

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**Pedagogická fakulta**  
**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

Dagmar Škrabalová

V.ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

**Bio – psycho – sociální potřeby seniorů a jejich zvládnutí v péči  
hospicové a v léčebnách dlouhodobě nemocných**

Diplomová práce

**Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.**

Olomouc 2012

**Prohlášení autora**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Brně dne 19. června 2012

Dagmar Škrabalová

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za podněty, náměty, připomínky a rady při vedení diplomové práce.

Děkuji také Ing. Svatopluku Švarcovi za odbornou pomoc při statistickém zpracování získaných dat.

Poděkování patří i seniorům a zaměstnancům Hospice sv. Alžběty a Léčebny dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří v Brně za ochotu při poskytování informací a všem, kteří mi poskytli podporu.

## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>CÍLE A ÚKOLY PRÁCE</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>HYPOTÉZY</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>TEORETICKÉ POZNATKY</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1</b>	<b>STÁRNUTÍ POPULACE, DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ V ČR</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2</b>	<b>STÁŘÍ A STÁRNUTÍ</b> .....	<b>10</b>
3.2.1	Přehled definic stárnutí .....	10
3.2.2	Přehled definic stáří .....	11
3.2.2.1	Životní změny ve stáří .....	12
3.2.2.2	Biologické aspekty stárnutí .....	13
3.2.2.3	Psychické aspekty stárnutí .....	15
3.2.2.4	Sociální aspekty stárnutí .....	16
3.2.3	Adaptace a reakce na stáří .....	17
<b>3.3</b>	<b>AGEISMUS – VĚKOVÁ DISKRIMINACE STARÝCH LIDÍ</b> .....	<b>19</b>
3.3.1	Definice a charakteristika základních pojmů souvisejících s ageismem .....	20
3.3.2	Zdroje ageismu .....	20
3.3.3	Opatření ke snížení ageismu .....	22
3.3.4	Projevy diskriminace u zaměstnavatele .....	25
3.3.5	Projevy diskriminace z hlediska gender .....	25
<b>3.4</b>	<b>TÝRÁNÍ A ZANEDBÁVÁNÍ SENIORŮ</b> .....	<b>25</b>
3.4.1	Fyzické násilí .....	25
3.4.2	Materiální (finanční) zneužívání .....	26
3.4.3	Emocionální zanedbávání (týrání) .....	26
3.4.4	Zanedbávání druhou osobou – rodinou či jiným pečovatelem .....	27
3.4.5	Sexuální zneužívání .....	28
3.4.6	Neodůvodněné použití restriktivních opatření v institucionální péči .....	28
3.4.7	Důvody špatného zacházení se seniory .....	29
<b>3.5</b>	<b>POTŘEBY, JEJICH ZMĚNY VE STÁŘÍ A USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB SENIORŮ</b> .....	<b>32</b>
3.5.1	Rozdělení potřeb .....	32
3.5.1.1	Základní tělesné (fyziologické) potřeby .....	33
3.5.1.2	Potřeba bezpečí a jistoty .....	33
3.5.1.3	Sociální/společenské potřeby .....	34
3.5.1.4	Potřeba uznání a úcty .....	34
3.5.1.5	Potřeba seberealizace .....	34
3.5.2	Modifikace Maslowovy pyramidy .....	35
3.5.3	Změny potřeb ve stáří .....	37
3.5.4	Vyšší potřeby seniorů dle Mlýnkové (2011, s. 49-50) .....	38
3.5.5	Intelektuální potřeby .....	39
3.5.6	Duchovní potřeby seniorů .....	39
3.5.7	Uspokojování potřeb .....	40
<b>4</b>	<b>METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>PRACOVÍŠTĚ, ZE KTERÝCH JSOU VYBRÁNI RESPONDENTI</b> .....	<b>41</b>
4.1.1	Léčebny dlouhodobě nemocných obecně .....	41
4.1.2	Léčebna dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří v Brně .....	41

4.1.3	Hospicová péče obecně .....	42
4.1.4	Hospic sv. Alžběty v Brně .....	42
<b>4.2</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>43</b>
4.2.1	Použité způsoby statistického zpracování dat .....	44
<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>46</b>
<b>5.1</b>	<b>VÝSLEDKY OBECNÝCH INFORMACÍ.....</b>	<b>46</b>
5.1.1	Věk respondentů.....	46
5.1.2	Pohlaví respondentů .....	47
5.1.3	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	48
5.1.4	Místo bydliště respondentů .....	49
5.1.5	Způsob soužití respondentů.....	50
<b>5.2</b>	<b>VÝSLEDKY MÍRY USPOKOJOVÁNÍ ZVOLENÝCH POTŘEB A JEJICH POROVNÁNÍ V LDN A V HOSPICI.....</b>	<b>51</b>
<b>5.3</b>	<b>VÝSLEDKY TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ H1 – H7 PRO LDN A HOSPIC .....</b>	<b>56</b>
5.3.1	Výsledky testování hypotézy H1 pro LDN.....	56
5.3.2	Výsledky testování hypotézy H1 pro Hospic.....	58
5.3.3	Výsledky testování hypotézy H2 pro LDN .....	60
5.3.4	Výsledky testování hypotézy H2 pro Hospic.....	62
5.3.5	Výsledky testování hypotézy H3 pro LDN .....	64
5.3.6	Výsledky testování hypotézy H3 pro Hospic.....	66
5.3.7	Výsledky testování hypotézy H4 pro LDN .....	68
5.3.8	Výsledky testování hypotézy H4 pro Hospic.....	70
5.3.9	Výsledky testování hypotézy H5 pro LDN .....	72
5.3.10	Výsledky testování hypotézy H5 pro Hospic.....	74
5.3.11	Výsledky testování hypotézy H6 pro LDN.....	76
5.3.12	Výsledky testování hypotézy H6 pro Hospic.....	78
5.3.13	Výsledky testování hypotézy H7 pro LDN .....	80
5.3.14	Výsledky testování hypotézy H7 pro Hospic.....	82
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>84</b>
<b>7</b>	<b>SOUHRN .....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>88</b>
<b>8</b>	<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>89</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>91</b>

# 1 ÚVOD

Při promýšlení tématu diplomové práce jsem měla mnoho nápadů, které se mi zdály být podnětné a zajímavé. Za velmi aktuální téma současnosti považuji problémy seniorů. Slyšíme o nich neustále od svých rodičů, známých a studentů, také sdělovací prostředky nás pravidelně zahrnují příběhy starých lidí, patřících spíš do černé kroniky. Všechno toto dění má tendenci vyvolávat v nás strach o naše blízké (seniory) i z našeho vlastního stáří. Jako učitelka odborných předmětů a praxe na střední škole se zaměřením na zdravotnické a sociální služby se na různých pracovištích denně setkávám se spoustou seniorů, vnímám jejich radosti i problémy a snažím se je co nejlépe pochopit. Jsem přesvědčena, že jen takto mohu dobře učit současnou mladou generaci.

V teoretické části diplomové práce bych ráda nastínila problémy související se stárnutím populace, s ageismem a se zanedbáváním a týráním seniorů. Dále bych zde chtěla najít odpovědi na otázky související s vyhledáváním potřeb, jejich změnami ve stáří a s uspokojováním.

V praktické části se budu věnovat zjišťování potřeb seniorů v hospici a LDN, rozdílům jejich intenzity a uspokojování. Dále se budu snažit prokázat, že uspokojování potřeb vyššího řádu souvisí s uspokojováním potřeb nižších.

## 2 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

**Hlavním cílem** diplomové práce bude zjišťování bio – psycho - sociálních potřeb seniorů a důkazu provázanosti uspokojování potřeb nižšího řádu s mírou uspokojování potřeb řádu vyššího. O dosažení tohoto cíle se pokusím pomocí ověření sedmi stanovených hypotéz. **Dílčím cílem** bude zjištění míry uspokojování bio – psycho - sociálních potřeb u seniorů v hospicové péči a v péči LDN. Cíle se pokusím dosáhnout použitím informací zjištěných ve vlastním dotazníku, který vyplní sto respondentů z LDN a sto klientů z hospicové péče.

### 2.1 Hypotézy

**Hypotéza H1 - Senioři s větší bolestí mají i větší úzkost.**

**Hypotéza H2 – Menší možnost komunikace s přáteli souvisí s pocitem osamělosti.**

**Hypotéza H3 - Senioři, kteří se necítí být milováni, trpí větším pocitem osamělosti.**

**Hypotéza H4 - Senioři, ke kterým se personál chová vlídně, si víc věří.**

**Hypotéza H5 - Senioři s nižší respektovaností mají větší víru.**

**Hypotéza H6 - Míra pochvaly souvisí s mírou radosti ze života.**

**Hypotéza H7 - Míra sebedůvěry souvisí s mírou úspěchu.**

### 3 TEORETICKÉ POZNATKY

*Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.* Jonathan Swift

#### 3.1 Stárnutí populace, demografický vývoj v ČR

Celosvětovým trendem posledních let je stárnutí společnosti. Ani naše republika není v tomto směru výjimkou. O Evropě se začíná hovořit jako o „šedivějícím kontinentu“.

Mezi státy a oblastmi, ve kterých bude v roce 2020 největší výskyt seniorů patří (Weber, 2000):

- Japonsko – 31 %
- Řecko a Švýcarsko – přes 28 %
- Severní Amerika – 23 %
- Východní Asie – 17%
- Latinská Amerika – 12 %
- Jižní Asie – 10%

Mezi nejzávažnější obecné příčiny stárnutí populace je možné zařadit:

- klesající porodnost
- snižující se úmrtnost osob ve všech věkových kategoriích, jako důsledek lepší zdravotní péče
- pokles kojenecké úmrtnosti
- prodlužování střední délky života
- snížení chudoby, sociální rozvoj, zlepšení životních i pracovních podmínek, ochrana sociálních práv
- pokrok v medicíně
- lepší výživa a širší škála potravin

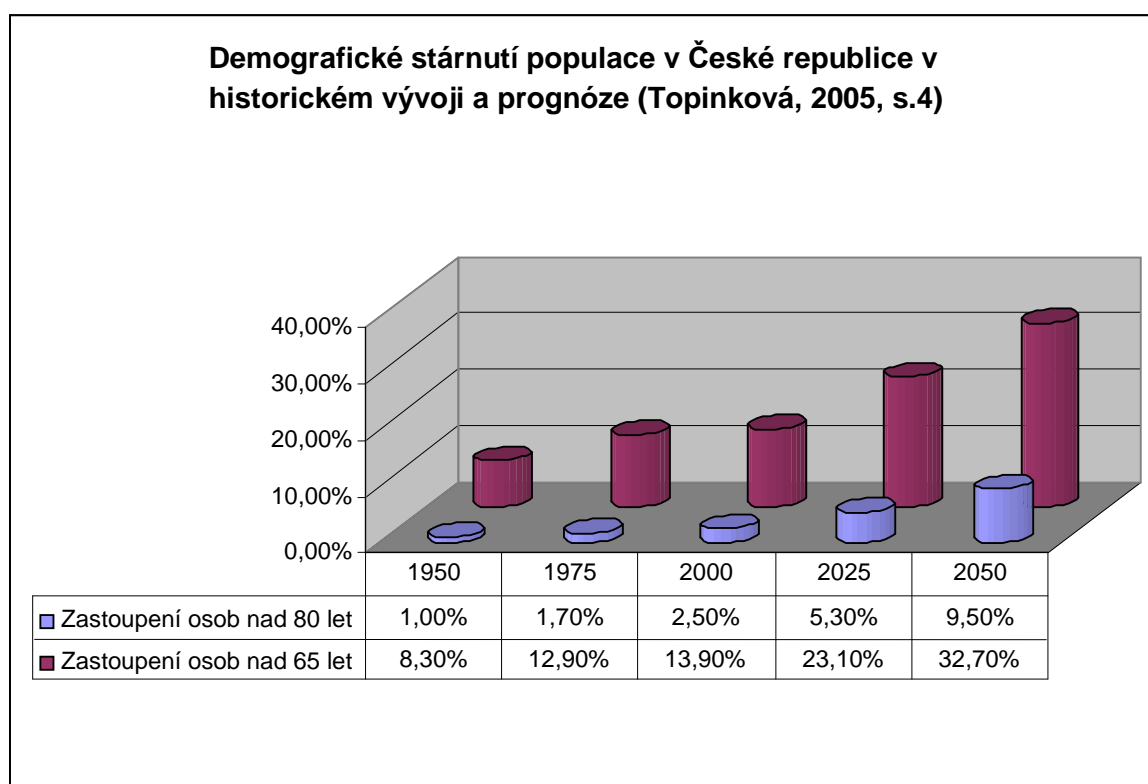
Stárnutí populace se stává typickým prvkem i pro Českou republiku, a v dalších letech by měl pokračovat. Situace, která nastala je pozitivní pro osoby jež se nyní dožívají delšího věku než předešlé generace, ale procento starých ročníků se má ještě zvyšovat.



Brzy zestárnou silné poválečné ročníky, dochází k pozvolnému prodlužování střední délky života a to znamená, že se poměr mezi pracujícími a penzisty bude výrazně měnit.

Podle projekce demografického vývoje, který zpracoval Český statistický úřad by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce 31,3 %, což jsou asi tři miliony osob. Největší nárůst seniorů má být v kategorii těch nejstarších. Podle demografických prognóz zpracovaných pro Českou republiku by v roce 2050 mělo v Česku žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let.

**Graf č. 1 Demografické stárnutí populace v ČR (Topinková, 2005, s. 4)**



Po 90. letech porodnost v ČR poklesla, mírně stoupá až v posledních letech a počítá se s jejím dalším nárůstem. Bohužel i tak je porodnost v ČR počítána k nejnižším na světě. Za nezbytnou úroveň porodnosti k přirozené obnově populace je považována porodnost 2,1 a v roce 2007 byla úroveň porodnosti pouze 1,44. (Weber, 2000)

V březnu roku 2006 byla vládou ČR zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, která vykonává funkci poradního a iniciativního orgánu. Prioritami instituce Rady vlády jsou: podpora podnikání všech osob, podpora tvorby strategií zaměstnavatelů vůči

starším zaměstnancům a zvýšení jejich zaměstnanosti, podpora rodiny, zlepšování funkčního zdraví seniorů, zabránění diskriminaci na základě věku, ochrana seniorů v rizikových situacích, zvyšování povědomí lidí o stárnutí a stáří a rozvoj spolupráce mezi státní správou, regionální a místní samosprávou, neziskovými organizacemi a sociálními partnery. Klade si za úkol poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti, dále je rozvíjet a podporovat. (Weber, 2000)

Vzhledem k tomu, že se stárnutí populace stává celospolečenským problémem, měli bychom všichni usilovat o zlepšení dané situace. Myslím, že velmi důležitá je zejména výchova mladé generace k úctě k seniorům. Jen málo mladých lidí je dnes schopno seniorům pomáhat a vážit si jich. Proto je třeba začít již v rodinné výchově a to především kladným příkladem rodičů. Dále považuji za nutné zkvalitnit péči o seniory a snažit se o to, aby co největší počet z nich mohl důstojně dožít ve svém původním domově.

## **3.2 Stáří a stárnutí**

Spousta lidí se na stáří těší jako na jedno z nejkrásnějších období, protože zde mají volný prostor k realizaci všeho, co v životě zatím z různých důvodů nestihli. Lidé, kteří se těší, že využijí šance každého dne, jsou ti, kteří zvládnou i zdravě a pohodově stárnout. Proto se stárnutí stává jedním z nejdůležitějších umění lidského života.

Bohužel období stárnutí a stáří většina z nás přijímá a chápe spíše negativně se strachem a obavami. Mnoho lidí očekává v tomto období od života spíše problémy spojené s různými omezeními v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních a smyslových funkcí, očekává i omezení sociálních kontaktů a bojí se úplné ztráty seberealizace. U některých jedinců převládá strach z ponížení a ztráty lidské důstojnosti především při omezení anebo úplné ztrátě soběstačnosti. Tyto obavy jsou zcela opodstatněné, neboť jsme je v průběhu svého života viděli a zažili u svých rodičů, prarodičů a známých a všichni víme, že ani u nás to nebude jiné.

### **3.2.1 Přehled definic stárnutí**

**Podle Topinkové a Neuwirtha** (1995, s.13) je stárnutí specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Pacovský (1990, s.30) chápe stárnutí jako cestu do stáří a člení stárnutí n

a fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí popisuje jako normální součást života a zákonitou epochu ontogeneze. Jako příkladu patologického stárnutí uvádí stárnutí předčasné a takové, kde je kalendářní věk nižší než věk funkční.

**Langmeier a Krejčířová** (2006, s. 202) popisují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti. Podle Prchlíka (1969, s. 4) je stárnutí plynulý a pozvolný, přirozený, zákonný fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i psychice člověka. Prchlík charakterizuje lidi jako různé navzájem se lišící a s odlišným průběhem stárnutí.

**Weber a kol.** (2000, s.13) uvádí, že stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí hodnotí jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech a na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračují různou rychlostí. Tento proces hodnotí jako disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.

Většina definic se shoduje v popisu stáří jako fyziologického procesu, který je neodvratitelný, zcela přirozený, nezvratný a doprovázený bio-psycho-sociálními změnami, které jsou podmíněny dosavadním životem i genotypem každého jedince. Tyto změny jsou však tak individuální, že nejdou předvídat a jejich důsledkům lze čelit pouze tehdy, pokud jsme schopni naprosto akceptovat individualitu každého člověka.

### **3.2.2 Přehled definic stáří**

Podle Bartka (1984, s.372) je stáří zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka. Haškovcová (1990, s. 58) **charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života**, vztahované k životními období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku. Stejný pohled na tuto problematiku sdílí i Mülpachr (2004, s. 39), který také zdůrazňuje přirozenost stáří, uvádí, že stáří není chorobou, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Poukazuje i na fakt, že ztrátu soběstačnosti vnímá jako jeden z hlavních problémů stáří. Vzhledem k tomu, že ztráta soběstačnosti se s přibývajícím věkem stupňuje, stává se člověk zvýšeně závislý na jiných lidech, což ho vede k nuceným životním změnám.

Podle Kalvacha (1997, s.18) **je stáří důsledkem involučních procesů** podmíněných také geneticky. Tyto procesy jsou dále modifikovány i dalšími faktory jako je způsob života, životní podmínky i choroby a je spojeno i s řadou sociálních změn. Kalvach člení stáří do tří hledisek: biologické, sociálních a kalendářní. Topinková, Neuwirth (1995, s.17) považují stáří za konečnou etapu procesu stárnutí nebo konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života.

Pacovský (1981, s. 60-61) definuje společné fenomény, které vytvářejí charakteristické znaky celého procesu stárnutí: **stárnutí a stáří má svou anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami**, mezi nimiž existuje určitá souvislost. Změna struktury má za následek změnu funkce. Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle. Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak. Kalendářní věk se nemusí krýt s věkem funkčním. Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn, které jsou primární a sekundární. Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností genetických informací a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.

Dle většiny definic stáří se jedná o dovršující, konečnou etapu životního období vyměřenou každému z nás dle působení různých faktorů a to hlavně podle zděděných faktorů, genetických informací, stejně i podle faktorů vnějšího prostředí i způsobu života a práce daného jedince. Dále je stáří ovlivněno i nemocemi, které člověk prodělal v průběhu života a jeho kalendářní věk se nemusí nutně krýt s věkem funkčním.

### **3.2.2.1 Životní změny ve stáří**

Průběh a rychlost vlastního stárnutí a stáří není u každého člověka stejný, je ovlivněn celou řadou okolností i různými vlivy. Mezi nejdůležitější patří tělesné změny, psychické a sociální vlivy. Vzhledem k tomu, že každého jedince posuzujeme jako celistvou bytost, musíme hodnotit všechny bio - psycho - sociální vlivy, neboť všechny jsou pro průběh a rychlost stárnutí stejně důležité.

### 3.2.2.2 *Biologické aspekty stárnutí*

Typickými obecnými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změny reakcí organismu an určitou zátěž. V přehledu typických biologických změn Jarošová (2006, s. 22–24) uvádí:

- Objevuje se celková atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně (například atrofovaná mozková tkáň je nahrazena pojivovou tkání), dále dochází k atrofii kůže, svalů, jater atd.
- Snižuje se elasticita orgánů a tkání, což se projevuje především v cévním systému a v plicích.
- Snižuje se funkce endokrinních žláz – vzniká hormonální nerovnováha v důsledku nerovnoměrného snížení jednotlivých funkcí.
- Mění se distribuce tělesných tekutin – celkové množství vody v těle se nemění, ale snižuje se obsah tekutiny v buňkách, tj. intracelulární tekutiny, a mění se složení vody v organismu.
- Zvyšuje se obsah tělesného tuku, a mění se ukládání vápníku v těle – vápník proniká do buněk a membrán.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.
- Změna v minerálovém hospodářství vede k nižšímu množství vápníku v kostech, vzniká osteoporóza a vyšší riziko lámavosti kostí, snižuje se kvalita zubů.
- Snižuje se elasticita a výkonnost kosterního svalstva.
- Objevují se změny na kůži, kůže je v důsledku nižšího obsahu vody suchá, tenká a svrstělá, je snížený kožní turgor, vznikají stařecké skvrny na kůži.
- V důsledku snížené činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků padají a šedivějí vlasy.
- Zpomaluje se růst nehtů, v důsledku zpomalených metabolických procesů mají nehty vyšší lomivost.
- Snižuje se činnost nervového systému – ke změnám dochází na centrálním i periferním nervovém systému, ukládá se stařecký lipofuscin, odpadový produkt při odbourávání buněk, tvoří se senilní plaky, mění se množství neurotransmiterů, snižuje se funkce senzitivních nervů, vzniká senilní porucha motoriky – zhoršení pohybových schopností porušení stability, problém udržet rovnováhu aj.

- Objevují se poruchy spánku – insomnie (subjektivně nedostatečná kvalita spánku, obtížné usínání, časně noční buzení, mělký spánek a časté probouzení).
- Projevují se metabolické změny – zhoršuje se vstup glukózy do buňky s poruchou glukózové tolerance, snižuje se bazální metabolismus, klesá maximální spotřeba kyslíku, snižuje se adaptabilita na změnu tělesné teploty.
- Vznikají změny v oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, především ledvinami, vzniká izolovaná systolická hypertenze, klesá výkonnost levé srdeční komory, zanikají buňky převodního srdečního systému, degenerují srdeční chlopně, do chlopní se ukládá vápník, klesá srdeční výkonnost při zátěži.
- Nastávají změny v respiračním systému – snižuje se poddajnost plic, klesá vitální kapacita plic a funkce řasinkovitého epitelu, což vede k infektům dýchacího ústrojí, zvětšují se alveolární prostory – stařecký emfyzém.
- Ve vylučovacím systému zanikají ledvinné glomeruly a následně se snižuje glomerulární filtrace, výrazně se snižuje očišťovací a maximální koncentrační schopnost ledvin, klesá elasticita uretry, snižuje se elasticita močového měchýře, zvyšuje se postmykční reziduum (obsah moči v močovém měchýři po vymočení), často se vyskytuje močová inkontinence.
- V trávicím systému klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, klesá motilita trávicí trubice, vyprazdňování žaludku se zpomaluje. Klesá schopnost vstřebávání vitamínů a minerálů, atrofují buňky Langerhansových ostrůvků v pankreatu – vzniká diabetes mellitus. Snížená peristaltika vede k zácpě.
- Zhoršuje se funkce smyslových orgánů – snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak. Úbytek orbitálního tuku vede k zapadnutí očí, snižuje se akomodační schopnost oka a zhoršuje se vidění do blízka, zhoršuje se stav oční čočky, zvyšuje se výskyt glaukomu a katarakty – zeleného a šedého zákalu. Celkové atrofické změny oka vedou ke snížení zrakové ostrosti, zhoršení vidění v šeru aj. Atrofické změny sluchové dráhy vedou ke stařecké nedoslýchavosti. Na zhoršení funkce smyslových orgánů mají vliv i další okolnosti: dlouhodobé a nadměrné působení hluku, ateroskleróza, civilizační choroby aj. Pokud jsou smyslové poruchy řešitelné (operace očí a uší, kompenzační pomůcky – brýle, kontaktní oční čočky, naslouchadla atd.), mohou výrazně zlepšit prožívání seniora, přispět k jeho spokojenosti a vést k usnadnění jeho komunikace.

### 3.2.2.3 *Psychické aspekty stárnutí*

Kromě patologického stárnutí by psychické aspekty neměly významně negativně ovlivňovat kvalitu života stárnoucího a starého jedince. Spíše kumulující se tělesné změny jsou seniorem negativně prožívány a následně se projevují změnami psychickými. V některých případech mohou tělesné změny vést i ke změnám intelektovým. Změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna.

V přehledu typických změn v psychické oblasti a v intelektových schopnostech Jarošová (2006, s. 24-28) uvádí tyto psychické změny:

- Snížení kognitivních a gnostických funkcí – zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, zapamatování si nových informací, schopnosti rozpoznat viděné předměty, rozumět slyšeným zvukům.
- Snížení fatických funkcí – tj. snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči.
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.
- Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.
- Někdy naopak citová oploštělost ve stáří a ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních, nebo úplně opačně z negativních vlastností a postojů do neutrálních či pozitivních (např. dříve laskavý člověk je najednou neochotný, nevstřícný a reaguje tak jako nikdy v průběhu svého života nereagovat, nebo naopak). Jeho postoj bývá překvapením pro blízké osoby.
- Zvýraznění povahových vlastností a osobnostních projevů většinou těch negativních.
- Celkový nebo částečný pokles zájmů seniora – buď ve všech oblastech života seniora nebo jen v některých (apatie, rezignace, sociální izolace, neochota zapojit se do jakékoliv činnosti a být aktivní apod.).
- Změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty.
- Změny potřeb a jejich pořadí – souvisejí se změnou životních hodnot a orientují se více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, duchovních potřeb a spirituality.
- Změna zájmů a potřeb jejich uspokojení – často klesá, ale někdy se naopak probouzí zájem o nové oblasti a činnosti.

- Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem z nadhledu.
- Snížená schopnost adaptace na změny nové a náročné situace.

#### 3.2.2.4 Sociální aspekty stárnutí

Stáří a stárnutí je ovlivněno i sociálními aspekty. Těch je celá řada. Jedním z nejdůležitějších je potřeba dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Každý člověk ve věku nad šedesát let řeší někdy konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Pro dosažení integrity je nezbytná pravdivost, smíření a kontinuita. Jen při správném zpracování těchto tří podmínek akceptuje člověk sám sebe takového, jaký je, neodsuzuje se a odpouští si. To mu dává prostor svobodně a důstojně dožít. Ten, kdo toto téma dobře nezvládne, dopracuje se až k psychickým změnám a změnám rysů osobnosti. Realita se potom stává neúnosnou. Nejvýznamnější sociální aspekty stárnutí podle Malíkové (2011, s. 22) jsou:

- Odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy, koníčky a jakékoli jiné než pracovní aktivity.
- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.
- Změna ekonomické situace seniorů – zhoršení finančního zabezpečení, limitace vyšší penze atd.
- Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby.
- Zhoršená možnost kontaktu s přáteli a jinými osobami, zhoršení participace na dřívě vykonávaných oblíbených činnostech.
- Sociální izolace (z mnoha příčin) – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel z důvodu jejich nemoci či úmrtí.
- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Fyzická závislost – z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení apod.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu (stěhování).
- Vliv ageismu (věková diskriminace starých lidí).

Mezi nejvýznamnější sociální aspekty stárnutí podle Jarošové (2006, s. 31) patří:

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta.
- Plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří – zajištění vhodného bydlení, penzijní připojištění atd.



- Plánovaná příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky, dohodnutá forma občasných výpomocí) a efektivní nakládání s volným časem.
- Možnost uspokojení potřeb seniora.

### 3.2.3 Adaptace a reakce na stáří

**Pokud jedinec vyrovnaně přijímá svůj věk, může být období stáří a stárnutí pozitivním a plnohodnotným úsekem života,** kdy si jedinec užívá zaslouženého odpočinku a uvolněný prostor využívá k různým činnostem. Pokud přijímá stáří s klidem a vyrovnaností nebrání se změně životního stylu, kterou si jeho funkční schopnosti, věk a zdravotní stav vyžadují, potom akceptuje tuto novou situaci.

Ne každý z nás má v sobě tolik síly, aby všechny útrapy stáří a stárnutí snášel pozitivně, jak uvádí Pokorná (2006, s. 75), problematikou hledání optimálního postoje ke stáří se zabývá lidstvo již dlouho. Římský řečník Marcus Tullius Cicero sepsal Obranu stáří a postavil ji na názoru, že stáří je stav, jemuž je nutné vzdorovat a to aktivním bojem s ním. Uváděl čtyři důvody, proč se nám stáří zdá být nešťastným:

- odvádí nás od veřejné činnosti
- poněkud oslabuje tělo
- odnímá nám všechny tělesné radosti a rozkoše
- stáří již není daleko od smrti

**Přesto je postoj každého jedince ke stárnutí ovlivněn celou řadou okolností, tedy determinanty. Sem patří například:**

- prostředí, ve kterém jedinec žije a obecný postoj komunity a společnosti ke stáří
- typ osobnosti, její celoživotní prožitky a předchozí zkušenosti, pozice jedince v rodině, citové a sociální zázemí atd.
- výchova, vzdělání, kulturní a společenské vlivy
- zdravotní stav jedince
- celková situace jedince s ohledem na možnosti způsobu jeho života, ekonomické možnosti apod.
- vrozené dispozice a schopnost jedince vyrovnávat se s náročnými situacemi

Bohužel nelze předem zcela odhadnout, jaký postoj ke stáří bude konkrétní osoba zaujímat, jak se bude adaptovat na problémy a celkovou situaci.

**Podle společných znaků byly reakce na stáří typologicky rozděleny do následujících pěti oblastí (Haškovcová, 1990, s.114-116):**

- **Konstruktivní přístup** – ideální postoj, kdy je jedinec soběstačný, akceptuje své stárnutí a všechny jeho projevy. Soustředí se na udržování své tělesné kondice a podporování soběstačnosti. Disponuje vlastnostmi jako optimismus, vstřícnost, smysl pro humor, radost ze života, přizpůsobivost, tolerance aj. udržuje také dobré vztahy s okolím a ovládá způsoby, jak si udržovat svoji duševní rovnováhu.
- **Strategie závislosti** – tento postoj znamená vždy vynucování pomoci a péče na okolí. Je hodně rozšířený. Jedinec využívá své zdravotní a jiné obtíže k manipulaci se svým okolím, nejčastěji s příbuznými. Většinou se nejedná o cílevědomé ambiciózní osoby, které by se nemohly vyrovnat s odchodem do penze. Lidé s postojem strategie závislosti preferují spíše pohodlný způsob života a spoléhají na materiální zabezpečení, poskytnutí pomoci a materiálního zázemí, nejlépe rodinou nebo formou institucionální péče. Aby dosáhli svých cílů a byly splněny jejich představy o péči a pomoci okolí, neváhají používat manipulační praktiky a formy citového vydírání.
- **Obranná strategie** – tuto strategii používají osoby, které popírají své přibližující se stáří a nechtějí akceptovat svůj věk se vším všudy. Brání se tím, že oddalují svůj odchod do penze a snaží se za každou cenu udržet svou soběstačnost a pracovní a společenské postavení. Do této kategorie patří lidé, kteří v průběhu svého života hodně pracovali, nebyli zvyklí brát, ale dávat. Často pracují ve vysokých funkcích a pohybují se ve vyšších společenských kruzích. Jde o specifický způsob, jinou formu popírání reality, oddalování řešení nové situace, která z této životní etapy vyplývá.
- **Strategie nepřátelství** – tato forma strategie je velmi náročná a zatěžující pro obě zúčastněné strany: seniora samotného a osoby v jeho okolí (příbuzné, sousedy, pečující). Strategie nepřátelství jednoznačně vyjadřuje nepřijetí nepříznivé situace seniora. Volí ji lidé, kteří přes veškerou svou snahu a vydané úsilí neměli příliš úspěšný život. Jsou plní pocitu křivdy, zloby, nenávisti, vzteku, zklamání a dalších negativních emocí. Takovém emočním rozpoložení je nad rámec jejich sil a ochoty přijmout stáří se všemi změnami, problémy a omezeními, které jim věk přináší. Nespokojenost nejen se svým věkem, ale i se svou celoživotní situací chtějí prožívat

spíše v ústraní – o samotě. Pod maskou jejich nepřátelství, obviňování a pocitů křivdy je zraněná duše, velká lítost a silná emoční bolest.

- **Strategie sebenenávisti** – jedná se o velmi závažný postoj, svědčící o silně negativním vztahu seniora k sobě samému, vyhoceném až do pocitu sebenenávisti. Jedinec se zlobí sám na sebe, protože nebyl v životě příliš úspěšný a není schopen si to odpustit.

Chování seniorů nemusí vždy stoprocentně odpovídat jedinému typu strategie. O volbě strategie nerozhoduje jen předchozí životní zkušenost ale také samotná povaha člověka. Proto o stáří, jeho přijetí a kvalitě života rozhoduje z velké míry především člověk sám. Podle toho pak na prahu stáří stojí buď zralá osobnost nebo „třtina větrem se klátící“. Všechny předchozí etapy života by měly jedinci dát šanci stát se na prahu stáří zralou osobností.

### 3.3 Ageismus – věková diskriminace starých lidí

Termín ageismus se poprvé objevil v USA koncem 60. let 20. století a zájem o něj roste se zvyšujícím se stárnutím populace. Involuční křehkost, klesající obranyschopnost a narůstající zranitelnost jsou podstatou seniorské ohroženosti, k níž patří také vysoké riziko diskriminace. Věková diskriminace může nabývat různých podob např. odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku, ale také pouze předsudky nebo nevhodné jednání podmíněné prisuzováním negativních vlastností či projevů všem starým lidem. Jde např. o zdětinšťování starých lidí, o nepřiměřené odebrání jejich kompetencí, podceňování jejich schopností, nerespektování jejich osobnosti či ponižování jejich důstojnosti. Pečující profese by měly trvale dbát na aktivní kontrolu, zda se svým jednáním se starými lidmi nedopouštějí, byť neúmyslně věkové diskriminace. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 10)

Vidovičová (2008, s. 113) vytvořila následující definici: „ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fázích lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické, ireálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo jejich příslušnosti k určité generaci. Tošnerová (2002, s. 6) poukazuje na rozšíření významu ageismus v současnosti. Jde o rozšíření zákonných stereotypů, kdy jsou vynechány jejich příz-

nivé charakteristiky. Výroky a postoje sice nemají pravdivý základ, ale přesto jsou prezentovány přesvědčivě, aby budily věrohodný dojem.

### 3.3.1 Definice a charakteristika základních pojmů souvisejících s ageismem

**Diskriminace** – Hartl a Hartlová (2004, s. 115) ji popisují jako „omezování nebo upírání práv určitým skupinám obyvatel z důvodů etnických, náboženských, jazykových či sexuálních“. V takovém případě jde o přímou formu diskriminace. Kromě ní existuje i forma nepřímé diskriminace – k ní dochází tehdy, když je při neutrálním postupu někdo záměrně znevýhodněn.

**Předsudek** - jako předpojatost a jistou názorovou strnulost charakterizuje Hartl a Hartlová (2004, s. 464). Dále ho popisují jako emočně nabitý úsudek bez kritického zhodnocení, od něhož se odvíjí určitý postoj nebo názor. Předsudek může zastávat jedinec nebo skupina. Jeho vznik souvisí s určitým přesvědčením nebo náboženskou vírou. Nezávisí na aktuální situaci a neopírá se o porozumění. Předsudek tedy nezahrnuje empatický přístup.

**Stereotyp** - podle Tošnerové (2002, s. 6) je v psychologii a sociologii ustálený a navyklý vzorec myšlení či chování na základě souhrnu představ a to buď ve vztahu k sobě – jednotlivci, skupině nebo ve vztahu k jiným. Stereotypy jsou individuální a sociální. Nebezpečí sociálních stereotypů spočívá v jejich hodnotícím postoji a těsné blízkosti s předsudky.

**Mýtus** – v Akademickém slovníku cizích slov (1998, cit. u Tošnerová, 2002, s. 6) je mýtus definován jako nekriticky přijímaná, uctívaná a zbožňovaná představa o někom nebo o něčem. Tento pojem je chápán jako smyšlenka, výmysl či blud.

**Gerontofobie** – bývá většinou charakterizována jako strach ze stárnutí, stáří a starých osob. Současný postoj společnosti jednoznačně tento nepříznivý fenomén podporuje.

### 3.3.2 Zdroje ageismu

Podle Traxlera (1980, cit. u Tošnerová, 2002, s. 12) existují čtyři zdroje ageismu, které podporují negativní stereotypy a mýty o stárnutí a stáří v západních zemích.

**Strach ze smrti, stáří** je chápáno jako synonymum smrti a na smrt nechce nikdo myslet, nechce se jí zabývat. Smrt je v pojetí západních zemí vnímána a chápána silně negativně. O tom nás každodenně přesvědčují různé seriály z lékařského prostředí, kde

všichni bojují proti nemoci a smrti, a při neúspěchu ve snaze o záchranu života podléhají depresím a pocitům osobního selhání. Ve východní filozofii je smrt naopak chápána jako nedílná součást lidského života.

I přes pozitivní změnu v náhledu naší společnosti na umírání a smrt, na niž má velkou zásluhu zejména hospice a obor paliativní péče, ještě mnoho lidí nemá svůj vztah ke smrti zpracován. Oddalování a tabuizování tématu včetně zavírání očí před smrtí ovšem problém vůbec neřeší. Východiskem z této situace je návrat do našeho nitra k vlastní spiritualitě, k propojení naší životní cesty s cestou duchovní. Jedná se o oblast, ve které má mnoho lidí svůj velký osobní dluh, na který oni sami doplácí.

**Důraz na mládí a fyzickou krásu** – zelenou v životě má mládí a krása, většina literárních zdrojů opakovaně poukazuje na stále se rozšiřující se problém medializované preference mládí a krásy, která se pak automaticky přenáší do každodenního života. Vypadá to, že nezkušenému mládí stačí jen dobrý fyzický vzhled a nic víc není zapotřebí.

Problém je ale nutné vnímat v širším kontextu, protože se na něm podílí další důležitá okolnost, a to hlavně jak senioři vnímají sami sebe. Velký podíl pomyslné viny mají senioři sami. V mnoha životních případech oni sami předvádějí, s jakou degradací se vnímají a prezentují. K české mentalitě zvláště u starší generace obecně je toto velkým problémem, neboť mají nízké sebevědomí a malou schopnost asertivně se prosadit. Nízké sebehodnocení se pak odráží v chování jedince, jež k sobě přitahuje potvrzení svých degradujících názorů.

**Spojení produktivity a ekonomického potenciálu** - co se týče produktivity a společenského potenciálu, hodnotí společnost nejpřínosněji střední věkovou kategorii. Zatímco první a poslední životní etapa, což je dětství a stáří, jsou chápány podle ekonomických měřítek jako neproduktivní. U dětí se neproduktivita toleruje, neboť u nich vzniká předpoklad pozdějšího ekonomického přínosu. Ve stáří bohužel tento předpoklad mizí. Většina lidí zapomíná, že senioři svůj přínos společnosti již odevzdali. Tím, že odešli do penze jakoby zmizel jejich celospolečenský přínos v produktivním věku. Toto se dá chápat pouze jako devalvující postoj, který neodpovídá zásluhám za odvedenou práci.

Způsob zjišťování skutečného stavu společnosti vedoucí k ageismu – provádění gerontologických studií hodně ovlivňuje to, jak jsou senioři vnímáni ve společnosti. Americké společnosti, které prováděly výzkum pouze v zařízeních s dlouhodobou péčí o seniory,

došly k velmi nepříznivým a zkresleným závěrům. A to vzhledem k tomu, že pouze 5% osob starších 65 let je umístěno v těchto zařízeních.

Podobná situace je i v české společnosti. Monitorování systematické a plošné i vyhodnocení ageismu, jako sociálně patologického jevu zatím nebylo u nás provedeno, ani nejsou zohledňována reálná fakta o skutečném stavu seniorské populace. (Tošnerová, 2002, s. 16) Zjišťování těchto skutečností není v naší republice prioritou. Důkazem nám mohou být média, která se zabývají problematikou stárí jako odstrašujícím popisem černé budoucnosti, která musí nutně čekat na každého seniora. Každý z nás se setkal s řadou medializovaných sdělení ses nahou seniorům pomoci, ale v jejich podtextu jsou nám patrné předsudky. Hodně slyšíme o okradení či podvedení seniorů, například podomním prodejcem nebo o tom, že senioři podpisují nevýhodné smlouvy. Rady, kterým se seniorům od sdělovacích prostředků dostává, však vypovídají o tom, že jsou senioři chápáni jako skupina neschopná reálně posoudit danou situaci a že tedy potřebují srozumitelný návod od mladších osob. Nikde už neslyšíme, že mezi stejně podvedenými či okradenými je i velká skupina osob daleko mladšího věku. Pod mediálním vlivem se proto jeví život seniorů jako nebezpečný a proto u mnohých lidí přibývající věk automaticky vzbuzuje strach z ohrožení. Toto všechno podporuje rozvoj dalšího fenoménu, který se hodně šíří v současnosti, a to je gerontofobie.

### 3.3.3 Opatření ke snížení ageismu

Máme-li hodnotit objektivně tuto situaci, musíme si uvědomit, že ideální místo pro seniory je doma. Domov je ideálním místem, kde mohou strávit podzim svého života ve svém původním prostředí. Spousta z nás má však zakódováno, že senioři patří automaticky do pobytových zařízení. Abychom mohli splnit předpoklad toho, že umožníme seniorům žít až do konce svého života ve svém přirozeném sociálním prostředí. Rodina má v péči o seniora nezastupitelné místo a Mlýnková (2011, s. 42-43) zdůrazňuje její dvě významné funkce:

**Rodina je zdrojem informací**, jež pomohou zdravotníkům a pracovníkům v sociální oblasti poskytovat klientům potřebnou péči. Senior z mnoha důvodů nemusí odborný personál vždy dostatečně informovat o svém zdravotním stavu a schopnostech sebezpečí. Mezi uvedené důvody patří např. zhoršená paměť, stud, oslabení smyslů atd.

**Aktivní spoluúčast rodiny** na péči o své staré rodiče. Rodina vedle vlastní péče o seniora, je mu schopna poskytnout také emocionální podporu. Ta spočívá v tom, že senior zpravidla lépe a snáze přijímá pomoc od blízkých než od cizích osob. Snižuje se tak pocit závislosti na pomoci odborníků. Do aktivní spolupráce můžeme také zařadit úpravu domácího prostředí pro zkvalitnění života seniora jako i nákup různých speciálních pomůcek usnadňujících pohyb a sebepéči. Chce-li rodina poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí se tomu nejprve naučit. V současné době existuje řada pečovatelských kurzů, ve kterých se mohou naučit nejenom teorii, ale i praktické provedení mnoha ošetrovatelských úkonů a seznámit se s novinkami v sociálních i zdravotní oblasti. Cíl spolupráce odborníků s rodinou seniora nespočívá pouze v tom, že se rodinní příslušníci naučí vlastní ošetrovatelské výkony nebo že bude senior spokojen. Cíle můžeme rozdělit do dvou skupin:

- **Obecné cíle** – vytvoření sociálně podpůrného prostředí, kdy má senior žít bez pocitu viny, že je blízkým na obtíž, a že jim přiděluje starosti. Cílem péče je tedy vlastní citová pohoda seniora a vědomí bezpečí domova.

- **Vedení ke zdravému životnímu stylu** – tento cíl si můžeme demonstrovat na potřebě pohybu. Někteří senioři, kteří mají potíže s chůzí a pohybem, odmítají vycházet ven a čas tráví pobytem v domácím prostředí nebo dokonce na lůžku. Pohyb však patří k základním lidským potřebám. Lidské tělo pohyb potřebuje, proto je nezbytné seniora motivovat k procházkám či k další fyzické aktivitě.

- **Specifické cíle** – vycházejí z určitého onemocnění nebo postižení a vztahují se ke konkrétním opatření, což znamená k vlastní ošetrovatelské péči a k režimu dne. Zahrnují např. i poskytování informací o možnosti sociálních služeb příspěvku na péči a dalších dávek, či nároku na kompenzační pomůcky apod.

Ke snížení ageismu ve společnosti doporučuje Tošnerová (2002, s. 41-42) následující opatření:

- podpora seniora v rodině a v jeho okolí k rozvíjení jeho schopností, podpora motivace
- podpora seniora pravdivým zviditelněním a bez stereotypů včetně reklam, novinových článků, televizních pořadů apod.
- zvyšování sebevědomí seniorů pomocí různých organizací, iniciativ a hnutí, podpora jejich aktivní účasti na společenském životě a v zájmových činnostech, které je možné realizovat s ohledem na zdravotní stav a chronická onemocnění.
- podpora samostatnosti seniorů vedoucí ke snížení sebevražednosti

V postoji k seniorům a v přístupu ke stáří má naše společnost velký dluh. Všechno však nelze svádět na společnost jako celek, je nutné si uvědomit, že je složena z nás všech. Na řešení vztahu a postoje společnosti k seniorům a ke snížení ageismu se nutně musí podílet více faktorů. Tento problém vyžaduje celkovou změnu v myšlení a morálním uvědomění každého člověka. Velice nutným se stává přijetí a začlenění stáří do běžného života.

Každý z nás by si měl uvědomit, jaký je jeho vlastní názor, postoj i vztah k lidem této věkové kategorie obecně i z hlediska sebe samotného. Měli bychom si umět odpovědět na otázky, jak sami nahlížíme na přibývajících léta a stáří, jak vnímáme seniory a jejich místo ve společnosti a jak se mi sami připravujeme na vlastní stáří. Je nutné, abychom projevili podporu a respekt vůči stáří obecně, ale také konkrétně ve svém okolí. Dále je nutné v tomto duchu vychovávat mladou generaci, která by se měla naučit se seniory podporovat, chránit a respektovat, naučit se projevům lásky a empatie. Tak jako se ageismus projevuje v celé společnosti, tak se bohužel vyskytuje i u sociálních pracovníků, kteří se dostávají do přímého kontaktu se seniory.

#### **Projevy diskriminace u pečovateli** podle Mlýnkové (2011, s. 37-38)

- **Neskrývaná averze** vůči seniorovi, například při vlastním uspokojování potřeb seniora. Většinou se jedná o projevy nespokojenosti a nechuti seniory ošetřovat.
- **Vyhýbání se kontaktu** se seniorem, pečovatel u seniora zajistí pouze to, co musí, hlavně zajištění hygieny a příjmu potravy, ale další potřeby již nezjišťuje. Nevyhledává hlavně potřeby psychické, duchovní a emocionální. Chybí zde aktivní přístup k péči o seniora i vlastní zájem pečovatele.
- **Nadměrná podpora**, zde se ošetřující osoba staví do role experta, který je jediný, kdo dobře zvládne seniorovi pomoci. Tak je senior připraven o možnost aktivně se účastnit vlastního ošetřování a je mu odmítána možnost vykonávat činnosti, které zvládne sám bez pomoci. Snižuje se jeho sebevědomí, sebekoncepce a senior je osobnostně devalvován. Je chápán jako nekompetentní osoba, která nic neumí, nezvládá a je závislá na pomoci pečovatele.
- **Ageismus** v komunikaci, jedním z takových typických projevů je oslovení „babi, dědo“. Takto může osoby vyššího věku oslovovat pouze blízký příbuzný a rozhodně si v rámci profesionální etiky nemohou takové oslovení dovolit pečovatelé, ani zástupci všech pomáhajících profesí.



### **3.3.4 Projevy diskriminace u zaměstnavatele**

Nejčastějším projevem bývá to, že je senior propuštěn ze zaměstnání, protože je starý a dává se přednost zaměstnancům nižších věkových kategorií. K dalším projevům patří vytykání domnělých chyb pracovníkovi v seniorském věku a jejich zveličování ve snaze znepríjemnit mu pobyt na pracovišti. Pokud se tohoto dopouští nadřízený, jde o tzv. bossing, jestliže je senior vystaven neoprávněné kritice spolupracovníků, hovoříme o mobbingu.

### **3.3.5 Projevy diskriminace z hlediska gender**

Tento termín můžeme charakterizovat jako kulturně a společensky vytvořené rozdíly mezi muži a ženami. Většinou vyjadřuje preferenci jednoho pohlaví v určité oblasti. Např. větší přítomnost mužů v oblasti politiky, jako profesionální řidiči atd. Znamená to, že jedno pohlaví, zpravidla ženské, je diskriminováno. Spousta žen mladšího středního věku u nás nezíská vedoucí postavení, neboť se stará o děti a je předpoklad, že je bude muset ošetřovat a nebude moci pracovat přesčas či jezdit na služební cesty.

U seniorů je situace obdobná. I oni se mohou setkat s tím, že v určité profesi se bude dávat přednost druhému pohlaví. S tímto jevem se můžeme setkat i při ošetřování klientů, ač by tento jev měl být ojedinělý.

## **3.4 Týrání a zanedbávání seniorů**

Násilí na seniorech je v současné době vážným sociálně zdravotním problémem. O tomto společenském jevu se začalo hovořit ve Velké Británii již počátkem 60. let. Závažné formy nevhodného zacházení se starými lidmi, různé formy domácího i ústavního násilí či zanedbávání péče se shrnují pod anglickým označením elder abuse and neglect – EAN.

Syndrom EAN je rozdělen na různé oblasti, uvádíme rozdělení dle Tošnerové (Tošnerová, 2002, s. 279). K hlavním formám EAN podle ní patří:

### **3.4.1 Fyzické násilí**

je klasifikováno jako vědomé způsobování fyzické bolesti, zraňování nebo bezdůvodné fyzické omezování osoby.

**Nejčastější projevy:**

- pády z nejasných příčin
- zlomeniny
- škrábance
- popáleniny na neobvyklých místech, např. od cigarety
- podlitiny různého zbarvení a stáří, podlitiny po umístění opasku na určitou část těla, podlitiny svědčící pro silný stisk rukou násilné osoby
- stopy po kousnutí atd.

Následky tělesného (fyzického) týrání jsou naštěstí patrné většinou na první pohled (např. zhmožděniny, otoky) nebo se dají prokázat např. RTG vyšetřením (zlomeniny, akutní i staré, tj. zanedbané). Některé však nejsou vidět ihned (vnitřní krvácení), jsou ale o to nebezpečnější a velice často končí smrtí seniora.

### **3.4.2 Materiální (finanční) zneužívání**

je považováno zneužívání majetku a finančních prostředků zneužívané či týrané osoby.

#### **Nejčastější projevy materiálního zneužívání jsou:**

- nízké povědomí o vlastní finanční situaci
- náhlá nebo nevysvětlitelná neschopnost platit účty, nakupovat potraviny nebo předměty osobní potřeby
- nerovnost mezi příjmy a životní úrovní
- prodej cenností
- nadměrný zájem rodiny o majetek seniora
- mizející majetek (náhlý prodej chaty, převod majetku na příbuzné či jiné osoby)
- neochota rodiny investovat finanční prostředky do péče o seniora, i když je jeho příjem dostatečný
- tvrzení rodiny, že jejich starému příbuznému nemůže být poskytnuta péče, neboť naléčení nemá dostatek peněz atd.

### **3.4.3 Emocionální zanedbávání (týrání)**

Seniorovi jsou směřovány ponižující výroky, gesta, izolace od rodiny a přátel, vulgarismy, slova, která dávají najevo, že je senior na obtíž a je pro rodinu zátěží apod.

#### **Projevy emocionálního zanedbávání seniora:**

- strach, úzkost až panické či úzkostné stavy
- beznaděj, nejistota a pocit ohrožení
- nespavost a zvýšená denní únava
- změna v chuti k jídlu
- neobvyklý přírůstek nebo úbytek na váze
- nezájem o okolí a sebe sama
- lhostejnost k činnostem, péči o domácnost
- stáhnutí se do sebe
- užívání uklidňujících léků
- myšlenky si ublížit
- nízká míra komunikace s ohrožující osobou a vyhýbání se jí
- změna nálad, kterou registrují přátelé seniora

Psychické a emocionální týrání většina seniorů považuje za daleko horší než týrání fyzické. Jedním z velkých problémů je také fakt, že ač psychické týrání může vést i k sebevraždě seniora a může jeho život ničit spoustu let, nedá se dokázat tak lehce jako týrání fyzické.

#### **3.4.4 Zanedbávání druhou osobou – rodinou či jiným pečovatelem**

Osoba, která o seniora pečuje, není schopna dostatečně uspokojovat jeho potřeby, zanedbává péči, odmítá zajistit pravidelný příjem tekutin, potravy, není schopna zajistit hygienickou péči, dostatek pomůcek pro inkontinenci apod.

##### **Mezi nejčastější projevy řadíme:**

- dehydrataci a podvýživu seniora
- zápach z nedostatečné hygienické péče, tvorbu proleženin
- nevhodné, ušpiněné a propocené oblečení
- senior postrádá kompenzační pomůcky jako např. brýle, naslouchátko nebo zubní protézu
- nemá k dispozici kompenzační pomůcky k sebeobsluze
- nedostatečnou lékařskou a ošetrovatelskou péči, senior není schopen si ji zajistit a příbuzní ji zařídit odmítají
- zhoršení zdravotního stavu, senior neužívá léky nebo je užívá nevhodným způsobem

### **3.4.5 Sexuální zneužívání**

Bohužel ani tato forma útrap není výjimečná. Týká se žen.

Mezi nejčastější příznaky patří:

- opakované záněty rodidel,
- krvácení z rodidel
- poranění rodidel, bolesti v podbřišku

### **3.4.6 Neodůvodněné použití restriktivních opatření v institucionální péči**

Restrikce představuje soubor prostředků a postupů, které vedou k:

- omezení jedince v pohybu
- nemožnosti vykonávat většinu běžných činností, např. číst si, podat si sklenku vody apod.
- porušení základních lidských práv seniora
- ponížení lidské důstojnosti

Omezující prostředky v rámci restriktivních opatření můžeme dělit dle Markové a kol. (2006, s. 115-119) na:

- omezení v lůžku
- terapeutická izolace
- manuální fixace
- podávání sedativní medikace bez souhlasu klienta

Toto členění je platné hlavně v psychiatrických léčebnách. Proto musí být použití restriktivních opatření u klientů v pobytových sociálních zařízeních v souladu s Doporučeným postupem Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro používání opatření omezujících pohyb osob, aktualizovaným 3. 7. 2008.

#### **Hlavní zásady**

- Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze podobu nezbytně nutnou.
- Uživatelé sociálních služeb mají právo na důstojné zacházení, péči a úctu i při nezbytnosti omezení jejich pohybu.

- K omezení pohybu uživatele lze přistoupit pouze tehdy, když byly bez úspěšného výsledku použity všechny ostatní možné strategie pro zabránění takovému jednání uživatele, kterým ohrožuje zdraví či život svůj nebo jiné osoby a rizika vyplývající z neomezení pohybu uživatele jsou větší než rizika vyplývající z jeho omezení.
- Rozsah a povaha omezení musí být přiměřená míře aktuálního ohrožení a individualitě uživatele. Omezení je ukončeno ihned, jak pomine situace ohrožení. [online] URL: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny\\_postup.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny_postup.pdf) [citováno 2. dubna 2012]

### **3.4.7 Důvody špatného zacházení se seniory**

Dle Mlýnkové (2011, s.41-42) je důvodů, proč se pečující osoba chová k seniorovi nepřijatelným způsobem několik:

- vyčerpání rodinného pečovatele, rodinný příslušník již není schopen plnit potřeby seniora, jeho žádosti, dále akceptovat změny jeho nálady, stesky až agresivní chování
- nedorozumění v rodině, příkladem může být péče o starou matku, která bydlí s rodinou své dcery v malém bytě. Pro celou rodinu je to náročná situace a přeje si, aby byla matka umístěna do institucionální péče
- osobnost pečovatele: při pečování se mohou zvýraznit násilné osobnostní sklony
- potřeba pečovatele mít moc nad seniorem, ovládat ho, rozkazovat, řídit jeho péči, trestat
- vyčerpání pečovatele, pečovatel potřebuje odpočinek, dovolenou, je podrážděný a vlastní péče o klienty ho nebaví. Do zaměstnání pečovatel chodí pouze proto, aby se uživil.

**Senioři, kteří jsou nejčastěji vystaveni špatnému zacházení rozdělení dle Mlýnkové (2011, s. 42)**

- ženy a vdovy ve věku 70 – 80 let
- senioři s nižším vzděláním
- senioři s fyzickým nebo mentálním postižením
- imobilní osoby

## **Legislativa a právní normy vztahující se k týrání seniorů**

V České republice existují právní předpisy, které lze uplatňovat v případě zjištěné špatné péče či týrání seniora:

**Zákon o přestupcích** (č. 200/1990 Sb. ve znění pozdějších předpisů):

§49 – Postihuje přestupky proti občanskému soužití, např. ublížení na zdraví z nedbalosti, vyhrožování újmou na zdraví, drobné ublížení na zdraví, hrubé jednání.

**Trestní zákon** (č. 140/1961 Sb. ve znění pozdějších předpisů):

§ 168 – neoznámení trestného činu – Týká se případů, kdy se osoba hodnověrně dozví, že jiná osoba spáchala trestný čin týrání svěřené osoby (§ 215) a takový trestný čin bez odkladu oznámí státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Tohoto trestného činu se může dopustit kdokoli, kdo se o týrání dozvěděl (např. lékař, zdravotní sestra, pečovatel, člen rodiny soused apod.)

§ 215 – týrání svěřené osoby – „Svěřenou osobou“ se rozumí i člověk, který je pro stáří, nemoc, invaliditu, mentální retardaci apod. odkázán na péči jiných osob. Jedná se o týrání fyzické či psychické, přičemž za týrání se považuje i opomenutí povinné péče, k níž byl pachatel povinen.

§ 221 – úmyslné ublížení na zdraví

§ 223 – těžká újma nebo smrt z nedbalosti – Tohoto trestného činu se může dopustit např. osoba, která pečuje o starého člověka a zapomene mu péči poskytnout (např. ve formě určitého úkonu – nepodání léku, podávání nedostatečného množství nápojů apod.)

§ 231 – omezování osobní svobody – Bránění v užívání osobní svobody znemožňuje nebo omezuje člověku volný pohyb a zároveň mu zamezuje o svém pohybu svobodně rozhodovat (např. zavírání v místnosti bez možnosti ji opustit).

§235 – vydírání – Jedná se např. o vyhrožování za účelem vydání peněz nebo jiné věci, trpění sexuálních praktik apod.

**Postupy při zjištění týrání seniora v pobytovém sociálním zařízení nebo podezření na něj uváděné Malíkovou (2011, s. 280-281):**

Tyto postupy by měly být platné nejen pro zařízení sociálních služeb, ale i pro zařízení zdravotnická, což znamená že sem spadají nejen zařízení hospicová ale i LDN.

- Všichni pracovníci si musí všimnout všech projevů chování klientů, verbálních i neverbálních a posoudit, zda se nejedná o známky týrání
- Nadřízení pracovníci provádějí kontrolní činnost zaměřenou na oblast týrání klientů
- Pracovník, který registruje nevhodné prvky v chování svých kolegů svědčící pro týrání seniorů, neprodleně zjišťuje bližší okolnosti a ověřuje, zda potvrzují týrání.
- Pokud pracovník zjistí, že k týrání skutečně došlo nebo je jeho přímým svědkem, okamžitě se snaží zabránit v jeho dalším pokračování a upozorní týrajícího spolupracovníka na závažnost jeho počínání.
- O týrání klienta jiným pracovníkem musí informovat přímého nadřízeného pracovníka (např. vrchní sestru, vedoucí ošetrovatelské péče, vedoucího sociálního pracovníka atd.).
- Nadřízený pracovník se musí zjištěnou skutečností ihned zabývat a neprodleně ji řešit. Vede rozhovor s týrajícím pracovníkem i s týraným klientem, vyhodnotí výsledky rozhovorů a pozorování a podle rozsahu a závažnosti volí postup řešení.
- Při řešení týrání je vždy důležité také odhalení příčiny, která k týrání klienta vedla. Při zjištění okolností svědčící pro syndrom vyhoření u týrajícího pracovníka není efektivní jen jeho potrestání, ale nabídnutí konkrétní formy pomoci (např. dočasné přeřazení na jiné oddělení, čerpání dovolené atd.).
- V nezbytných případech je nutné řešit odchod pracovníka z pracoviště.
- Při zjištění týrání klienta v pobytovém zařízení musí být vypracován systém nápravných a preventivních opatření včetně zvýšení kontrolní činnosti.
- Pokud je pracovník svědkem týrání klienta jinou osobou (jiný klient, osoba na návštěvě aj.) neprodleně zasáhne a zabráni týrající osobě v dalším týrání. Informuje nadřízeného a dále postupuje podle jeho pokynů.
- Zjištěné týrání klienta jiným klientem pracovníci okamžitě řeší stejným postupem tj. zabráni týrajícímu klientovi v dalším konání, oznámí událost nadřízenému a postupují podle jeho pokynů.

Daleko důležitější než řešení důsledků všech druhů týrání seniorů je důkladná prevence tohoto jevu. V této prevenci se musí angažovat nejen mnoho vědních oborů, ale i široká veřejnost. Nejhorší je totiž ignorace tohoto jevu, která vede k dalšímu rozvoji týrání seniorů a porušování etických norem i lidských práv. Mezi důležitá preventivní opatření patří také systematická příprava na aktivní stáří. Znamená to, že se senior snaží udržovat v dobré fyzické i psychické kondici, aby nepůsobil tak křehce a zranitelně a aby budil

v lidech respekt vůči vlastní osobě. Jen takto může docílit toho, že prožije klidné a vyrovnané stáří.

### **3.5 Potřeby, jejich změny ve stáří a uspokojování potřeb seniorů**

Jednou ze základních otázek vztahu člověka k sobě, k životu a prostředí je problematika potřeb. Potřebu můžeme klasifikovat jako pocit nedostatku nebo nadbytku něčeho konkrétního, pro člověka důležitého. Někdy jsou potřeby výrazem nároků prostředí, jež jsou na jedince kladeny. Zároveň jsou však jednou ze základních motivačních sil lidského chování. Přispívají k adaptaci člověka na změny prostředí a naopak lidské potřeby a jejich uspokojení jsou schopny prostředí měnit.

#### **3.5.1 Rozdělení potřeb**

Lidskými potřebami se již zabývalo mnoho autorů a vznikla řada různých škál a členění podle různých kritérií. Ve zdravotnictví a v oblasti sociálních služeb je nejvíce rozšířeno a používáno členění potřeb podle Maslowa, nazývané nejčastěji Maslowova pyramida nebo Maslowova hierarchie potřeb.

Autorem je americký psycholog Abraham Harold Maslow, který žil v letech 1908 až 1970 v USA. Zabýval se lidskými potřebami podrobně, zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy. Podle svých poznatků vytvořil v roce 1943 soubor potřeb ve tvaru pyramidy. V pyramidě jsou schematicky rozděleny všechny oblasti lidských potřeb do pěti úrovní. (viz obr. č. 1). Vytvořená hierarchie vychází z naléhavosti uspokojení a vzájemné provázanosti. Je zde objasněna logická posloupnost uspořádání potřeb a vznik dalších po uspokojení potřeby předchozí. Maslow do své klasifikace zahrnuje všechny oblasti lidského života. Pokud tuto pyramidu budeme znát, pochopíme, budeme uplatňovat a správně používat, bude to velkým přínosem nejen v oblastech zdravotnictví, ošetrovatelství a v sociálních službách, ale i ve většině životních situacích, zejména náročných a krizových. Potřeby Maslow seřadil na stupních pyramidy podle jejich důležitosti (Malíková 2011 s.167).





**Obrázek 1. Maslowova pyramida potřeb**

Jednotlivé úrovně potřeb charakterizoval Maslow následovně [online] dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova\\_pyramida](http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida) [cit. 7. 5. 2012]:

### 3.5.1.1 Základní tělesné (fyziologické) potřeby

Jedná se o základní potřeby lidského organismu, které musí být uspokojovány nejdříve. Tvoří je např.:

- Potřeba dýchání
- Potřeba regulace tělesné teploty
- Potřeba tělesné integrity
- Potřeba vody
- Potřeba spánku
- Potřeba přijímání potravy
- Potřeba vylučování a vyměšování
- Potřeba pohlavního styku
- Potřeba fyzické aktivity aj.

### 3.5.1.2 Potřeba bezpečí a jistoty

Vzniká brzy po uspokojení fyziologických potřeb.

- Jistota zaměstnání
- Jistota příjmu a přístupu ke zdrojům

- Fyzická bezpečnost
- Ochrana před násilím a agresí
- Morální a fyziologická jistota
- Jistota rodiny
- Jistota zdraví

### **3.5.1.3 Sociální/společenské potřeby**

Reprezentují citové vztahy.

- Potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti
- Potřeba přátelství
- Potřeba partnerského vztahu
- Potřeba mít rodinu

### **3.5.1.4 Potřeba uznání a úcty**

Uspokojení této potřeby vede ke zlepšení sebedůvěry a sebezpojetí.

- Dosažení úspěchu
- Dosažení respektu
- Dosažení samostatnosti
- Dosažení pozornosti okolí
- Dosažení pochvaly a veřejného uznání
- Dosažení pověřování a odpovědnosti atd.

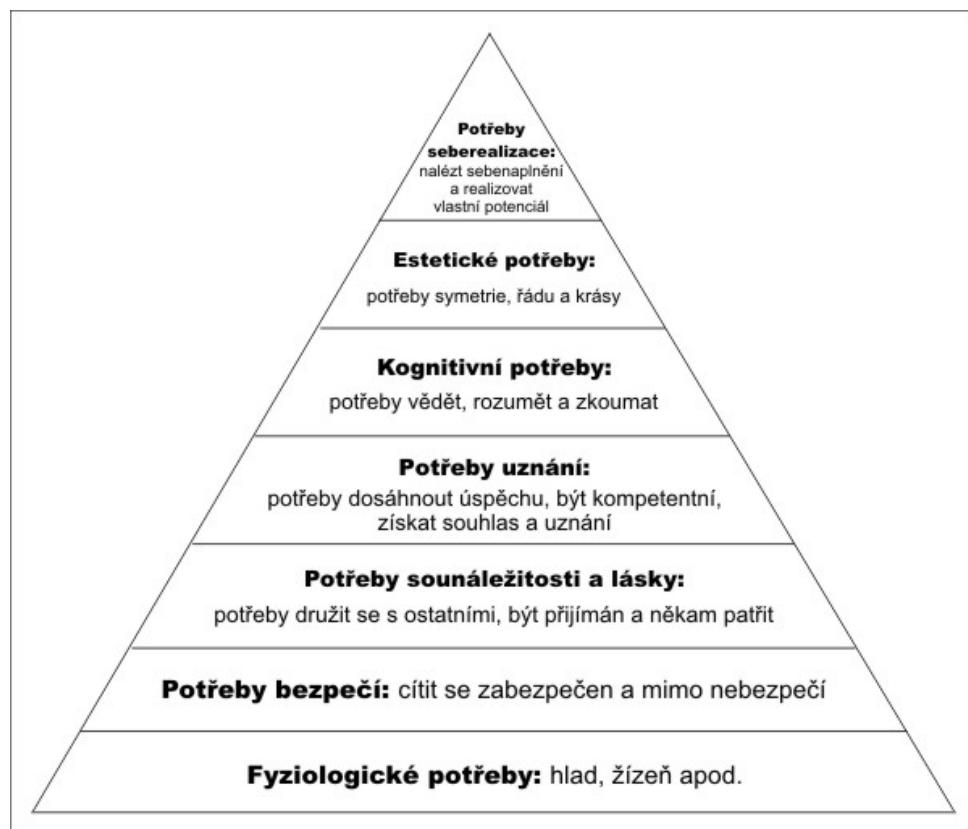
### **3.5.1.5 Potřeba seberealizace**

Tuto potřebu autor hodnotí jako jednoznačně nejvyšší, vyjadřující snahu o naplnění záměrů a představ jedince. Při potřebě seberealizace se člověk snaží být co nejlepším. Seberealizované osoby charakterizoval Maslow takto:

- Přijímají vše v životě a sebe sama, nic neodmítají, ničemu se nebrání a nevyhýbají
- Jsou spontánní ve svých myšlenkách a činech
- Jsou tvořiví
- Zajímají se o řešení problémů a mnohdy i o řešení problémů jiných lidí, řešení problémů tvoří v jejich životě stěžejní roli

- Vnímají blízkost jiných lidí a všeobecně si váží života
- Mají v sobě svou vnitřní etiku nezávislou na vnější autoritě
- Neposuzují jiné lidi na základě předsudků, ale převážně objektivním způsobem

Pět úrovní potřeb Maslow dále rozčlenil na dvě skupiny, nedostatkové a růstové potřeby. Do skupiny nedostatkových potřeb zařadil první čtyři úrovně potřeb a mezi růstové potřeby zařadil pouze pátou, seberealizaci.



**Obrázek 2. Modifikovaná Maslowova hierarchie potřeb**

### 3.5.2 Modifikace Maslowovy pyramidy

Původní Maslowova pyramida byla dále modifikována různými autory a rozpracována do větších detailů, např. do sedmi úrovní. V výše uvedené verzi ji popisuje Trachtová (2001, s. 14)

- **Potřeby fyziologické** - tyto potřeby jsou také nazývány potřebami biologickými a jsou charakterizovány stejně jako u Maslowa, vznikají při porušení rovnováhy

v organismu. Patří mezi ně potřeba kyslíku, pohybu, příjmu jídla a tekutin, spánku a odpočinku, vyprazdňování, tepelné pohody, nepřítomnost bolesti a sexuální potřeba.

- **Potřeba jistoty a bezpečí** – znamená potřebu jedince vyvarovat se nebezpečí či ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě a ochraně.
- **Potřeba lásky a sounáležitosti** – je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti a sociální integrace. Často vystupuje do popředí v situacích opuštění nebo osamocení.
- **Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty** – tato oblast potřeb se u každého člověka projevuje ve dvou rovinách, nejdříve ve vztahu k sobě samému a potom ve vztahu k okolí. Vždy je první potřeba jedince orientovaná sama na sebe, tj. sebeúcta, sebe-respekt a sebezřetivost. Člověk si potřebuje vážně sám sebe. Druhá je potřeba respektu, uznání a ocenění okolím. Projevy této potřeby reprezentují touhu po respektu okolí, aby si člověk mohl potvrdit své místo ve společenství.
- **Potřeby kognitivní** – zahrnují potřebu poznávat, vědět, porozumět, orientovat se v něčem a touhu po nových poznatcích a informacích.
- **Potřeby estetické** – jde o uspokojení touhy po kráse, vkusu, umění, estetice, úpravnosti. Estetická potřeba se může projevit v různých oblastech a různým způsobem. Touhou po upraveném zevnějšku, dále požadavky na upravené, příjemné prostředí, kde jedinec pobývá či sledováním kulturních, uměleckých a společenských akcí nebo i vlastní tvorbou uměleckých děl.
- **Potřeba seberealizace** – jedinec ji pociťuje a projevuje jako potřebu realizovat vlastní potenciál, sám sebe, dokázat něco. Potřeba seberealizace je spjata s naší spiritualitou, s hledáním sebe sama a smyslu života. Hodně souvisí s osobnostním růstem člověka a jeho duchovním vývojem.

Tato modifikovaná verze Maslowovy hierarchie potřeb respektuje její zákonitosti, především pravidlo, že touha uspokojit své potřeby obvykle směřuje směrem zdola (biologické potřeby) až k vrcholu, což je seberealizace a oblast spirituální. Přesto se požadavky na uspokojování potřeb mohou různě prolínat a uvedená posloupnost nemusí být striktně dodržována. Preferování potřeb a touha po jejich uspokojení se mohou v průběhu života pod vlivem různých okolností měnit. Někteří lidé v náročných situacích naopak tvrději trvají na stále stejném pořadí svých potřeb a způsobech jejich uspokojení, i když je to vzhledem ke změně okolností obtížné až nemožné.

Přestože Maslowova pyramida byla vytvořena v roce 1943, je v současné době stále aktuální. Uspokojení potřeb má základní význam při dosažení spokojenosti uživatelů všech zařízení jak ve zdravotnictví tak v sociálních službách a stává se měřítkem kvality všech zařízení.

### 3.5.3 Změny potřeb ve stáří

Staří lidé jsou vlivem fyziologických procesů ve stáří zvýšeně náchylní k náhlému zhoršení zdravotního stavu, které má za následek snížení soběstačnosti a zvýšení nejistoty, zejména u osaměle žijících seniorů.

Věkem, nemocí, náročnou životní situací může být porušena nejen vnitřní rovnováha organismu ale i rovnováha s vnějším prostředím, projevujícím se např. frustrací způsobenou neuspokojením mnoha potřeb člověka. Potřeby člověka chápeme jako stav charakterizovaný napětím a dynamickou silou vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení životní rovnováhy.

Pozornost sociálních pracovníků a zdravotníků bývá mnohem více zaměřena na tělesné (fyziologické, biologické) potřeby člověka, na porušené tělesné zdraví a soběstačnost. S vysokým věkem u starého člověka však nedochází jen k porušení biologické rovnováhy organismu, ale je narušena především psychosociální rovnováha. Každý kdo pečuje o starého člověka by měl k nemocnému přistupovat komplexně. Mluvíme o holistickém přístupu, znamenajícím přístup úplný, sjednocený, který zdůrazňuje psychosomatickou jednotu a jedinečnost každého člověka. Humanisticko-holistický přístup znamená, že člověk není jen souhrnem jednotlivých částí, ale porucha jedné části je poruchou celého systému. Pro snadnější pochopení a bližší vysvětlení životních potřeb používá Chloubová Dům životních potřeb, který vychází z Maslowovy filozofie.

Svůj dům životních potřeb si každý člověk „staví“ sám od svého narození. Aby takový dům mohl dobře, musí mít „pevné základy – suterén“, které tvoří dobře fungující potřeby fyziologické (dýchání s kardiovaskulárními funkcemi, hydratace, výživa, vyprazdňování moči a stolice, tělesná a duševní aktivita, odpočinek a spánek, teplo, pohodlí, vyhýbání se bolesti, očista a hygiena, sexuální a mateřské potřeby. Frustrace tělesných potřeb se projeví nejdříve tím, že subjektivně člověk cítí nepříjemné základní pocity tzn. bolest, dušnost, žízeň, hlad, nepohodlí atd. Tyto první signály neuspokojených tělesných potřeb mohou u laiků zůstat nepovšimnuty. Chloubová [online] dostupné z: < [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf) > [cit. 12. 4. 2012]

## Dům životních potřeb (Chloubová 1992)

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktuali-zace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	Moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	komunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	Mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživy	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygieny	sexuální mateřské potřeby

**Obrázek 3. Dům životních potřeb Chloubová (1992)**

Pomyslné domy životních potřeb nejsou u seniorů tak vysoké, mají méně pater a méně místností, protože potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně uspokojovány. Zůstávají a jsou zvýrazněny potřeby fyziologické a z psychosociálních jsou to především potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti.

### 3.5.4 Vyšší potřeby seniorů dle Mlýnkové (2011, s. 49-50).

Senioři prožívají strach z onemocnění, ze ztráty životního partnera v závislosti na pomoci druhých osob. Dominuje potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomických jistot. Mnozí senioři se těžko smiřují s tím, že budou závislí na přítomnosti a ochotě pečovatелů. Nejistota se také objevuje tehdy, jestliže má senior nedostatek informací o svém zdravotním stavu, o plánovaných vyšetřeních apod. Proto je nutné seniorům trpělivě vše vysvětlit. Hůře může být uspokojena potřeba komunikace, jestliže ubývá známých, přátel nebo životní partner zemřel. Tato potřeba bývá nedostatečně zajišťována, hlavně v institucionální péči.

Výše jsme uvedli, že má pomyslný dům potřeb seniorů méně pater. To však neznamena, že by senioři nepociťovali potřebu seberealizace, uznávání sebe sama, či uznávání druhými lidmi. Mnozí senioři stále pracují až do vyššího věku a realizují se v zaměstnání nebo si zvelebují domov či zahrádku. Jiní senioři se aktivně účastní akcí klubů seniorů nebo kulturních akcí, které jsou pro ně pořádány, mají v oblíbě výlety i divadelní představení. Je třeba zdůraznit, že vyšší věk nezahrnuje pouze „starost o bolavá kolena“, zácpu nebo nenaplněný čas. Mnozí senioři si dokonce na nedostatek volného času stěžují a k uskutečnění svých plánů by potřebovali ještě dalších dvacet let čilého života.

### **3.5.5 Intelektuální potřeby**

Intelektuální potřeby lze podporovat také prostřednictvím univerzit třetího věku a různými vzdělávacími programy a kurzy. Pro osoby padesátileté a starší jsou určeny projekty Evropské unie, které jsou zaměřeny na celoživotní vzdělávání. Např. program Grundvig, jenž podporuje mobilitu osob v souvislosti se vzdělávacími kurzy v zahraničí. Aktivní život seniorů je též podporován poskytováním finančních slev na kulturní a společenské akce, dopravu, návštěvy památek apod.

### **3.5.6 Duchovní potřeby seniorů**

V závěrečné fázi života většina lidí bilancuje a hodnotí, co prožili a kladou si o smyslu svého života spoustu otázek. Bilancují, zda splnili své životní úkoly a cíle a často mají potřebu svěřit své myšlenky někomu, kdo umí aktivně naslouchat a pomůže jim, aby odpovědi na své otázky našli sami v sobě.

V institucionální péči s výjimkou péče hospicové nebývají duchovní potřeby seniorů plně uspokojovány. Většina zařízení nemá kapli ani svého vlastního duchovního. Klienti se tedy nemohou pravidelně vyzpovídat a dosáhnout tak usmířením se sebou samým.

V institucionální péči může ošetřující personál udělat jedině to, že vhodným rozhovorem pomůže seniorovi svěřit se se svým trápením a díky empatii a vhodnému naslouchání tak může napomoci k uspokojení seniorových potřeb. Pečující také mohou plnit roli prostředníka a v případě nutnosti mohou duchovního na žádost klienta zavolat.

### 3.5.7 Uspokojování potřeb

Každý člověk má jinou míru naplnění jednotlivých potřeb. Pro stanovení míry a touhy po uspokojování potřeb použijeme pojmy prahové, podprahové a neprahové (Šamánková a kol. 2006, s. 58-60).

- **Podprahové** naplnění většinou vede k pocitu frustrace, stresu až deprivace. Každá frustrace se projevuje psychickým mnohdy i fyzickým diskomfortem. Dlouhodobý pocit frustrace může mít jako následek i výrazné zdravotní potíže (např. onemocnění zažívacího traktu, vysoký krevní tlak). Mezi charakteristické projevy stresu patří aktivace sympatického nervového systému a tím dojde k mobilizaci veškerých sil organismu. Deprivace je nedostatečné uspokojování citových a smyslových potřeb, které vede k pocitům opuštěnosti, vyprahlosti ale může vyvolat i somatické potíže jako např. bolesti hlavy.
- **Nadprahové** naplnění potřeb je většinou projevem hyperaktivní péče, která může vést k pocitům přílišné kontroly a nesvobody. Tento typ péče může mít následky zdravotní i psychické (např. útek, násilí, ztráta vlastních názorů, onemocnění).
- **Prahové** naplnění je uspokojení, které přináší životní vyrovnanost, pohodu a životního optima.

Naplnění, uspokojování potřeb může probíhat zdravým nebo nezdravým způsobem

- Za **zdravé** uspokojování potřeb považujeme takové, které neškodí jedinci ani nikomu jinému. Metody vedoucí k uspokojení musí být také v souladu se zákonnými normami.
- Za **nezdravé** způsoby a cesty vedoucí k uspokojování potřeb považujeme takové, které mohou poškodit jedince nebo druhé osoby, přestupují meze zákona a přinášejí jedinci neklid.

Jak jsme již dříve zmínili, jsou potřeby člověka naprosto individuální záležitostí a jejich uspokojování klade na pečovatele vysoké nároky. Vzhledem k tomu, že spokojený senior je tou nejlepší vizitkou rodiny i institucionálního zařízení, není možné brát potřeby člověka na lehkou váhu. Aby uspokojování potřeb bylo opravdu kvalitní, je nutné, aby každý pečující kromě velké dávky empatie, trpělivosti a lásky k lidem, dosahoval i určitého stupně odborného vzdělání.



## **4 METODIKA PRÁCE**

### **4.1 Pracoviště, ze kterých jsou vybráni respondenti**

#### **4.1.1 Léčebny dlouhodobě nemocných obecně**

Léčebny dlouhodobě nemocných patří mezi zařízení následné péče. Jsou zde umístěni pacienti ze spádových oblastí na doléčení akutního onemocnění, na následnou rehabilitaci, a pro zpětné zapojení se zpět do společnosti v různém stupni podle svého zdravotního stavu. Často se pacienti dostávají do LDN z domácího prostředí pro celkové zhoršení svého chronického onemocnění.

Zařízení LDN však nelze využívat jako azylového charakteru. Pobyt zde je totiž plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění a jsou s ním spojeny vysoké finanční náklady. Pobyt na LDN je zdravotními pojišťovnami časově omezen na maximální délku tří měsíců a redukován na co nejkratší možnou dobu (Červenka, 2007).

#### **4.1.2 Léčebna dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří v Brně**

Léčebna dlouhodobě nemocných je lůžkovým oddělením brněnské Nemocnice Milosrdných bratří v Polní ulici. Poskytuje léčebnou a ošetrovatelsko-rehabilitační péči chronicky nemocným pacientům s cílem zlepšit jejich zdravotní stav do takové míry, aby se mohli vrátit do domácího prostředí. Pacienti jsou přijímáni na základě doporučení ošetřujícího lékaře v případě akutního onemocnění nebo praktického lékaře v případě postupného zhoršování zdravotního stavu v domácím prostředí. Kapacita LDN Polní je 110 lůžek, která jsou stabilně využívána z více než 90%. Tato míra dokazuje velký zájem o léčebnou péči. Spádovou oblastí je území města Brna a okolí.

K hospitalizaci jsou přijímáni nejčastěji pacienti s interními chronickými stavy, po akutních příhodách v kardiovaskulárním systému, s onemocněním respiračního, neurologického či psychiatrického charakteru. Pacienti jsou často tělesně nebo duševně nesoběstační a potřebují péči rehabilitačně-ošetrovatelskou. Cílem léčby a péče je zpomalení progresu nemoci a zabránění časně rehospitalizaci. V péči o nemocné jsou zahrnuty také aktivizační činnosti, zapojení pacientů do cvičebních skupin, používání rehabilitačních pomůcek a přístrojového vybavení v prostorách tělocvičny na oddělení. LDN umožňuje i logopedickou péči v rámci praxí studentů Lékařské fakulty MU a od roku 2009 byla do

léčby zapojena i canisterapie. Převzato z Výroční zpráva Nemocnice Milosrdných bratří 2009 [online] [http://www.nmbrno.cz/download/vz\\_nmb2009.pdf](http://www.nmbrno.cz/download/vz_nmb2009.pdf) [cit. 27. dubna 2012].

Přestože doba léčby na LDN je stanovena nejdéle na tři měsíce, je možné ji za určitých podmínek prodloužit. Většina pacientů řeší problém návratu z LDN neboť nejsou nadále schopni samostatného života. Problém s umístěním do ústavů sociální péče se snaží sociální pracovníci nemocnice ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou řešit s ohledem na zdravotní stav pacienta i jeho představu dalšího života. Bohužel lůžek v zařízeních, kam by mohli být pacienti propuštěni, není dostatek a LDN často musí simulovat i péči tohoto zařízení.

#### **4.1.3 Hospicová péče obecně**

Současná hospicová péče navazuje na tradici klášterních útulků. Dnešní zdomácněný název hospice pochází z latiského hospes, které označovalo hosta (ale i hostinského).

Použití pojmu hospice k označení institucí zabývajících se péčí o umírající zavedla poprvé paní Jeanne Garnier, která založila tyto útulky v roce 1842 v Lyonu ve Francii. Irské charitativní sestry otevřely v Dublinu ženský hospic v roce 1879 a v Londýně útulek sv. Josefa v roce 1905. První moderní hospic, který nese jméno sv. Kryštofa vznikl z iniciativy Cecilly Saundersové opět v Londýně v roce 1969.(3) Stal se příkladem pro mnoho obdobných zařízení, kterých je ve světě v současné době více než 2000.

I v České republice již působí několik hospiců. Hospicovou péčí se rozumí komplexní paliativní léčba a péče, zohledňující se potřeby pacienta v preterminálním nebo terminálním stavu, u něhož byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest a zmírnit obtíže související se základním onemocněním. Je součástí následné lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče.

Podle: Hospicová péče v České republice. [online] Dostupné z <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/hospiccr.html> [cit. 7.5. 2012]

#### **4.1.4 Hospic sv. Alžběty v Brně**

Hospic sv. Alžběty poskytuje lůžkovou péči od 1. 4. 2004; v současné době disponuje celkem 22 lůžky. Jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje jsou rozmístěny na dvou odděleních ve dvou patrech objektu kláštera Konventu sester Alžbětinek.

Lůžková hospicová péče je určena pro nemocné, kteří mají takové tělesné a duševní potíže, jež vyžadují pobyt na zdravotnickém lůžku. Hospic nabízí zdravotní péči. Samozřejmostí je 24hodinová ošetrovatelská péče, každodenní lékařská vizita. Do pečujícího týmu, který nabízí radu, podporu či úlevu od potíží, patří lékařka, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovnice, pastorační asistentka, duchovní, zdravotní sestra věnující se pohybové aktivitě nemocných a ergoterapii. Nezapomínáme ani na příbuzné, kteří jsou nemocným nablízku. Poskytujeme konkrétní rady, čím mohou nemocnému prospět, psychickou podporu a povzbuzení. Návštěvy v hospici jsou možné nepřetržitě, je možné pro ně zajistit stravu a přenocování.

Mimo zdravotní péči hospic nabízí také sestavení individuálního plánu denního režimu, možnost rozhovoru se zdravotní sestrou kdykoli, i v noci, zapůjčení rehabilitačních pomůcek (kolečková křesla, chodítka...), využití společenské místnosti s knihovnou, prostor na zahradě (kam je přístup možný i s lůžkem), procházky do okolí, příp. i na invalidním vozíku, účast na koncertech, promítání filmů a na dalších akcích konaných v hospici, možnost pořádání rodinné oslavy, účast na pravidelné mši svaté každé pondělí, trávení volného času s dobrovolníky, zajištění drobných nákupů a služeb jako např. pedikúra, kaderník atd., či pomoc při řešení sociálních či právních otázek. [online] Dostupné z: <http://www.hospicbrno.cz/> [cit. 7.5. 2012]

## **4.2 Metodika výzkumu**

Ke svému výzkumu jsem si zvolila dvě výše uvedená pracoviště, která dobře znám, neboť je již několik let jako odborná učitelka praxe navštěvuji se svými studenty. Oba subjekty stojí jen pár ulic od sebe, přesto zde jsou hospitalizováni klienti ze zcela jiným druhem diagnózy.

Výzkum probíhal v období leden až březen 2012. Na dotazník odpovídali všichni klienti, kteří toho byli schopni (vzhledem ke svému zdravotnímu stavu). Na každém pracovišti jsem rozdala 120 dotazníků. Díky tomu se mi podařilo shromáždit k výzkumu 100 dotazníků z každého zařízení.

Dotazník (uveden v části Přílohy) se skládá z několika částí. V první části jsem se představila a požádala seniory o laskavé vyplnění dotazníku k diplomové práci a zároveň jsem poděkovala za věnovaný čas a spolupráci. Dále jsem názorně vysvětlila, že své odpo-

vědi mají zaškrtnout v číselné hodnotě od 0 – 5, dle předtištěného návodu. Obecné informace stačilo označit pouze podtržením.

Obecné informace, získané z dotazníku jsem vyhodnotila v samostatné kapitole a znázornila pomocí tabulek a grafů. Zjištěné informace o všech stupních potřeb klientů a míře jejich uspokojování jsem na obou pracovištích porovнала a použila dále ke stanovení hypotéz.

#### 4.2.1 Použité způsoby statistického zpracování dat

Ve své práci používám testování hypotéz pomocí statistické analýzy kategoriálních proměnných, které jsou dány četností jednotlivých hodnot odpovědí na otázky stanovené v dotazníku. Každá z hypotéz se týká vztahu závislosti dvojice těchto proměnných, který je zachycen ve dvoudimenzionální kontingenční tabulce. Míra shody těchto proměnných na zkoumaném vzorku dat je testována pomocí testu dobré shody  $\chi^2$ . Vzhledem k použité metodice dotazování, kde odpovědi nabývají hodnot 0 až 5, mají použité kontingenční tabulky rozměr 6 x 6 prvků.

**Tabulka č. 1 Konstrukce kontingenční tabulky (Hendl, 2004)**

Úrovně	$B_1$	$B_2$	...	$B_s$	Součty řádkové
$A_1$	$n_{11}$	$n_{12}$	...	$n_{1s}$	$n_{1.}$
$A_2$	$n_{21}$	$n_{22}$	...	$n_{2s}$	$n_{2.}$
.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.
$A_r$	$n_{r1}$	$n_{r2}$	...	$n_{rs}$	$n_{r.}$
<b>Součty sloupcové</b>	$n_{.1}$	$n_{.2}$	...	$n_{.s}$	$n$

Testovací statistika  $\chi^2$  je spočtena podle vzorce:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s (n_{ij} - m_{ij})^2 / m_{ij}$$

kde:

$$m_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}$$

Hodnotu  $\chi^2$  srovnáváme s kritickou hodnotou  $\chi^2$  rozdělení o stupni volnosti  $(r-1)(s-1)=(6-1)(6-1)=25$  na zvolené hladině významnosti 0,05. Testovanou hypotézu potvrdíme při hodnotě  $\chi^2$  vyšší než je kritická hodnota. Pro měření síly vztahu v kontingenční tabulce používáme Cramerův koeficient:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}},$$

přičemž  $\chi^2$  je popsaná testovací statistika  $m$  je větší z obou čísel  $r$  a  $s$ .  $V$  je z intervalu  $(0,1)$  a větší hodnota koeficientu  $V$  popisuje silnější vztah mezi proměnnými.

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Výsledky obecných informací

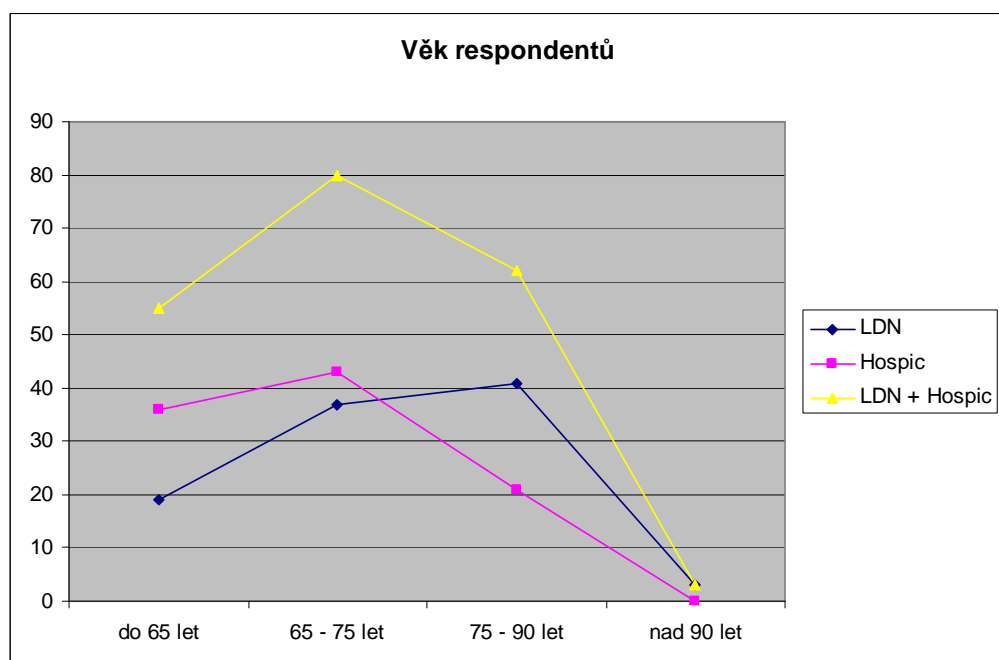
#### 5.1.1 Věk respondentů

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk	LDN	Hospic	LDN + Hospic
do 65 let	19	36	55
65 - 75 let	37	43	80
75 - 90 let	41	21	62
nad 90 let	3	0	3
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>200</b>

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že respondenti hospitalizovaní na LDN mají vyšší věk a z celkové skupiny respondentů je nejvíc ve věku 65 až 75 let, což je 80 respondentů ze 200, což je 40%.

Graf č. 2 Věk respondentů



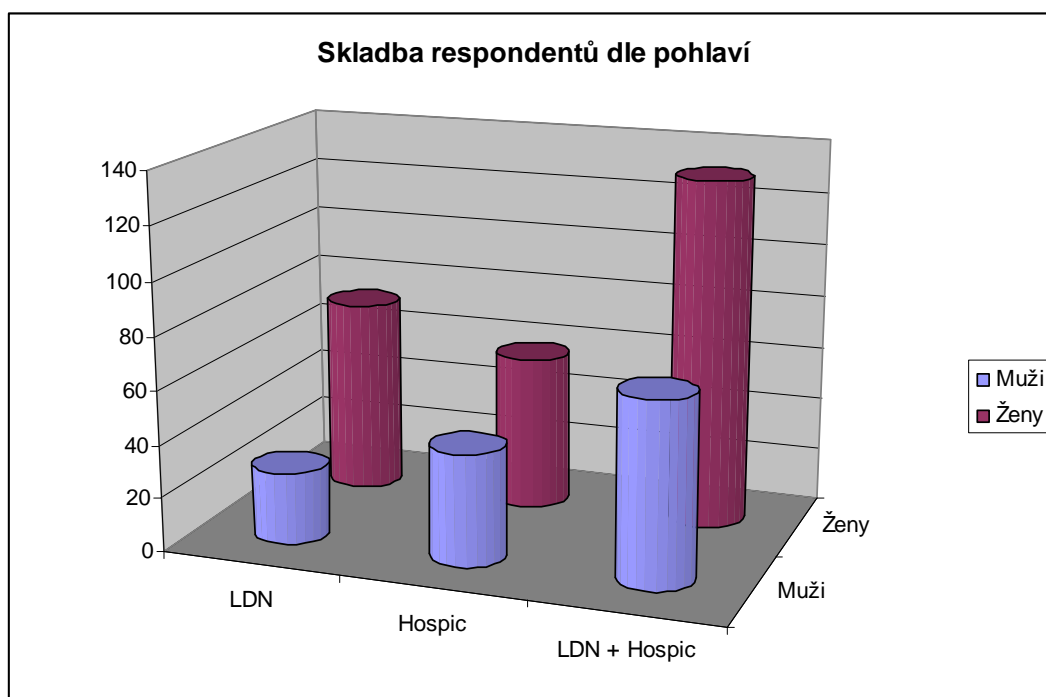
### 5.1.2 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 3 Pohlaví respondentů

Pohlaví	LDN	Hospic	LDN + Hospic
Muži	27	42	69
Ženy	73	58	131

Z této tabulky vyplývá, že jak v zastoupení respondentů na LDN, v Hospici i v zastoupení celkovém je větší počet žen než mužů. V celkovém zastoupení je mužů 69, což je 34,5% z celkového počtu respondentů a žen je 131, což činí 65,5%.

Graf č. 3 Skladba respondentů dle pohlaví



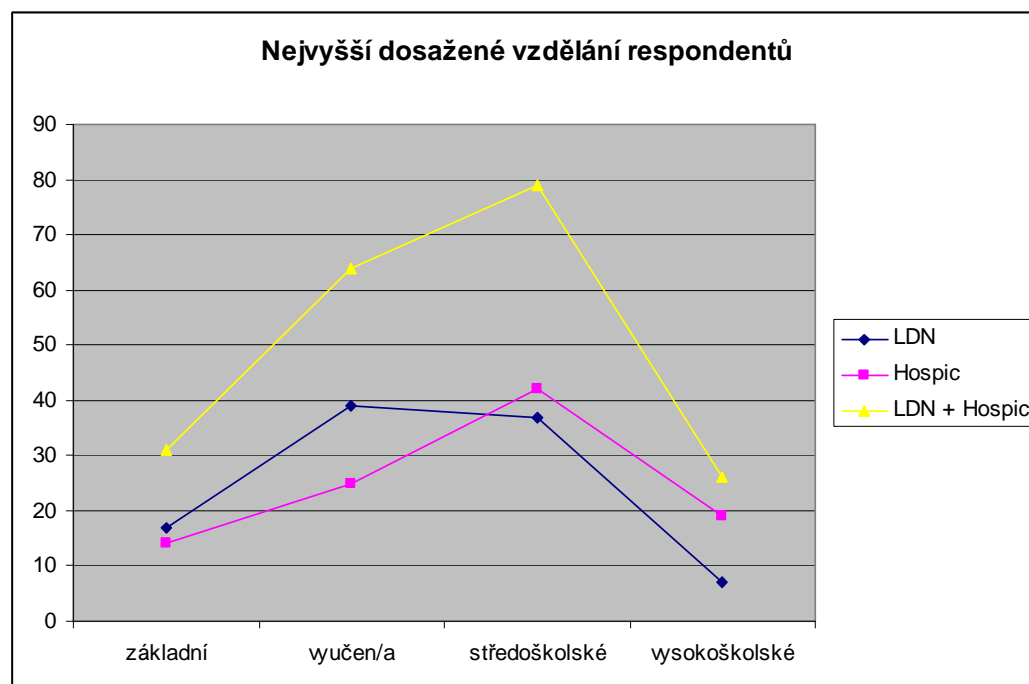
### 5.1.3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	LDN	Hospic	LDN + Hospic
základní	17	14	31
vyučen/a	39	25	64
středoškolské	37	42	79
vysokoškolské	7	19	26
<b>celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>200</b>

Jak tabulka uvádí, vyššího vzdělání dosáhli respondenti z hospice než z LDN. Z celkového přehledu potom plyne, že nejvíce respondentů dosáhlo vzdělání středoškolského, a sice 79 respondentů, což je 38,5%.

Graf č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů





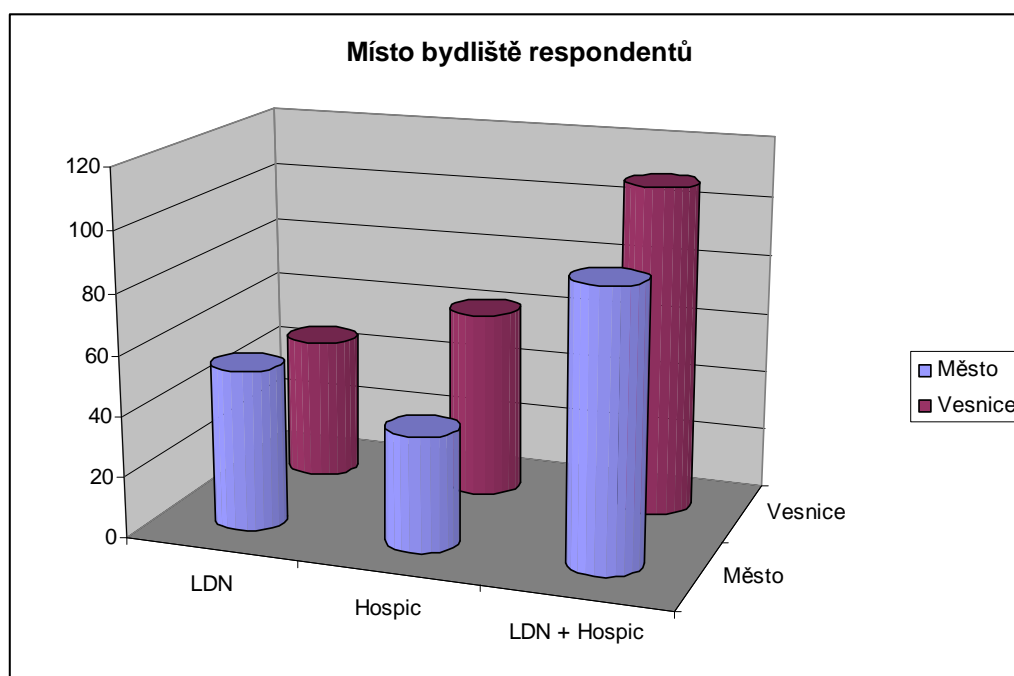
#### 5.1.4 Místo bydliště respondentů

Tabulka č. 5 Místo bydliště respondentů

Bydliště	LDN	Hospic	LDN + Hospic
Město	53	38	91
Vesnice	47	62	109

Z tabulky zjistíme, že v hospici je více respondentů z vesnice než z města, což zřejmě plyne z toho, že hospic má větší spádovou oblast než LDN. Z celkového počtu je potom jasné, že větší zastoupení mají také klienti bydlící na vesnici, tj. 109 klientů, což se rovná 54,5%.

Graf č. 5 Místo bydliště respondentů



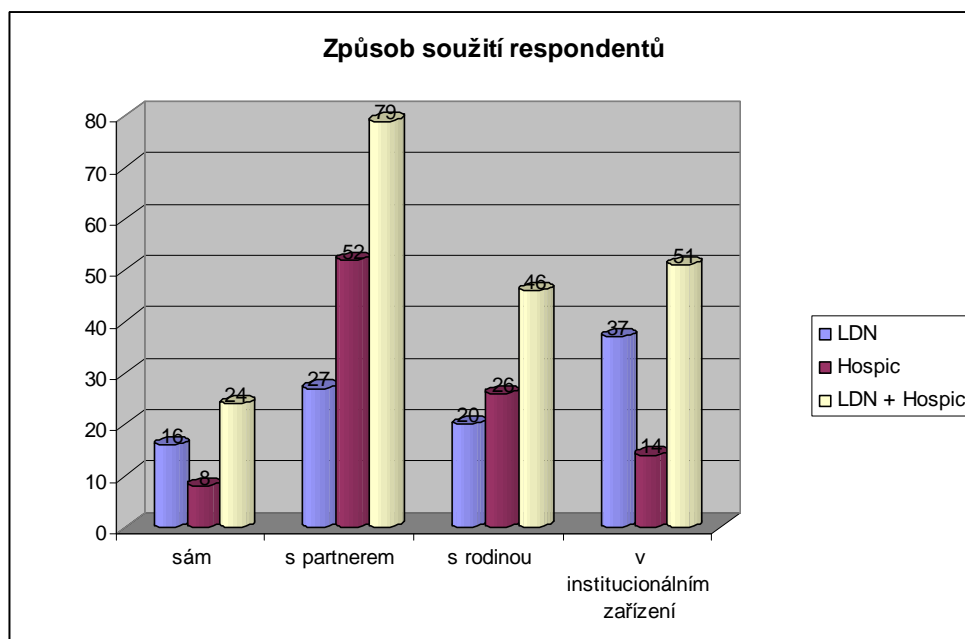
### 5.1.5 Způsob soužití respondentů

Tabulka č. 6 Způsob soužití respondentů

Způsob soužití	LDN	Hospic	LDN + Hospic
sám	16	8	24
s partnerem	27	52	79
s rodinou	20	26	46
v institucionálním zařízení	37	14	51
celkem	100	100	200

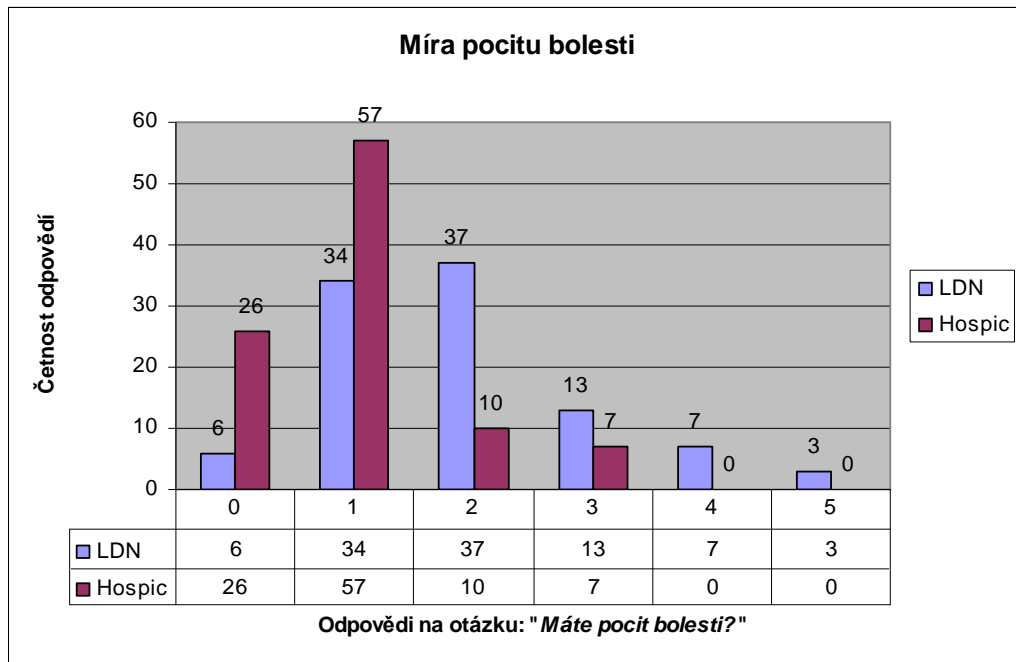
V tabulce vidíme, že největší počet respondentů z celkového počtu žije s partnerem, tj. 79 respondentů, což je 39,5%. Na druhém místě jsou klienti žijící v institucionálním zařízení, což je 51 klientů tj. 25,5%. S rodinou žije 46 klientů, což je 23% a jen 24 klientů tj. 12% z celkového počtu žije osamoceně.

Graf č. 6 Způsob soužití respondentů



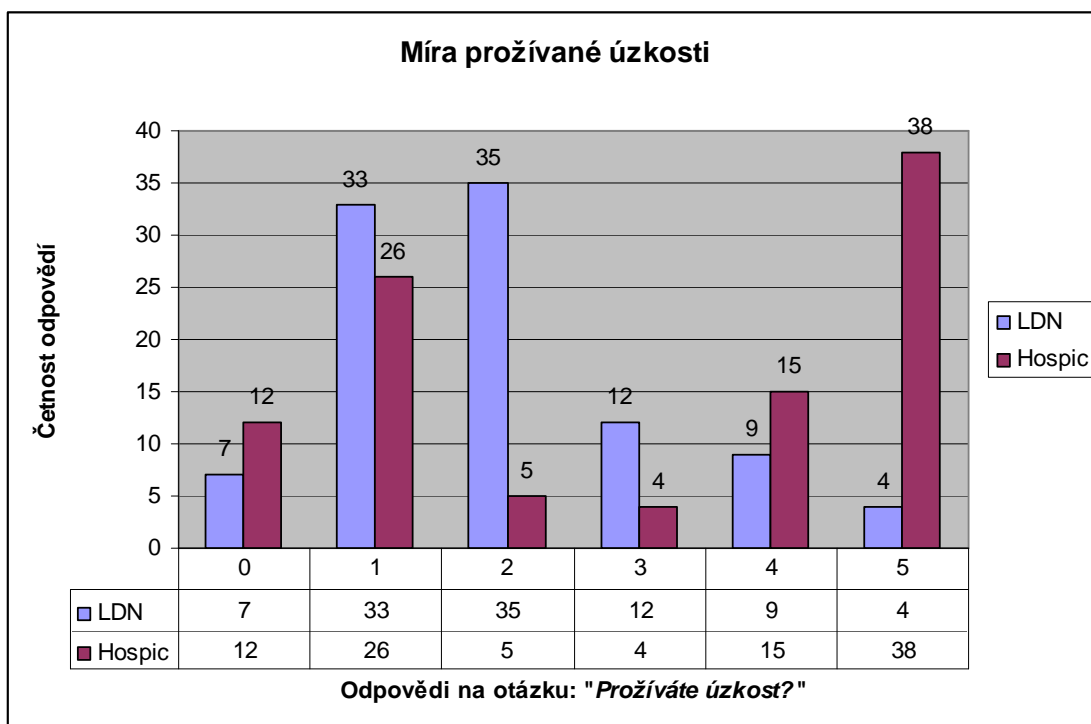
## 5.2 Výsledky míry uspokojování zvolených potřeb a jejich porovnání v LDN a v Hospici

Graf č. 7 Míra pocitu bolesti



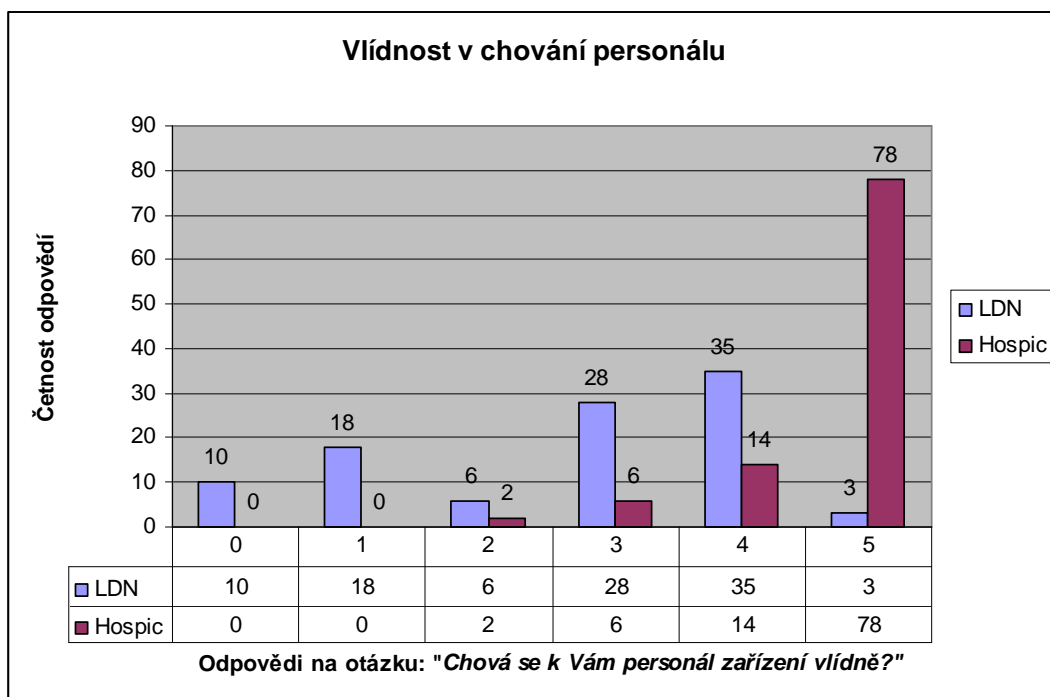
Bylo prokázáno, že klienti LDN trpí větší bolestí než klienti hospicového zařízení.

**Graf č. 8 Míra prožívané úzkosti**



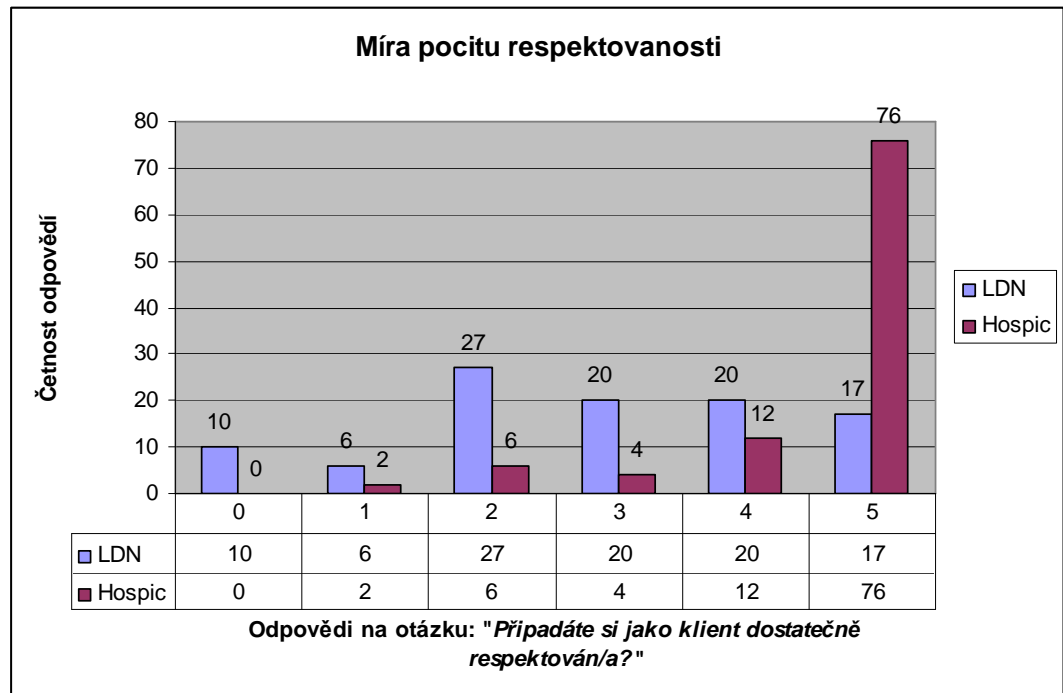
Prokázala jsem, že míra prožívané úzkosti je u klientů v Hospici větší než v LDN.

**Graf č. 9 Vlídnost v chování personálu**



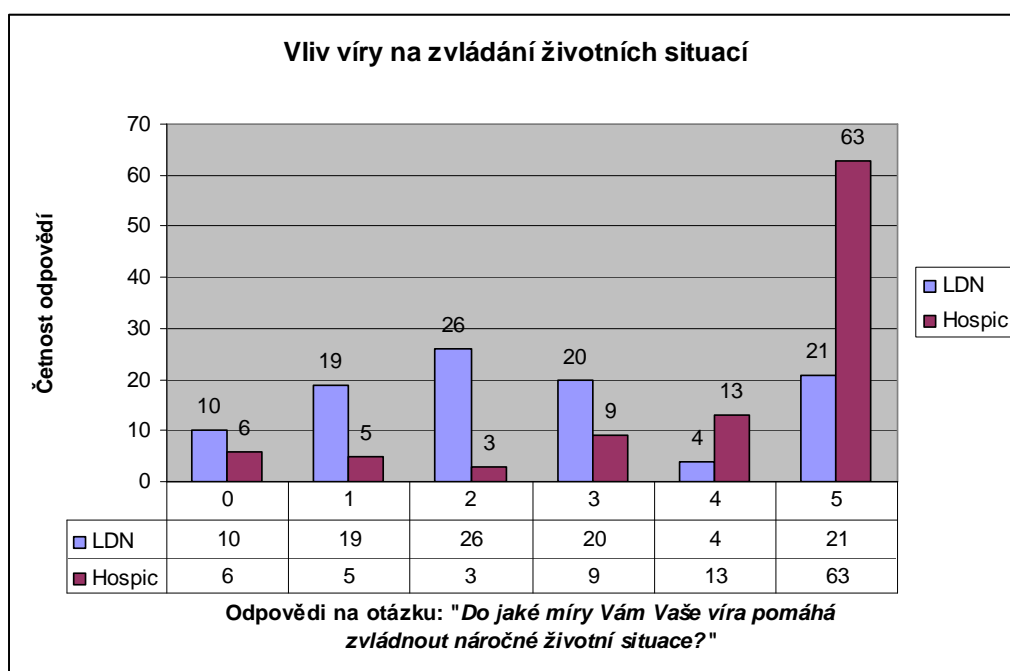
S vlídností personálu jsou více spokojeni senioři v Hospici.

**Graf č. 10 Míra pocitu respektovanosti**



Z výsledků vyplývá, že dostatečněji respektováni se cítí senioři v hospicové péči.

**Graf č. 11 Vliv víry na zvládání životních situací**



Víra pomáhá více zvládat životní situace klientům v hospicové péči.

## 5.3 Výsledky testování hypotéz H1 – H7 pro LDN a Hospic

### 5.3.1 Výsledky testování hypotézy H1 pro LDN

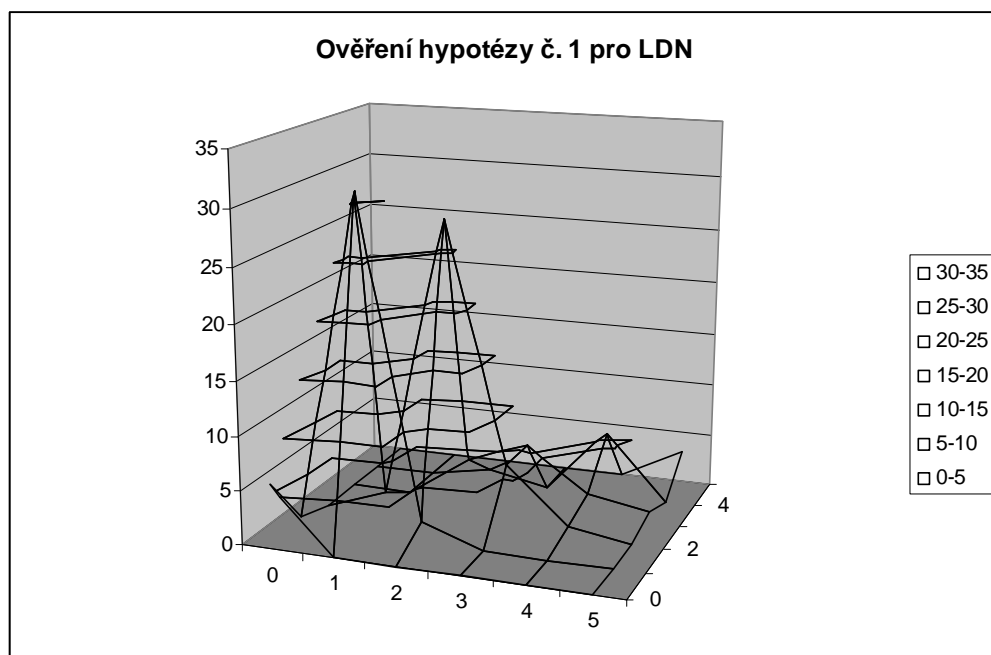
$H_0$  = Míra bolesti seniorů nesouvisí s mírou úzkosti

$H_1$  = Seniori s větší bolestí mají i větší úzkost

Tabulka č. 7 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H1 pro LDN

	0	1	2	3	4	5	
0	6	0	0	0	0	0	6
1	1	31	2	0	0	0	34
2	0	2	28	6	1	0	37
3	0	0	4	6	2	1	13
4	0	0	1	0	6	0	7
5	0	0	0	0	0	3	3
	7	33	35	12	9	4	100

Graf č. 12 Graf pro ověření hypotézy H1 pro LDN





**Tabulka č. 8 Výsledná tabulka pro hypotézu H1 pro LDN**

<b>305,8840687</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,874477085</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H<sub>1</sub> Senioři s větší bolestí mají i větší úzkost** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro LDN **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,87, což dokazuje **velmi silný vztah**.

### 5.3.2 Výsledky testování hypotézy H1 pro Hospic

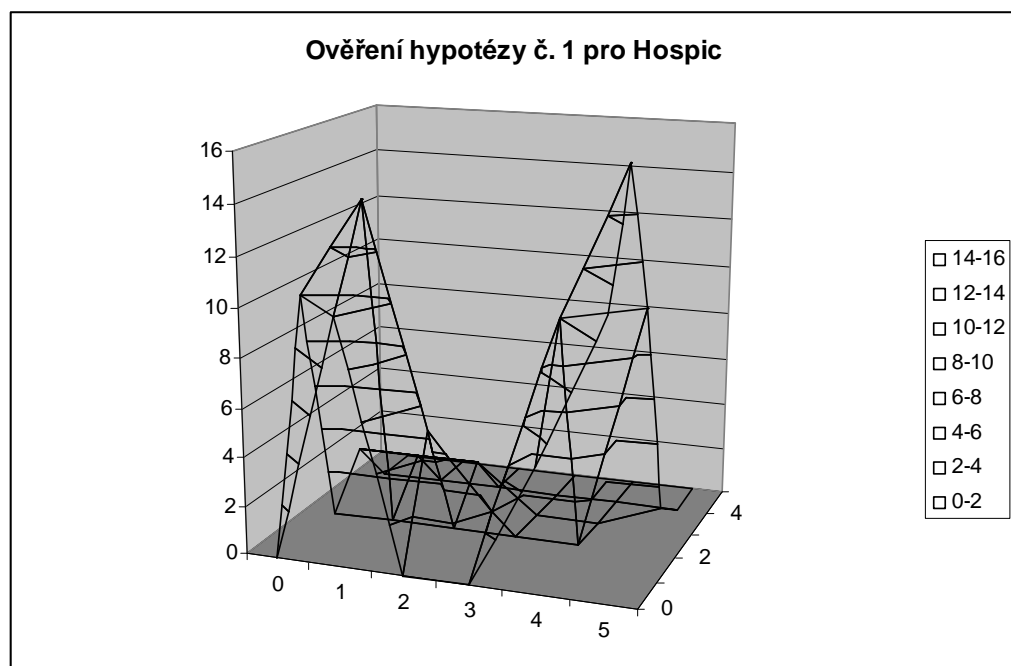
$H_0$  = Míra bolesti seniorů nesouvisí s mírou úzkosti

$H_1$  = Seniori s větší bolestí mají i větší úzkost

Tabulka č. 9 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H1 pro Hospic

	0	1	2	3	4	5	
0	0	10	0	0	5	11	26
1	10	14	5	2	10	16	57
2	0	0	0	0	0	10	10
3	2	2	2	0	0	1	7
4	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
	12	26	7	2	15	38	100

Graf č. 13 Graf pro ověření hypotézy H1 pro Hospic



**Tabulka č. 10 Výsledná tabulka pro hypotézu H1 pro Hospic**

<b>36,39943889</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Zamítnuto</b>	Hypotéza
<b>0,301659738</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H1 Senioři s větší bolestí mají i větší úzkost** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro Hospic **zamítnuta**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,30, což dokazuje **velmi slabý vztah**.

### 5.3.3 Výsledky testování hypotézy H2 pro LDN

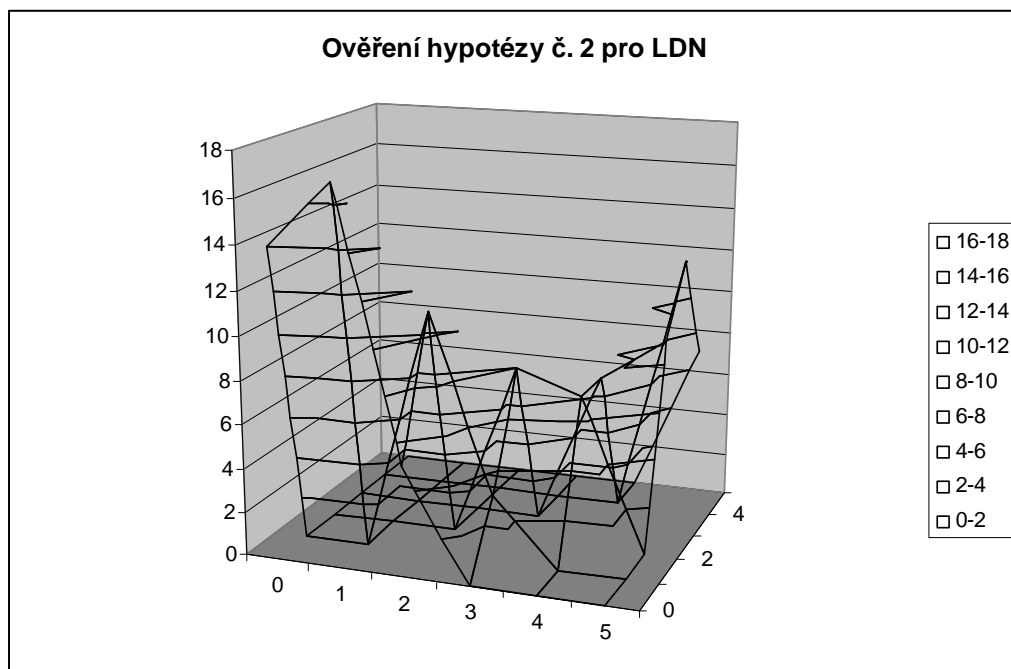
$H_0$  = Možnost komunikace s přáteli nesouvisí s pocitem osamělosti

$H_1$  = Menší možnost komunikace s přáteli souvisí s pocitem osamělosti

Tabulka č. 11 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H2 pro LDN

	0	1	2	3	4	5	
0	14	17	5	0	0	0	36
1	0	0	11	3	0	0	14
2	0	0	0	8	7	0	15
3	0	0	0	0	7	9	16
4	0	0	0	0	0	12	12
5	0	0	0	0	0	7	7
	14	17	16	11	14	28	100

Graf č. 14 Graf pro ověření hypotézy H<sub>2</sub> pro LDN



**Tabulka č. 12 Výsledná tabulka pro hypotézu H2 pro LDN**

<b>220,247114</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,742036242</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H2 Menší možnost komunikace s přáteli souvisí s pocitem osamělosti** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro LDN **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,74, což dokazuje **silný vztah**.

### 5.3.4 Výsledky testování hypotézy H2 pro Hospic

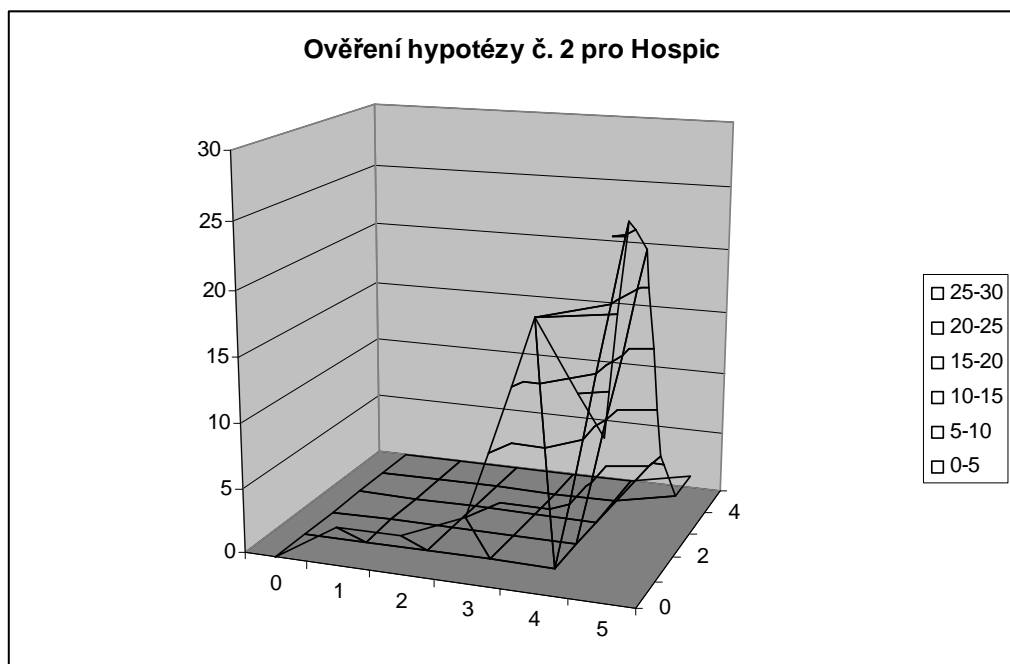
$H_0$  = Možnost komunikace s přáteli nesouvisí s pocitem osamělosti

$H_1$  = Menší možnost komunikace s přáteli souvisí s pocitem osamělosti

Tabulka č. 13 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H2 pro Hospic

	0	1	2	3	4	5	
0	0	3	3	5	20	12	43
1	0	0	0	0	0	26	26
2	0	0	0	0	0	23	23
3	0	0	0	0	0	6	6
4	0	0	0	0	0	1	1
5	0	0	0	0	0	1	1
	0	3	3	5	20	69	100

Graf č. 15 Graf pro ověření hypotézy H2 pro Hospic



**Tabulka č. 14 Výsledná tabulka pro hypotézu H2 pro Hospic**

<b>59,55510617</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,385859774</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H2 Menší možnost komunikace s přáteli souvisí s pocitem osamělosti** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro Hospic **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,38, což dokazuje **slabý vztah**.

### 5.3.5 Výsledky testování hypotézy H3 pro LDN

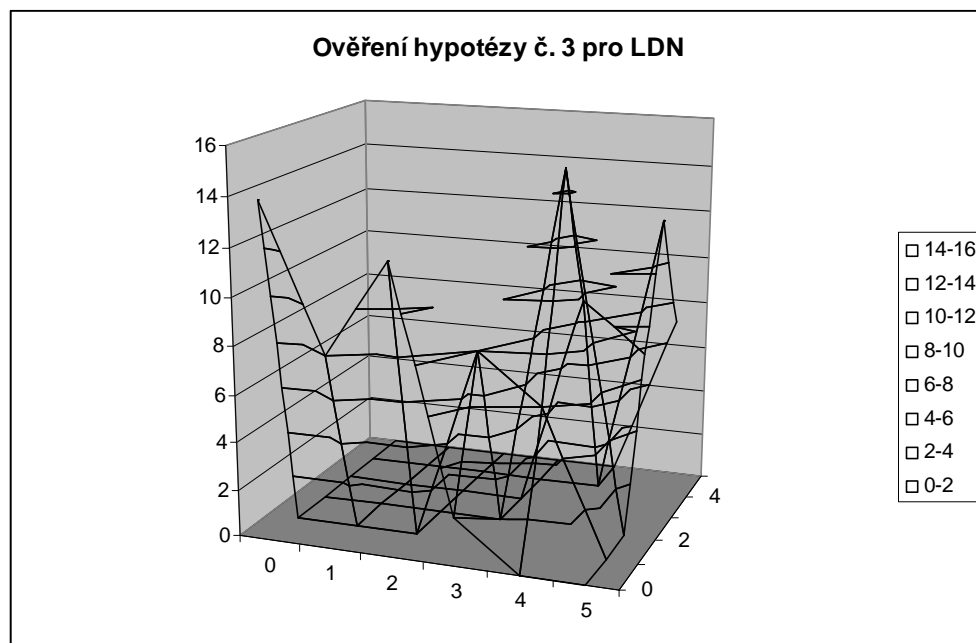
$H_0$  = Pocit osamělosti seniorů nesouvisí s tím, zda se cítí být milováni

$H_1$  = Seniori, kteří se necítí být milováni, trpí větším pocitem osamělosti

Tabulka č. 15 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H3 pro LDN

	0	1	2	3	4	5	
0	14	8	12	2	0	0	36
1	0	0	0	8	6	0	14
2	0	0	0	0	15	0	15
3	0	0	0	0	9	7	16
4	0	0	0	0	0	12	12
5	0	0	0	0	0	7	7
	14	8	12	10	30	26	100

Graf č. 16 Graf pro ověření hypotézy H3 pro LDN





**Tabulka č. 16 Výsledná tabulka pro hypotézu H3 pro LDN**

<b>201,5720391</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,70988034</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H3 Senioři, kteří se necítí být milováni, trpí větším pocitem osamělosti** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro LDN **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,71, což dokazuje **silný vztah**.

### 5.3.6 Výsledky testování hypotézy H3 pro Hospic

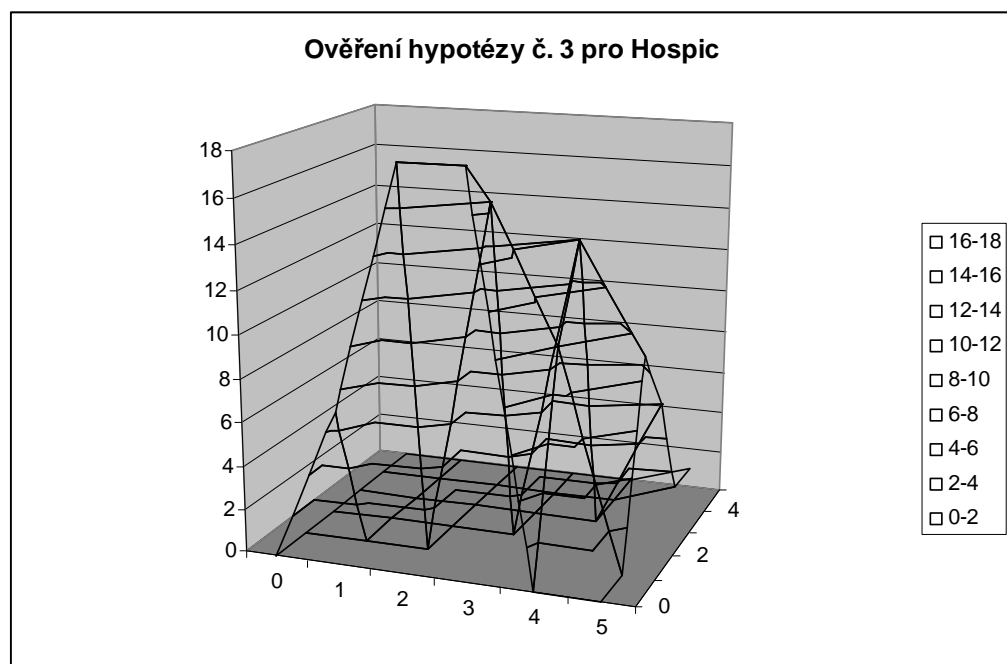
$H_0$  = Pocit osamělosti seniorů nesouvisí s tím, zda se cítí být milováni

$H_1$  = Seniori, kteří se necítí být milováni, trpí větším pocitem osamělosti

Tabulka č. 17 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H3 pro Hospic

	0	1	2	3	4	5	
0	0	7	18	18	0	0	43
1	0	0	0	16	10	0	26
2	0	0	0	0	14	9	23
3	0	0	0	0	0	6	6
4	0	0	0	0	0	1	1
5	0	0	0	0	0	1	1
	0	7	18	34	24	17	100

Graf č. 17 Graf pro ověření hypotézy H3 pro Hospic



**Tabulka č. 18 Výsledná tabulka pro hypotézu H3 pro Hospic**

<b>128,5680571</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,566939276</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H3 Senioři, kteří se necítí být milováni, trpí větším pocitem osamělosti** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro Hospic **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,57, což dokazuje **silný vztah**.

### 5.3.7 Výsledky testování hypotézy H4 pro LDN

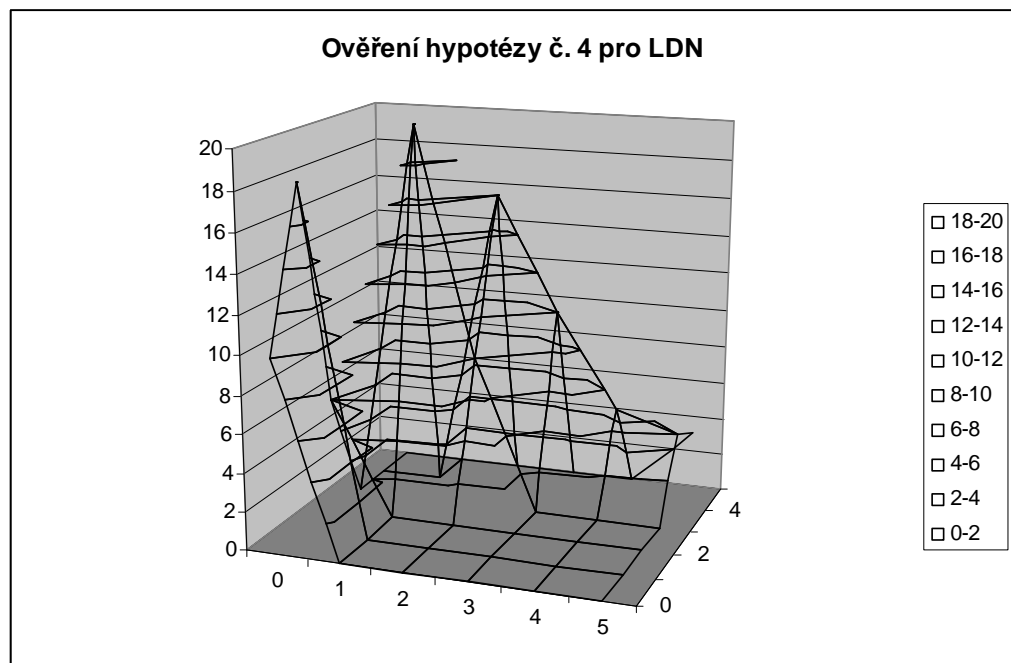
$H_0$  = Vlídnost personálu nemá vliv na sebedůvěru seniorů

$H_1$  = Seniori, ke kterým se personál chová vlídně, si víc věří

Tabulka č. 19 kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H4 pro LDN

	0	1	2	3	4	5	
0	10	0	0	0	0	0	10
1	18	0	0	0	0	0	18
2	6	0	0	0	0	0	6
3	0	20	8	0	0	0	28
4	0	0	16	10	5	4	35
5	0	0	0	0	0	3	3
	34	20	24	10	5	7	100

Graf č. 18 Graf pro ověření hypotézy H4 pro LDN



**Tabulka č. 20 Výsledná tabulka pro hypotézu H4 pro LDN**

<b>203,6734694</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,713571071</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H4 Seniori, ke kterým se personál chová vlídně, si víc věří** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro LDN **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,71, což dokazuje **silný vztah**.

### 5.3.8 Výsledky testování hypotézy H4 pro Hospic

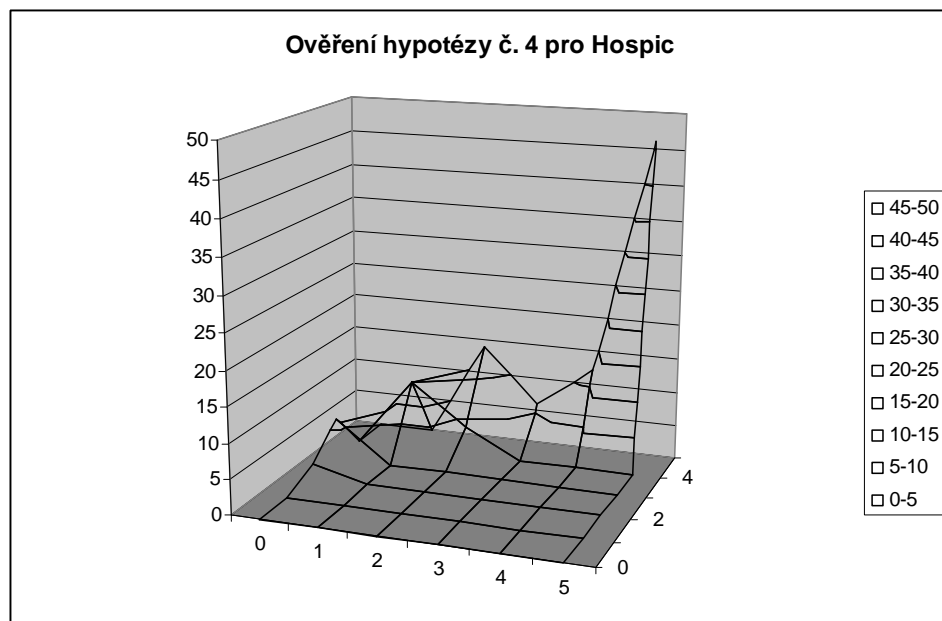
$H_0$  = Vlídnost personálu nemá vliv na sebedůvěru seniorů

$H_1$  = Seniori, ke kterým se personál chová vlídně, si víc věří

Tabulka č. 21 Kontingenční tabulka pro hypotézu H4 pro Hospic

	0	1	2	3	4	5	
0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0	0	2
3	6	0	0	0	0	0	6
4	0	10	4	0	0	0	14
5	0	0	14	6	12	46	78
	8	10	18	6	12	46	100

Graf č. 19 Graf pro ověření hypotézy H4 pro Hospic



**Tabulka č. 22 Výsledná tabulka pro hypotézu H4 pro Hospic**

<b>173,7891738</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,659145609</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H4 Seniori, ke kterým se personál chová vlídně, si víc věří** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro Hospic **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,66, což dokazuje **silný vztah**.

### 5.3.9 Výsledky testování hypotézy H5 pro LDN

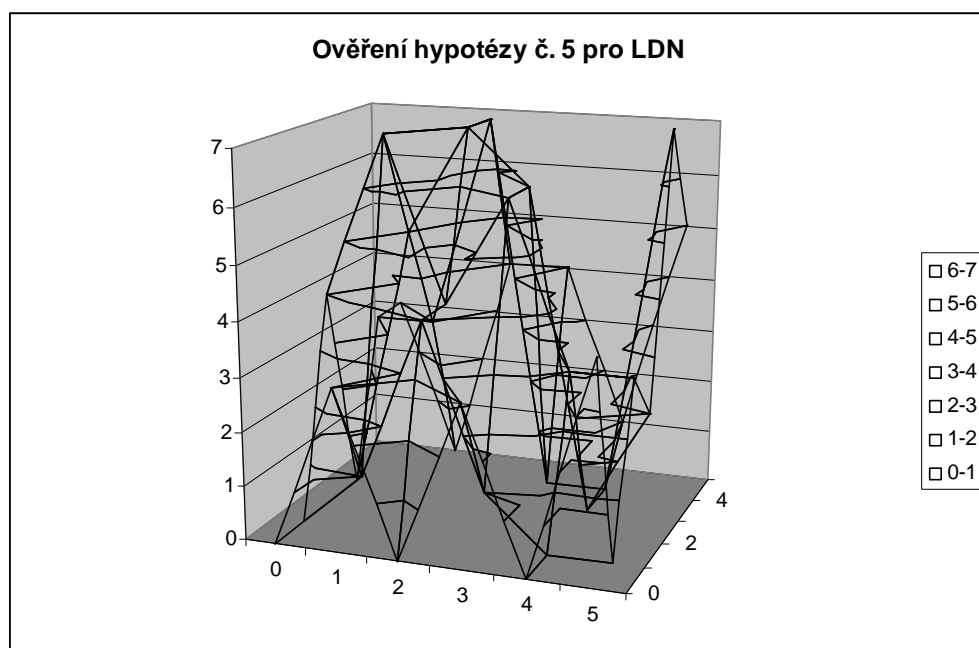
$H_0$  = Víra seniora nesouvisí s pocitem respektovanosti

$H_1$  = Senioři s nižší respektovaností mají větší víru

Tabulka č. 23 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H5 pro LDN

	0	1	2	3	4	5	
0	0	3	0	3	0	4	10
1	0	1	4	1	0	0	6
2	4	7	4	6	3	3	27
3	0	5	7	6	0	2	20
4	3	3	7	0	0	7	20
5	3	0	4	4	1	5	17
	10	19	26	20	4	21	100

Graf č. 20 Graf pro ověření hypotézy H5 pro LDN





**Tabulka č. 24 Výsledná tabulka pro hypotézu H5 pro LDN**

<b>39,17278175</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Zamítnuto</b>	Hypotéza
<b>0,312940816</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H5 Seniori s nižší respektovaností mají větší víru** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro LDN **zamítnuta**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,31, což dokazuje **slabý vztah**.

### 5.3.10 Výsledky testování hypotézy H5 pro Hospic

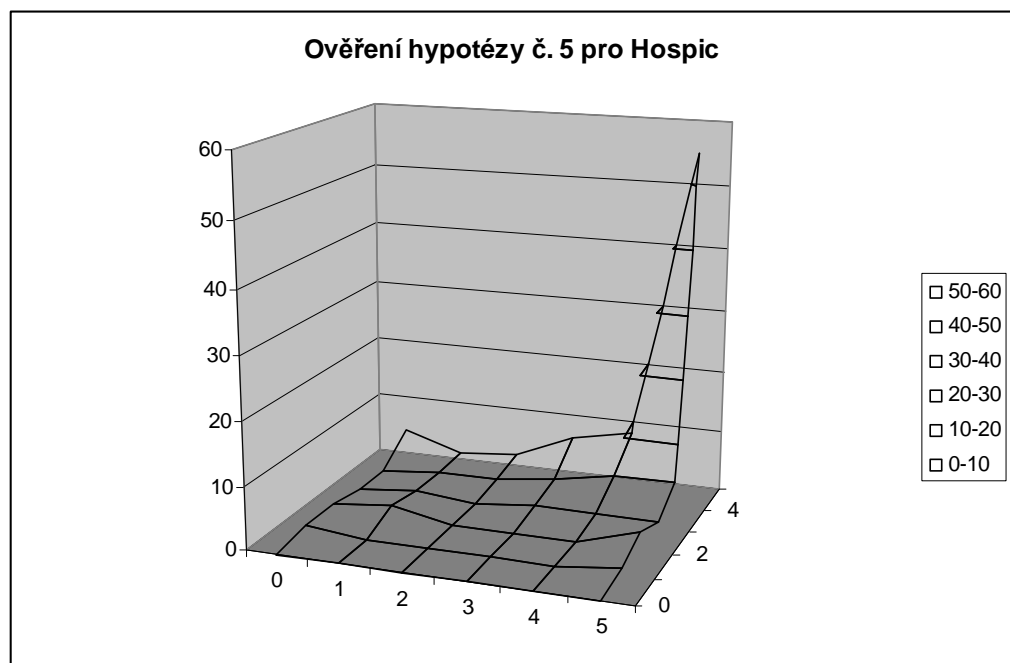
$H_0$  = Víra seniora nesouvisí s pocitem respektovanosti

$H_1$  = Senioři s nižší respektovaností mají větší víru

Tabulka č. 25 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H5 pro Hospic

	0	1	2	3	4	5	
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	0	1	2
2	1	2	0	0	0	3	6
3	0	1	0	1	1	1	4
4	0	1	1	2	4	1	12
5	4	1	2	6	8	55	76
	6	5	3	9	13	64	100

Graf č. 21 Graf pro ověření hypotézy H5 pro Hospic



**Tabulka č. 26 Výsledná tabulka pro hypotézu H5 pro Hospic**

<b>37,6076342</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Zamítnuto</b>	Hypotéza
<b>0,306625318</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H5 Seniori s nižší respektovaností mají větší víru** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro Hospic **zamítnuta**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,31, což dokazuje **slabý vztah**.

### 5.3.11 Výsledky testování hypotézy H6 pro LDN

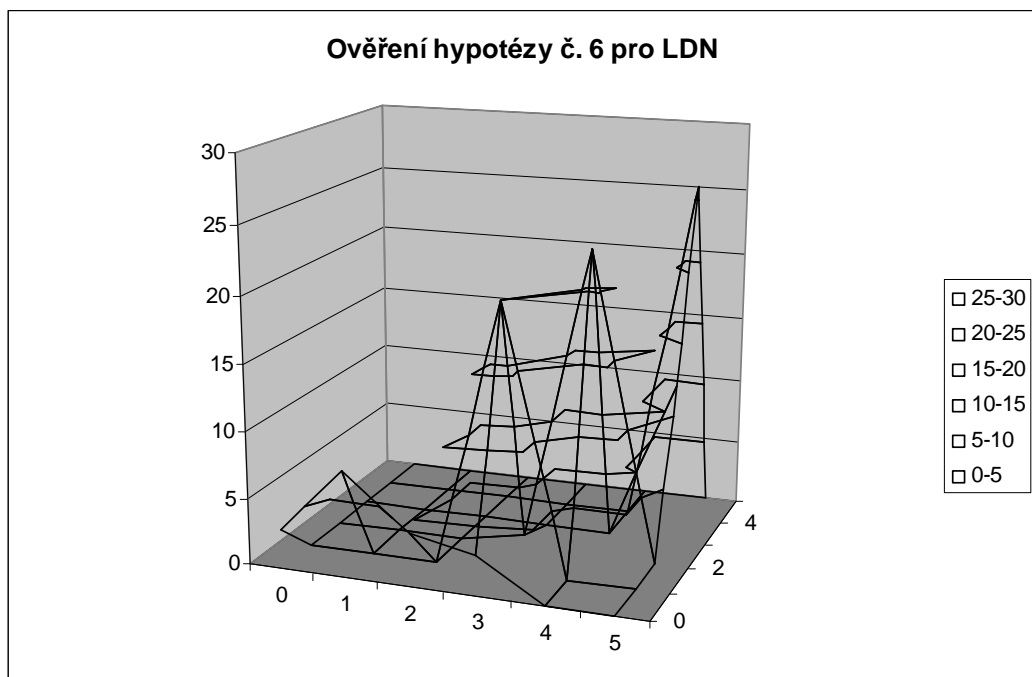
$H_0$  = Na radost ze života nemá vliv pochvala

$H_1$  = Míra pochvaly souvisí s mírou radosti ze života

Tabulka č. 27 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H6 pro LDN

	0	1	2	3	4	5	
0	3	8	4	3	0	0	18
1	0	0	0	20	0	0	20
2	0	0	0	1	23	0	24
3	0	0	0	0	0	12	12
4	0	0	0	0	0	26	26
5	0	0	0	0	0	0	0
	3	8	4	24	23	38	100

Graf č. 22 Graf pro ověření hypotézy H6 pro LDN



**Tabulka č. 28 Výsledná tabulka pro hypotézu H6 pro LDN**

<b>264,7569444</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,813567675</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H6 Míra pochvaly souvisí s mírou radosti ze života** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro LDN **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,81, což dokazuje **velmi silný vztah**.

### 5.3.12 Výsledky testování hypotézy H6 pro Hospic

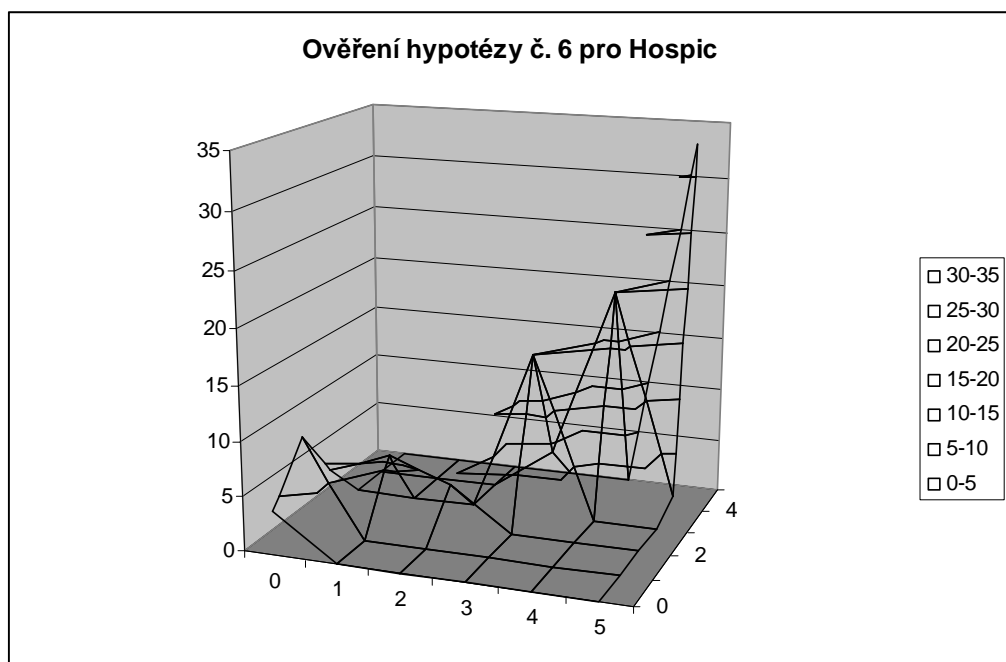
$H_0$  = Na radost ze života nemá vliv pochvala

$H_1$  = Míra pochvaly souvisí s mírou radosti ze života

Tabulka č. 29 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H6 pro Hospic

	0	1	2	3	4	5	
0	4	0	0	0	0	0	4
1	9	0	0	0	0	0	9
2	4	6	4	0	0	0	14
3	0	0	0	15	0	0	15
4	0	0	0	4	20	1	25
5	0	0	0	0	0	33	33
	17	6	4	19	20	34	100

Graf č. 23 Graf pro ověření hypotézy H6 pro Hospic



**Tabulka č. 30 Výsledná tabulka pro hypotézu H6 pro Hospic**

<b>314,1141088</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,886163231</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H6 Míra pochvaly souvisí s mírou radosti ze života** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro Hospic **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,89, což dokazuje **velmi silný vztah**.

### 5.3.13 Výsledky testování hypotézy H7 pro LDN

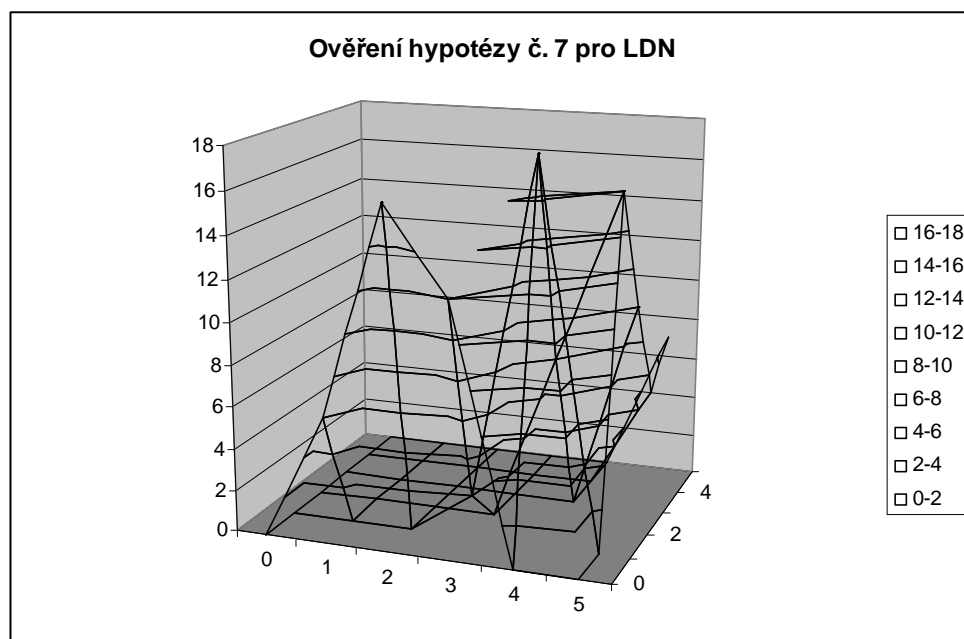
$H_0$  = Míra sebedůvěry a úspěchu spolu nesouvisí

$H_1$  = Míra sebedůvěry souvisí s mírou úspěchu

Tabulka č. 31 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H7 pro LDN

	0	1	2	3	4	5	
0	0	6	16	12	0	0	34
1	0	0	0	2	18	0	20
2	0	0	0	0	8	16	24
3	0	0	0	0	0	10	10
4	0	0	0	0	0	5	5
5	0	0	0	0	0	7	7
	0	6	16	14	26	38	100

Graf č. 24 Graf pro ověření hypotézy H7 pro LDN





**Tabulka č. 32 Výsledná tabulka pro hypotézu H7 pro LDN**

<b>154,9155695</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,622325416</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H7 Míra sebedůvěry souvisí s mírou úspěchu** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro LDN **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,62, což dokazuje **silný vztah**.

### 5.3.14 Výsledky testování hypotézy H7 pro Hospic

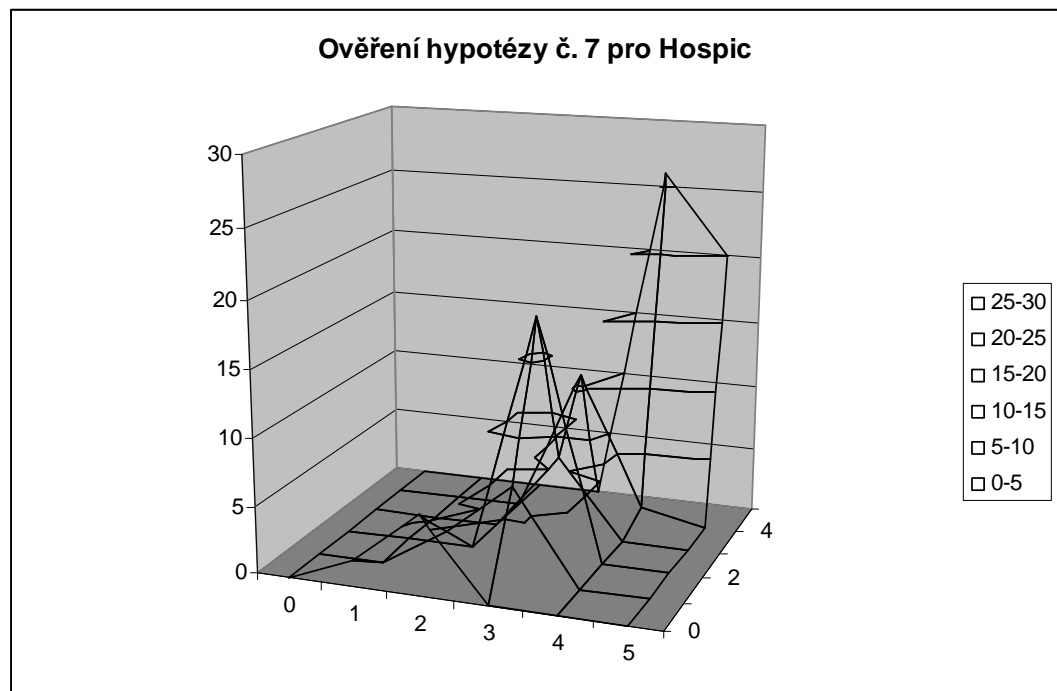
$H_0$  = Míra sebedůvěry a úspěchu spolu nesouvisí

$H_1$  = Míra sebedůvěry souvisí s mírou úspěchu

Tabulka č. 33 Kontingenční tabulka pro ověření hypotézy H7 pro Hospic

	0	1	2	3	4	5	
0	0	2	6	0	0	0	8
1	0	0	3	7	0	0	10
2	0	0	0	18	0	0	18
3	0	0	0	6	0	0	6
4	0	0	0	11	1	0	12
5	0	0	0	0	26	20	46
	0	2	9	42	27	20	100

Graf č. 25 Graf pro ověření H7 pro Hospic



**Tabulka č. 34 Výsledná tabulka pro hypotézu H7 pro Hospic**

<b>176,0327045</b>	$\chi^2$
<b>0,05</b>	Hladina významnosti
<b>25</b>	Počet stupňů volnosti
<b>40,654</b>	Kritická mez
<b>Potvrzeno</b>	Hypotéza
<b>0,663386585</b>	Cramerův koeficient

Hypotéza **H7 Míra sebedůvěry souvisí s mírou úspěchu** je dle výpočtů testu dobré shody  $\chi^2$  pro Hospic **potvrzena**. Síla vztahu mezi proměnnými je podle Cramerova koeficientu zaokrouhleno na dvě desetinná místa 0,66, což dokazuje **silný vztah**.

## 6 ZÁVĚR

Hlavním tématem diplomové práce jsou bio - psycho - sociální potřeby seniorů a jejich uspokojování. Stáří je nedílnou součástí života a čeká nás všechny. Proto je velice důležité se na tuto etapu řádně připravit. Seniori žijí všude kolem nás, populace celkově stárne, a tudíž je nutné nezavírat oči před jejich problémy a snažit se jim stáří zpříjemnit co neefektivnějším uspokojováním potřeb.

**Hlavním cílem diplomové práce** bylo zjišťování bio - psycho - sociálních potřeb seniorů a důkazů provázanosti uspokojování potřeb nižšího řádu s mírou uspokojování potřeb řádu vyššího. Předmětem výzkumu byly skupiny seniorů ve dvou zcela rozdílných subjektech, v LDN a v Hospici. Stanovené hypotézy jsem ověřovala pomocí vlastního dotazníku a následnou analýzou dat z něj získaných. Dotazník zjišťoval kromě obecných informací míru uspokojování konkrétních potřeb rozdělených podle stupňů Maslowovy pyramidy.

Návaznost v uspokojování potřeb se prokázala testováním sedmi hypotéz. Zde se podařilo ověřit, že u seniorů v obou subjektech (LDN i Hospic) platí:

- *Možnost komunikace s přáteli souvisí s pocitem osamělosti. (H2)*
- *Pocit osamělosti souvisí s pocitem nedostatku lásky. (H3)*
- *Míra sebedůvěry souvisí s tím, jak vlídně se ke klientům chová personál. (H4)*
- *Klienti, kteří jsou personálem více chváleni za své zdravotní pokroky, mají větší radost ze života. (H6)*
- *Klienti s vyšší sebedůvěrou mají větší šanci dosáhnout v životě všeho, co chtějí. (H7)*

Hypotéza H1 *Seniori s větší bolestí mají i větší úzkost* se potvrdila pouze u klientů LDN zatímco u klientů Hospice byla zamítnuta. Domnívám se, že tento rozdílný výsledek je ovlivněn faktorem vyskytujícím se pouze u klientů Hospice, kde míra prožívané bolesti nesouvisí s mírou úzkosti. Zmíněným faktorem je dle mého názoru strach ze smrti, zapříčiněný onkologickým onemocněním většiny hospicových klientů.

Ze sedmi testovaných hypotéz se v obou subjektech nepotvrdila pouze hypotéza H5 *Seniori s nižší respektovaností mají větší víru*. Prokázalo se tak, že na intenzitě pocitu respektovanosti seniorů nemá výhradní vliv jejich víra, ale působí zde i další faktory.

Na základě výsledků tedy můžeme konstatovat, že následnost v uspokojování potřeb byla u většiny hypotéz prokázána **čímž byl hlavní cíl diplomové práce splněn.**

**Dílčím cílem diplomové práce** bylo zjištění míry uspokojování bio - psycho - sociálních potřeb u seniorů v hospicové péči a v péči LDN. Za použití dotazníku jsem zjistila míru uspokojování pětadvaceti zvolených potřeb. Každý stupeň potřeb byl v dotazníku zastoupen pěti otázkami.

V první části dotazníku byly zjišťovány potřeby biologické, z nichž byly k výpočtu hypotéz použity výsledky zjištěné míry bolesti u dotazovaných respondentů. Následně bylo prokázáno, že klienti LDN trpí větší bolestí než klienti hospicového zařízení. Toto zjištění je pochopitelné, neboť hospicová péče provozuje paliativní péči a jednou z jejích priorit je právě tlumení bolesti. Jelikož zde bolestí trpí většina klientů, disponuje tento subjekt daleko širší škálou prostředků schopných účinně tlumit bolest.

Ve druhé části dotazníku byly zjišťovány potřeby druhého stupně Maslowovy pyramidy, tj. potřeby bezpečí a jistoty, mezi něž patří i pocit úzkosti. Výsledky míry prožívané úzkosti byly použity k testování hypotézy H2. Prokázala jsem, že míra prožívané úzkosti je u klientů v Hospici větší než v LDN. Dle svých zkušeností usuzuji, že větší úzkost u klientů v Hospici je způsobena strachem ze smrti, jenž většinou provází jejich onkologická onemocnění.

Ze třetí části dotazníku jsem k potvrzení hypotéz použila odpovědi na otázku *Chová se k Vám personál zařízení vlídně?* S vlídností personálu jsou dle zjištění více spokojeni senioři v Hospici, což zřejmě souvisí s tím, že zde bývá větší počet zaměstnanců a provozní řád se pružněji přizpůsobuje individuálním potřebám klientů.

Čtvrtá část dotazníku je zaměřena na potřeby uznání a úcty. Zde jsem položila otázky, jako např.: *Připadáte si jako klient dostatečně respektován?* Z výsledků vyplývá, že dostatečněji respektováni se cítí klienti v hospicové péči. Domnívám se, že to souvisí s větší možností spolurozhodování o průběhu léčby.

Pátá část dotazníku je shodná s vrcholem Maslowovy pyramidy a zabývá se stupněm uspokojování potřeb seberealizace. K ověření hypotéz jsem použila odpovědi na otázky *Do jaké míry Vám Vaše víra pomáhá zvládnout náročné životní situace?* apod. Zpracované odpovědi prokázaly, že víra ve větší míře pomáhá klientům v Hospici. Klienti zde hospitalizovaní se většinou nachází v konečné fázi nevléčitelného onemocnění, kdy člo-

věk hodnotí život a smiřuje se s jeho koncem. Oporu v náročné situaci může senior často nalézt ve víře, čemuž mnohem lépe dokáže vyhovět hospicová péče.

**Těmito zjištěními jsem splnila i dílčí cíl diplomové práce.**

Svou diplomovou prací jsem se snažila dokázat, že je nutno uspokojovat všechny potřeby seniorů, neboť neuspokojení jedné složky má za následek neuspokojení složek vyšších čímž negativně ovlivňuje kvalitu života seniorů.

Vyššího uspokojení potřeb lze dle mého názoru dosáhnout v praxi zvýšením poměru počtu zaměstnanců k počtu klientů v zařízeních institucionální péče, rozšířením možnosti návštěv příbuzných a přátel, větší angažovaností seniorů na spolurozhodování o následné léčbě a rozšířením škály prostředků tlumících bolest. V každém případě si hospitalizovaní senioři zaslouží vlídné zacházení od veškerého personálu a pochvala za zdravotní pokroky je často efektivnější než analgetika. Všem klientům, kteří se ocitnou v institucionální péči, bych přála, aby se o ně staralo hodně milých, usměvavých a empatických pracovníků.

## 7 SOUHRN

Diplomová práce zkoumá bio – psycho - sociální potřeby seniorů, konkrétně míru uspokojování těchto potřeb u vybraných klientů LDN a Hospice. Prioritně se zaměřuje na zjištění důkazů provázanosti potřeb nižšího řádu s potřebami řádu vyššího. Hlavním cílem práce je tento vzájemný vliv ověřit testováním sedmi vybraných hypotéz, které předpokládají souvislost v uspokojování potřeb jednotlivých stupňů Maslowovy pyramidy.

Hypotézy byly ověřeny pomocí vlastního dotazníku a k vyhodnocení dat byla použita statistická metoda  $\chi^2$  - test dobré shody. Respondenty byli klienti dvou brněnských zařízení následné péče, konkrétně Léčebny dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří a Hospic sv. Alžběty v Brně. Analýza dat získaných z dotazníku umožnila i porovnání míry uspokojení vybraných potřeb v těchto charakterem rozdílných zařízeních pečujících o seniory. Výsledky prokázaly rozdílnou míru uspokojování potřeb v LDN a v hospicové péči a u velké většiny hypotéz ověřily souvislost potřeb nižšího řádu s potřebami řádu vyššího.

## SUMMARY

The diploma thesis examines seniors' bio – psycho - social needs satisfaction; more specifically it deals with the needs achieved in the case of the clients chosen from long-term care hospital and hospice. Primarily, it focuses on the evidence of the connection between the low level needs and the needs of high level. The main aim of the thesis is to prove this correlation by testing seven particular hypotheses, which presumed the existence of the interrelation.

The hypotheses were tested throughout the data gained from a questionnaire, designed especially for the thesis survey. The data were statistically analysed by the chi-square test. The respondents were the clients of two different facilities of post-medical care in Brno, Long-Term Care Hospital of The Merciful Brothers' and St. Elizabeth Hospice. The analysis also provided the results with a comparison of the different levels of needs satisfaction. The results demonstrated an unequal satisfaction of the needs of the seniors and it validated most of the hypotheses.

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

LDN      Léčebna dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří v Brně

Hospic   Hospic sv. Alžběty v Brně



## 8 REFERENČNÍ SEZNAM

1. ČERVENKA, V. *Problematika pacientů hospitalizovaných na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Katedra speciální pedagogiky, 2007. 76 s., 13 s. příloh
2. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN: 978-80-7367-686-5
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
4. HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 584 s. ISBN 80-7178-820-1
5. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 100 s. ISBN 80-7368-110-2
6. KALVACH, Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie I. díl*. Karolinum, Praha, 1997. ISBN 80-7184-366-0
7. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Příloha časopisu Florence. Praha: Galén, 2006, roč. 2, č.11, 44 s. ISBN 80-7262-455-5
8. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X
9. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
10. MARKOVÁ, E., a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1157-6
11. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Učebnice pro obor sociální činnost. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7
12. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2
13. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8
14. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ve spolupráci s LF MU, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2

15. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
16. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric v praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
17. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6
18. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus – průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0
19. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno: IDV PZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
20. VIDOVIČOVÁ, E. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav. 233s. ISBN 978-80-210-4627-6
21. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7

### **Elektronické zdroje**

*Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro používání opatření omezujících osob*. Vyd. MPSV. Poslední změna 3. 7. 2008, 11 s. Dostupné na: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporučeny\\_postup.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporučeny_postup.pdf)

CHLOUBOVÁ, H. *Změny potřeb ve stáří* [online] dostupné z: [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf)

*Hospicová péče v ČR*

Dostupné z <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/hospiccr.html>

<http://cs.wikipedia.org>

[www.nmbbrno.cz](http://www.nmbbrno.cz)

### **Zákonné normy**

Zákon o přestupcích č. 200/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon

## 9 PŘÍLOHY

### Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou 5. ročníku oboru *Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy* na PdF UP v Olomouci. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který následně poslouží pro výzkum v rámci mé diplomové práce „*Bio - psycho - sociální potřeby seniorů a jejich zvládnání v péči hospicové a v léčebnách dlouhodobě nemocných.*“

Označte prosím u každé otázky jen jednu možnost, u otázek v části II až VI pak na škále zaškrtněte číselnou hodnotu, kdy 0 znamená „NE/vůbec“ a 5 značí „ANO/hodně“.

Vzor:

Žena

Muž

Vzor:

A horizontal scale from 0 to 5. Above the scale is a triangle that tapers from left to right. The number 1 is crossed out with a blue X.

Předem Vám velmi děkuji za Váš čas a spolupráci

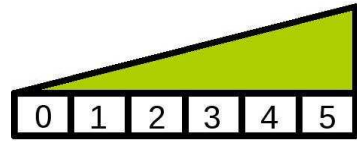
Dagmar Škrabalová

### I. Obecné informace

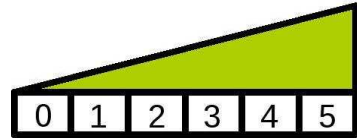
- |    |                                    |           |   |              |            |
|----|------------------------------------|-----------|---|--------------|------------|
| 1. | <b>Věk:</b>                        | do 65 let | 65 až 75 let  | 75 až 90 let | nad 90 let |
| 2. | <b>Pohlaví:</b>                    |           | žena  | muž          |            |
| 3. | <b>Nejvyšší dosažené vzdělání:</b> |           | základní<br>vyučen<br>středoškolské<br>vysokoškolské        |              |            |
| 4. | <b>Kde žijete?</b>                 |           | ve městě  | na vesnici   |            |
| 5. | <b>Žijete:</b>                     |           | sám<br>s partnerem<br>s rodinou<br>v DD nebo jiném zařízení |              |            |
| 6. | <b>Jste hospitalizován v:</b>      |           | LDN   | Hospic       |            |

## II. Biologické potřeby

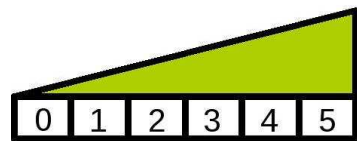
1. Kvalita vašeho spánku:



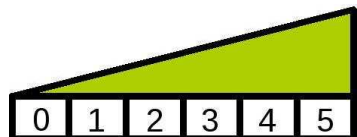
2. Jak jste spokojen/a se stravováním?



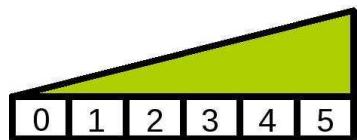
3. Máte pocit bolesti?



4. Máte pocit uspokojení tělesné aktivity?

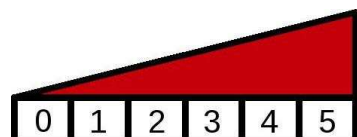


5. Máte problémy s vyprazdňováním moči  
a stolice?

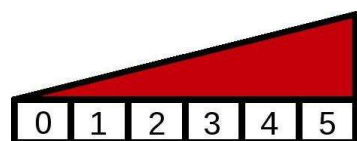


## III. Potřeby bezpečí a jistoty

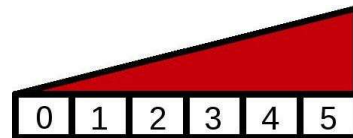
1. Prožíváte úzkost?



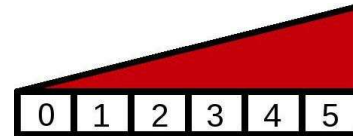
2. Máte během hospitalizace pocit bezpečí?



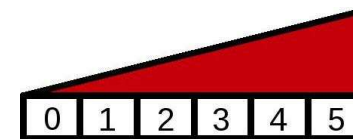
3. Máte během hospitalizace pocit osamění?



4. Jaká je míra Vaší informovanosti o současné nemoci?

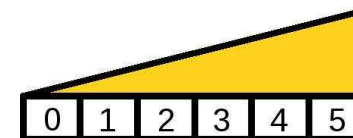


5. Cítíte se v naší společnosti jako senior bezpečně?

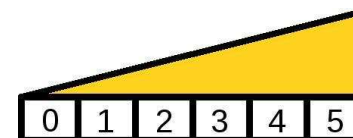


#### IV. Potřeby lásky, přijetí ...

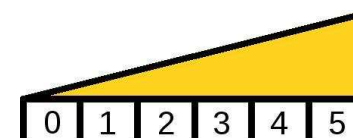
1. Cítíte se být dostatečně milován/a?



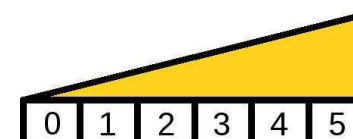
2. Pečuje o Vás rodina dostatečně?



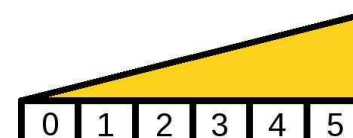
3. Navštěvují Vás příbuzní dost často?



4. Chová se k Vám personál zařízení vlídně?

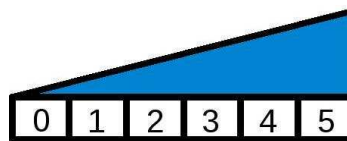


5. Máte dost možností komunikovat se svými přáteli? (telefon, e-mail, pošta, návštěvy)

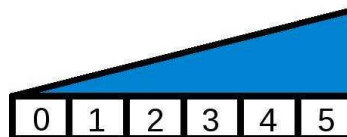


## V. Potřeby uznání, úcty ...

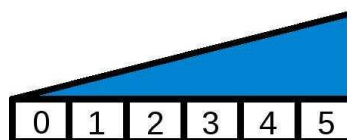
1. Je Vám věnována ze strany personálu dostatečná pozornost?



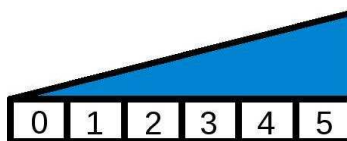
2. Jste za své zdravotní pokroky dostatečně chválen/a?



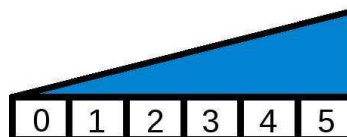
3. Připadáte si jako klient dostatečně respektován/a?



4. Jak moc sami sobě věříte?

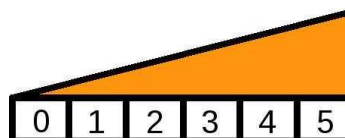


5. Jaké jsou Vaše možnosti kontaktu se sociálním pracovníkem?

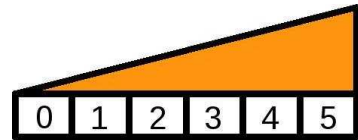


## VI. Potřeby seberalizace ...

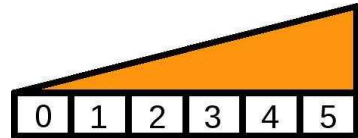
1. Dosáhli jste již ve svém životě všeho, čeho jste chtěli?



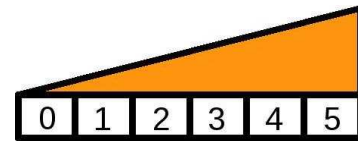
2. **Dělá Vám život radost?**



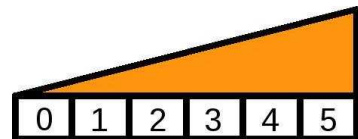
3. **Do jaké míry Vám Vaše víra pomáhá zvládnout náročné životní situace?**



4. **Jak moc Vás zajímají problémy jiných?**



5. **Cítíte se v rámci možností spokojeně?**



## Indikátory nevhodného zacházení se starým člověkem (elder abuse – EAN)

Indikátory zjišťované u týraného starého člověka				Indikátory u pečovatele
<i>Tělesné</i>	<i>Emoční a behaviorální</i>	<i>Sexuální</i>	<i>Finanční</i>	
stesky na týraní	změna příjmu potravy či poruchy spánku	stesky na sexuální obtěžování či zneužívání	neobvyklé či pro daného člověka atypické výdaje peněz	nepřiměřeně nezúčastněný či naopak angažovaný
nejasné pády a úrazy	strach, rezignace, zmatenost	nejasné změny chování (agrese, stažení do sebe, sebepoškozování)	výdaje peněz v rozporu s názory daného člověka	kritizuje za "prohřešky" jako je inkontinence
podlitiny a popáleniny nezvyklé typem a umístěním	pasivita, stahování se do sebe, narůstající deprese	opakované stesky na bolesti břicha či nejasné krvácení z dělohy či z konečníku	změny závěti či vlastnictví ve prospěch nových přátel či příbuzných	zachází se starým člověkem nehumánně či jako s malým dítětem
známky omezení, stopy kurtů či prstů	pocit beznaděje, bezmoci, úzkosti	recidivy zánětu genitálu či podlitiny v oblasti genitálu či prsů	mizející majetek	chová se agresivně
opakovaně chybné podání či preskripce léků	kontradikce a ambivalence, které neplynou ze zmatenosti	potrhané, potřísněné či zakrvácené spodní prádlo	ztráty šperků a osobních věcí (nemožnost tyto předměty nalézt)	nechce připustit rozhovor se starým člověkem bez své přítomnosti
malnutrice či dehydratace bez vysvětlující choroby	neochota mluvit otevřeně		podezřelé aktivity kolem kreditní karty	na dotazy reaguje obranně, nepřátelsky, vyhýbavě
malhygiena či známky nedostatečné péče (dekubity, zanedbané rány)	vyhýbání se tělesnému, slovnímu či zrakovému kontaktu		nedostatek pohodlí (komfortu), které by si mohl starý člověk dopřát	tráví péči o starého člověka během dne neobvykle mnoho času
	izolace, vyobcování (ostrakismus)		úroveň péče neodpovídá majetku a příjmům	působí unaveně či stresovaně

Podle: KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Příloha časopisu Florence. Praha: Galén, 2006, roč. 2, č.11, 44 s. ISBN 80-7262-455-5



## Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty se zdravotním postižením)

- 1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem.** Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
- 2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka.** Ani s nemocným se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou ani obsahem).
- 3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost;** snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
- 4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem;** počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí i stabilitou.
- 5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme a raději ještě napíšeme na papír.**
- 6. Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.**
- 7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt.** Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
- 8. Bez ověření nedoslýchavosti nezvyšujeme hlas;** porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
- 9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme;** umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a přehledným značením.
- 10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.**

Podle: Kalvach, Onderková (2006, s. 42)

## Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. **Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí** (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. **Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem**, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. **Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.**
4. **V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.** Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. **Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl;** důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, popř. pro zklidnění, používáme dotek.
6. **Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek** a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. **Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.**
8. **Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem.** Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
9. **Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.**
10. **Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje nebo vyžaduje.**

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Dagmar Škrabalová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D
<b>Rok obhajoby:</b>	2012

<b>Název práce:</b>	Bio – psycho – sociální potřeby seniorů a jejich zvládnutí v péči hospicové a v léčebnách dlouhodobě nemocných.
<b>Název v angličtině:</b>	Bio – psycho – social needs of the seniors and the chances how to control them during the stay at the hospice and long-term care hospital.
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce zkoumá bio – psycho – sociální potřeby seniorů a míru jejich uspokojování v zařízení léčebny dlouhodobě nemocných a v hospici. Prioritně se věnuje zjišťování důkazů provázanosti potřeb nižšího řádu a potřebami řádu vyššího.</p> <p>Na základě analýzy dat získaných z dotazníku bylo testováno sedm hypotéz, které tuto souvislost předpokládají. Zmíněnou analýzou bylo možné navíc i porovnat míru uspokojování vybraných potřeb u respondentů v Léčebně dlouhodobě nemocných v Brně a v Hospici sv. Alžběty v Brně. Výsledky prokázaly rozdílnou míru uspokojování potřeb v obou zařízeních a u velké většiny hypotéz se provázanost nižšího a vyššího řádu potvrdila.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Bio – psycho – sociální potřeby, senioři, uspokojování potřeb, potřeby nižšího řádu, potřeby vyššího řádu, léčebna dlouhodobě nemocných, hospic
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The diploma thesis examines bio – psycho – social needs of the seniors and the level of their satisfaction in long – term care hospital and hospice. Primarily, it focuses on the evidence of the connection between the low level needs and the needs of high level.</p> <p>Seven hypotheses presuming the connection were tested to prove the correlation. Moreover it was possible to demonstrate the difference in the level of the satisfaction of the needs of the seniors in the Long - term care hospital and in St. Elizabeth Hospice in Brno. The results showed an unequal level of satisfaction of the needs of the seniors and it validated most of the hypotheses.</p>

<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Bio – psycho – social needs, seniors, satisfaction of the needs, low level needs, high level needs, long-term care hospital, hospice
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazník Indikátory nevhodného zacházení se starým člověkem (elder abuse – EAN) Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty se zdravotním postižením) Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence CD – diplomová práce ve formátu pdf
<b>Rozsah práce:</b>	100
<b>Jazyk práce:</b>	česky