Jejími prvními příznaky jsou poruchy řeči, poruchy abstraktního myšlení a jazykových schopností. (Eliopoulos, 2018, s.434)

Demence s Lewyho tělísky, angl. „Lewy body dementia“, je demence provázená kulovitými tělísky v mozkové kůře a mozkových buňkách. (Eliopoulos, 2018, s. 434) Tato demence se projevuje jako demence Alzheimerova a jako Parkinsonova choroba dohromady. Objevuje se zhoršená soustředěnost, pokleslá úroveň vědomí, objevují se také halucinace a příznaky Parkinsonovy choroby. (Jirák, 2013, s. 123)

Demence při Parkinsonově nemoci má velmi podobné příznaky jako demence s Lewyho tělísky. Přidávají se příznaky jako zhoršení pozornosti a soustředěnosti a pokles nálady. Porušeno je také ve velké míře myšlení, jelikož má pacient problémy se souvislostmi svých myšlenek, s formulováním vět a se samostatnou řečí. (Jirák, 2013, s. 123)

Mimo jiné může demenci vyvolat také onemocnění syfilis, které jako neléčené onemocnění působí atrofii centrální nervové soustavy a následně demenci. Dále se můžeme

setkat s demencí u pacientů s nádorovým onemocněním, s AIDS, nebo u pacientů, kteří byli vystavováni chemickým a fyzikálním působením. (Stuart-Hamilton, 1994, s. 195)

2.2.3 Osamělost seniorů

Osamělost je psychický stav myslí, kdy se člověk cítí odcizený od svého okolí, cítí se sám bez rodiny či přátel. Jde o subjektivní pocit z důvodu neuspokojení potřeby navazovat a udržovat sociální kontakt s okolím. Při osamocení prožívá člověk smutek, odcizení a nedostatek sociální podpory. Častěji se cítí osaměle ženy, než muži. Osamělost může vyústit u seniora k poruchám kognice, k emocionálním poruchám či k poruchám chování. Osamělost může ohrozit seniora i na životě, jelikož osamělý senior prožívá úzkosti a může dojít až k depresím a sebevražedným sklonům. Osamocení lidé mají také sklony k hazardnímu chování, k pití alkoholu nebo k poruchám příjmu potravy. (Výrost a spol., 2019, s. 625)

2.2.4 Depresivní stavy u seniorů

Deprese ve stáří je jedna z nejfrekventovanějších psychických nemocí ve stáří. Vznik deprese podporují faktory stárnutí, jako je změna sociální role, snižování soběstačnosti, ztráta každodenních činností kvůli zdravotním překážkám, nedostatečné plnění potřeb, pasivita, fyzické změny stárnutím, osamocení a uvědomění si smrtelnosti. (Eliopoulos, 2018, s. 414)

Známky deprese mohou být rozličné a projevovat se mohou v různých mírách. Mezi nejčastější projevy deprese patří vegetativní problémy, např. nespavost a únava, anorexie, ztráta váhy, zácpa apod. Senioři jsou apatičtí, většinou s námi vedou hovory o jejich pocitu, že nás zatěžují, že již nejsou nápomocní, nebo že jsou k ničemu. Ztrácejí sociální kontakt pro svoji agresivnost, nebo naopak pro svoji otažitost a netečnost. Depresivní stav můžeme také nesprávně zaměnit s demencí. (Eliopoulos, 2018, s. 415)

2.2.5 Delirium ve stáří

Delirium je syndrom charakterizovaný poruchou vědomí, ke kterému se přidává snižování schopnosti soustředit se a snižování pozornosti. Samotnou kategorií je alkoholové delirium. (Ham a spol., 2014, s. 193)

Vyvolávacími faktory deliria mohou být např. podávání léků (např. anticholinergika, diuretika, sedativa), závislost na psychofarmacích, srdeční selhávání, infekce a sepe,

nebo některé neurologické nemoci (např. pacienti po CMP, pacienti s nádory mozku, epileptici apod.). (Baštecký a spol., 1994, s. 278)

U pacienta s deliriem si můžeme všimnou roztěkanosti, nesoustředěnosti, pacient může mít halucinace, bludy, dále poruchy řeči a myšlení, nebo poruchy vědomí. Poruchy vědomí ve vážných případech přecházejí až do kómatu. Pacient není orientován v čase, při vážnějších fázích není orientován ani místem a osobou. Bývají přítomny náznaky deprese, úzkosti, agrese, hněvu, nebo naopak apatie pacienta. (Baštecký a spol., 1994, s. 278)

3 Salutogenetické vnímání staří

Termín salutogeneze byl poprvé popsán Aaronem Antonovským v knize *Health, stress and coping* v roce 1979. V knize je salutogeneze podána jako otázka „*What are the origins of health?*“, která se dá přeložit do českého jazyka jako „*Co je původcem zdraví?*“. Antonovský na tuto otázku odpověděl jasnou odpovědí: Smysl pro soudržnost. V pozdějších knihách Antonovského je salutogeneze popsána jako studium původu zdraví, studium přínosů pro zdraví oproti patologiím, jako je původ a rizikové faktory nemocí. (Mittelmark a spol., 2017, strana 7)

Cílem salutogeneze je vyvolat v pacientovi chuť zajímat se o své zdraví a najít nové možnosti léčby. Za cíl můžeme také považovat prevenci nemoci, která by měla být prováděna ještě před tím, než se nemoc vůbec projeví. Prevence v salutogenetickém pohledu je založena na vědomostech o zdraví, kdežto prevence v klasickém pojetí je založena na vědomostech o nemoci a patologiích. Salutogenetická prevence ukazuje pacientovi aktivity, které mají podporovat zdraví, zatímco klasická prevence nabádá pacienta k pasivnímu vedení života, které má sloužit jako vyvarování se určitému hrozícímu nebezpečí. (Moos, 2000)

U každé osoby, ať už se jedná o člověka chronicky nemocného nebo o umírajícího člověka, nalezneme míru zdraví, potenciál zdraví, určitý stupeň výkonosti, odolnosti a určitý stupeň schopnosti přizpůsobit se. I v případě, že se člověku zhorší zdravotní stav, může se nemoci přizpůsobit a zlepšit svůj stav či úplně eliminovat projevy nemoci. (Moos, 2000)

Salutogenetické pojetí stáří se nezabývá dlouhodobou péčí a léčením nesoběstačných a nemocných lidí, zabývá se problematikou navrácení seniorovy úrovně zdraví a úrovně funkčnosti či alespoň malé zvýšení seniorovy úrovně zdraví a úroveň funkčnosti. (Čeledová a spol., 2016, s. 50)

I když je člověk starý, někdy i nemocný, nemůžeme na nikoho pohlížet, jako na nesoběstačného, nemocného člověka, ale pohlížíme na něj jako na starého člověka, kterému můžeme zlepšit kvalitužití a kvalitu zdraví různými aktivitami. (Čevela, 2014, s. 31)

Antonovského koncept „*Sence of Coherence*“, označovaný zkratkou SOC, ukazuje tři základní složky koherentnosti života. Jedná se o srozumitelnost, zvladatelnost a smysluplnost. Tyto složky ukazují salutogenetický přístup, kdy starý člověk vnímá své prostředí jako srozumitelné. Pokud se vyskytne v dané chvíli překážka, starý člověk

je schopen situaci zvládnout a přimět své síly k přiměřené zátěži, přičemž se snaží najít smysl a pochopení, proč k situaci došlo. Situaci lze poté brát jako pozitivum k jiným příležitostem. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 276)

4 Potřeby seniorů

Potřeba je projev nedostatku či nadbytku něčeho, co náš organismus potřebuje ke správnému chodu. Jakákoliv potřeba nepůsobí jen na organismus fyzický, ale také působí na naši psychickou pohodu. Nedostatek některé z potřeb vede člověka k činnostem, které zvýší potřebu do stavu uspokojení. Například v případě nedostatečného stravování má člověk hlad a ten ho vede k najezení a uspokojení této základní fyziologické potřeby. (Mlýnková, 2011, s. 47)

V každém věku prožívá člověk jiné potřeby. V seniorském věku se dostávají do prioritních potřeb potřeby zdraví, spokojenosti a bezpečí.

- **Fyziologické potřeby** – Každé potřeby jsou individuální dle každého seniora. Díky fyziologickým procesům dochází u starších lidí ke změně chuťových pohárků, tudíž si staří lidé přejí kvalitně připravené chutné jídlo. Zpomalením organismu dochází u většiny seniorů k zácpě, dále k inkontinenci a unavenosti. Senioři tudíž potřebují dostatek spánku, který probíhá i přes den v podobě podřimování nebo poobědového spánku. Do priority se dostává potřeba tepla a pohodlí a potřeba neprožívat bolest. Kvůli sníženému pocitu žízně dochází u většiny seniorů k nechtěné dehydrataci. Dále mají senioři sníženou potřebu hygieny, sexuální potřeby či péče o své okolí. (Mlýnková, 2011, s. 48)
- **Vyšší potřeby** – senioři se bojí osamocení, bojí se, že se stanou závislými a nesoběstačnými fyzicky i ekonomicky a ze všeho nejvíce se bojí, že onemocní nějakou chorobou. Proto mají senioři potřebu jistoty a bezpečí. Z tohoto důvodu je potřeba seniorovi každý krok či problém pořádně vysvětlit, aby byl ujistěn a informován o všech činnostech, které se ho týkají. Potřeba komunikace není uspokojována u většiny seniorů tak, jak by měla být uspokojována. Dochází k osamocení seniora, snižování všech sociálních interakcí. Proto je nutné seniora začleňovat do společnosti, ať už v domovech důchodců, nebo ve svém prostředí, kdy může senior využít spolků pro seniory a setkávat se s ostatními. (Mlýnková, 2011, s.49)
- **Duchovní potřeby** – zpětným hodnocením života a hledáním smyslu života se senioři obracejí k víře, která je aktivně vyslechne. Bohužel se duchovní péče seniorům v institucionální péči příliš nedostává. (Mlýnková, 2011, s.50)

5 Kvalita života seniorů

5.1 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života je z medicínského a psychologického pohledu je subjektivní měřitelný ukazatel zdraví, který vychází z bio-psycho-sociální rovnováhy a pohody. To znamená, že kvalita života je seniorova pohoda v oblasti psychiky a psychické spokojenosti, fyzické pohody a také ze seniorovy sociální pozice a jeho sociálního zařazení. (Dvořáčková, 2012, s. 26)

Objektivní hodnocení kvality života není velmi používáno, avšak společně se subjektivním hodnocením tvoří celkový obraz kvality života. Objektivní hodnocení se zaměřuje na peněžní situaci člověka, sociální a zdravotní podmínky a také stav okolního prostředí. (Dvořáčková, 2012, s. 26)

Kvalita života ve stáří je úzce spojena s aktivizací seniora a se zaplněním jeho volného času programem. Odchodem do důchodu se člověku mění každodenní činnosti a přibývá převelice volného času, na který nejsou ve většině případů zvyklí a nevědí co s ním. Velmi rychle může vzniknout u seniora nesoběstačnost a závislost na druhých, proto je aktivizace seniora důležitá a je jedna z hlavních prevencí patologických stavů ve stáří. (Dvořáčková, 2012, s. 27)

5.2 Faktory ovlivňující kvalitu života

Mezi hlavní faktory ovlivňující kvalitu života patří zdraví a nemoc. Každá nemoc ovlivňuje seniorovy každodenní činnosti, seniorovu soběstačnost a může proměnit nezávislého člověka na závislého člověka. Nemocí se snižuje dosavadní kvalita seniorova života a zhoršuje se budoucí prožívání života. Je nutné rozlišit a zhodnotit závažnost nemoci a její vliv na starého člověka a také to, jak daná nemoc člověka omezuje v každodenních činnostech. (Dvořáčková, 2012, s. 76)

Osamělost také ovlivňuje kvalitu života. Ve stáří člověk ztrácí každodenní kontakt se známými i s rodinou. Po odchodu dětí z domu, nebo například po ztrátě partnera se starý člověk cítí osamělý a opuštěný. (Dvořáčková, 2012, s. 78)

Dále ovlivňuje kvalitu života prostředí, ve kterém starý člověk žije. Například nepřizpůsobené prostředí může být pro starého člověka velmi nebezpečné. Starému člověku hrozí v neupraveném prostředí ztráta soběstačnosti, nebo například úraz pádem. Proto je vhodné seniorovo prostředí upravit, například odstranit koberce, díky kterým by starý člověk mohl uklouznout či zakopnout. Dále je vhodné upravit byt na bezbariérový a také je

přínosné doplnil do bytu pomůcky jako jsou madla, kterých se pacient drží při chůzi nebo vstávání ze záchodu. (Dvořáčková, 2012, s. 79)

V neposlední řadě ovlivňuje kvalitu života denní program seniora a aktivizace, dále zdravotní a sociální péče. Aktivizace seniora je prevencí nesoběstačnosti, ale také prevencí duševních problémů spojených s pocity osamělosti, méněcennosti a s depresivními stavy. (Dvořáčková, 2012, s. 79)

5.3 Aktivizace seniorů

Každé pobytové sociální zařízení by mělo mít sestavený svůj aktivizační program pro své klienty. Sociální pracovníci by měli projít školením o aktivizaci seniorů a o správných aktivizačních technikách.

Pokud by nedocházelo u seniorů k aktivizaci, jejich pasivita by vedla k prohlubování depresivních stavů, zhoršení fyzických schopností, zrychlení projevů stárnutí a podobně. Neaktivita seniora může vyústit až v imobilizační syndrom, nesoběstačnost klienta a jeho závislost na péči druhé osoby. (Holczerová a spol., 2013, s. 34)

Aktivizace však musí být dobrovolná, musí jí senior chtít podstoupit. Seniorovi lze nabídnout z velké škály aktivizačních činností, které vedou nejen k fyzickému tréninku, ale také k tréninku paměti, kognitivních funkcí. Dále se také senior u některých aktivizací socializuje s ostatními klienty sociálního zařízení a předchází se pocitu osamělosti. (Holczerová a spol., 2013, s. 35)

5.3.1 Ergoterapie

Ergoterapie je samostatná disciplína, která se zabývá soběstačností a nezávislostí klientů. Nácvikem každodenních činností pomáhají klientovi zlepšit kvalitu života nejen soukromého, ale také pracovního života a sociálního života. Klient si v přítomnosti ergoterapeuta zkouší kompenzační pomůcky, které mu napomůžou při všedních činnostech. Dále dochází k tréninku kognitivních funkcí formou pracovních a herních činností. (Holczerová a spol., 2013, s. 36)

Při ergoterapii nedochází pouze k obnovování ztracených, či snížených funkcí organismu, ale dochází k učení se novým schopnostem a technologiím. Při ergoterapii se může klient naučit ovládat mobilní telefon, používat televizi a také počítač. (Holczerová a spol., 2013, s. 36)

Ergoterapií zvyšujeme klientovu kvalitu života, klient se dostává do své osobní psychické pohody, klient se sociálně realizuje a sžívá se se svojí sociální rolí. Dochází k znovuoobnovení ztracených kompetencí a schopností. (Holczerová a spol., 2013, s. 35-38)

Terapii můžeme plánovat souběžně s jinými terapiemi, jako je například aromaterapie, muzikoterapie, či s vyprávěcí a vzpomínkovou terapií. Terapie se může provozovat skupinově, ale také jednotlivě, například když je klient omezen v pohybu. (Holczerová a spol., 2013, s. 35-38)

5.3.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie, neboli léčba hudbou, je terapie, při níž se využívá nejen hudby a různých zvuků, ale také zpěvu. Muzikoterapie působí díky zvukovým vibracím hudby i zpěvu. Je vhodná pro každého seniora, například i pro klienta s diagnostikovanou demencí je muzikoterapie přínosná. U seniora dochází k uklidnění, uvolnění, k redukci projevů nemocí a k rozvinutí či naučení nových schopností. Pozitivně ovlivňuje náladu klienta, podporuje vymizení chmurné nálady a stresu. Muzikoterapie se také může použít při jiných činnostech a jiných terapiích. Například u lékaře či u zubaře hudba odvádí pozornost klienta a tím mu zmírňuje prožívání bolesti při výkonu. (Malíková, 2020, s. 246)

5.3.3 Pohybové aktivity

Pohyb je hlavní prevencí imobilizačního syndromu a s ním spojených obtíží. Pohybem je ovlivněna nejen stránka fyzická, ale i psychická a sociální stránka. Pacient může cvičit nejen ve stoje, ale i v sedě či v leže za použití různých pomůcek. Pacient si díky pohybu uvědomuje své tělo a jeho pohyby, nad kterými musí přemýšlet. Pohybové terapie lze provádět individuálně, nebo skupinově. U pacienta pohybová terapie prohlubuje sebeuvědomění, schopnost o sebe pečovat, zlepšuje pohyb celého těla a také pomáhá zvětšit rozsah pohybů. (Malíková, 2020, s. 245)

5.3.4 Arteterapie

Tato terapie využívá výtvarné činnosti, ve které je používáno nejen malování pomocí barev, ale zužitkovává i jiné materiály, například bavlnky, přírodní materiály (listy, hlínu, kaštiny, žaludy, kamenní), či plastelínu. Arteterapie je jedna z nejoblíbenějších a nejrozšířenějších aktivit nejen v domovech důchodců, ale je to také jedna z psychoterapeutických aktivit. U pacienta vyvolává zklidnění, pomáhá pacientovi

s komunikací, s otevřením se a se sebevyjádřením. Často je používána v jeden čas společně s muzikoterapií a aromaterapií. (Malíková, 2020, s. 247)

5.3.5 Dramaterapie

Dramaterapie využívá menší improvizované divadlo. Pomocí dramaterapie se senior vypořádává se svojí minulostí, přítomností i s budoucností. Řeší své osobní konflikty, problémy z minulosti a problémy se kterými se těžko vyrovnává. Klient může pomocí dramaterapie zredukovat stres, vybit agresí a hněv, ale také se může vyprávět a světit se ostatním. Díky dramaterapii se pacient také socializuje, potkává se s ostatními klienty a nachází cestu k postupné komunikaci nejen s ostatními seniory, ale také s personálem. (Holczerová a spol., 2013, s. 54)

5.3.6 Trénink paměti

Paměť se dá trénovat mnohými způsoby. Nejrozšířenějšími tréninky paměti jsou hry a dále trénování paměti při každodenních činnostech. Cvičit paměť se seniorem můžeme například tak, že seniorovi se zaváže oči a do rukou mu pokládá různé předměty, které senior osaháváním identifikuje. Podobně také můžeme místo předmětů použít jídlo, které vkládáme seniorovi do úst a on pomocí chutí a vůní rozpoznává, o které jídlo se jedná. Dále můžeme s klienty hrát různé hry, které procvičí paměť. Jsou to například karetní hry, pexeso, dáma anebo specifické hry jako je Klímová hra, kterou zná většina klientů již z dětství. Kimova hra je způsob procvičení paměti pomocí předmětů, které si klient prohlédne na několik desítek sekund, poté jsou mu předměty zakryty dekou. V tento moment si začíná pacient vybavovat co nejvíce předmětů, které viděl před zakrytím. (Holczerová a spol., 2013, s. 56-62)

Trénink kognitivních funkcí může probíhat i hraním skupinových slovních her, jako je například slovní fotbal. Dále lze využít matematických úloh, řešení hádanek a kvízů, rozpoznávání smyslu a významu rčení a přísloví, nebo realizování přednášek a seminářů pro další vzdělávání seniorů. (Zrubáková, 2019, s. 65)

5.3.7 Vzpomínková terapie

Vzpomínková neboli reminiscenční terapie je založena na vzpomínkách seniorů, ke kterým je důležité se vracet a nesmí se na ně zapomínat. Dochází při ní ke smíření se s minulostí, s adaptací se na stáří a k prohloubení sociálních vazeb seniora

s psychoterapeutem či sociálním pracovníkem. Klienti se vypovídají ze svých problémů z minulosti, je jim nasloucháno a pomáháno přenést se přes emoce, které v nich vzpomínky vyvolávají. Kvalita života seniora se touto terapií zvyšuje, jelikož sociální pracovník je díky ní seznámen s klientovým životním příběhem a jeho minulostí.

Při vzpomínkové terapii si také mohou sociální pracovníci vyjít s klienty na vycházky na jim známá místa, na kterých mohou zavzpomínat na minulost. (Holczerová a spol., 2013, s. 68)

5.3.8 Zoo Terapie

Zoo-terapie je rehabilitační a pohybová terapie za využití zvířat. Využívají se zvířata, jako například psi, kočky, koně, delfini, lamy, hmyz, ptáci, plazi a drobní savci. Pro obyvatele domova důchodců představuje zooterapie určité zpestření dne, ale také je velmi užitečná pro pohybovou aktivitu klienta i pro duševní relaxaci klienta. U pacienta rozvíjí sociální aktivitu, pacient více komunikuje a je v prostředí zvířat více klidný. Pacient se po zooterapii více soustředí a je pozornější. (Holczerová a spol., 2013, s. 89)

5.3.9 Aromaterapie

V aromaterapii se využívá vůní výtažkových olejů získaných z květin a stromů. Pro seniora je prospěšná pro zklidnění a uvolnění celého těla, k uvolnění stresu a zlepšení nálady. Aromaterapie také napomáhá ke koncentraci seniora. Podstatné ale je, aby byla klientovi vůně příjemná a nevyvolávala například bolest hlavy či nepříjemné pocity. Aromaterapie není vhodná pro všechny klienty, nesmí být použita například u onkologicky nemocných, u klientů s epilepsií, s vysokým tlakem, nebo s astmatickými obtížemi. (Malíková, 2020, s. 248)

6 Komunikace sestry se starým člověkem

Komunikace je procesem výměny a přenosu informací mezi komunikátorem (mluvčím) a komunikantem (příjemcem sdělení). Obsah sdělení nazýváme jako komuniké, dále máme komunikační jazyk, který slouží ke kódování a dekodování obsahu sdělení. V poslední řadě máme komunikační cestu, která je buď přímá, nebo nepřímá (např. telefonická, písemná, audiovizuální, elektronická. (Zacharová, 2016, s. 197)

Komunikace se seniorem by měla být totožná, jako komunikace s ostatními dospělými lidmi. Při komunikaci se seniorem uplatňujeme verbální i neverbální komunikaci. Řeč přizpůsobujeme individuálně každému seniorovi, podle jeho zdravotních překážek. Ve stáří totiž přibývají komunikační překážky, jako například zhoršený zrak, sluch či onemocnění demencí apod. (Hauke, 2014, s. 88)

Dle Pokorné (2010) existují dva typy bariér v komunikaci se seniory a to interní a externí bariéry.

- Interní bariéry – jsou například nemoci, které pacienta omezují v komunikaci, fyzické a psychické nepohodlí, vlastnosti člověka (senior může být introvert), nedůvěřivost, strach, rozhořčení apod. (Pokorná, 2010, s. 52-53)
- Externí bariéry – představují okolnosti seniorova prostředí, například hluk, šum, narušování plynulosti hovoru další osobou, vizuální rušení komunikace a jiné. (Pokorná, 2010, s. 52-53)

Úspěšná verbální komunikace tkví v jednoduchosti, v krátkosti a heslovitosti, srozumitelnosti, ve správném načasování a v přizpůsobeném sdělení. Sdělované informace musí být srozumitelné a jasné. Měli bychom se vyhybat používání odborné literatury, cizích názvů a slov a dlouhému sdělení. Sdělení musí být krátké, popřípadě použít pauzu mezi sděleními. Je dobré se optat seniora, zdali rozuměl sdělení, popřípadě sdělení zopakujeme pro lepší pochopení. Pro komunikaci volíme vhodné prostředí, které nebude seniora rušit hlukem, a které nebude rušit jeho pozornost a soustředěnost na komunikaci. Vhodné načasování rozhovoru se seniorem je také důležité. Při urychlené komunikaci, například kvůli nedostatku časového prostoru dochází ke komunikačním šumům a k nedorozumění na obou komunikačních stranách. Je dobré si zvolit ke komunikaci vhodný čas, kdy ani jedna komunikační strana nespěchá na další aktivity, vhodnou dobu, aby byl pacient probuzený a nebyl ospalý. Během komunikace sledujeme seniorovy reakce, které nám napoví, jestli

senior sdělení rozumí, nebo jestli nemluvíme příliš rychle či komplikovaně. (Malíková, 2020, s. 214)

Aktivní naslouchání je velmi cenná komunikační dovednost, kterou by měl ovládat každý, který pracuje v prostředí se seniory. (Malíková, 2020, s. 215) Aktivním nasloucháním projevujeme seniorovi náklonnost, úctu, autoritu a hlavně projevujeme zájem a ochotu seniora vyslechnout. Pomocí aktivního naslouchání se vytváří pozitivní vztah mezi pracovníkem a seniorem a vytváří se oboustranná důvěra, která je velmi důležitá v další péči o seniora. Pracovník v průběhu naslouchání dává najevo své emoce, rozpoznává emoce seniora, dává seniorovi zpětnou vazbu a seniora oceňuje. Avšak, musíme se vyhnout svým poznámkám, radám, vlastním zkušenostem, také se musíme vyhnout nepravdivým uchválením a vyvracením seniorovy pravdy. (Hauke, 2014, s. 85)

Neverbální komunikace je také velmi důležitou složkou při komunikaci se seniorem. Neverbální komunikaci, neboli komunikaci beze slov, tvoří vizika, mimika, gestika, haptika, proxemika, posturologie a kinetika. (Malíková, 2020, s. 215)

- **Vizika** se zajímá o řeč očí, o udržení očního kontaktu, mrkání, pohyb očí a zorniček. (Malíková, 2020, s. 217)
- **Mimika** se věnuje mimickému vyjadřování pomocí obličejových svalů. Pomocí mimiky se nejvíce vyjadřují naše emoce. (Malíková, 2020, s. 217)
- **Gestika** neboli pantomimika, je vyjádření pomocí pohybů. Podporujeme s ní slovní projev. (Malíková, 2020, s. 217)
- **Haptika** označuje komunikaci pomocí hmatu. Doteky mohou mít různé významy, ať už je to uklidňující dotyk, stimulující dotyk, formální či intimní dotyk. (Malíková, 2020, s. 218)
- **Proxemika** vyjadřuje určité vzdálenosti okolo osoby, které vyjadřují prostor, ve kterém se pohybují ostatní osoby. Tyto vzdálenosti ukazují intimní prostor, osobní prostor, společenský a veřejný prostor. Při kontaktu se seniorem je využíván přístup do intimní zóny seniora a v tomto prostoru musíme dodržovat určitá pravidla ohleduplnosti. (Malíková, 2020, s. 218)
- **Posturologie** je znázorňována pomocí postoje našeho těla. Poloha těla může být aktivní a pasivní. Aktivní poloha je ovlivňována a neustále měněna, pasivní poloha je naopak vynucená stálá poloha, do které je člověk většinou ukládán z důvodu zdravotních problémů. (Malíková, 2020, s. 218)

- **Kinetika** je řeč celkových pohybů těla. Pohyby těla, například chůze je ovlivnitelný děj, který je často ovlivňován zdravotními překážkami. Jako příklad můžeme uvést chůzi seniora s Parkinsonovou chorobou, který má šouravou chůzi ovlivněnou nemocí. (Malíková, 2020, s. 218)

Elderspeak můžeme zařadit jako neúspěšnou a špatnou verbální i neverbální komunikaci se seniorem. Z důvodu špatné představy o seniorových komunikačních schopnostech dochází ke špatnému upravování stylu komunikace. Seniora vidí mladší generace stereotypně, jako starého, méně způsobilého člověka, a proto se snaží až moc zjednodušit a upravit komunikaci. Při elderspeaku můžeme vidět projevy ageismu, který bude popsán v pozdější fázi práce. V komunikaci dochází k přílišnému zjednodušení a zdrobňování řeči, zbytečně velkému zvýšení tónu hlasu, zpomalení tempa řeči, k neustálému opakování každé věty a v neverbální komunikaci dochází k přílišné a neúměrné mimice, ztrátě očního kontaktu, porušení zdravých proxemických vzdáleností a k nedostatku haptiky. Do elderspeaku také patří používání dětských slov a dětského jazyka, dále například používání přezdívek pro oslovení, nebo urážlivé oslovení seniora. (Pokorná, 2010, s. 62-64)

Oficiální definice **ageismu** neexistuje. Jde však o diskriminaci a stereotypizaci založenou na věkových faktorech. Dochází k nevhodnému a nemístnému chování vůči seniorům. Ageismus můžeme bohužel naléznout i ve zdravotnictví. Dochází k němu například při věkovém ohraničení pro určité vyšetření, ale také v přístupu personálu ke stáří, jako k nemoci, která se již nedá uzdravit. Ageismus může být mimo jiné ochrana mladých lidí před realitou, že je stáří a smrt také jednou čeká. (Pokorná, 2010, s. 71)

7 Sociální služby a sociální zařízení pečující o seniory

V některých fázích stárnutí je potřeba pro seniora zajistit pomoc při každodenních činnostech, při stravování, při hygieně, při oblékání, nebo při úklidu. Tyto všechny služby musejí být poskytovány individuálně a musí zanechávat seniora soběstačným. (Dvořáčková 2012, s. 80)

Sociální služby můžeme rozdělit dle působení na pobytové sociální služby, ambulantní nebo terénní služby. (Dvořáčková 2012, s. 84)

7.1 Domy s pečovatelskou službou

V domech s pečovatelskou službou (dále DPS) je poskytována pobytová sociální péče o seniory, kteří jsou poměrně zdravotně v pořádku, pouze potřebují dopomoc s pro ně obtížnější aktivitou. Klient má své bytové zázemí, do kterého docházejí pečovatelé za účelem pomoci. Dopomoc je různého charakteru, například se jedná o dohled nad užitím léků, dopomoc při přípravě jídla a stravování, dopomoc při hygieně, nebo pouze doprovod do sprchy v případě, že pacient trpí motáním hlavy apod. Pokud je dům s pečovatelskou službou v areálu domova důchodců, mohou klienti navštěvovat aktivity pořádané domovem důchodců. V domě s pečovatelskou službou není péče pečovatelek nepřetržitá, a proto toto zařízení není vhodné pro seniory závislé na nepřetržité pomoci druhé osoby. (Mlýnková, 2011, s. 65)

7.2 Domovy důchodců

Domovy důchodců poskytují nepřetržitou pobytovou sociální službu. Služba je poskytována každý den v týdnu po celý rok. Jedná se o péči nepřetržitou pro seniory zcela závislé na pomoci druhé osoby. Tato služba poskytuje zdravotnickou a pečovatelskou péči, rehabilitační péči, aktivizační terapie a ergoterapii. (Mlýnková, 2011, s. 65)

7.3 Domovy důchodců se speciálním zaměřením

Jedná se také o pobytovou sociální službu. V domovech důchodců se speciálním zaměřením je péče stejná jako v klasických domovech důchodců, ale bývá přizpůsobená daným onemocněním. Například existují domovy důchodců pro Alzheimerem postižené seniory, nebo domovy pro nemocné chronickou duševní poruchou či mentálním postižením. (Mlýnková, 2011, s. 65)

7.4 Denní a týdenní stacionáře

Denním stacionářem je poskytována ambulantní sociální služba. Služba je určena pro seniory, kteří potřebují pomoc s každodenními činnostmi. Seniorům je zde poskytována zdravotní péče, pečovatelská péče a k dispozici jim jsou i aktivizační terapie. (Mlýnková, 2011, s. 66)

Shodná péče je poskytována v týdenních stacionářích, ale oproti dennímu stacionáři, zde zůstávají senioři celý pracovní týden, většinou tedy od nedělního večera do pátečního odpoledne. Na víkendy pak jezdí senioři za svými rodinami domů. (Mlýnková, 2011, s. 66)

7.5 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní sociální službou. Na rozdíl, od již zmiňovaných služeb, je pečovatelská služba rozdílná v místě poskytování služeb. Pečovatelé jezdí za klienty domů a dopomáhají jim s každodenními činnostmi, např. se stravováním a přípravou jídla, s úklidem, s hygienou, nebo také s úklidem, s domácími pracemi. Dokonce některé pečovatelské služby nabízejí svým klientům možnost nakoupení potravin a dovoz nákupu domů. Pečovatelská služba je vhodná pro seniory, kteří nepotřebují nepřetržitou péči, ale nemají ve svém okolí nikoho k mírné dopomoci s každodenními činnostmi. (Mlýnková, 2011, s. 65)

EMPIRICKÁ ČÁST

8 Metodika výzkumu

Výzkum byl proveden pomocí dotazníku, kterému předcházel rozhovor s vybranými seniory z domova důchodců. Po proběhlém pilotním rozhovoru byly vytvořeny otázky v okruhu témat, o kterých senioři při rozhovoru mluvili (nabízené a navštěvované aktivity, na jakém pokoji bydlí, jak se o ně starají zaměstnanci DD apod.)

Dotazník byl rozdán v dubnu 2022 v geriatrickém centru v Týništi nad Orlicí. S roznesením dotazníku mi velmi vstřícně pomohla paní ředitelka geriatrického centra a aktivizační pracovnice GC. Bylo rozdáno 60 dotazníků, ze kterých se mi vrátilo 48 vyplněných. Použitelných dotazníků bylo pouze 40, jelikož se některé dotazníky vrátili vyplněné pouze z poloviny.

Dotazníkového šetření se tedy zúčastnilo 40 dobrovolných respondentů, kteří vyplnili zcela anonymní dotazník. Každý ze 40 respondentů s vyplněním dotazníku souhlasil. Zúčastnění respondenti jsou obyvatelé výše zmiňovaného geriatrického centra. Návratnost dotazníku byla tedy 80 % a návratnost plně vyplněných dotazníků byla 66,67 %.

8.1 Metodologie vyhodnocení a zpracování dat

Vyhodnocení dat bylo provedeno v programu Microsoft Excel, jako deskriptivní statistika, a to metodou uvedení absolutních četností a následného výpočtu relativních četností (procenta). Pro přehlednost byla data znázorněna v tabulkách a v grafech.

8.2 Hlavní cíle práce

1. Zjistit kvalitu života seniorů žijících v domovech důchodců.
2. Stanovit dostupnost aktivizačních terapií v domově důchodců.
3. Zjistit, které aktivity poskytované domovem důchodců, jsou nejnavštěvovanější a nejoblíbenější.
4. Zjistit, zdali jsou pacienti socializováni a jsou-li v kontaktu se svými rodinami a známými.
5. Zjistit, jestli mají senioři nějaké stanovené cíle, popřípadě které cíle to jsou.

8.3 Hypotézy

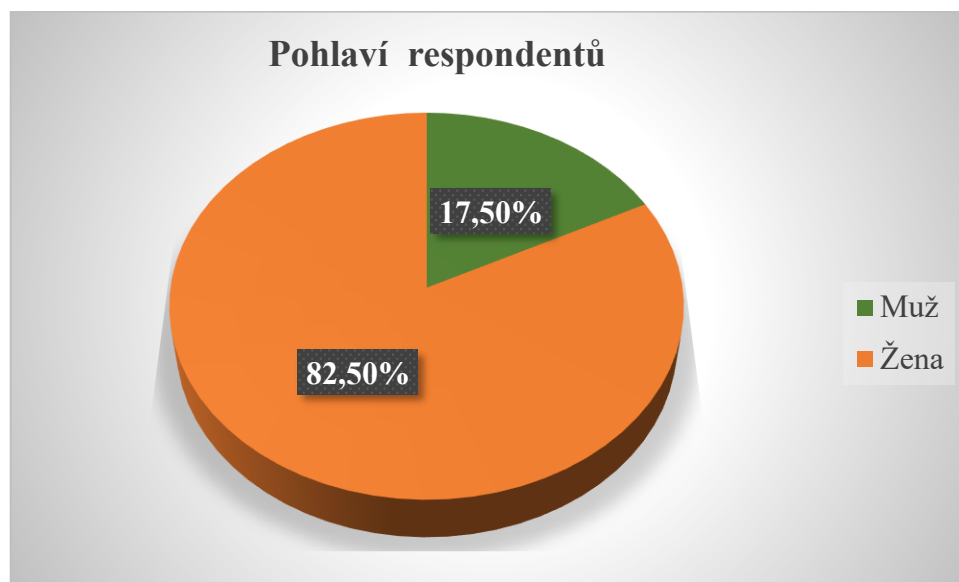
- Předpokládám, že čím více se senioři zapojují do aktivit nabízených domovem důchodců, tím více jsou senioři spokojeni.
- Dále předpokládám, že čím více jsou senioři socializováni, tím méně trpí osamělostí.
- Také předpokládám, že většina seniorů má vytyčený nějaký cíl, kterého by chtěli ještě dosáhnou.
- Předpokládám, že se naprostá většina seniorů setkala s jakoukoliv formou věkové diskriminace a s nevhodným chováním kvůli vyššímu věku.

9 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 - Jakého jste pohlaví?

	Počet v číslech	Relativní četnost
Muž	7	17,50 %
Žena	33	82,50 %

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů



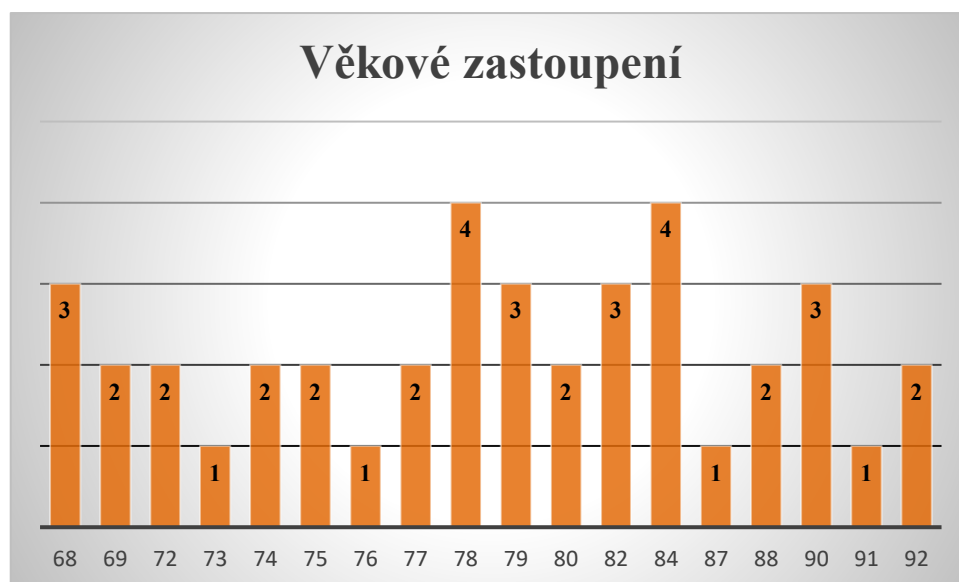
Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Ze znázorněného grafu je zřejmé, že z celkového počtu 40 respondentů je 33 respondentek ženského pohlaví a 7 respondentů mužského pohlaví. 33 respondentek činí 82,5 % respondentů a jsou tudíž obsáhlejší skupinou respondentů, oproti mužům, kteří tvoří pouze 17,5 % respondentů.

Otázka č. 2 – Kolik Vám je let?

Věk respondentů	68	69	72	73	74	75	76	77	78	79	80	82	84	87	88	90	91	92
Počet respondentů v tomto věku	3	2	2	1	2	2	1	2	4	3	2	3	4	1	2	3	1	2

Tabulka č. 2 – Věkové zastoupení



Graf č. 2 – Věkové zastoupení

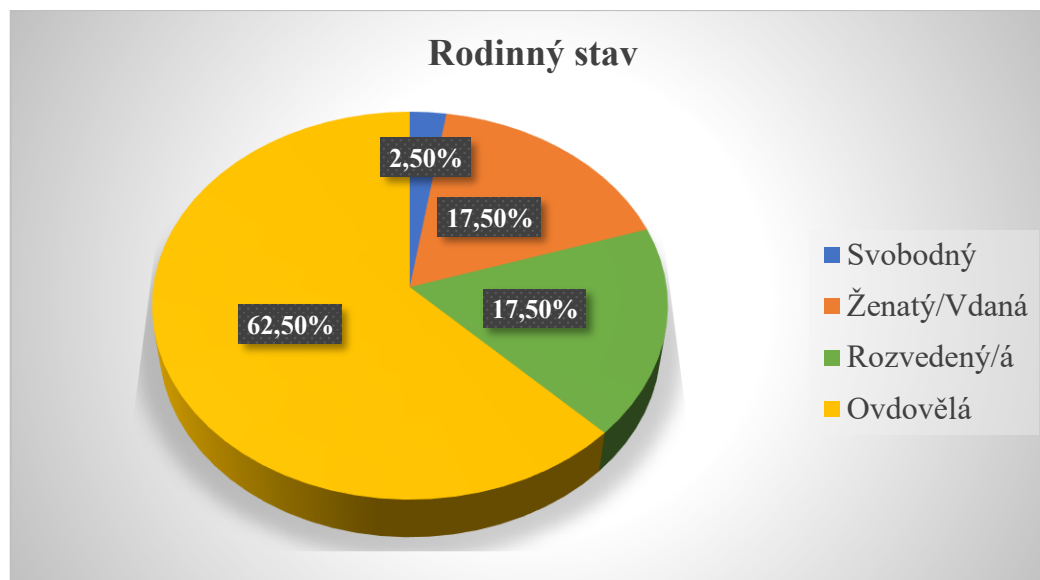
Z předchozího sloupcového grafu můžeme vyčíst věk respondentů. Následně vzestupně vypíšu věk respondentů: 3 respondenti byli ve věku 68 let, dále 2 respondenti ve věku 69 let a 2 respondenti ve věku 72 let, jednomu respondentovi je 73 let, 2 respondenti byli ve věku 74 let, také ve věku 75 let byli 2 respondenti, 76 let bylo pouze jednomu respondentovi, 77 let bylo 2 respondentům, 78 let bylo 4 respondentům, o jednoho méně (3) bylo 79 letých respondentů, 2 respondentům bylo 80 let, 82 let bylo 3 respondentům, 84 roků bylo 4 dotazovaným, 87 let bylo jednomu respondentovi, 88 let bylo 2 respondentům, 3 dotazovaným bylo 90 let, 91 let bylo pouze jednomu dotazovanému a 2 dotazovaní byli ve věku 92 let.

Nejpočetnější skupinou byli 4 respondenti ve věku 78 let a 4 respondenti ve věku 84 let. Průměrný věk dotazovaných je 79,65 let, medián je 79 let.

Otázka č. 3- Jaký je Váš rodinný stav?

	Počet respondentů	Relativní četnost
Svobodný/á	1	2,50 %
Ženatý/Vdaná	7	17,50 %
Rozvedený/á	7	17,50 %
Ovdovělý/á	25	62,50 %

Tabulka č. 3 – Rodinný stav respondentů



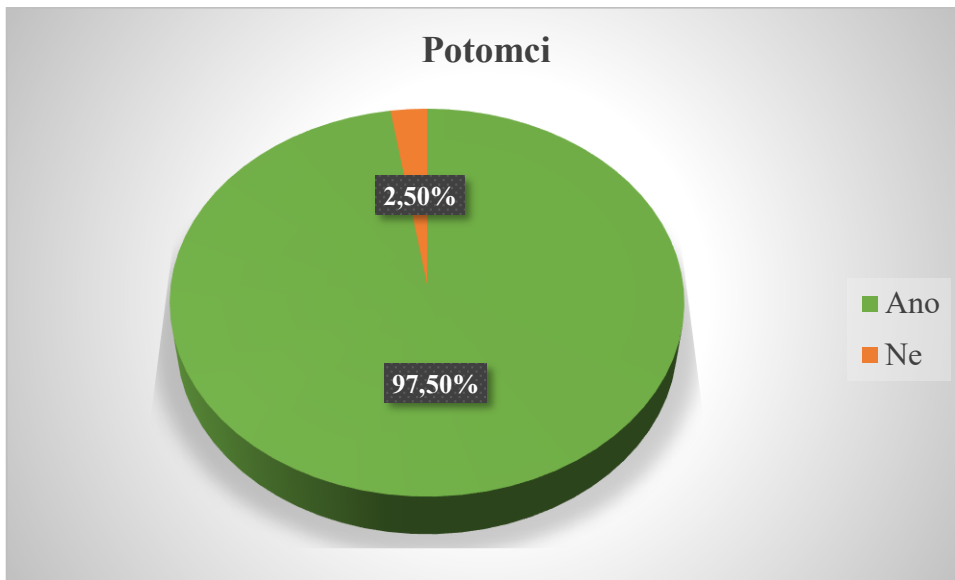
Graf č. 3 – Rodinný stav respondentů

Z grafu číslo 3 je zřejmé, že ze 40 respondentů je 25 respondentů (62,5 %) ovdovělých, 7 respondentů (17,50 %) je rozvedených, dále 7 respondentů (17,50 %) ženatých/vdaných a 1 respondent (2,50 %) je svobodný. Hned na první pohled můžeme vidět, že největší skupinou jsou ovdovělí respondenti, stejně zastoupenou skupinou jsou rozvedení a ženatí/vdané a nejmenší skupinou je svobodný respondent.

Otázka č. 4- Máte děti?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Mají potomky	39	97,50 %
Nemají potomky	1	2,50 %

Tabulka č. 4 – Potomci



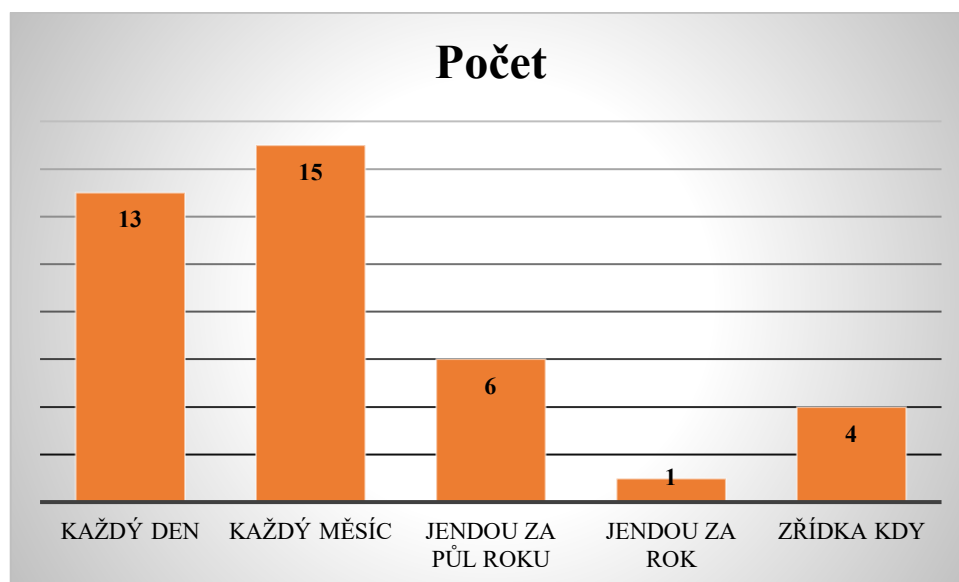
Graf č. 4 – Potomci

Z dotazovaných 40 seniorů, odpovědělo na otázku 39 seniorů kladně (97,5 %), tudíž odpověděli, že mají děti. Zbýlý 1 dotazovaný odpověděl negativně (2,5 %), že děti nemá.

Otázka č. 5- Pokud máte děti, navštěvují Vás?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Každý den	13	33,33 %
Každý měsíc	15	38,46 %
Jednou za půl roku	6	15,38 %
Jednou za rok	1	2,56 %
Zřídka kdy	4	10,26 %

Tabulka č. 5 – Četnost návštěv dětí



Graf č. 5 – Četnost návštěv dětí

Ze 40 dotazovaných odpovědělo na otázku 39 seniorů, jelikož jeden z dotazovaných nemá děti. 13 respondentů, tedy 33,33 %, odpovědělo že je děti navštěvují každý den. Každý měsíc navštěvují děti 38,46 % z dotazovaných, tedy 15 osob. 6 seniorů (15,38 %) navštěvují děti jednou za půl roku. Jednou za rok má kontakt se svým potomkem 1 senior (2,56 %). Zřídka kdy mají kontakt se svými dětmi 4 senioři (10,26 % z dotazovaných).

Otázka č. 6- Máte kontakt se svojí rodinou či známými? (telefonický i fyzický kontakt)

	Počet seniorů	Relativní četnost
Mají kontakt	40	100 %
Nemají kontakt	0	0 %

Tabulka č. 6 – Kontakt s rodinou či známými



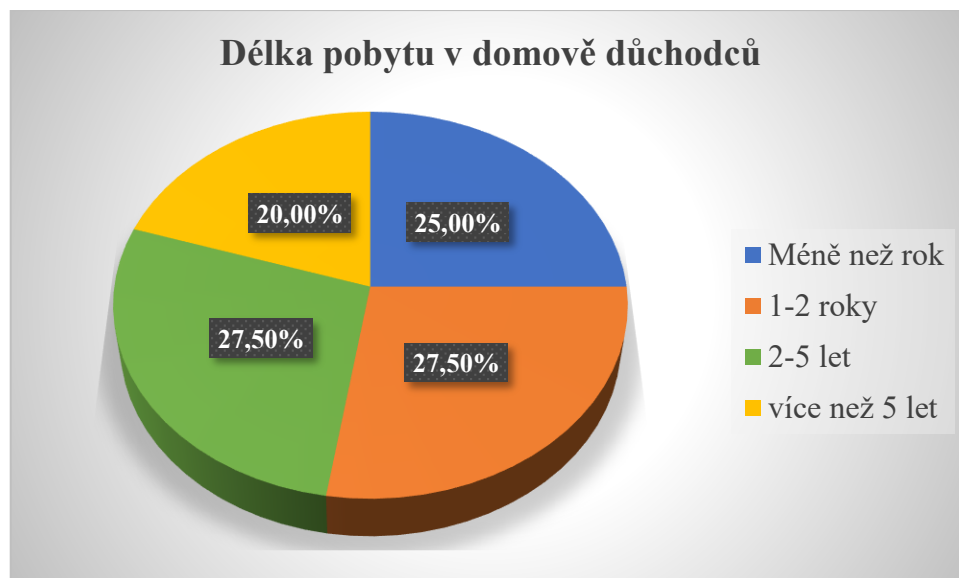
Graf č. 6 – Kontakt s rodinou či známými

Na grafu č. 6 vidíme, že všichni dotazovaní seniori (40 seniorů – 100 %) odpověděli, že mají alespoň telefonický či fyzický kontakt se svojí rodinou nebo známými.

Otázka č. 7- Jak dlouho žijete v domově důchodců?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Méně než rok	10	25 %
1-2 roky	11	27,50 %
2-5 let	11	27,50 %
Více než 5 let	8	20 %

Tabulka č. 7 – Délka pobytu v domově důchodců



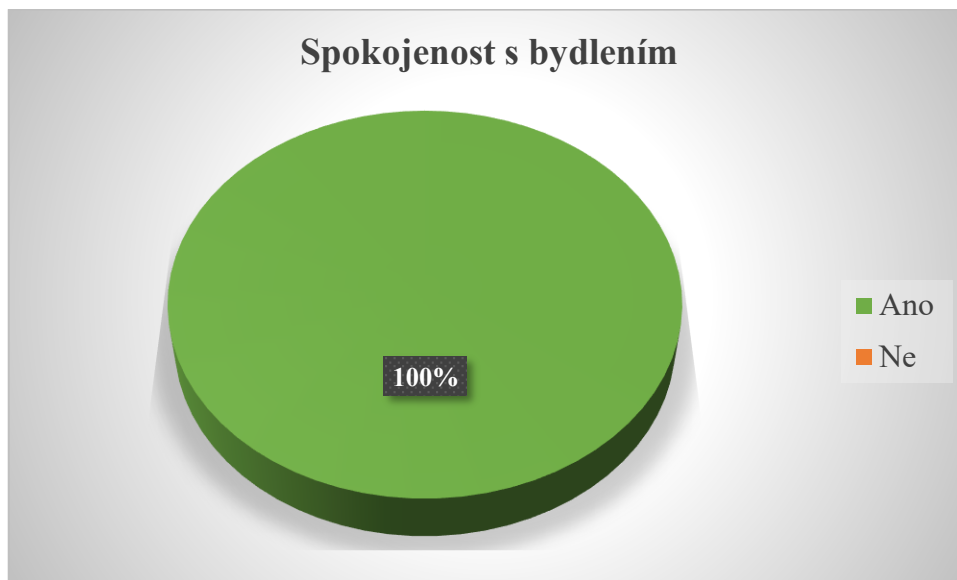
Graf č. 7 – Délka pobytu v domově důchodců

Na otázku, jak dlouho žijí senioři v domově důchodců odpovědělo všech 40 dotazovaných. Z výsledků je patrné, že méně než rok žije v DD 10 seniorů (25 %), 11 respondentů (27,5 %) žije v DD 1-2 roky, 11 respondentů (27,5 %) žije v DD 2-5 let a 8 respondentů (20 %) žije v DD již více než 5 let.

Otázka č. 8- Jste spokojen/a s bydlením v domově důchodců?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Spokojení s bydlením	40	100 %
Nespokojení s bydlením	0	0 %

Tabulka č. 8 – Spokojenost s bydlením



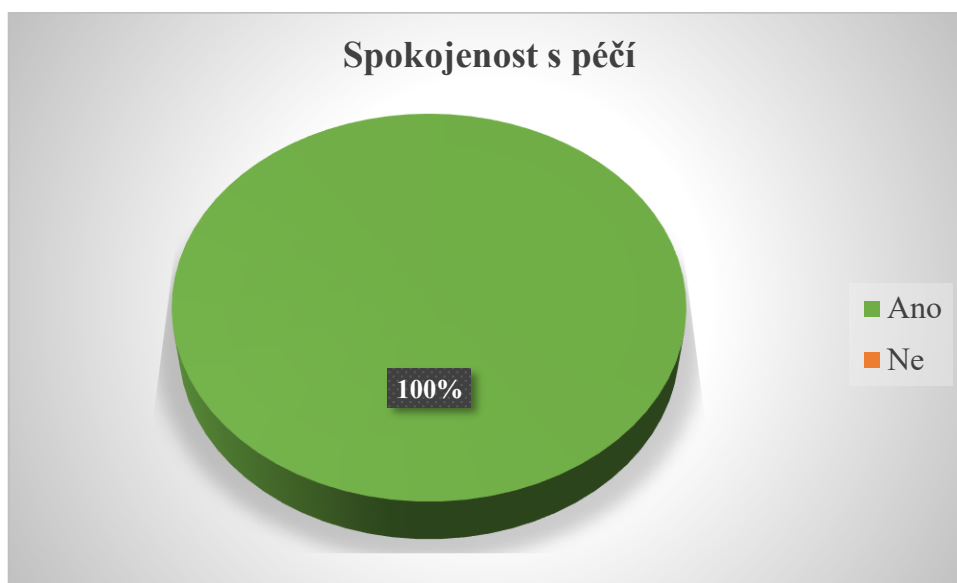
Graf č. 8 – Spokojenost s bydlením

Z grafu číslo 8 je na první pohled zřejmé, že ze 40 dotazovaných seniorů odpovědělo 40 seniorů (100 %), že jsou s bydlením v domově důchodců spokojeni.

Otázka č. 9- Jste spokojen/a s pečovatelskou a zdravotnickou péčí v domově důchodců?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Spokojení s péčí	40	100 %
Nespokojení s péčí	0	0 %

Tabulka č. 9 – Spokojenost s péčí



Graf č. 9 – Spokojenost s péčí

Z grafu číslo 9 je také na první pohled zcela zřejmé, že 40 dotazovaných seniorů (100 %) je spokojeno se zdravotnickou a pečovatelskou péčí poskytovanou domovem důchodců.

Otázka č. 10- Změnil/a byste něco v souvislosti s péčí pečovatelek/sester?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Změnit něco	2	5 %
Nic neměnit	38	95 %

Tabulka č. 10 – Změnil/a byste něco v souvislosti s péčí?



Graf č. 10 – Změnil/a byste něco v souvislosti s péčí?

Na otázku, zdali by senioři změnili něco v souvislosti s péčí, odpovědělo 38 dotazovaných (95 %), že by v souvislosti s péčí nic neměnili. Pouze dva dotazovaní (5 %) odpověděli, že by něco pozměnili.

Otázka č. 11- Pokud byste něco chtěl/a změnit na bydlení v domově důchodců, co by to bylo?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Jídlo	16	40 %
Vybavení	1	2,50 %
Přístup	2	5 %
Programy a akce	1	2,50 %
Nic	20	50 %

Tabulka č. 11 – Co byste chtěl/a změnit?



Graf č. 11 – Co byste chtěl/a změnit?

Na otázku č. 11, co by senioři chtěli popřípadě změnit na celkovém bydlení v domově důchodců, odpovědělo 20 seniorů (50 %), že nic měnit v souvislosti s bydlením v DD nechtějí. 16 seniorů (40 %) odpovědělo, že by si přáli pozměnit jídlo, které jim je poskytováno domovem důchodců. Další 2 senioři by změnili přístup personálu. Jedná se o seniory, kteří odpověděli i v otázce 10 kladně, tudíž že by chtěli změnit něco na péči, která je jim poskytována. Tito 2 respondenti mi na volné místo pod otázkou 11 vepsali, že by chtěli, aby na ně pečovatelky a sestřičky byly pomalejší a daly jim větší časový prostor pro vykonání nějaké činnosti. Dále 1 respondent zakroužkoval možnost změny vybavení a poslední respondent by zařadil lepší programy a akce do denních aktivit.

**Otázka č. 12- Jsou Vám k dispozici společné aktivity poskytované domovem důchodců?
(například vaření, tvořivé dílny apod.)**

	Počet seniorů	Relativní četnost
Dispozice aktivit	40	100 %
Nejsou k dispozici aktivity	0	0 %

Tabulka č. 12 – Přítomnost aktivit poskytovaných domovem důchodců



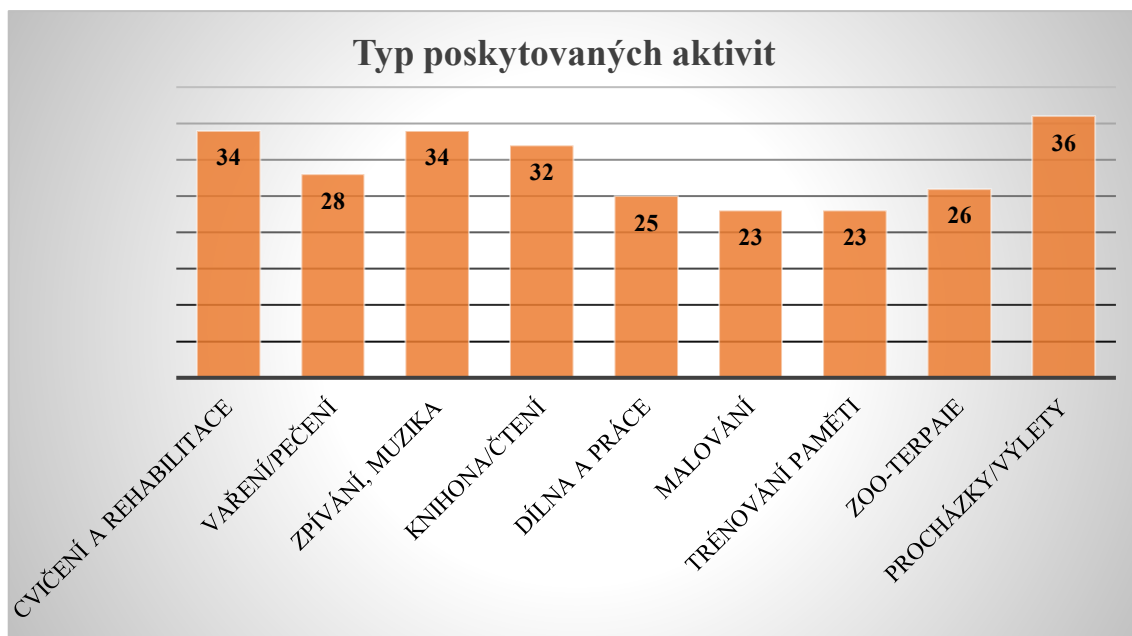
Graf č. 12 – Přítomnost aktivit poskytovaných domovem důchodců

Z grafu číslo 12 je zcela zřejmé, že 40 dotazovaných seniorů (100 %) má k dispozici společné aktivity poskytované domovem důchodců.

Otázka č. 13- Pokud ano o jaké aktivity se jedná?

Typ aktivit	Cvičení/rehabilitace	Vaření a pečení	Zpívání	Knihovna a čtení	Tvořivá dílna	Malování	Trénování paměti	Zoo-terapie	Procházky
Počet seniorů	34	28	34	32	25	23	23	26	36

Tabulka č. 13 – Typ poskytovaných aktivit



Graf č. 13 – Typ poskytovaných aktivit

V otázce č. 13 měli senioři možnost kroužkovat více odpovědí, od 1 do 9 aktivit, které jim jsou poskytovány. 34 seniorů zakroužkovalo, že mají k dispozici aktivitu „Cvičení a rehabilitace“. 28 seniorů má k dispozici aktivitu „Vaření a pečení“, 34 seniorů má k dispozici společné zpívání, poslech muziky nebo hraní na hudební nástroj. 32 seniorů má k dispozici společné čtení a knihovnu, 25 seniorů má k dispozici společné tvořivé dílny či jiné tvořivé práce. 23 seniorů má k dispozici malování, jako společnou aktivitu. 23 seniorů má k dispozici trénování paměti, 26 seniorů má k dispozici zoo-terapii a 36 seniorů má k dispozici společné výlety a společné chození na procházky.

Otázka č. 14- Navštěvujete tyto společenské aktivity poskytované domovem důchodců?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Navštěvuje aktivity	36	90 %
Nenavštěvuje aktivity	4	10 %

Tabulka č. 14 – Návštěvnost aktivit



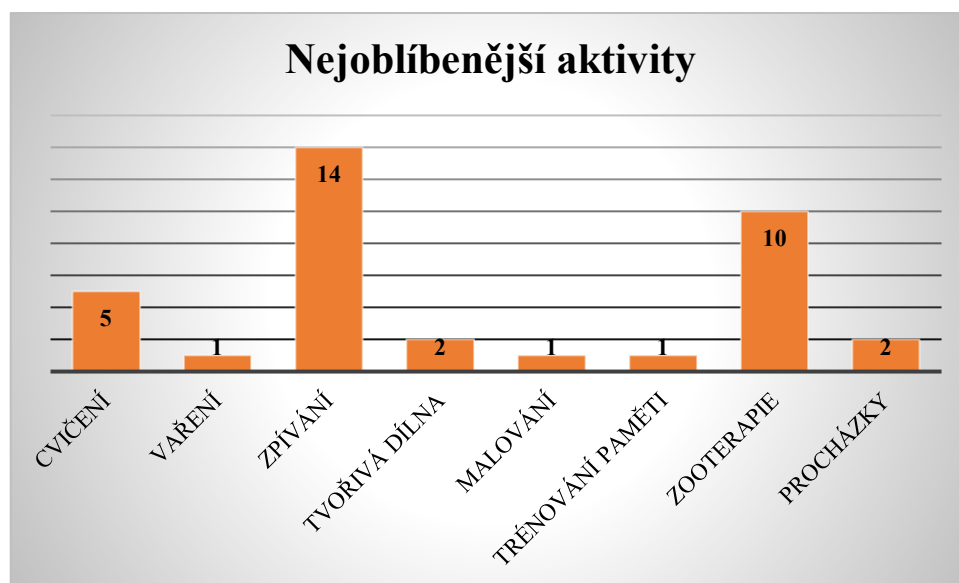
Graf č. 14 – Návštěvnost aktivit

Na otázku číslo 14, zdali senioři navštěvují tyto společenské aktivity, které jim jsou poskytované domovem důchodců, odpovědělo 36 respondentů (90 %) kladně a 4 respondenti (10 %) odpověděli negativně.

Otázka č. 15- Jaké z těchto aktivit navštěvujete nejraději a nejčastěji. (vyberte pouze jednu z odpovědí)

	Počet seniorů	Relativní četnost
Cvičení	5	13,89 %
Vaření	1	2,78 %
Zpívání	14	38,89 %
Tvořivá dílna	2	5,56 %
Trénování paměti	1	2,78 %
Malování	1	2,78 %
Zoo-terapie	10	27,78 %
Procházky	2	5,56 %

Tabulka č. 15 – Nejoblíbenější aktivity



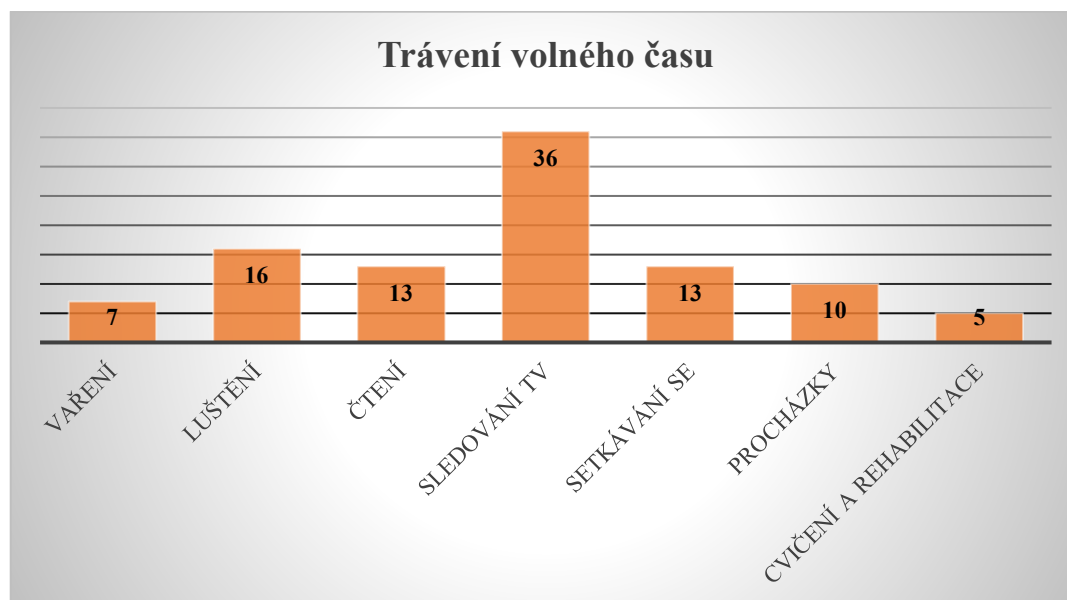
Graf č. 15 – Nejoblíbenější aktivity

Na otázku číslo 15 odpovědělo 36 ze 40 respondentů, jelikož 4 respondenti uvedli, že aktivity nabízené domovem důchodců nenavštěvují. 5 seniorů (13,89 %) nejraději navštěvuje pohybové aktivity a cvičení, 1 senior (2,78 %) nejraději navštěvuje společné vaření, dále 14 seniorů (38,89 %) navštěvuje nejraději zpívání a společný poslech muziky. 2 senioři (5,56 %) se nejraději účastní tvořivých dílen, 1 senior (2,78 %) nejraději navštěvuje malování, 1 senior (2,78 %) nejraději navštěvuje trénování paměti, 10 seniorů (27,78 %) se nejraději účastní ZOO-terapie a 2 senioři (5,56 %) mají nejraději společné procházky a výlety. Nejoblíbenější aktivitou seniorů je tedy zpívání a společný poslech muziky.

Otázka č.16- Jakým stylem sám/sama trávíte volný čas?

Typ aktivit	Vaření	Luštění křížovek	Čtení	Sledování TV	Setkávání se	Procházky	Cvičení
Počet seniorů	7	16	13	36	13	10	5

Tabulka č. 16 – Trávení volného času



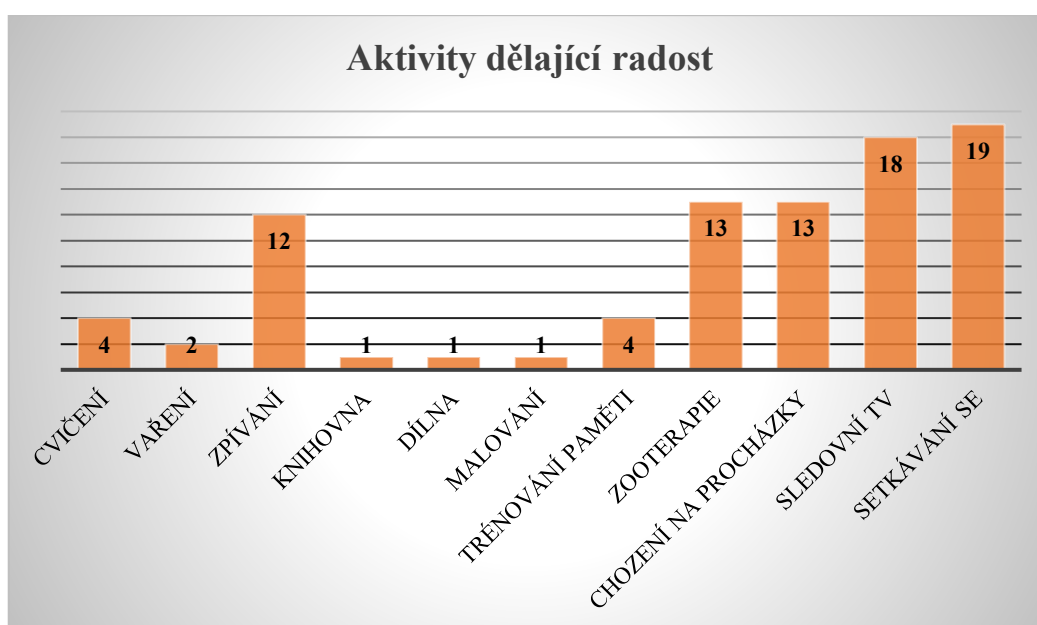
Graf č. 16 – Trávení volného času

U otázky, jakým stylem tráví seniori svůj volný čas, mohli respondenti kroužkovat více odpovědí. 7 seniorů označilo, že svůj volný čas tráví vařením. 16 seniorů označilo, že svůj volný čas tráví luštěním křížovek, dále 13 lidí si ve volném čase čte. 36 osob tráví svůj volný čas sledováním televize. 13 seniorů využívá volný čas pro setkání se se známými. 10 seniorů chodí ve volném čase na procházky a 5 lidí využívá svůj volný čas pro cvičení a rehabilitaci.

Otázka č. 17- Které aktivity Vám zlepší den a udělají radost?

Typ aktivity	Cvičení	Vaření	Zpěv	Čtení	Dílna	Malování	Trénování paměti	Zooterapie	Procházky	Sledování TV	Setkávání se
Počet seniorů	4	2	12	1	1	1	4	13	13	18	19

Tabulka č. 17 – Aktivity dělající radost



Graf č. 17 – Aktivity dělající radost

U otázky č. 17 také mohli seniori kroužkovat více odpovědí. Nejvíce seniorů (19) označilo aktivitu setkávání se s ostatními, za nejvíce radostnou aktivitu. Dále dělá osmnácti seniorům radost sledovat televizi, 13 seniorů obveselí chození na procházky či zooterapie. Také zpívání dělá radost 12 seniorům, cvičení a trénování paměti rozveselí 4 seniory, vaření dělá radost 2 seniorům. Tvořivá dílna, malování a společné čtení v knihovně dělá radost jednomu seniorovi.

Otázka č. 18- Co byste si přál/a ještě dělat, nějakou aktivitu, kterou nemáte k dispozici?

Typ aktivity	Cvičení	Knihovna	Trénování paměti	Zoo-terapie	Procházky
Počet seniorů	1	1	1	2	1

Tabulka č. 18 – Aktivity, které nejsou k dispozici



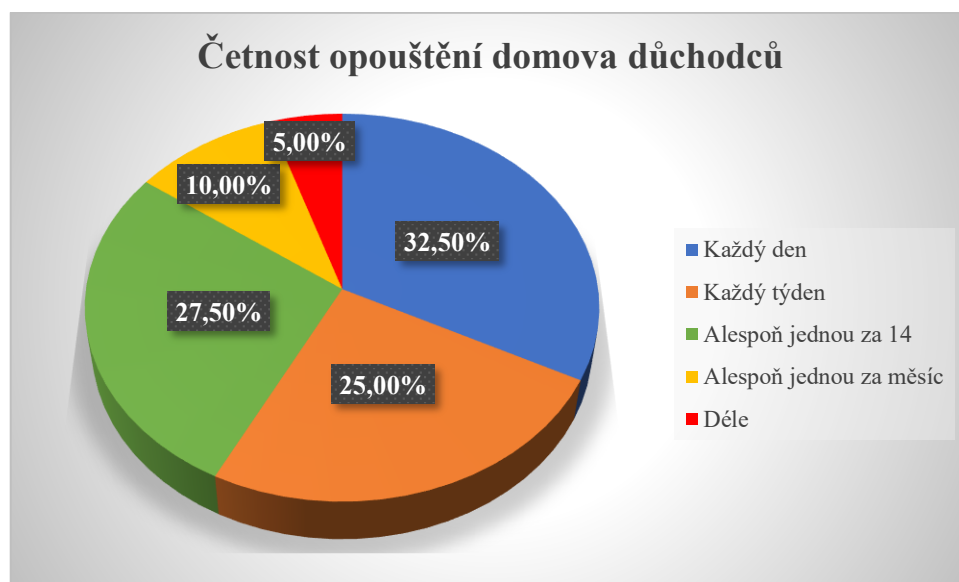
Graf č. 18 – Aktivity, které nejsou k dispozici

34 respondentů ze 40 odpovědělo, že mají k dispozici všechny aktivity, které chtějí dělat. Zbýlých 6 respondentů označilo následující odpovědi. 2 senioři nemají k dispozici zooterapii, 1 senior by si přál chodit na procházky, dále jeden senior nemá k dispozici trénink paměti, 1 respondent nemá k dispozici čtení a knihovnu, 1 senior nemá k dispozici cvičení a rehabilitaci.

Otázka č. 19- Jak často opouštíte budovu domova důchodců? Například za účelem procházky, návštěva lékaře či jiné.

	Počet seniorů	Relativní četnost
Každý den	13	32,50 %
Každý týden	10	25 %
Alespoň jednou za 14 dní	11	27,50 %
Alespoň jednou za měsíc	4	10 %
Déle	2	5 %

Tabulka č. 19 – Četnost opouštění domova důchodců



Graf č. 19 – Četnost opouštění domova důchodců

Všichni dotazovaní (40) odpověděli na otázku, jak často opouštějí budovu domova důchodců. 13 dotazovaných (32,50 %) opouští budovu domova důchodců každý den. 10 dotazovaných (25 %) opouští budovu domova důchodců každý týden. 11 dotazovaných (27,50 %) opouští budovu domova důchodců alespoň jednou za 14 dní. Alespoň jednou za měsíc opouští budovu DD 4 dotazovaní (10 %). Pouze 2 dotazovaní (5 %) opouští budovu domova důchodců déle než jednou za měsíc.

Otázka č. 20- Na jakém pokoji jste ubytován?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Jednolůžkový pokoj	20	50 %
Dvoulůžkový pokoj	17	42,5 %
Třilůžkový pokoj	3	7,5 %

Tabulka č. 20 – Počet lůžek na pokoji



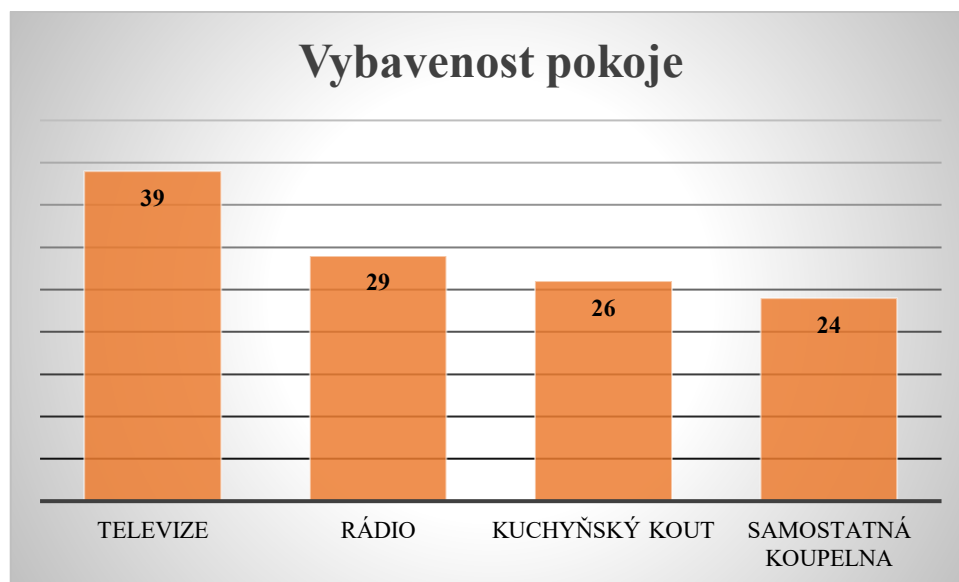
Graf č. 20 – Počet lůžek na pokoji

Ze všech 40 dotazovaných, odpovědělo 20 (50 %) seniorů, že jsou ubytováni na jednolůžkovém pokoji, nebo v samostatném bytě. 17 dotazovaných (42,50 %) sdílí dvoulůžkový pokoj s jiným obyvatelem DD. Pouze 3 ze 40 dotazovaných seniorů (7,50 %) jsou ubytováni na třilůžkovém pokoji.

Otázka č. 21- Jaké vybavení máte jako součást pokoje?

Vybavení	Televize	Rádio	Kuchyňský kout	Samostatná koupelna
Počet seniorů	39	29	26	24

Tabulka č. 21 – Vybavenost pokoje



Graf č. 21 – Vybavenost pokoje

Na otázku č. 21 mohli respondenti odpovídat kroužkováním více možností. 39 seniorů má jako součást pokoje televizi, 29 seniorů má na svém pokoji rádio, 26 seniorů má na svém pokoji k dispozici kuchyňský kout a 24 seniorů má jako součást pokoje samostatnou koupelnu.

Otázka č. 22- Cítíte někdy pocit osamělosti?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Má pocit osamělosti	17	42,50 %
Nemá pocit osamělosti	23	57,50 %

Tabulka č. 22 – Pocit osamělosti



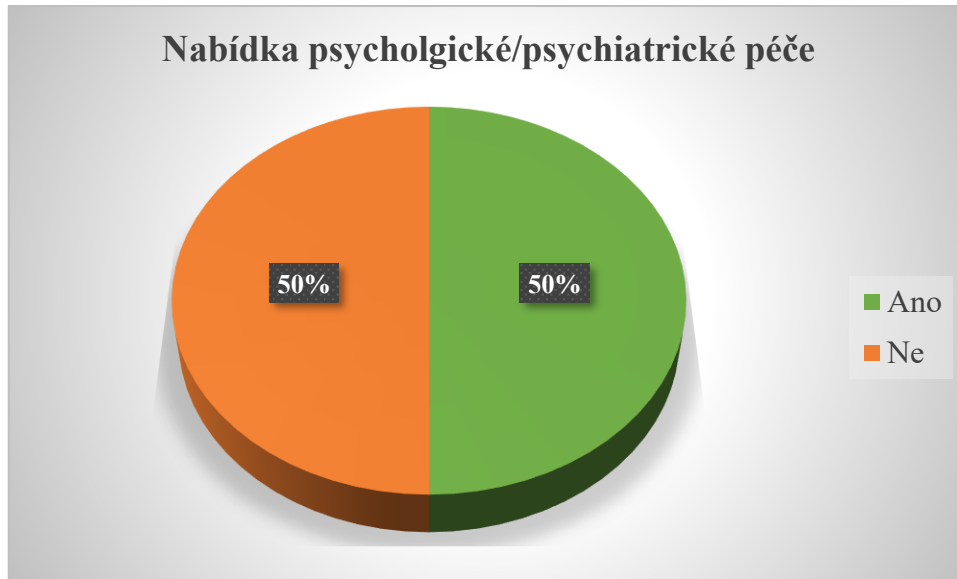
Graf č. 22 – Pocit osamělosti

Na otázku, zdali senioři někdy pociťují osamělost, odpovědělo 40 ze 40 dotazovaných. 23 dotazovaných (57,50 %) odpovědělo, že pocit osamělosti nikdy necítí. 17 dotazovaných (42,50 %) odpovědělo, že někdy pocit osamělosti cítí.

Otázka č. 23- Je Vám nabízena psychologická/psychiatrická péče v rámci domova důchodců?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Nabízena péče psychologa/psychiatra	20	50 %
Nenabízena péče psychologa/psychiatra	20	50 %

Tabulka č. 23 – Nabídka psychologické/psychiatrické péče



Graf č. 23 – Nabídka psychologické/psychiatrické péče

Z grafu č. 23 je zcela zřejmé, že jedné polovině dotazovaných (20 seniorů-50 %) je nabízena psychologická či psychiatrická péče. Druhé polovině dotazovaných (20 seniorů-50 %) není tato péče nabízena.

Otázka č. 24- Navštěvujete psychologickou či psychiatrickou poradnu?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Navštěvuje psychologa/psychiatra	3	7,50 %
Nenavštěvuje psychologa/psychiatra	37	92,50 %

Tabulka č. 24 – Návštěvnost psychologa/psychiatra



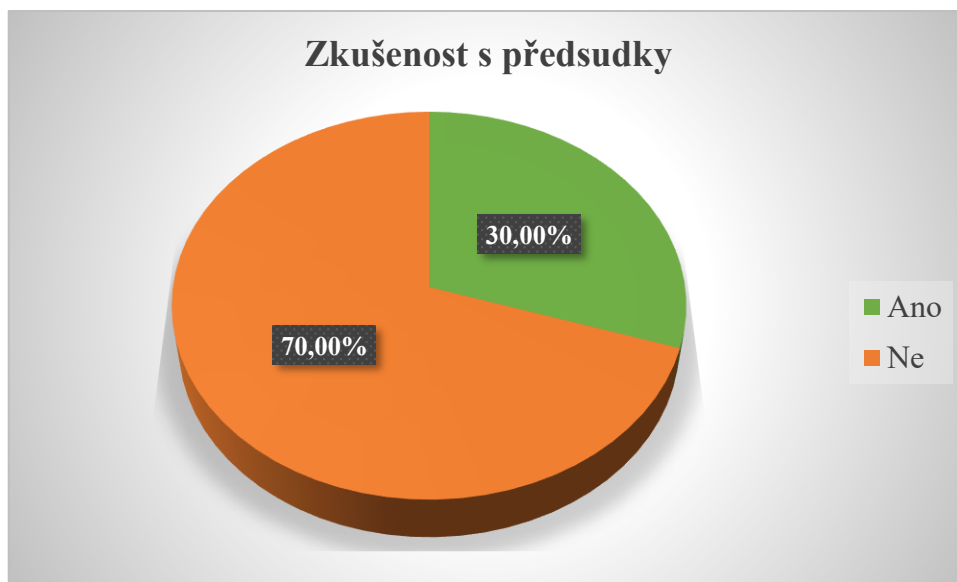
Graf č. 24 – Návštěvnost psychologa/psychiatra

Na otázku 24, zdali senioři navštěvují psychologickou nebo psychiatrickou poradnu, odpovědělo 37 seniorů ze 40 (92,5 %), že tyto poradny nenavštěvují. 3 z dotazovaných 40 seniorů (7,5 %) odpověděli, že jednu z výše uvedených poraden navštěvují.

Otázka č. 25- Setkal/a jste se někdy s předsudky ohledně stáří, zlého zacházení z důvodu staršího věku, s ponižováním nebo urážkami kvůli věku

	Počet seniorů	Relativní četnost
Má zkušenost s předsudky	12	30 %
Nemá zkušenost s předsudky	28	70 %

Tabulka č. 25 – Zkušenost s předsudky



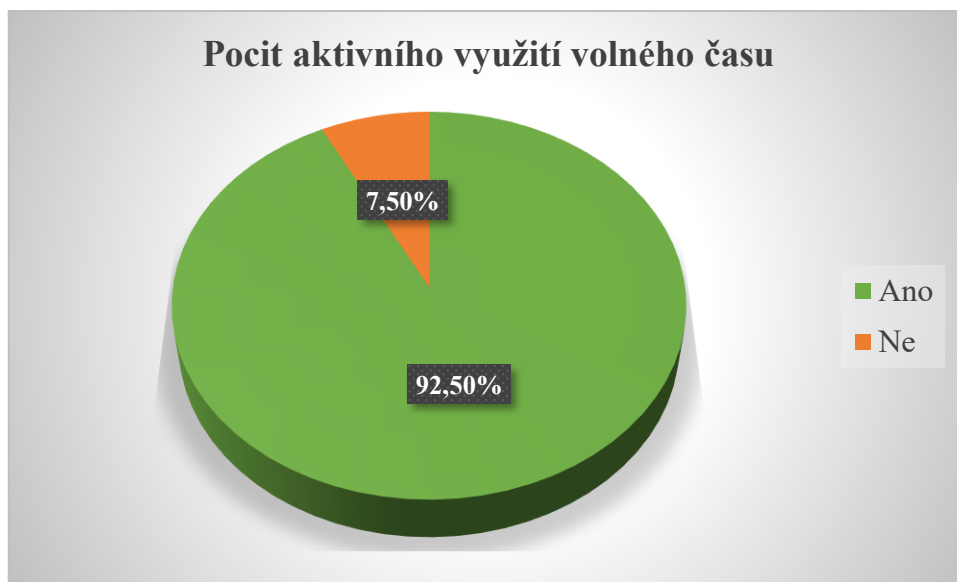
Graf č. 25 – Zkušenost s předsudky

Na otázku ohledně předsudků a věkové diskriminace odpovědělo 40 ze 40 respondentů. 28 seniorů (70 %) odpovědělo, že s předsudky ohledně stáří a se zlým zacházení z důvodu staršího věku, se nikdy nesetkali. 12 seniorů (30 %) se s těmito předsudky v minulosti již setkali.

Otázka č. 26- Máte pocit, že využijete aktivně svůj volný čas?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Pocit využitého času	37	92,50 %
Pocit nevyužitého času	3	7,50 %

Tabulka č. 26 – Pocit aktivního využití volného času



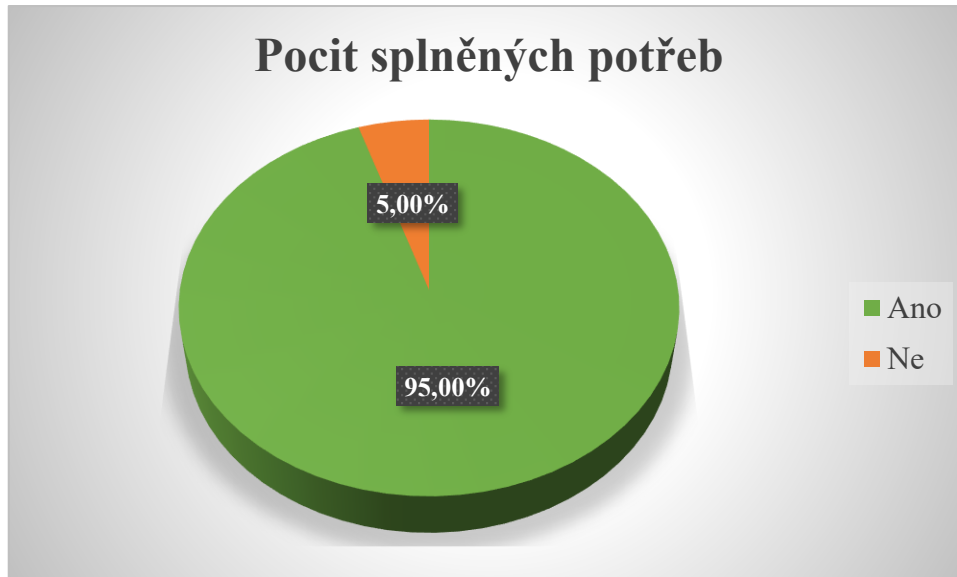
Graf č. 26 – Pocit aktivního využití volného času

Z výše uvedeného grafu č. 26 je zřejmé, že 37 seniorů (92,5 %) mají pocit dostatečného využití svého volného času. 3 respondenti (7,5 %) mají pocit, že svůj volný čas plně nevyužijí.

Otázka č. 27- Máte pocit dostatečného plnění Vašich potřeb?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Pocit naplněných potřeb	38	95 %
Pocit nenaplnění potřeb	2	5 %

Tabulka č. 27 – Pocit splněných potřeb



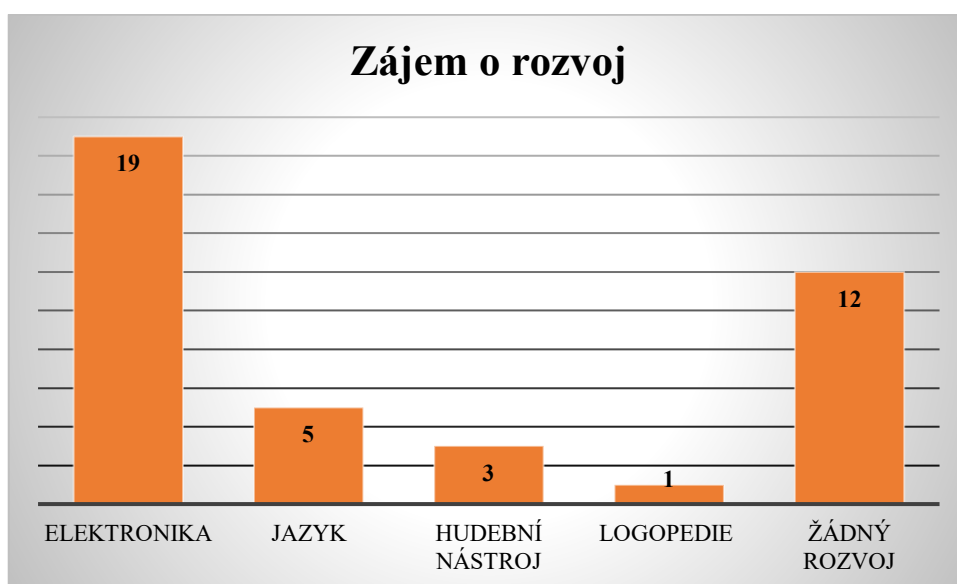
Graf č. 27 – Pocit splněných potřeb

Z výše uvedeného grafu je také zřejmé, že 38 dotazovaných (95 %) seniorů má pocit dostatečného plnění potřeb. Zbylých 5 %, tedy 2 respondenti, nemají pocit dostatečného plnění svých potřeb.

Otázka č. 28–O jaký rozvoj byste měl/a zájem?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Elektronika a technologie	19	47,50 %
Rozvoj jazyků	5	12,50 %
Rozvoj hudebních schopností	3	7,50 %
Logopedický rozvoj	1	2,50 %
Žádný rozvoj	12	30 %

Tabulka č. 28 – Zájem o rozvoj



Graf č. 28 – Zájem o rozvoj

Ze 40 dotazovaných seniorů nemá 12 seniorů (30 %) zájem o rozvoj ve stáří. 19 seniorů (47,5 %) by mělo zájem o rozvoj dovedností a schopností s novějšími technologiemi, jako je například počítač, televize, nebo mobilní telefon. O rozvoj již naučeného jazyka, nebo o naučení se nového jazyka by mělo zájem 5 seniorů (12,5 %). O rozvoj hry na hudební nástroj, nebo o naučení se na nový hudební nástroj by měli zájem 3 dotazovaní senioři (7,5 %) a 1 z dotazovaných seniorů (2,5 %) by měl zájem o logopedický rozvoj.

Otázka č. 29- Existuje nějaký cíl, něco čeho byste chtěl/a v životě dosáhnou?

	Počet seniorů	Relativní četnost
Stanovený cíl	24	60 %
Nemá stanovený cíl	16	40 %

Tabulka č. 29 – Existence stanoveného cíle



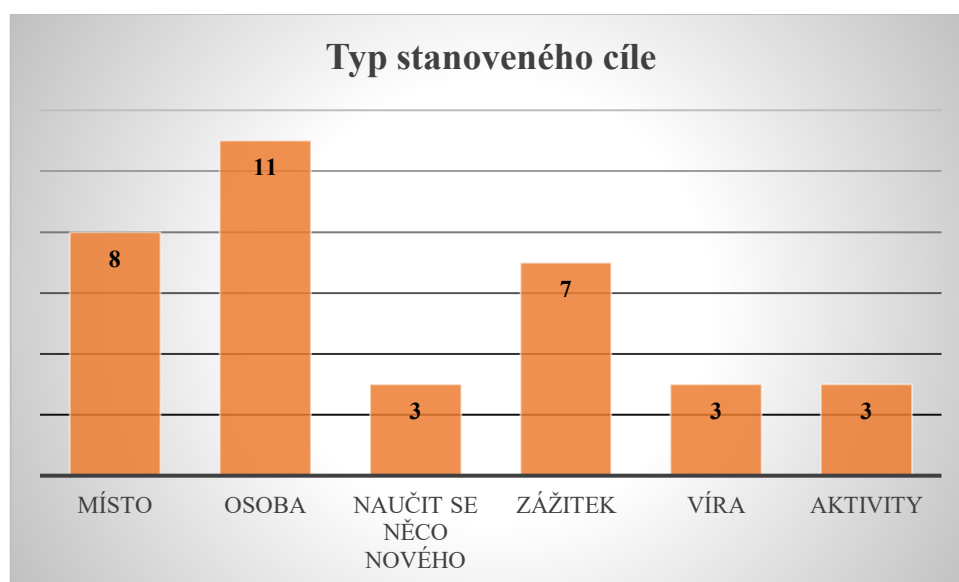
Graf č. 29 – Existence stanoveného cíle

Z grafu číslo 29 je zřejmé, že 24 dotazovaných seniorů (60 %) má nějaký stanovený cíl. 16 dotazovaných seniorů (40 %) žádný stanovený cíl nemá.

Otázka č. 30- Pokud ano, jakého cíle byste chtěl/a dosáhnout?

Typ cíle	Místo	Osoba	Naučit se něco nového	Zážitek	Víra	Aktivity
Počet seniorů	8	11	3	7	3	3

Tabulka č. 30 – Typ stanoveného cíle



Graf č. 30 – Typ stanoveného cíle

Na otázku číslo 30 senioři odpovídali kroužkováním více odpovědí. Ze 40 seniorů nemá 16 seniorů stanovený cíl. Tudiž odpovědi jsou od 24 seniorů. 8 seniorů má za cíl navštívit ještě nějaké místo, 11 seniorů by se ještě chtěli potkat s nějakou osobou, 3 osoby by se ještě chtěl něco nového naučit, 7 seniorů by chtělo prožít nějaký zážitek, 3 osoby mají stanovený cíl v oblasti víry a 3 senioři by chtěli do svého života zapojit více aktivit.

10 Diskuse

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života seniorů v domovech důchodců. Pojem kvalita života je z medicínského a psychologického pohledu je subjektivní měřitelný ukazatel zdraví, který vychází z bio-psycho-sociální rovnováhy a pohody. (Dvořáčková, 2012, s. 26)

Kvalitu života seniorů ovlivňuje zejména okolní prostředí, spokojenost s okolním prostředím, spokojenost s péčí, nebo například dostatek sociálního kontaktu a dostatek aktivit, které zaplňují seniorův volný čas a denní program. (Dvořáčková, 2012, s. 26)

Cíl č. 1 – Zjistit kvalitu života seniorů žijících v domovech důchodců.

Spokojenost seniorů je jedním z hlavních ukazatelů kvality života v domovech důchodců. Pro většinu seniorů je domov důchodců druhým domovem, který sice nenahradí jejich celoživotní domov, ale do jisté míry jim domov důchodců přiroste k srdci, jelikož vidí, že je tu o ně skvěle pečováno. Na bydlení v domově důchodců a na spokojenost s bydlením, nebo s péčí jsme se ptali v otázkách č. 7,8,9,10,11,20 a 21.

Nejprve jsme se ptali jak dlouho senioři žijí v domově důchodců. Na tuto otázku odpověděli senioři poměrně vyrovnaně. 10 seniorů žije v domově méně než rok, 11 seniorů zde žije 1-2 roky, 11 seniorů zde žije 2-5 let a 8 seniorů žije domově důchodců již více než 5 let.

V otázce 8 a 9 jsme se seniorů ptali jak jsou spokojeni s bydlením domově důchodců a jak jsou spokojeni s péčí. V obou případech odpověděli všichni respondenti, že jsou s péčí a s bydlením spokojeni. Myslím si, že tento fakt je zapříčiněn tím, že v geriatrickém centru panuje velmi přátelská atmosféra a všichni pracovníci jsou vybíráni pečlivě, aby nedošlo k nedostatečné péči o seniory.

Na otázku č. 9, zdali by senioři chtěli změnit něco na péči o ně samotné, odpovědělo 38 seniorů, že měnit nic nechtějí. Pouze dva senioři chtěli něco změnit v souvislosti s péčí pečovatelek a sester.

Dva senioři, kteří si přáli změnu ohledně péče v otázce 9, zaškrtnuli v otázce 10, že by chtěli změnit přístup personálu. Pod tuto otázku pak vyplnili, že na ně personál spěchá v různých činnostech, že by potřebovali déle času na vykonání některých aktivit. Toto zjištění nás znepokojilo, jelikož si myslím, že každý pracovník v sociálních službách by měl mít pochopení pro pomalejší tempo seniorů. Každý pracovník by měl být trpělivý při práci a komunikaci se seniory a na každou činnost by si měl vymezit čas, při kterém nebude muset

na seniora spěchat. Dalších 20 seniorů odpovědělo na otázku 11, že by nic měnit nechtěli. Zbytek respondentů označil v hojném počtu šestnácti lidí, že by chtěli změnit stravování. Myslím si, že je taková nespokojenost se stravováním způsobena tím, že se v geriatrickém centru měnil kuchař. Seniori byli zvyklí na stravu od bývalého kuchaře a na nového kuchaře si ještě nezvykli. Dále by chtěl 1 senior změnit vybavení v domově důchodců a 1 senior by chtěl zapojit do volného času více akcí a programů pořádaných domovem důchodců.

Tyto předešlé otázky (otázky číslo 7,8,9,10,11,20 a 21) ukázaly, že seniori jsou s péčí pečovatelek a sester většinou spokojeni. Jsou spokojeni i s bydlením v domově důchodců. Jediným problémem na bydlení v domově důchodců bylo již zmiňované stravování a uspěchanost pracovníků.

Cíl č. 2 - Stanovit dostupnost aktivizačních terapií v domově důchodců.

V otázce č. 12 jsme se respondentů ptali, zdali jim jsou nabízené společné aktivity poskytované domovem důchodců. Tato otázka je pak rozvedena do otázek č.13, 14, 15, 17 a 18. Společné aktivity jsou k dispozici všem obyvatelům domova důchodců. V dotazníku bylo seniorům nabízeno 9 aktivit, které měli kroužkovat podle toho, zdali jim jsou tyto aktivity nabízené. Nejvíce jsou dle dotazníku seniorům nabízeny procházky a výlety, poté cvičení a rehabilitace, zpívání a poslech muziky, knihovna a společné čtení. Dále jsou seniorům nabízeny aktivity, např. malování, tvořivé dílny, trénování paměti, zooterapie a společné vaření či pečení.

Cíl č. 3 - Zjistit, které aktivity poskytované domovem důchodců, jsou nejnavštěvovanější a nejoblíbenější.

Společné aktivity navštěvuje skoro většina respondentů, pouze 4 seniori tyto aktivity nenavštěvují. Těchto 36 respondentů odpovídalo na otázku číslo 15, kde jsme zjišťovali oblíbenost dostupných aktivit. Nejoblíbenějšími aktivitami se stalo zpívání, které navštěvuje nejraději 14 seniorů, dále 10 seniorů navštěvuje nejraději terapii se zvířaty a jako třetí nejnavštěvovanější aktivitou se stalo cvičení a rehabilitace. Největší radost seniorům dělá setkávání se s ostatními obyvateli domova, sledování televize, zpívání, chození na procházky a zooterapie. Na otázku 18, zdali seniorů chybí nějaká aktivita, odpovědělo 34 seniorů, že mají všechny aktivity, které by chtěli podnikat, k dispozici. 6 seniorů nemá některou z aktivit k dispozici. Jednalo se o cvičení, společné čtení, trénování paměti, zooterapii a procházky. Myslím si, že je to způsobeno tím, že jsou někteří seniori

hendikepování a nemohou se v plném rozsahu účastnit pohybových aktivit. Dále si myslím, že například zooterapii neměli k dispozici senioři, kteří v domově důchodců nebydlí déle, než 1 rok.

Celkově si myslím, že mají senioři na výběr mnoho aktivit, které jim pomáhají rozvíjet, nebo udržovat soběstačnost a nezávislost. Díky těmto aktivitám si myslím, že senioři v domově důchodců mohou žít aktivnější život, než v domácím prostředí. Nabídka aktivit je dle dotazníku velká a každý den je mnoho z aktivit v denním programu seniorů. Myslím si také, že díky terapiím a aktivizačním programům dochází ke zlepšení kvality péče v mnoha směrech, až je to díky zlepšení vztahu mezi pečovatelem a seniorem, nebo je to zlepšení kognitivních funkcí seniora, fyzických funkcí apod.

Tyto otázky se dále dají zhodnotit otázkami č. 26 a 27, ve kterých jsme se seniorů ptali na pocit dostatečného využití volného času a dostatečného plnění jejich potřeb. 37 seniorů má pocit dostatečného a aktivního využití volného času a 38 seniorů má pocit dostatečného plnění potřeb. To odpovídá mým předešlým teoriím, že senioři mají dostatek nabízených aktivit, aby využili aktivně svůj čas. Také spokojenost seniorů odpovídá pocitu naplněných potřeb.

Cíl č. 4 - Zjistit, zdali jsou pacienti socializováni a jsou-li v kontaktu se svými rodinami a známými.

V otázce č. 3 jsme se seniorů dotazovali na jejich rodinný stav. Ze 40 respondentů odpovědělo 25 respondentů, že jsou již ovdovělí, 7 respondentů je rozvedených, 7 respondentů vdaných/ženatých a 1 respondent je svobodný. Z výsledků můžeme předpokládat, že 33 respondentů, kteří nemají partnera, mohou mít sklony k pocitům osamělosti. Proto bylo nutné zjistit, do jaké míry mají respondenti jiné kontakty.

V otázce č. 4, 5 a 6 jsme se respondentů ptali, zdali mají děti a zdali je děti navštěvují, nebo jestli mají senioři alespoň telefonický kontakt s nějakým známým/příbuzným. 39 respondentů ze 40 odpovědělo, že mají děti. Pouze jeden respondent děti nemá. 39 dotazovaných dále odpovídali na otázku, jak často je děti navštěvují. Děti třinácti seniorů své rodiče navštěvují každý den, 15 respondentů je svými dětmi navštěvováno každý měsíc. 6 seniorů navštěvují jejich děti jednou za půl roku, jednoho seniora navštěvuje potomek jednou do roka. Zřídka kdy mají kontakt se svými dětmi 4 senioři. I tento fakt, kdy senioři nemají častý kontakt se svými dětmi, může přivést seniora k pocitu osamění. Myslím si, že navštěvovat své rodiče je morální povinnost každého dítěte. Navíc v době, kdy je člověk

oslabený nemocí, nebo je starší a oslabený, tím více kontakt s rodinou a jejich podporu potřebuje. Dále jsme se v otázce 6 ptali, zdali mají senioři alespoň telefonický kontakt s někým známým, nebo příbuzným. Tato otázka byla jednoznačná, jelikož všichni respondenti označili, že mají alespoň telefonický kontakt s osobou blízkou či příbuznou. Ačkoliv si myslím, že plnohodnotnější kontakt je fyzický, může i telefonát od blízké, nebo příbuzné osoby udělat hodně pro lepší psychický stav seniora.

Na tyto předešlé otázky (otázky č. 4,5 a 6) navazuje otázka č. 22, ve které jsme se senior dotazovali, zdali někdy cítí pocit osamělosti. Ze všech dotazovaných odpovědělo 23 seniorů, že pocit osamělosti necítí. Zbýlých 17 seniorů již někdy pocit osamělosti cítili. Myslím si, že tento fakt je ovlivněn z velké části skutečností, že v předešlých 2 letech byl většinu času zákaz návštěv v domově důchodců, který byl vyhlášen z důvodu pandemie COVID-19. Senioři tudíž neměli kontakt s okolním světem a s rodinami se viděli zřídka kdy. Tato nemoc ovlivnila nejen nás, ale hlavně seniory ve vyšším věku.

Cíl. č. 5 - Zjistit, jestli mají senioři nějaké stanovené cíle, popřípadě které cíle to jsou.

Mnoho seniorů si ke konci života pokládá otázku, co vlastně v životě udělali a zdali jsou tu ještě potřební. Mnoho lidí a seniorů vnímá stáří jako nemoc, díky které již nemají možnost dalšího rozvoje a jiných cílů. Mnoho seniorů si však ukládá nějaké cíle, kterých by chtěli ještě dosáhnout. Proto jsme seniorům položili otázku č. 28, 29 a 30. V otázce č. 28 jsme se seniorů ptali, o jaký rozvoj by ještě měli v životě zájem. 12 z dotazovaných nemá zájem o žádný rozvoj ve stáří. 19 seniorů má zájem o rozvoj dovedností a schopností s novějšími technologiemi a s elektronikou. 5 seniorů by chtěli rozvíjet své jazykové dovednosti, 3 dotazovaní senioři by měli zájem o rozvíjení svých hudebních schopností a 1 z dotazovaných seniorů má zájem o logopedický rozvoj. V otázce 29 jsme položili seniorům otázku, zdali mají ještě nějaký cíl. 16 dotazovaných žádný stanovený cíl nemá. 24 seniorů má nějaký stanovený cíl, kterého by chtěli v životě ještě dosáhnou. Těmito cíli jsou (dle odpovědí z otázky 30) například cíle v oblasti víry, které mají stanovené 3 senioři. Dále mají 3 senioři cíl zapojit do svého života více aktivit. 3 senioři by se chtěli naučit něco nového. 8 seniorů má za cíl navštívit nějaké místo. Nejvíce seniorů má za cíl setkat se ještě s nějakou osobou.

Ze svých zkušeností vím, že senioři většinou touží navštívit své rodné místo, místa kde vyrůstali a místa, kde prožili krásné chvíle svého života. Pro tyto příležitosti existuje

tzv. vzpomínková terapie, při které se mohou senioři společně se svými pečovateli vydat na procházku či výlet za místy, které by chtěl senior vidět. Také jsem pečovala o paní, která měla sen letět ještě někdy letadlem. Této paní se sen vyplnil, k narozeninám dostala let pro 2 osoby a společně s naší aktivizační pracovnící letěla nad naším městem v letadle.

Předpoklad č. 1

Na začátku výzkumu jsme předpokládali, že čím více se senioři zapojují do aktivit nabízených domovem důchodců, tím více jsou senioři spokojeni. Aktivit se účastní 36 dotazovaných seniorů (ze 40) a spokojenost v domově důchodců je 100 %. Tento fakt naplňuje náš předpoklad, že aktivity v denním programu seniorů ovlivňují jejich následnou spokojenost s bydlením v domově důchodců.

Předpoklad č. 2

Dále jsme předpokládali, že čím více jsou senioři socializováni, tím méně trpí osamělostí. Ačkoliv mají všichni senioři alespoň telefonický kontakt se svými blízkými, skoro polovina dotazovaných seniorů někdy cítí pocit osamělosti. To si myslíme je následek malého fyzického kontaktu s blízkými v době pandemie COVID-19. Mnoho ze seniorů své blízké nevidělo po celou dobu pandemie a měli pouze telefonní kontakt, který je nenaplňoval v takové míře, aby se necítili osamocení.

Předpoklad č. 3

Dále jsme předpokládali, že většina seniorů má vytyčený nějaký cíl, kterého by chtěli ještě dosáhnou. Velice nás překvapilo, když skoro polovina seniorů (16 respondentů) odpověděla, že žádný cíl již nemají, že nechtějí něčeho dosáhnout. Myslíme si, že je potřeba se seniory o této problematice více komunikovat, ujistit seniory, že věk není limitace pro jejich budoucí život, že stanovení nějakého cíle je bude dělat šťastnější a budou se více těšit na další dny svého života. Každý člověk, nehledě na jeho věk, by měl mít stanovené cíle, ke kterým bude směřovat své aktivity při každém dni.

Předpoklad č. 4

V otázce č. 25 jsme se seniorů ptali, zdali se někdy setkaly s předsudky ohledně stáří, s věkovou diskriminací, nebo se zlým zacházením z důvodu, že jsou staršími osobami. 12 z dotazovaných seniorů se s věkovou diskriminací již setkalo. Předpokládali jsme,

že se naprostá většina seniorů setkala s věkovou diskriminací. Ačkoliv je seniorů, kteří se s věkovou diskriminací setkali, méně než jsme předpokládali, výsledek není uspokojivý. Starší věk by neměl být skutečností, kvůli které by mělo být se senior zle zacházeno, nebo kvůli které by měl být senior urážen. Mezi veřejnost i mezi pracovníky v sociálních službách by měla být lepší osvěta, která ukáže hodnotu a moudrost věku, kterou senioři mají.

11 Závěr

V práci jsme se zabývali stárnutím a stářím, které je neodbytnou součástí každého z nás. O stáří a stárnutí se v dnešní době moc nemluví, dochází k diskriminacím z důvodu vyššího věku a k mnohým patologickým chováním vůči starším osobám.

V teoretické části je popsáno, co je to stáří, jak se projevuje stárnutí a jaké chování může mít vliv na budoucí stáří. Dále se teoretická část věnuje vybraným psychickým onemocněním, které postihují seniory, kvalitě života seniorů, aktivitám, které zlepšují kvalitu života seniora. Také je v teoretické části věnovaná kapitola sociálním zařízením, které poskytují péči seniorům, kteří ztrácejí nebo již nemají schopnost sebepečce a jsou závislí na pomoci od jiné osoby.

Cílem praktické části bylo zjistit kvalitu života seniorů v domově důchodců. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Dotazník jsme vytvořili na základě rozhovoru s vybranými obyvateli domova důchodců. Dotazník byl rozdán v domově důchodců v Týništi nad Orlicí. Celkový počet respondentů byl 40.

V dotazníkovém šetření jsme se zabývali seniorovými sociálními kontakty, jak často seniory navštěvují děti, jestli mají alespoň telefonický kontakt s někým z blízkých, jaké aktivity jsou seniorům k dispozici, jaké aktivity mají nejraději, jestli jsou senioři spokojeni s ošetrovatelskou péčí, zdali mají zájem o nějaký rozvoj, nebo také, jaké mají stanovené cíle, které by si ještě chtěli splnit. Z těchto a dalších otázek jsme mohli posoudit, jak kvalitní život žijí senioři v domově důchodců.

Kvalita poskytované péče v domově důchodců je, oproti očekávání okolí, na vysoké úrovni. Senioři vypovídají o uspokojených potřebách, o skvělých možnostech aktivizace, o možnostech rozvoje i o spokojenosti s péčí a bydlením v domově důchodců.

Myslíme si, že věk bychom neměli brát jako pouhé číslo, ale jako hodnotu a moudrost, kterou senioři získali za celý svůj prožitý život. Stáří čeká každého z nás a je potřeba se naučit citlivému a správnému chování k již starším lidem. Tak jak bychom i přáli, aby se ostatní chovali k nám, až budeme staří, tak bychom se měli chovat my ke starším osobám.

Dále si myslím, že by bylo dobré se seniorů v domovech důchodců častěji dotazovat, jak jsou spokojeni s péčí, co by chtěli změnit na péči a hlavně, jaké mají výhrady k dosavadní péči. Například negativně hodnocený spěch při péči lze po komunikaci s pracovníky omezit a snížit, aby nedocházelo k uspěchané péči.

Abstrakt

Autor: Marie Pražáková

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Název práce: Problematika psychologie seniorů a jejich život v domovech důchodců

Vedoucí práce: PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D., Ph.D.

Počet stran: 88

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2022

Klíčová slova: stáří, stárnutí, psychologie seniorů, psychické poruchy seniorů, domov důchodců, kvalita života seniorů, komunikace se seniory, sociální zařízení, aktivizace seniorů

Bakalářská práce pojednává o stáří a stárnutí seniorů a o jejich kvalitě života v domovech důchodců. V teoretické části jsou rozebírány změny způsobené stárnutím, nejčastější psychické onemocnění seniorů, salutogenetický přístup ke stáří, komunikace se seniory, sociální zařízení věnující se seniorům a kvalita života seniorů, která souvisí s jejich aktivizací.

V praktické části bakalářské práce jsou uvedené výsledky dotazníkového šetření. Respondenti byli obyvatelé domova důchodců. Celkový počet respondentů byl 40. Cílem empirické části bylo zjistit kvalitu života seniorů žijících v domově důchodců, zjistit jaké aktivity jsou jim nabízeny a v jaké míře jsou jim tyto aktivity nabízeny, dále zjistit spokojenost seniorů s péčí a s bydlením v domově důchodců.

Abstract

Name and surname of the author: Marie Pražáková

Institution: Charles University Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine, Department of Nursing

Title: Psychology of seniors and their life in retirement homes

Supervisor: PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D., Ph.D.

Number of pages: 88

Year of defense: 2022

Keywords: old age, aging, psychology of seniors, mental disorders of seniors, retirement home, quality of life of seniors, communication with seniors, social facilities, activation of seniors

The bachelor thesis deals with the old age and aging of seniors and their quality of life in retirement homes. The theoretical part discusses the changes caused by aging, the most common mental illness of seniors, salutogenetic approach to old age, communication with seniors, sanitary facilities dedicated to seniors, the quality of life of seniors and their activities.

The practical part of the bachelor thesis contains the results of a survey research. The respondents were residents of a retirement home. The total number of respondents was 40. The aim of the empirical part was to find out the quality of life of seniors living in a retirement home, Find out what activities are offered to seniors and find out how satisfied seniors are with care and living in a retirement home.

Seznam použité literatury

BAŠTECKÝ, Jaroslav, Quido KÜMPEL a Miloš VOJTĚCHOVSKÝ. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-716-9070-8.

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

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

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

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

ELIOPOULOS, Charlotte. *Gerontological nursing*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018. ISBN 9781496377258.

HAM, Richard J. *Ham's primary care geriatrics: a case-based approach*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, c2014. ISBN 978-0-323-08936-4.

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

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

HOSÁK, Ladislav a Michal HRDLIČKA. *Psychiatrie and pedopsychiatrie*. Prague: Charles University, Karolinum Press, 2016. ISBN 978-80-246-3378-7.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8274-2

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Jirák ROMAN, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr SUCHARDA. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

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

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

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

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MITTELMARK, Maurice B., Shifra SAGY, Monica ERIKSSON, Georg F. BAUER, Jürgen M. PELIKAN, Bengt LINDSTRÖM a Geir Arild ESPNES, ed. *The Handbook of Salutogenesis* [online]. Cham: Springer International Publishing, 2017 [cit. 2022-04-21]. ISBN 978-3-319-04599-3. Dostupné z: doi:10.1007/978-3-319-04600-6

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

MOOS, Petr. *SALUTOGENEZE: Podpora zdraví, nikoli pěstování strachu z nemocí* [online]. 1.4.2000 [cit. 2022-04-21]. Dostupné z: <http://moos-psycholog.cz/salutogeneze-podpora-zdravi-nikoli-pestovani-strachu-z-nemoci/>

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ. *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5775-9.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.

Seznam zkratek

AN – Alzheimerova nemoc

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

CMP – cévní mozková příhoda

Č. – číslo

DD – domov důchodců

DPS – dům s pečovatelskou službou

GC – geriatrické centrum

Spol. - společníci

Tzv. – tak zvaný, tak zvaně

Seznam grafů

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů	strana 35
Graf č. 2 – Věkové zastoupení	strana 36
Graf č. 3 – Rodinný stav respondentů	strana 37
Graf č. 4 – Potomci	strana 38
Graf č. 5 – Četnost návštěv dětí	strana 39
Graf č. 6 – Kontakt s rodinou či známými	strana 40
Graf č. 7 – Délka pobytu v domově důchodců	strana 41
Graf č. 8 – Spokojenost s bydlením	strana 42
Graf č. 9 – Spokojenost s péčí	strana 43
Graf č. 10 – Změnil/a byste něco v souvislosti s péčí?	strana 44
Graf č. 11 – Co byste chtěl/a změnit?	strana 45
Graf č. 12 – Přítomnost aktivit poskytovaných domovem důchodců	strana 46
Graf č. 13 – Typ poskytovaných aktivit	strana 47
Graf č. 14 – Návštěvnost aktivit	strana 48
Graf č. 15 – Nejoblíbenější aktivity	strana 49
Graf č. 16 – Trávení volného času	strana 50
Graf č. 17 – Aktivity dělající radost	strana 51
Graf č. 18 – Aktivity, které nejsou k dispozici	strana 52
Graf č. 19 – Četnost opouštění domova důchodců.....	strana 53
Graf č. 20 – Počet lůžek na pokoji	strana 54
Graf č. 21 – Vybavenost pokoje	strana 55
Graf č. 22 – Pocit osamělosti	strana 56
Graf č. 23 – Nabídka psychologické/psychiatrické péče	strana 57
Graf č. 24 – Návštěvnost psychologa/psychiatra	strana 58
Graf č. 25 – Zkušenost s předsudky	strana 59
Graf č. 26 – Pocit aktivního využití volného času	strana 60
Graf č. 27 – Pocit splněných potřeb	strana 61
Graf č. 28 – Zájem o rozvoj	strana 62
Graf č. 29 – Existence stanoveného cíle	strana 63
Graf č. 30 – Typ stanoveného cíle	strana 64

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů	strana 35
Tabulka č. 2 – Věkové zastoupení	strana 36
Tabulka č. 3 – Rodinný stav respondentů	strana 37
Tabulka č. 4 – Potomci	strana 38
Tabulka č. 5 – Četnost návštěv dětí	strana 39
Tabulka č. 6 – Kontakt s rodinou či známými	strana 40
Tabulka č. 7 – Délka pobytu v domově důchodců	strana 41
Tabulka č. 8 – Spokojenost s bydlením	strana 42
Tabulka č. 9 – Spokojenost s péčí	strana 43
Tabulka č. 10 – Změnil/a byste něco v souvislosti s péčí?	strana 44
Tabulka č. 11 – Co byste chtěl/a změnit?	strana 45
Tabulka č. 12 – Přítomnost aktivit poskytovaných domovem důchodců	strana 46
Tabulka č. 13 – Typ poskytovaných aktivit	strana 47
Tabulka č. 14 – Návštěvnost aktivit	strana 48
Tabulka č. 15 – Nejoblíbenější aktivity	strana 49
Tabulka č. 16 – Trávení volného času	strana 50
Tabulka č.17 – Aktivity dělající radost	strana 51
Tabulka č. 18 – Aktivity, které nejsou k dispozici	strana 52
Tabulka č. 19 – Četnost opouštění domova důchodců.....	strana 53
Tabulka č. 20 – Počet lůžek na pokoji	strana 54
Tabulka č. 21 – Vybavenost pokoje	strana 55
Tabulka č. 22 – Pocit osamělosti	strana 56
Tabulka č. 23 – Nabídka psychologické/psychiatrické péče	strana 57
Tabulka č. 24 – Návštěvnost psychologa/psychiatra	strana 58
Tabulka č. 25 – Zkušenost s předsudky	strana 59
Tabulka č. 26 – Pocit aktivního využití volného času	strana 60
Tabulka č. 27 – Pocit splněných potřeb	strana 61
Tabulka č. 28 – Zájem o rozvoj	strana 62
Tabulka č. 29 – Existence stanoveného cíle	strana 63
Tabulka č. 30 – Typ stanoveného cíle	strana 64

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník použitý pro výzkumné šetření ... strana 73

Příloha č. 2 – Žádost o povolení výzkumného šetření ... strana 80

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník použitý pro výzkumné šetření

Dotazník – Kvalita života seniorů v domovech důchodců

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Jmenuji se Marie Pražáková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru všeobecná sestra na lékařské fakultě v Hradci Králové.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží k výzkumné části mé bakalářské práce.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný, proto si Vás dovoluji požádat o co nejpresnější a nejpravdivější odpovědi.

Odpovědi ve formě možností (a,b,c atd) prosím zakroužkujte. U otázek s odpověďmi a,b,c,d... je možné zakroužkovat jednu či více odpovědí. Na otevřené otázky prosím odpovídejte na vyznačená místa.

Předem Vám velmi děkuji za Vaše odpovědi

1. Jakého jste pohlaví?

- a) Muž b) Žena

2. Kolik Vám je let?

.....

3. Jaký je váš rodinný stav?

- a) Svobodný/á
b) Ženatý/ Vdaná
c) Rozvedený/á
d) Ovdovělý/á

4. Máte děti?

- a) Ano
b) Ne

5. Pokud máte děti, navštěvují Vás...?

- a) Každý den
b) Každý měsíc
c) Jednou za půl roku
d) Jednou za rok
e) Zřídka kdy
f) Nenevštěvují

6. **Máte kontakt se svojí rodinou či známými? (telefonický i fyzický kontakt)**
- a) Ano
 - b) Ne
7. **Jak dlouho žijete v domově důchodců?**
- a) Méně než rok
 - b) 1-2 roky
 - c) 2-5 let
 - d) Více než 5 let
8. **Jste spokojen/a s bydlením v domově důchodců?**
- a) Ano
 - b) Ne
9. **Jste spokojen/a s pečovatelskou a zdravotnickou péčí v domově důchodců?**
- a) Ano
 - b) Ne
10. **Změnil/a byste něco v souvislosti s péčí pečovatelek/sester?**
- a) Ano
 - b) Ne
11. **Pokud byste něco chtěl/a změnit na bydlení v domově důchodců, co by to bylo?**
- a) Jídlo
 - b) Vybavení
 - c) Přístup personálu
 - d) Více aktivit
 - e) Více volného času
 - f) Lepší programy a akce
 - g) Jiné
-
-
-
12. **Jsou Vám k dispozici společné aktivity poskytované domovem důchodců?
(například vaření, tvořivé dílny apod.)**
- a) Ano
 - b) Ne

13. Pokud ano o jaké aktivity se jedná? (Vyplňujte pouze v případě kladné odpovědi v předchozí otázce)

- a) Cvičení a rehabilitace
- b) Vaření/Pečení
- c) Zpívání, poslouchání muziky nebo hraní na hudební nástroje
- d) Knihovna a společné čtení
- e) Tvořivá dílna a práce
- f) Malování
- g) Trénování paměti pomocí her
- h) Zooterapie – setkávání se se zvířátky
- i) Chození na procházky nebo společné výlety
- j) Jiné (prosím dopište)

.....

14. Navštěvujete tyto společenské aktivity poskytované domovem důchodců?

- a) Ano
- b) Ne

15. Jaké z těchto aktivit navštěvujete nejraději a nejčastěji. (vyberte pouze jednu z odpovědí)

- a) Cvičení a rehabilitace
- b) Vaření/Pečení
- c) Zpívání, poslouchání muziky nebo hraní na hudební nástroje
- d) Knihovna a společné čtení
- e) Tvořivá dílna a práce
- f) Malování
- g) Trénování paměti pomocí her
- h) Zooterapie – setkávání se se zvířátky
- i) Chození na procházky nebo společné výlety
- j) Jiné (prosím dopište)

.....

16. Jakým stylem sám/sama trávíte volný čas?

- a) Vaření a pečení
- b) Luštění křížovek
- c) Čtení knih
- d) Sledování TV, poslouchání rádia

- e) Setkávání se s ostatními obyvateli domova důchodců
- f) Procházky
- g) Cvičení a rehabilitace
- h) Jiné (prosím dopište na řádek níže)

.....

.....

.....

17. Které aktivity Vám zlepší den a udělají radost?

- a) Cvičení a rehabilitace
- b) Vaření/Pečení
- c) Zpívání, poslouchání muziky nebo hraní na hudební nástroješ
- d) Knihovna a společné čtení
- e) Tvořivá dílna a práce
- f) Malování
- g) Trénování paměti pomocí her
- h) Zooterapie – setkávání se se zvířátky
- i) Chození na procházky nebo společné výlety
- j) Sledování TV, poslouchání rádia
- k) Setkávání se s ostatními obyvateli domova důchodců, nebo s příbuznými, se známými

18. Co byste si přál/a ještě dělat, nějakou aktivitu, kterou nemáte k dispozici?

- a) Cvičení a rehabilitace
- b) Vaření/Pečení
- c) Zpívání, poslouchání muziky nebo hraní na hudební nástroješ
- d) Knihovna a společné čtení
- e) Tvořivá dílna a práce
- f) Malování
- g) Trénování paměti pomocí her
- h) Zooterapie – setkávání se se zvířátky
- i) Chození na procházky nebo společné výlety
- j) Jiné (prosím dopište)

.....

.....

19. Jak často opouštíte budovu domova důchodců? Například za účelem procházky, návštěva lékaře či jiné.

- a) Každý den
- b) Každý týden
- c) Alespoň jednou za 14 dnů
- d) Alespoň jednou za měsíc
- e) Déle

20. Na jakém pokoji jste ubytován?

- a) Jednolůžkový pokoj, nebo byt
- b) Dvoulůžkový pokoj
- c) Třilůžkový pokoj
- d) Čtyř lůžkový pokoj
- e) Pěti a více lůžkový pokoj

21. Jaké vybavení máte jako součást pokoje?

- a) Televize
- b) Rádio
- c) Kuchyňský kout
- d) Samostatná koupelna
- e) Jiné

.....
.....
.....

22. Cítíte někdy pocit osamělosti?

- a) Ano
- b) Ne

23. Je Vám nabízena psychologická či psychiatrická péče v rámci domova důchodců?

- a) Ano
- b) Ne

24. Navštěvujete psychologickou či psychiatrickou poradnu?

- a) Ano
- b) Ne

25. Setkal/a jste se někdy s předsudky ohledně stáří, zlého zacházení z důvodu staršího věku, s ponižováním nebo urážkami kvůli věku?

- a) Ano
- b) Ne

26. Máte pocit, že využijete aktivně svůj volný čas?

- a) Ano
- b) Ne

27. Máte pocit dostatečného plnění Vašich potřeb?

- a) Ano
- b) Ne

28. O jaký rozvoj byste měl/a zájem?

- a) Naučit se s elektronikou a novými technologiemi
- b) Naučit se nový jazyk nebo rozvinout již naučený jazyk
- c) Rozvíjet se ve výtvarných schopnostech
- d) Rozvíjet se ve hře na hudební nástroj nebo se naučit na nový hudební nástroj
- e) Jiné

.....
.....

29. Existuje nějaký cíl, něco čeho byste chtěl/a v životě dosáhnout?

- a) Ano
- b) Ne, nic mě nenapadá

30. Pokud ano, jakého cíle byste chtěl/a dosáhnout?

- a) Návštěva nějakého místa
- b) Potkat se s nějakou pro Vás blízkou či důležitou osobou
- c) Naučit se něco nového
- d) Prožít nějaký zážitek
- e) Cíle v oblasti víry
- f) Zvýšit nebo zapojit aktivity do každodenního života
- g) Jiné

.....
.....
.....

31. Je něco, co byste chtěl/a dodat a doplnit, co jste v dotazníku nenašel/venašla?

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 2 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená pani

Mgr. Marie Vacková
Ředitelka GC – Týniště nad Orlicí
Geriatrické centrum - Turkova čp. 785, Týniště nad Orlicí, 517 21
V Týništi nad Orlicí 1.4.2022

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Geriatrickém centru

Vážená pani magistro Vacková,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v geriatrickém centru v Týništi nad Orlicí, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Marie Pražákové, narozené 2.2.2000, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit kvalitu života seniorů v domovech důchodců a jejich aktivizaci ve volném čase.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením pani PhDr. Mariany Štefančikové, Ph.D., Ph.D.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Marie Pražáková

PhDr. Mariana Štefančiková, Ph.D., Ph.D.
Ústav preventivního lékařství - +420 495 816 415

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 20. 4. 2022

Podpis a razítko

3. Geriatrické centrum
Týniště nad Orlicí
Turkova 785
PSČ 517 21 IČ: 42188450
tel. 494 371380 m. 602 617725