

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav sociálních studií

Vliv osobní asistence na kvalitu života seniorů

Bakalářská práce

Autor: Eva Smutná

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovu v etopedických zařízeních

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Vágnerová

Oponent práce: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor: Eva Smutná
Studium: P18K0304
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Vliv osobní asistence na kvalitu života seniorů**

Název bakalářské práce Influence of personal assistance on quality of life of elderly population
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Teoretická část bakalářské práce bude rozdělena na dvě stěžejní kapitoly. První kapitola bude zaměřena na definici osobní asistence u seniorů, jakým způsobem asistence probíhá a jakými cestami se o ní potenciální klienti mohou dozvědět. Druhá kapitola se bude zabývat definicí kvality života seniorů vycházející ze studií Světové zdravotnické organizace. Cílem bakalářské práce je zjistit zda a jak se mění kvalita života seniorů po nastoupení osobní asistenční služby. Vzorkem výzkumu budou senioři využívající služeb organizace Maltézská pomoc, o.p.s. v Praze. Pro účely výzkumu bude použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor bude veden u jednotlivých seniorů s již probíhající asistenční službou v maximální době trvání asistence jednoho roku. Celá práce bude probíhat s ohledem na etiku výzkumu.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Grada Publishing as. 2011. 224 s. ISBN: 978-80-247-3625-9

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů. Grada Publishing as. 2012. 112 s. ISBN: 978-80-247-4138-3

HUDÁKOVÁ Anna, MAJERNÍKOVÁ Ludmila. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Grada Publishing as. 2013. 128 s. ISBN: 978-80-247-4772-9

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Vágnerová

Oponent: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č.13/2017.

V Hradci Králové dne 9. 4. 2021

Eva Smutná

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce Mgr. Tereze Vágnerové, za metodické vedení, cenné rady a vstřícnost při zpracování této práce. Mé poděkování dále patří všem seniorům, kteří byli ochotni se účastnit polostrukturovaného rozhovoru.

Anotace

SMUTNÁ, Eva. *Vliv osobní asistence na kvalitu života seniorů*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 50 s. Bakalářská práce.

Teoretická část bakalářské práce bude rozdělena na dvě stěžejní kapitoly. První kapitola bude zaměřena na definici osobní asistence u seniorů, jakým způsobem asistence probíhá a jakými cestami se o ní potenciální klienti mohou dozvědět. Druhá kapitola se bude zabývat definicí kvality života seniorů vycházející ze studií Světové zdravotnické organizace. Cílem bakalářské práce je zjistit, zda a jak se mění kvalita života seniorů po nastoupení osobní asistenční služby. Vzorkem výzkumu budou senioři využívající služeb organizace Maltézská pomoc, o.p.s. v Praze. Pro účely výzkumu bude použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor bude veden u jednotlivých seniorů s již probíhající asistenční službou v maximální době trvání asistence jednoho roku. Celá práce bude probíhat s ohledem na etiku výzkumu.

Klíčová slova: senioři, kvalita života, osobní asistence, faktory

Annotation

SMUTNÁ, Eva. *Influence of personal assistance on quality of life of elderly population*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 50 pp. Bachelor Degree Thesis.

The theoretical part of the bachelor thesis is divided into two main chapters. The first chapter focuses on the definition of personal assistance for the elderly. It describes how the assistance takes place and also different ways how potential clients can learn about services which are provided. The second chapter is devoted to the definition of the quality of the elderly life which is based on studies of the World Health Organisation.

The aim of the bachelor thesis is to find out whether there is an impact of personal assistance on the quality of the lives of the elderly and if so, it explores how specifically it changes their lives. The research sample are seniors using the services of Prague organisation Maltézská pomoc, o.p.s. The method used for the research purposes is a semi-structured interview. The interview is conducted with individual seniors who are using the personal assistance services for a maximum duration of one year. The whole thesis takes place with regard to the research ethics.

Keywords: senior, quality of life, personal assistance, factors

Obsah

Úvod	9
1 Kvalita života	10
1.1 Pojem kvalita života	10
1.2 Historie zkoumání kvality života	12
1.3 Kvalita života u seniorů.....	13
1.4 Měření kvality života u seniorů.....	14
1.4.1 Dotazník WHOQOL – BREF	15
2 Senioři	15
2.1 Pojem “stáří” a kdy nastává	15
2.2 Proces stárnutí	16
3 Osobní asistence	19
3.1 Teoretické vymezení pojmu osobní asistence	19
3.2 Historie asistence ve světě.....	20
3.3 Osobní asistence v ČR.....	21
3.4 Osobní asistent	21
3.5 Osobní asistence u seniorů	22
4 Výzkumné šetření.....	23
4.1 Cíle výzkumu	23
4.2 Metody výzkumu.....	23
4.2.1. Výzkumná strategie.....	23
4.2.2 Použité metody	24
4.2.2. Participanti	26
4.3. Etika výzkumu.....	30
4.4. Sběr dat.....	30
4.5. Analýza dat.....	31
4.6. Výsledky analýzy	31
4.6.1. Doména fyzické zdraví.....	32
4.6.2. Doména prožívání	34
4.6.3. Doména sociální vztahy	35
4.6.4. Doména prostředí	36
4.6.5. Souhrnné výsledky domén	37
4.6.6. Vliv osobního asistenta	38
4.7. Diskuze.....	39
ZÁVĚR.....	42
Seznam použitých zdrojů	43

Úvod

Stáří je obdobím života, které je součástí lidského vývoje a budoucností každého. Připravujeme se na další životní roli, která nastává po odchodu do důchodu a tím je role: senior. Odchod do důchodu bývá v naší společnosti kolem 65 roku života. Bohužel se nacházíme v době, kdy je stáří pro mnoho lidí strašidelné a nepředstavitelné. Lidé se obávají toho, co je čeká a jak bude jejich stáří probíhat, kdo se o ně postará či nepostará. Za strach seniorů může mnoho různých faktorů, podmínky, ve kterých žijeme, vládní podpora poskytovaná seniorům, nemyslím tím finanční nýbrž psychická, rodinné zázemí, bydlení a samozřejmě svou roli hrají i finanční prostředky. Senioři potřebují mít jistotu, že v případě potřeby o ně bude dobře postaráno, a to bohužel nemají vždy stoprocentně zaručeno.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala záměrně, jelikož už třetím rokem pracuji jako osobní asistent, se seniory jsem v každodenním kontaktu. Kontakt se seniory považuji za velmi intenzivní, jelikož když nejsem v práci jako osobní asistentka, trávím mnoho času se svými prarodiči. Senioři jsou pro mě velice inspirativní vším, co za celý život zažili, jak jsou tím poznamenáni, každý z nich je úplně jiný. Zpracování bakalářské práce na toto téma pro mne bylo přínosným doplněním nejen teoretických poznatků načerpaných z odborné literatury, ale i mnoho praktických poznatků vhodných pro mě jako zpětná vazba v mojí práci.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol, přičemž poslední, čtvrtá kapitola je věnována samotnému výzkumnému šetření. První kapitola obsahuje vymezení pojmu kvality života, rozbor kvality života u seniorů, v první kapitole je zmíněna i historie zkoumání kvality života. V první kapitole také zmiňuji měření kvality života u seniorů. V druhé kapitole se věnuji samotnému stáří, jeho vymezení, kdy nastává a jaký je proces stárnutí. Třetí kapitola je zaměřena na samotnou osobní asistenci. V rámci třetí kapitoly také krátce zmiňuji historii osobní asistence jak ve světě, tak u nás v České republice a definuji osobní asistenci u seniorů. Poslední kapitola obsahuje samostatné výzkumné šetření. Výzkumné šetření se zaměřuje na vliv přítomnosti osobního asistenta pro seniora. Pro získání těchto informací jsem využila metodu polostrukturovaného retrospektivního rozhovoru, do kterého se zapojilo celkem 15 seniorů.

Cílem bakalářské práce je seznámení se s úrovní života seniorů a zmapování toho, jaký vliv má na seniory osobní asistence a přítomnost osobního asistenta.

1 Kvalita života

1.1 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života byl ještě donedávna zcela laickým výrazem, který neměl vědecké zakotvení. Poprvé vstoupil do veřejného povědomí až v šedesátých letech 20. století jako metaforický výraz. A to zásluhou sociálně-politických cílů administrativy USA za doby vlády prezidenta Johnsona. Později byl pojem důkladně propracován a zkoumán mnoha vědními obory (Mareš, 2014).

Pojetí a chápání pojmu kvalita života je mnoho a existují různé kategorie. Jedním z rozdělení je, že pojem kvalita života je interdisciplinární a multidimenzionální. Interdisciplinární znamená, že se jím dnes zabývají různé vědní disciplíny a to např.: psychologie, filozofie, kulturní antropologie, politologie, etika, ekonomie, teologie, sociologie, environmentalistika, technické obory (architektura, stavebnictví, doprava), medicína, ošetrovatelství, sociální práce (Heřmanová, 2012).

Podle Heřmanové (2012) má na kvalitu života značný vliv závislost postindustriální společnosti na technice a využívání informačních a komunikačních technologií. Díky těmto faktorům se zkracuje vzdálenost mezi lidmi a komunikace je tak jednodušší a častější. Výměna informací proudí rychleji, šíří se sociokulturní inovace a upevňují se mezilidské vztahy (Heřmanová, 2012).

Multidimenzionální význam pojmu "Kvalita života" znamená, že pojem má mnoho významových dimenzí. Můžeme zde zahrnout například pojetí materiální (vlastnictví a určitá míra konzumu), pojetí psychologické (pocity radosti, úspěchu, moci, štěstí, sebereflexe a sebehodnocení jedince), pojetí antropologické (rozdílnost chápání v určitých kulturních oblastech, proměnlivost, stabilita v čase), pojetí morální (morální hodnoty, svědomí a jejich vztah ke kvalitě života), pojetí sociologické (odlišnost v různých sociálních skupinách), pojetí medicínské (zdraví duševní i fyzické), pojetí estetické (Heřmanová, 2012).

Podle Heřmanové (2012) neexistuje žádný jednoznačný koncept pojmu kvalita života, zároveň ani neexistuje všeobecně přijímaná definice. Proto má pojem širokou terminologickou roztržštěnost. *"Vedle pojmu „quality of life“ (kvalita života) totiž existuje celá řada souvisejících nebo souřadných pojmů, které jsou velmi často užívány jako synonyma, i když ani jejich přesný význam není dosud zcela dostatečně definován. Jako příklad lze uvést pojmy „social well-being“ (sociální pohoda), „well-being“ (pocit pohody), „subjective well-being“ (individuální stav pohody), „social welfare“ (sociální blahobyť), „human development“ (lidský*

ozvoj), „*standard of living*“ (životní úroveň), popř. „*happines*“ (štěstí), „*health*“ (zdraví), „*wealth*“ (bohatství), „*satisfaction*“ (spokojenost) aj.” (Heřmanová, 2012, s. 409).

Na základě velké roztržitosti tohoto pojmu a různých teoretických přístupů, se pokusil Mareš (2014) utřídit pojem dle předlohy Cumminse do obecnějších skupin a rozdělil je do 7 kategorií: “1. *materiální zabezpečení (material well - being)*, 2. *zdraví*, 3. *produktivita, výkonnost (productivity)*, 4. *velmi dobré, přátelské mezilidské vztahy (intimacy)*, 5. *pocit bezpečí*, 6. *komunita*, 7. *emoční pohoda (emotional well-being)* (Mareš, 2014).

Dvořáčková (2012) nahlíží na pojem “kvalita života” z filozofického hlediska. Dle ní netvoří kvalitu života pouze materiální a formální příčina, ale patří pod to zejména to, k čemu člověk směřuje a co považuje za smysl života.

Dle Gurkové (2011) nespadá pojem “kvalita” do absolutní ani relativní kategorie, neboť může být vyjádřena zároveň kvalitativními (vycházejícími z hodnotového systému) i kvantitativními (měřitelnými, objektivními) indikátory. Tím v sobě zahrnuje proces hodnocení. Chceme-li vymezit druh hodnocení, na jaký je kvalita zaměřená, musíme si předem určit předmět a normu, se kterou budeme daný předmět porovnávat. V případě pojmu “kvalita života” je předmětem hodnocení život a tím je třeba podat si otázku, kvalitu, jakého života právě hodnotíme? Nejčastějším předmětem hodnocení bývá individuální život. Život, který zahrnuje jevy a chování zejména v paradigmatu ošetrovatelství – lidského jednotlivce, osobu. Život jedince nechápeme pouze jako opozitum smrti, ale jako souborný pojem zahrnující veškeré jedincovy projevy, oblasti jeho činnosti – pracovní, rodinný, společenský život (Gurková, 2011).

“Běžně používaná slovní vyjádření - např. “*jaký je to život*”, “*jak jde život*” - naznačují, že pojmem život vyjadřujeme také způsob, jak žijeme” (Gurková, 2011, s. 22). Běžně se pojem “kvalita života” pojí s pozitivní konotací pojmu kvalita (kvalitní = dobrý). Odborně se ale pojem používá na popis pozitivních i negativních aspektů. Samotné hodnocení kvality, zdali je náš život kvalitní či nikoli, je založené na porovnávání našeho života se životem druhých lidí nebo s žádanou, očekávanou úrovní existence (Gurková, 2011).

Zásadním způsobem přispěl k otázce kvality života nizozemský sociolog Ruut Veenhoven, který svou teorií “Čtyři kvality života” přispěl ke kategorizaci konceptů kvality života. Za čtyři kvality života považuje: 1. životní šance neboli předpoklady, 2. životní výsledky, 3. vnější vlivy na kvalitu – prostředí či společnost, 4. vnitřní kvality jedince (Dragomirecká, 2006).

	vnější kvality	vnitřní kvality
předpoklady	A. vhodnost prostředí <ul style="list-style-type: none"> • životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň 	B. životaschopnost jedince <ul style="list-style-type: none"> • psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
výsledky	C. užitečnost života <ul style="list-style-type: none"> • vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce 	D. vlastní hodnocení života <ul style="list-style-type: none"> • subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

(Veenhoven, 2000)

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

1.2 Historie zkoumání kvality života

Lidé se pojmem kvalitou života zabývali už od pradávna, ale daný pojem nazývali odlišně. Původně byli dvě hlavní skupiny studijního zájmu. Jedna skupina se zabývala duchovním (náboženským) životem – různá spiritualita. Šlo zejména o otázky “dobrého” či “moudrého” života. Druhá skupina šla cestou filozofickou, zejména etickou a antropologickou. Šlo zejména o otázky “dobrého” v protikladu ke “špatnému” životu. Tyto směry jsou známé už z dob dávné antiky (Mareš a kolektiv, 2004).

Později se zabývali kvalitou života i angličtí filozofové – utilitaristé (Jeremy Bentham, David Hume, Thomas Hobbes). Zkoumali a posuzovali lidské jednání z hlediska možných následků, uspokojování subjektivních zájmů a potřeb, a vnímali člověka na základě smyslově

dané zkušenosti. Filozof Kant pohlížel odlišně na chápání “dobra”, vycházel zejména z rozumu a odlišoval vnímání od myšlení. Rozlišil dvě roviny rozumových řídicích momentů. Na maxima a kategorický imperativ. Maxima označují praktické zásady jednání, jimiž se člověk v životě řídí (příklad maxim: “*buď čestný*”, “*buď zdvořilý*”, “*buď ochotný druhým pomoci*”, “*žij zdravě*”, “*pravidelně cvič*”, “*živ se střídme*”,..., “*dávej přednost uspokojování slastí před zdravím*”, “*každá koruna dobrá*”, “*účel světí prostředky*”) (Mareš a kolektiv, 2004, s.13). Každý má svá maxima ve vědomí a jedná podle subjektivně utvořených maxim, proto žije život “dobrý”, “kvalitní”. Kategorický imperativ slouží jako kritérium posuzování maxim a tvoří základní jádro morální motivace, které platí pro každé lidské jednání (Vážanský, 2010).

Jak již bylo uvedeno výše, do veřejného prostředí vstoupil pojem “kvalita života” až v šedesátých letech 20. století a největší rozvoj nastal právě v 20. století.

1.3 Kvalita života u seniorů

Jak již bylo zmíněno, je pojem “kvalita života” náročný a nejednoznačně definovaný. S určitostí se dá ale říct, že má dvě dimenze – objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita souvisí s psychickou pohodou a spokojeností, objektivní kvalita se týká naplnění sociálních a materiálních podmínek života, včetně fyzického zdraví (Ondrušová, 2009). Faktorů, které značně ovlivňují spokojenost seniorů a kvalitu jejich života, je mnoho. Patří mezi ně především jedincův zdravotní stav, sociální prostředí, mezilidské vztahy, rodina, finanční zabezpečení, životní styl, koníčky, zdravotní péče a sociální služby (Ondrušová, 2009). Ondrušová (2009) staví zdraví jedince v žebříčku hodnot jako nejdůležitější. Seniori mívají často zdravotní a funkční problémy, což má vliv na psychickou i fyzickou stránkou. Člověk je postupně méně samostatný a roste závislost na druhé osobě. Dalším důležitým faktorem schopnosti jedince je soběstačnost, která může v důsledku zdravotních či psychických problémů klesat. Soběstačnost je schopnost samostatné existence jedince. Příčinami zhoršené soběstačnosti starého člověka nemusí být pouze tělesné či duševní schopnosti. Velký vliv na soběstačnost, tzv. “rizikovými faktory”, mohou být špatné bytové podmínky jedince, nízký důchodový příjem, neochota v rámci rodiny, či nedostupnost pečovatelské nebo asistenční služby. Velkou psychickou zátěží v stáří je pro člověka ztráta partnera. Ovdovění může často vést až k myšlenkám osobní bezvýznamnosti, prohloubení pasivity či depresi (Ondrušová, 2009).

Smékal (in Řehulková, 2008) popisuje, jak nejlépe udržet kvalitu života navzdory negativním změnám ve stáří. Podle něj je důležitý pozitivní přístup k životu. Záleží na individualitě člověka a na vlastních postojích vůči životu. Dle Smékala je v roli seniora důležité

a nápomocné psychice: *“relaxovat, vybavit si v paměti vzpomínky na zážitky a události plné pohody, komunikovat s nepodmíněným základem své osobnosti (=s Bohem) modlitbou a meditací”* (Smékal in Řehulková, 2008, s. 125)

Buržgová (2011) považuje přijetí faktu stárnutí jako jednu z možností prevence. Důležitý je mít v průběhu života pozitivní a optimistický postoj k životu. Zároveň dbát o své fyzické i psychické zdraví. Častým problémem některých seniorů je ale ambivalence vlastní situace. Ačkoli žijí někteří senioři aktivně a jsou spokojeni, domnívají se, že žijí život špatný a bezvýznamný. Tento postoj byl jedním z příčin, proč se téma “postoj ke stáří” stalo častějším předmětem bádání a výzkumu (Buržgová, 2011).

1.4 Měření kvality života u seniorů

Původně bylo měření kvality života seniorů založené na postoji mladých lidí ke starým lidem. To neudávalo ale žádná reálná fakta o tom, jak doopravdy staří lidé žijí. Proto byla vytvořena škála, která zachycovala zkušenosti a postoje ke stáří od samotných seniorů. Nejpoužívanějším nástrojem byla pětisložková škála Philadelphia Geriatric Morale Scale. V roce 2001–2004 probíhal mezinárodní projekt “Měření kvality života seniorů a její vztah ke zdravému stárnutí”. Projektu se zúčastnilo 23 výzkumných center z celého světa (včetně ČR). Pro tento projekt byl vytvořen nový nástroj pro měření postojů ke stáří a stárnutí “AAQ” - Attitudes toward Aging Questionnaire. Cílem bylo zjistit postoje seniorů ke stáří a stárnutí a zdali jsou postoje ovlivněné pohlavím, věkem, rodinným stavem či mírou soběstačnosti (Ondrušová, 2009).

Na počátku devadesátých let 20. století zahájila mezinárodní pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) svou činnost a vyvinula dotazníky pro měření kvality života. Prvotním nástrojem byl dotazník, který byl rozdělen do 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí, spiritualita), rozčleněný do 24 podoblastí. Dotazník má celkem 100 položek. Je označován WHOQOL-100 (Ondrušová, 2009).

1.4.1 Dotazník WHOQOL – BREF

Jak jsem výše zmiňovala, v roce 1991 dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace podnět pro vytvoření dotazníku, který se zabývá měřením kvality života. Později byla vytvořena pracovní skupina WHOQOL, která byla tvořena 15 zástupci výzkumných center z celého světa. Pracovní skupina se zabývala právě tvorbou dotazníku kvality života. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s.96)

Kvalita života se v současné době používá pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí nejen u širokého spektra onemocnění, ale také u nepříznivých životních okolností. Hodnocení je možno také použít pro zjišťování kvality v péči o zdraví v komunitě a následné další plánování péče. Dotazník slouží k sebeposuzování kvality života jedince. Dotazník WHOQOL-BREF je tedy zkrácenou formou dotazníku WHOQOL - 100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) což znamená, že dotazník WHOQOL – BREF se sestává z 24 položek. 24 položek je sdruženo do 4 domén a dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Výběr všech položek byl proveden přesně tak, aby dotazník byl schopen pokrýt široké spektrum aspektů kvality života. Znění 24 položek bylo beze změn převzato z plné verze dotazníku WHOQOL - 100. Výsledky dotazníku WHOQOL – BREF jsou rozděleny do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí. Dále jsou rozděleny do dvou položek hodnotících celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím.

Běžně respondent vyplňuje dotazníky sám, avšak v případě potřeby se předkládají formou standardizovaného rozhovoru. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

2 Senioři

2.1 Pojem “stáří” a kdy nastává

K dubnu 2020 bylo v České republice přes 2 miliony lidí nad 65 let (tvoří necelých 20 % celkové populace - viz. graf níže).

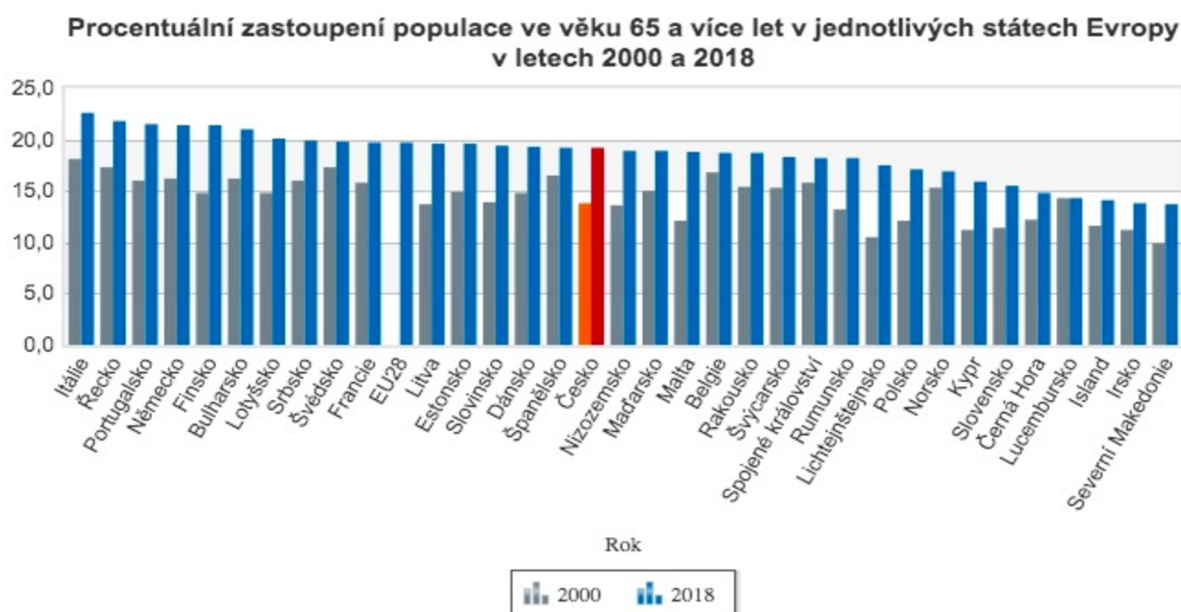
Dle seniorské rady ČR se za seniora považuje osoba ČR, která pobírá starobní důchod či dosáhla seniorského věku – u žen 60 let, u mužů 63 let (www.rscr.cz).

Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje za seniora každého, kdo dovršil 65 roku života. Seniorský věk dále kategorizuje na “mladší senioři” (65–75 let), “senioři” (74–80 let), “staří senioři” (80–90 let) a “nejstarší senioři” (www.who.int).

Samotný pojem stáří je velmi nesnadné definovat. Můžeme najít mnoho různých definic v odborné literatuře. Každá definice pohlíží na stáří z mnoha různých projevů a hledisek (Dvořáčková, 2012). Bužgová (2011) charakterizuje stáří jako období ztrát. Je to období, kdy se senior musí vyrovnat s mnoha ztrátami - např. odchod do důchodu, odchod dospělých dětí z rodiny, smrt vrstevníků/partnera, úbytek fyzických i psychických sil. Naopak stáří a jeho prožívání je velmi individuální, co může být pro někoho tíživé, může být pro druhého ulehčující (odchod dětí z domu) (Bužgová a Klechová, 2011).

Pacovský (1990) stáří bere jako poslední etapu ontogenetického vývoje, naprosto lidstvu přirozenou. Stáří je vývojové stadium, které má své specifické znaky. Znaky, které jsou odlišné od předchozích životních etap. Stáří i stárnutí mají regresivní charakter, jsou nevratné a neopakují se (Pacovský, 1990). Názory autorů na stárnutí a kvalitu života seniorů jsou různé, také Hudáková uvádí, že jedním z problémů, proč se zhoršuje kvalita života seniorů, je zvýšení podílu starých lidí v populaci, kteří potřebují dlouhodobou péči a malý počet ošetřovatelů/asistentů (Hudáková, 2013).

Stav seniorů v ČR k roku 2018:



(Český statistický úřad, www.czso.cz)

2.2 Proces stárnutí

“Pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. Stárnutí je tedy součtem změn, kterým podléhá organismus v průběhu času. ... stárnutí je individuální a

asynchronní a jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně” (Dvořáčková, 2012, s. 10). Základními znaky stárnutí jsou: postupné zhoršování odolnosti organismu, snižuje se adaptační schopnost, problémy s orientací. Úpadek tělesných funkcí není projevem stáří, ale postupně v dospělosti dochází k pomalému úbytku funkce, který se ve stáří více projeví na fyzickém fungování (Dvořáčková, 2012). Dvořáčková popisuje 3 druhy procesu stárnutí:

1. **tělesné projevy:** tělesná výška se snižuje, naopak se zvyšuje tělesná hmotnost, dochází k úbytku svalové hmoty, mění se postoje a chůze, smyslové vnímání pomalu klesá, snižuje se ostrost zraku i sluchu, odumírají čichové či chuťové buňky; všechny fyzické změny mají vliv na vzhled i chování seniora, často bývá pro seniora náročné přijmout to, jaký způsobem se mění proti své vůli; s tělesnými změnami značně souvisí i změny v psychickém vývoji
2. **psychické změny:** během stárnutí se začínají projevovat negativní vlastnosti a nálady, dochází k uzavírání se do sebe, nastává lehká sociální izolace, snížení schopnosti navazování vztahů, pokles elánu, vitality, snížení výbavnosti, pozornosti
3. **sociální změny a změny v životní orientaci:** sociální struktura většiny společností je spojena se sociálními vazbami; dnešní moderní doba vede člověka k nezávislosti, odchod do penze je brán i jako změna společenské role a připisuje se mu “nemít roli”; status “bez role” dostává člověka do situace závislosti; zároveň se mění role z ekonomicky aktivního na důchodce, nepracujícího; přestává každodenní stereotyp a nastává období volného času; pomalu se zvyšuje strach z možné osamělosti a opuštěnosti (Dvořáčková, 2012).

Křivohlavý (in Řehulková, 2008) se snaží shrnout stavy, kdy je lidem dobře a co pro to dělat a naopak, kdy jim dobře není a kdy se tomu tak děje. Vladimír a Ema Smékalovi podle zahraničních pramenů připravili desatero, které napomáhá lidem přijmout projevy stárnutí a stáří samotné:

Desatero pro zvládání průvodních jevů stárnutí a stáří.

1. *Zavrhněte čísla, která nejsou pro štěstí příliš důležitá – nepodstatné údaje, jako jsou věk, váha, krevní tlak či hladina cholesterolu. Nechejte na lékařích, ať se starají o jejich optimální výši.*
2. *Vyhledávejte optimisty – lidi, kteří kolem sebe šíří pohodu a dobrou náladu. Pokud je to možné, vyhýbejte se fňukalům, mrzoutům a věčným nespokojencům, šířícím špatnou náladu. Pokud se jim vyhnout nemůžete, ukazujte jim pozitivní stránky*

života za všech okolností. Radujte se i z obyčejných, každodenních a zdánlivě všedních věcí.

- 3. Stále se něčemu novému učte, něco nového poznávejte. Naučte se třeba pracovat na počítači, něco rukodělně vyrábějte, pracujte na zahrádce. Hlavně nenechejte ani tělo ani mozek zahálet. „Líná mysl je ďáblovu dílo – a ďábel se jmenuje Alzheimer.“ A pamatujte si – lepší činnost zbytečná než žádná.*
- 4. Nestyd'te se za smích, smějte se často a nahlas. Smějte se, až se začnete popadat za břicho. Chod'te do kina nebo sledujte v televizi veselohry.*
- 5. I pláč je prospěšný a uvolňuje napětí. Nebojte se dát průchod odůvodněnému smutku, ale snažte se najít nějakou smysluplnou činnost či pomoc druhým. A uvědomte si, že jste sami se sebou neustále. Přitakejte životu, ať je jakkoliv obtížný.*
- 6. Obklopte se věcmi, které máte rádi – pěstujte květiny, poříd'te si domácího mazlíčka, věnujte se sběratelství. Vytvořte si ve svém domově útočiště před vnějším světem.*
- 7. Pečujte o své zdraví. Nezanedbávejte prevenci. Zvolte zdravý životní styl. Máte-li zdravotní potíže – nebojte se vyhledat odbornou pomoc.*
- 8. Nehledejte únik v alkoholu ani v drogách. Než sám popijet nebo se trápit doma, je lepší vydat se mezi lidi – třeba do nákupního centra. Věnujte se pěší turistice, pokud můžete. Jezděte na poznávací zájezdy, jen si vybírejte takové, které odpovídají vaší kondici. Najděte si centrum regeneračních aktivit pro seniory.*
- 9. Říkejte často lidem, že Vám na nich záleží a že je máte rádi, nevmucujte se jim, ale dávejte jim to najevo svým vstřícným a srdečným chováním.*
- 10. Probouzejte v sobě zájem o duchovní život, který začíná úžasem a nadšením i nad obyčejnými dary života. Proti nevědomosti, strachu a sobectví, které představují největší zlo v jednotlivcích i národech, rozvíjejte víru, naději a lásku ve vztahu ke smyslu a hodnotám života (Řehulková, 2008, s 126).*

3 Osobní asistence

3.1 Teoretické vymezení pojmu osobní asistence

“Osobní asistent je pro nemocného člověka "náhradní", pomocnou rukou, nohou, okem, uchem, mozkiem anebo třeba jen oázou klidu a pochopení” (*Osobní asistence*, www.osobniasistence.cz).

Osobní asistence (OA) je služba a pomoc člověku, který nemůže dělat běžné každodenní činnosti na úkor svého znevýhodnění či zdravotního postižení. Služba je prováděná v přirozeném prostředí klienta, tedy u něj doma, a je zaměřena dle potřeb klienta.

Hlavním cílem OA je, aby klient mohl co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí, zachování životního stylu a standardu, a hlavně podpora soběstačnosti (Hrdá, 2004).

OA je služba sociální, spadá pod ní poskytování pomoci a služeb nemocným lidem, lidem s fyzickým, mentálním či psychickým handicapem a v poslední době také seniorům.

Podle Hrdé (2004) je jedním z hlavních cílů služby OA zachování integrity, zachování důstojnosti a zabezpečení základních životních potřeb, jak biologických (příjem potravy, hygiena, pomoc v domácnosti, nákupy) tak i společenských (při výchově dětí, při vzdělávání, kulturní či sportovní činnosti, návštěvy úřadů) (Hrdá, 2004).

Podle právních předpisů je služba OA vymezena v zákoně č. 108/2006, § 39:

(1) Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje

Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti: a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, b) pomoc při osobní hygieně, c) pomoc při zajištění stravy, d) pomoc při zajištění chodu domácnosti, e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, www.mpsv.cz, 2017).

Autorka Hrdá rozděluje dva typy osobní asistence. Jsou jimi:

1. sebeurčující osobní asistence: u sebeurčující asistence není potřeba žádného odborného školení, klient se sám podílí na asistenci a svého asistenta si vyškolí podle jeho požadavků a potřeb

2. řízená osobní asistence: není-li klient schopen si svého asistenta zaškolit, je třeba zaškolit asistenta odborně; řízená asistence se většinou týká klientů, kteří potřebují specializovanou pomoc (osoby se smyslovým postižením, osoby s mentálním či zdravotním postižením) (Hrdá, 2004).

3.2 Historie asistence ve světě

Pojem “osobní asistence” je znám už od 60. let 20. století, a to díky hnutí založeném v Kalifornii. Toto hnutí neslo název Independent living (IL) a v jeho čele stál Ed Roberts. Ed Roberts studoval na univerzitě v Berkley a měl velmi těžké tělesné postižení (byl napojen na dýchací přístroj). S přáteli si říkali Rolling Quads (“valící se kvadrouši”). Nechtěli strávit život zavření v nemocnici či ústavu a chtěli vést život plnohodnotný a rovnocenný jejich vrstevníkům (Hrdá, 2004). Snažili se šířit do světa zásady jejich hnutí. Název Independent living dokonce vznikl z jedné zásady, která zněla takto: *Každý člověk má právo na sebeurčení, a proto je třeba poskytovat lidem takovou podporu, aby mohli toto své právo uplatnit.* Hlavní heslo hnutí bylo: *Nejlepším odborníkem na život s postižením je sám člověk, který má postižení* (Hrdá, 2004, s. 8.). Na konci 60. let 20. století vytvořili program nazvaný “Strategie nezávislého života” a začátkem 70. let pak i první Centrum nezávislého života. Centrum bylo zaměřeno na poskytování služeb lidem s postižením, zejména vzájemným poradenstvím lidí s tělesným postižením, zprostředkování osobní asistence a informační servis. Hnutí se postupně šířilo do světa a hlásilo se k němu mnoho dalších států. Následně vzniklo Evropské hnutí sebeurčujícího života “ENIL” (The European Network of Independent Living). ENIL sdružuje evropská centra nezávislého života, napomáhá jim v činnosti a vytváří koordinační a informační síť. Vznikající organizace v jednotlivých zemích zásady hnutí IL přijaly a přizpůsobily je svým konkrétním potřebám a podmínkám. (Asociace pro osobní asistenci, www.apoa.cz).

Zásady hnutí IL formuloval Steven E. Brown, který pracuje ve Světovém institutu zdravotního postižení: *“Abychom naplnili své právo na sebeurčení, naše možnosti výběru musí být dostatečně rozmanité. To neznámá, že lidé s postižením a bez něj mají stejné schopnosti, nebo musí dělat věci stejným způsobem jako zdravá populace, ale znamená to, že nacházejí rovnocenné příležitosti. ... Sebeurčující způsob života znamená, že lidé s tělesným postižením mají možnost rovnocenného výběru v oblasti sociální, politické, ekonomické a kulturní jako osoby bez postižení.”* (Asociace pro osobní asistenci, www.apoa.cz).

V češtině má pojem Independent Living několik podob. Většina však nevystihuje doslovně to, co pojem znamená. Jako nejlepší pojem, který vystihuje podstatu IL je sousloví “*sebeurčující život*”.

3.3 Osobní asistence v ČR

Pražská organizace vozičkářů (POV) podala první projekt na poskytování služeb osobní asistence u nás. Tato organizace byla založena v roce 1991 Betinou Šafránkovou a jejími kolegy, za účelem naplnění specifických potřeb lidí upoutaných na vozík. Pracovníci organizace – Zdenka Hanáková a Petr Vojtík – čerpali ze švédských a holandských zkušeností, upravili pravidla podle svých představ a v roce 1991 začali poskytovat prvním deseti klientům POV osobní asistenci. Zdenka Hanáková měla od mládí velmi těžké zdravotní postižení a uvědomovala si náročnost péče. Proto pravidla, která pro asistenci vytvořili, vycházela ze zkušeností a skutečných potřeb vozičkářů (Hrdá, 2004).

Za prvního uživatele osobní asistence v Československu je považována Jana Hrdá. Po smrti její matky, která se o ni a o její malé děti starala, začala ve své domácnosti organizovat placenou, ale i dobrovolnou osobní asistenci. Ačkoli Jana nevěděla nic o hnutí IL, provozovala u sebe osobní asistenci podle totožných zásad (Hrdá, 2004).

3.4 Osobní asistent

Povolání osobního asistenta může dělat relativně každý. Není k tomu třeba žádné speciální vzdělání ani univerzální školení, které by asistenta připravilo na všednosti asistentského života (www.osobniasistence.cz). Podle zákona může být asistentem sociální péče “*fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá (§ 83 odst. 2 zákona o sociálních službách) a neposkytuje tuto péči jako podnikatel*” (MPSV, www.mpsv.cz). Dle pravidel nejsou žádné předpisy na to, jaký má asistent být, ale jsou “nepsané předpoklady”, které je třeba, aby asistent splňoval. Především je důležitý motiv, který by neměl být “záporný” - touha po obohacení, nedůvěra v sehnání jiné práce apod. Stejně tak jsou důležité fyzické předpoklady asistenta. Asistent by měl být přiměřeně fyzicky zdatný a silný, zdravý a do určité míry šikovný. Z psychického pohledu je velmi důležitá schopnost empatie, laskavost, vlídnost, trpělivost, nadhled, smysl pro humor, pozitivní motivace, zodpovědnost a v neposlední řadě schopnost rychle se učit (www.osobniasistence.cz).

3.5 Osobní asistence u seniorů

Senioři mohou stejně jako člověk s postižením využívat služeb osobní asistence. OA u seniorů je většinou na bázi fyzické pomoci, ale často hlavně i pomoc se zvládnutím samoty a izolace. Osobní asistent často zastává několik rolí – pomocník, společník, zpovědník a mnohdy i jediný přítel či blízká osoba. Senioři jsou často izolováni od společenského života, a kromě rodiny nemají už žádné kontakty. OA často slouží jako tzv. “most” mezi seniorem a majoritní společností. Pokud potřeby seniora přesahují možnosti rodiny, domácí pečovatelské či ošetřovatelské služby, je osobní asistent východiskem před ústavním zařízením či domovem pro seniory. (Domov seniorů Elišky Purkyňové, www.despurkynove.cz)

Služby OA jsou nastavené především podle aktuálních potřeb klienta, bez omezení místa a času – doma, v terénu, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Vztah mezi seniorem a osobním asistentem by měl být především partnerský, neboť v mnoha případech bývá jejich vzájemný vztah velmi osobní až intimní. Asistent často pomáhá seniorovi v intimních chvílích, jako je hygiena či toaleta. Také je nezbytné pro vztah mezi seniorem a asistentem rovnocennost a rovnoprávnost. Ani jeden z dvojice by neměl být nadřazený, případně manipulativní (Domov seniorů Elišky Purkyňové, www.despurkynove.cz). Kopřiva (2016) považuje vztah mezi klientem a asistentem, zejména v pomáhajících profesích, jako nejpodstatnější složku povolání. *“Pomáhající pracovník se však velmi často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří zpravidla potřebují více než pouhou slušnost: přijetí, spoluúčast, porozumění, pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že pracovník je neodsuzuje”* (Kopřiva, 2016, str. 15). Při každém setkání seniora a asistenta, pouští senior v podstatě “cizího člověka” do svého nejosobnějšího prostředí a je pro něj velmi důležité asistentovi důvěřovat a cítit se bezpečně.

4 Výzkumné šetření

Pro zpracování empirické části mé bakalářské práce jsem zvolila polostrukturované rozhovory. Respondenty byli klienti nestátní neziskové organizace Maltézká pomoc, o.p.s, která je řízená českým Velkopřevorstvím Suverénního řádu Maltézkých rytířů a zabývá se osobní asistencí. V organizaci pracuji jako osobní asistent. Díky tomu jsem měla lepší přístup k dotazovaným participantům. Vše probíhalo za souhlasu vedení organizace. V následujících podkapitolách uvedu cíl svého výzkumu, užití metody a jak celé šetření probíhalo.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním záměrem a cílem této práce bylo zjistit, do jaké míry má přítomnost osobního asistenta vliv na kvalitu života seniora. Domnívám se, že když si senior “povolá” osobního asistenta, je to z důvodu určité potřeby nebo nedostatku, které snižují kvalitu seniorova osobního života. V této práci se zabývám tím, zdali a jak se změní kvalita života po nástupu osobního asistenta. Následně mě zajímá, jaké faktory ovlivňují případné změny kvality života po nastoupení do služby osobní asistence.

Cíl výzkumu: Jak se mění kvalita života seniorů po nastoupení osobní asistenční služby

V této práci jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

- VO1:** Dochází u seniorů ke změně kvality života po nastoupení do služby osobní asistence?
- VO2:** Jak se mění kvalita života po nastoupení do služby osobní asistence?
- VO3:** Jaké faktory ovlivňují změnu kvality života seniorů po nástupu do služby osobní asistence?

4.2 Metody výzkumu

4.2.1. Výzkumná strategie

Vzhledem k cíli výzkumu, kterým je zjistit nejen změny kvality života seniorů po nastoupení osobní asistenční služby, ale i příčiny těchto změn, jsem zvolila smíšenou metodu kvalitativně – kvantitativního výzkumu. Kvantitativní strategie umožňuje popsat jevy pomocí proměnných, které jsou měřitelné a porovnatelné (Reichl, 2009). Kvalitativní strategie

umožňuje porozumět subjektivně žité zkušenosti a pochopit zkoumané téma více do hloubky (Hendl, 2005). Díky smíšení těchto strategií mohu jasně určit, zda ke změně kvality života dochází (kvantitativní strategie), a zároveň jaké faktory mají vliv na tyto změny (kvalitativní strategie).

4.2.2 Použité metody

Pro účely tohoto výzkumu jsem zvolila metodu polostrukturovaného retrospektivního rozhovoru. Dle Jarošové (2007) je rozhovor způsob shromažďování dat, který probíhá: “v bezprostřední verbální komunikaci výzkumníka a respondenta” a “jde o interpersonální kontakt tváří v tvář” (Jarošová, 2007, s. 45). Předlohou pro rozhovor byl dotazník zaměřený

na kvalitu života u seniorů - “WHOQOL-BREF”. Dotazník je zkrácenou verzí 100 položkového dotazníku WHOQOL-100. Zkrácená verze “WHOQOL-BREF” má pouze 24 uzavřených otázek, strukturované do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Dále má dvě otázky, které hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav jedince.

Odpovědi jsou zaznamenávány na pětistupňové Likertově škále. Pro hodnocení míry a intenzity jsou v dotazníku použity dle Dragomirecké tyto škálové body: *vůbec ne, trochu, středně, hodně, maximálně*. Pro hodnocení frekvence jsou užity škálové body: *nikdy, někdy, středně, celkem často, neustále* (Dragomirecká, 2006, s. 16).

Z rozhovoru jsem vynechala 3 otázky, jež jsou v dotazníku obsaženy, které nebyly pro můj výzkum důležité a zároveň by mohly být pro respondenty náročné a nepříjemné. 2 otázky jsou z domény fyzické zdraví, týkající se bolesti a závislosti na lékařské péči, 1 otázka spadá do domény sociální vztahy a týká se sexuálního života.

Na začátku rozhovoru jsem zjišťovala demografické údaje participantů, které obsahují: otázku na pohlaví, věk, rodinný stav, a základní údaje týkající se respondenta a služby osobní asistence – délka služby, jak často osobní asistent dochází, důvody osobní asistence a jakým způsobem se respondent pro osobní asistenci rozhodl.

Na konci rozhovoru jsem položila 4 otázky týkající se vlivu asistenta na život participanta:

1. Pomáhá Vám asistent se lépe seberealizovat?
2. Zlepšil se díky asistentovi Váš denní harmonogram?
3. Máte pocit, že Vám asistent pomáhá se dobře rozhodnout?

4. Zlepšilo se díky asistentovi Vaše fyzické prostředí (domov)?

Odpovědi na otázky jsou zaznamenávány na Likertově škále a obsahují tyto odpovědi: “*vůbec ne, málo, přiměřeně, většinou, naprosto*”. Tyto otázky nebyly položeny retrospektivně, zajímala mě aktuální situace a upřímný názor respondentů. Výsledky těchto otázek jsem si na hrubo spočítala, čím vyšší skóre, tím je vliv asistenta lepší.

4.2.2.1. Dotazník WHOQOL-BREF

Dotazník obsahuje 4 doménové skóre a dvě samostatné položky hodnotící celkovou kvalitu života (q1) a zdravotní stav (q2).

Průměrný skór první domény “*Fyzický stav (zdraví)*” se sčítá z těchto sedmi položek:

q3	bolest a nepříjemné pocity
q4	závislost na lékařské péči
q10	energie a únava
q15	pohyblivost
q16	spánek
q17	každodenní činnosti
q18	pracovní výkonnost

Druhá doména “*Prožívání*” je průměrným skórem těchto šesti položek:

q5	radost ze života
q6	smysl života
q7	soustředěnost
q11	fyzický vzhled
q19	spokojenost se sebou
q26	negativní pocity

Třetí doména “*Sociální vztahy*” je průměrnou hodnotou tří položek:

q20	osobní vztahy
q21	sexuální život
q22	podpora přátel

Poslední doména “*Prostředí*” je průměrným hrubým skórem osmi položek:

q8	osobní bezpečí
q9	domov
q12	finanční situace
q13	každodenní informace
q14	záliby
q23	okolí bydliště
q24	dostupnost zdravotní péče
q25	dopravní dostupnost

Průměrné hrubé skóry domén jsou standardizovány tak, “*aby je bylo možné srovnávat s doménami WHOQOL - 100, tzn. že rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života*” (Dragomirecká, 2006, s 23).

4.2.2. Participantí

Pro výzkum byli vybráni klienti z organizace Maltéžská pomoc, o.p.s. z pražské pobočky. V organizaci pracují jako osobní asistent. Vedení organizace mi bylo ve výběru respondentů vstřícné a velmi nápomocné. Pro výzkum byla vybrána skupina seniorů, která má službu osobní asistence v maximální délce 1 rok, případně lehce přes rok, aby bylo pro respondenty možné si snadněji vzpomenout na dobu před nástupem osobní asistence. Zároveň byli vybráni senioři, kteří jsou v krajní mezi soběstační a do určité míry schopni samostatného fungování v domácím prostředí. Pro lepší přehlednost uvádím respondenty pod označením R1 – R15.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 15 seniorů (tj 100 %) - 10 (tj. 66,67 %) žen a 5 (tj. 33,37 %) mužů. Pro lepší přehlednost viz tabulka č 1. níže.

Tabulka č. 1 - Pohlaví a četnost

	četnost	%
ženy	10	66,67 %
muži	5	33,33 %
celkem	15	100 %

Většina respondentů využívající služeb osobní asistence se pohybuje ve věkové kategorii 75–84 let. Dle rozdělení podle Světové zdravotnické organizace (WHO), které jsem zmiňovala v mé teoretické části, se jedná o skupinu “senioři” a “staří senioři”, viz tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 - Věkové rozložení

věkové rozpětí	četnost	%
65–74 let	2	13,33 %
75–84 let	8	53,33 %
85–94 let	4	26,67 %
95 a více	1	6,67 %

Další identifikační otázkou byl rodinný stav. Nikdo z respondentů nežije s partnerem, 9 respondentů je ovdovělých. 3 respondenti uvedli, že jsou svobodní a nikdy nebyli ani v manželském svazku. 3 respondenti jsou rozvedení, viz tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 - Rodinný stav

	četnost	%
svobodný/ná	3	20 %
ženatý/vdaná	0	-
vdovec/vdova	9	60 %
rozvedený/ná	3	20 %

Většina respondentů (10) uvedla, že v případě nouze se mohou obrátit na blízkou osobu případně rodinného příslušníka, která bydlí ve vzdálenosti do 30 minut, 2 mají dokonce blízkou

osobu přímo ve stejném domě. 2 respondenti by čekali na blízkého člověka maximálně hodinu, 2 mají blízkého člověka vzdáleného až 3 hodiny. 1 respondent uvedl, že nikoho takového nemá viz tabulka č. 4.

Tabulka č. 4 - vzdálenost blízké osoby v případě nouze

	četnost	%
ve stejném domě	2	13,33 %
10–30 minut	8	53,33 %
30–60 minut	2	13,33 %
1–3 hodiny	2	13,33 %
nikdo takový není	1	6,67 %

V úvodních údajích bylo jedním z identifikátorů, zdali se respondenti rozhodli pro službu osobní asistence sami či nikoli, nebo na doporučení jiné osoby (viz tabulka č. 5). Potěšujícím zjištěním pro mě bylo, že 9 respondentů se pro službu osobní asistence rozhodlo samo a 6 na doporučení jiné osoby. R2, který se pro službu osobní asistence rozhodl sám, uvedl, že *“už začal být méně soběstačný, hlavně mobilita”*. Zajímavá pro mě byla odpověď R1, který přiznal, že: *“slíbil jsem své ženě, než umřela, že si seženu osobního asistenta”*.

Tabulka č. 5 - Samostatné rozhodnutí pro osobní asistenci

	četnost	%
ano	9	60 %
ne	0	-
na doporučení jiné osoby	6	40 %

Další identifikační otázkou byl důvod využití služeb osobní asistence, kde mohli respondenti vybrat více odpovědí. 13 respondentů odpovědělo jako hlavní důvod zdravotní důvod a zároveň drobná dopomoc v domácnosti. Rodinnou situaci uvedlo jako důvod pouze 5 respondentů. Sociální kontakt a rozptýlení je důležité pro 6 respondentů. Jiné důvody uvedli

pouze 3 respondenti, z čehož R7 uvedl jako důvod: *“pocit samostatnosti”*, R2: *“doprovod na rehabilitace”* (viz tabulka č. 6).

Tabulka č. 6 - Důvody osobní asistence

	četnost
zdravotní důvody	13
rodinná situace	5
sociální kontakt	6
rozptýlení	6
drobná pomoc v domácnosti	13
jiné důvody	3

V tabulce č. 7 můžeme vidět, jak často dochází osobní asistenti k respondentům. Někteří potřebují služby méně často, někteří častěji a někteří denně.

Tabulka č. 7 - Jak často osobní asistent dochází

	četnost	%
1 x týdně	3	20 %
2 x týdně	2	13,33 %
3 x týdně	3	20 %
4 x týdně	1	6,67 %
5 x týdně	2	13,33 %
denně	4	26,67 %

9 (tj. 60 %) respondentů využívá služby osobní asistence v délce kratší než 1 rok. 6 (tj. 40 %) respondentů využívá osobní asistence déle než rok. Z důvodu koronavirové situace se do organizace nepřihlásilo za poslední rok mnoho nových lidí. Proto byli vybráni i ti, kteří mají službu osobní asistence od konce roku 2019, viz tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 - Délka osobní asistence

	četnost	%
1–3 měsíce	1	6,67 %
4–6 měsíců	1	6,67 %
7–9 měsíců	1	6,67 %
10–12 měsíců	6	40 %
více než rok	6	40 %

4.3. Etika výzkumu

Celý výzkum proběhl v souladu s etickým kodexem. Bylo zachováno naprosté soukromí jednotlivých klientů a veškerá získaná data byla anonymizována. V textu budou jednotliví respondenti označeni jako R 1 až 15. Všem uživatelům jsem před samotným rozhovorem dala informovaný souhlas (viz příloha č. 3), kde souhlasili s účastí ve výzkumu a s tím, že si budu dělat poznámky. Zároveň jsem jim svým podpisem stvrdila, že je celý výzkum zcela anonymní a pouze pro potřeby mé práce. Jeden výtisk informovaného souhlasu jsem respondentům nechala, kopii jsem si uložila. U většiny respondentů panovala vzájemná důvěra, neboť většina respondentů patří mezi mé klienty. Ti, u kterých jsem rozhovor neprováděla já (viz kapitola 4.4. Sběr dat), měli své asistenty, kteří k nim pravidelně dochází, tudíž důvěra panovala i v tomto případě.

4.4. Sběr dat

Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Sběr dat probíhal během ledna a února 2021. Rozhovory byly realizovány v domácím prostředí respondentů. Bohužel aktuální koronavirová situace mi neumožnila účastnit se všech setkání, a proto jsem vytvořila stručný zaškolovací dokument, který jsem předala jiným asistentům (viz příloha č. 2). Bylo třeba vysvětlit dotazujícím, jak práci uvést, čeho se dotazník a výzkum týká, jakým způsobem se respondentů ptát a jak zapisovat dané odpovědi. Zvolila jsem raději metodu psaní poznámek, neboť přítomnost diktafonu a vědomí, že se rozhovor nahrává, může seniory rozptylovat. Participanti se mohou například snažit mluvit spisovněji a celkově kontrolovat svůj projev (Hendl, 2005).

4.5. Analýza dat

Data získaná z dotazníku WHOQOL – BREF byla podrobena deskriptivní analýze (viz tabulka č. 9). Při analýze rozhovorů jsem použila otevřené kódování, během kterého jsem vypisovala klíčové úryvky (kódy). Po otevřeném kódování jsem pokračovala kategorizováním, při kterém jsem významově příbuzné kódy shlukovala do kategorií. Postupovala jsem tzv. induktivní metodou, během které jsem k těmto konkrétním úryvkům přiřazovala abstraktnější významy (Hendl, 2005).

V této studii se nezaobírám vyhodnocováním celkové kvality života seniorů s ohledem na celonárodní šetření (viz Dragomirecká, WHOQOL – BREF, WHOQOL – 100, 2006), tedy jak si stojí v porovnání s průměrnou populací. Zaměřím se pouze na změnu kvality života, která je pro tuto práci stěžejní.

4.6. Výsledky analýzy

V této podkapitole se věnuji samotné interpretaci zjištěných dat a informací v průběhu vlastního výzkumného šetření. Text obsahuje čtyři podkapitoly s doménami, které jsou vždy důkladně sepsány a obsahují citace respondentů.

Tabulka č. 9 - Výsledky retrospektivního dotazování na kvalitu života (WHOQOL - BREF)

	Doména 1 - fyzické zdraví			Doména 2 - prožívání			Doména 3 - sociální vztahy			Doména 4 - prostředí		
	před	nyní	rozdíl	před	nyní	rozdíl	před	nyní	rozdíl	před	nyní	rozdíl
R 1	14	21	7	17	17	0	8	8	0	18	30	12
R 2	19	19	0	23	23	0	11	11	0	24	24	0
R 3	22	22	0	18	20	2	11	11	0	30	31	1
R 4	28	25	-3	26	26	0	13	12	-1	34	34	0
R 5	28	22	-5	25	21	-4	11	8	-3	34	29	-5
R 6	20	20	0	20	20	0	10	10	0	34	34	0
R 7	21	21	0	27	27	0	13	13	0	28	28	0
R 8	22	22	0	18	18	0	11	11	0	32	32	0
R 9	18	18	0	16	16	0	5	5	0	24	24	0
R 10	19	19	0	18	18	0	13	13	0	27	31	4
R 11	22	17	-5	22	22	0	11	11	0	33	31	-2
R 12	20	20	0	20	20	0	12	12	0	34	34	0
R 13	13	13	0	14	14	0	9	9	0	23	23	0
R 14	16	16	0	17	17	0	10	10	0	24	24	0
R 15	19	19	0	21	21	0	12	12	0	32	32	0

4.6.1. Doména fyzické zdraví

Do domény fyzické zdraví spadá 7 otázek týkajících se energie, spánku, práce a pohyblivosti. Z celkového počtu dotazovaných respondentů 11 respondentů uvedlo, že po nastoupení služby osobní asistence nepocítují změnu kvality fyzického zdraví. 4 respondenti uvedli, že se kvalita jejich života změnila. U R1 došlo ke kladné změně. U 3 respondentů (R4, R5, R11) došlo k záporné změně, tedy ke zhoršení kvality život po nastoupení služby osobní asistence.

Z kvalitativní analýzy výpovědí u této domény vzešly 4 podstatné faktory, které byly příčinou změn – kladných i záporných. Jedná se o tyto faktory: stáří, zdravotní stav, celkový životní elán a nálada a pomoc druhé osoby.

Stáří

R11, který patří mezi respondenty se zhoršenou kvalitou, uvádí a zdůrazňuje velmi často příslovce “už”, kterým klade důraz na stáří, spadající pod faktor věku: “*už to nejde*”, “*už toho moc nenadělám*”. Velmi obdobně užívá “už” i R2, ačkoli nespadá do respondentů, u kterých

došlo ke změně kvality života: *“už si dávám přes den častěji šlofiky a více odpočívám”* a *“už nic moc dělat nemůžu”*. Faktor přibývajících věku potvrdil i R4, který spí rád a dobře, ale: *“kvůli toaletě se v noci budím, takže 3 hodiny a pauza”*.

U třech otázek týkajících se spánku, aktivity a práce byly výpovědi respondentů často stejné. Většina si stěžuje na zhoršující se zdravotní stav, ale především na neodvratný proces stárnutí. *“Moc už toho nenadělám, důvodem je ten věk, vždyť už tu jsem 95 let”*, *“už nic moc dělat nemůžu”*, *“no co můžu dělat v těchto letech”*, téměř shodné výpovědi mají R2, R3 a R11.

Zdravotní stav

Mezi respondenty několik z nich zdůrazňuje faktor zdravotního stavu, konkrétně konstatují, že jejich zdravotní stav se zhoršuje. R5: *“málo energie kvůli zdravotnímu stavu”*, stejně tak odpovídá R11 u dvou otázek: *“zhoršilo se to kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu”* a *“...kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu a stárnutí”*. U otázky, zdali mají respondenti potíže pohybovat se mimo domov, se většina respondentů shodovala na odpovědi. Nejčastěji zmiňovali, jak uvádí např. R11: *“dříve lepší, šlo to i samostatně, teď už to nejde”*.

Celkový životní elán a nálada

Mezi hlavní faktory se objevuje i “celkový elán a nálada”. R5 se u otázky každodenní činnosti odvolává přímo: *“v rámci celkového nespokojení a nechuti, chybí elán a chuť něco dělat”*. Podobně reagoval R5 i na otázku celkové energie, kde říkal: *“kvůli tomu jsem také dost nespokojený s řadou věcí, což mi taky ubírá energii”*.

R4 má sice osobního asistenta, ale jak uvádí, auto je mu velkým pomocníkem, zároveň vyvolává pocit samostatnosti, a především dodává respondentovi elán: *“jsem odkázaný na svoje auto, bez toho se nikam nedostanu, ale pokud můžu jet autem, tak jedu moc rád, je to rozptýlení”*.

Pomoc druhé osoby

Minimálně 3 respondenti zmiňují faktor “pomoc druhé osoby”. Jsou pro to význačné odpovědi: *“...proto mám asistenta”*, *“bez asistenta/druhé osoby to nelze”*, *“díky doprovodu ...”*, *“výpomoc řidiče”* respondentů R1, R2, R4, R6. R1 uvádí, že *“díky doprovodu se mohu dostat ven lépe a častěji”*. R4, u kterého došlo ke zhoršení, u otázky týkající se životní energie zmiňuje, že má většinou energie hodně, ale: *“někdy je hůř a mám méně energie, proto mám asistenta”*. R6 se kromě výpomoci rodiny a osobní asistence snaží být zároveň co nejvíce

soběstačná, proto kromě snahy jezdit stále ještě MHD, si pomáhá tím, že *“si platím soukromou výpomoc řidiče, abych byla co nejvíc nezávislá na ostatních”*.

4.6.2. Doména prožívání

Do domény prožívání spadá 6 otázek. Otázky týkající se života a jeho smyslu, soustředěnost, spokojenost se sebou a negativní pocity. U této domény nebyly u většiny respondentů téměř žádné rozdíly. Pouze dva respondenti měli změnu – jeden k lepšímu, druhý k horšímu. V této doméně se objevují podobné faktory jako v doméně fyzického prožívání. Opakují se zde *“celkový životní elán a nálada”*, *“pomoc druhé osoby”* a *“zdravotní potíže”*. Objevuje se tu nový faktor, kterým je *“víra”*.

Celkový životní elán a nálada

V rámci života a jeho smyslu se R5, jehož kvalita se v rámci této domény také zhoršila, vyjádřil tak, že *“...akorát na tom teď víc lpím, je to pro mě důležité”*. Hodně lpí na tom, aby měl jeho život patřičný smysl, a to má velký vliv na jeho náladu. Zároveň je jeho nálada hodně ovlivněna tím, jak se respondent vyspí: *“..podle situace a únavy”*. Velmi podobně to má i R2: *“nedávno jsem dlouhodobě špatně spal, což se velice odráželo na celodenní náladě”*. Spánek má tedy vliv na náladu a každodenní elán respondentů. R3 i R11 se shodují ve výpovědích, které také spadají do této kategorie. Snaží se, aby jejich spokojenost neklesala, tím, že: *“dělám, co můžu, snažím se být ...”*, *“někdy to nejde, ale dělám, co můžu, ale ...”*.

Pomoc druhé osoby

Stejně jako v předchozí doméně, i zde je pro respondenty velice důležitá přítomnost druhé osoby, ať už je to asistent případně blízká osoba. R6 přiznává, že k tomu, aby ji bavil více život *“potřebuje společnost”*. Taktéž potvrzuje i R10, že přítomnost asistenta je navozuje dobrou atmosféru: *“s osobním asistentem den lépe utíká, je to určitý způsob rozptýlení a zároveň jistota při fyzických aktivitách”*.

Zdravotní stav

R5 opět zmiňuje faktor zdraví ve své výpovědi. Na otázku ohledně negativních pocitů přímo udává: *“zhoršené zejména kvůli zdravotním potížím”*. R6 přiznává, že kvůli negativním pocitům *“užívám antidepresiva”*.

Víra

Dvě respondentky nacházejí oporu ve víře. Obě tak odpovídají u otázky smyslu života. R3: *“hodně mi pomáhá víra”*, R9: *“díky duchovní pomoci to má smysl”*.

4.6.3. Doména sociální vztahy

Doména sociální vztahy má pouze 3 otázky, z čehož jsem jednu záměrně vynechala. Zůstaly otázky na osobní vztahy a podporu přátel. Stejně jako u předchozí domény, i zde jsem zaznamenala změnu pouze u dvou respondentů, u obou negativní. Ačkoliv R4 patří mezi respondenty se zhoršenou kvalitou, jeho výpověď je naopak kladná. A k otázce podpory přátel pyšně udává: *“známí a přátelé mi rozhodně pomáhají, nyní díky covidu ještě více, jsou pro mě opravdu oporou”*. Tato výpověď spadá do kategorie pomoc druhé osoby. Zároveň se v této doméně objevuje i kategorie stáří.

Stáří

R6 se snaží mít co nejvíce pestrý život, pohybuje se neustále mezi lidmi, ale stejně jako mnoho seniorů uvádí, že: *“nemohu se smířit se stárnutím, je to pro mě těžké přijmout, jak vzhledově, tak motoricky”*. U R11 se opět objevuje příslovce “už”: *“už nemám žádné přátele”*. R11 patří do kategorie “nejstarší senior”, v demografických údajích patří jako jediná do věkové kategorie 95 a více.

Pomoc druhé osoby

Faktor pomoci druhé osoby se objevuje téměř u všech výpovědí. Většina respondentů udává, že velkou oporou jsou jim rodinní příslušníci, příbuzní, přátelé, případně pobyt ve společnosti, jak udává R6, je velkým hnacím motorem. *“Sociální vztahy jsou pro mě velmi důležité”*. R2 i R3 odpovídají téměř totožně, R2 se může navíc obrátit pro pomoc i na bývalého asistenta: *“nejvíc mi pomáhá rodina a bývalý asistent”*, R3: *“syn mi hodně se vším pomáhá, vmuk taky, sestra občas zajde, ale už je stará”*. R11: dodává, že kromě osobního asistenta má *“pouze rodinu”*. Ve výpovědi R2 se objevuje i negativní aspekt pomoci druhé osoby, často se u seniorů setkáváme s tím, že se snaží být co nejvíce soběstační, neboť jak říká R2: *“já nerad někoho obtěžuji se svými potřebami”*.

4.6.4. Doména prostředí

Doména prostředí skýtá 8 otázek týkajících se bezpečí, zázemí (prostředí domova a okolí), dostupnost péče a záliby. V této doméně došlo k nejvíce změnám. Jak k lepšímu, tak i k horšímu. Největší obrat k lepšímu můžeme zaznamenat u R1, naopak u R5 došlo k negativní změně. Tato doména odhalila nejvíce kategorií. Objevuje se tu kategorie stáří, zdravotní stav, pomoc druhé osoby i celkový životní elán a nálada. Respondenti v této doméně často zmiňovali i dnešní koronavirovou situaci, která mnohým z nich znemožňuje “normální, klasické” fungování. Oba to hodnotí při otázce na rozvoj svých zájmů, že je to v této době velice omezené. R4: *“když někam chci nebo něco potřebuji, tak se tam dostanu, teď je to samozřejmě horší kvůli celkovým omezením”*, R7: *“v době covidové je to špatné, chybí mi aktivita”*.

Stáří

Ačkoliv patří R3 k respondentům, u kterých zaznamenávám změnu k lepšímu, často hodnotí vliv stárnutí negativně. *“Bydlím v domě ve třetím patře, kde chybí výtah. Jsem starší a už hůř chodím, chtěla bych chodit více, ale sama už si netroufím, pouze s někým, a už ne tak daleko. Když jsem venku hodinu a chodím, je to pro mě svátek”*. Podobně se vyjadřuje i R4, který potřebuje osobního asistenta, protože *“už se cítím nejistě, netroufám si už tolik chodit, když mě chytanou bolesti, co bych potom dělal”*.

Zdravotní stav

Kromě zhoršeného zdravotního stavu, se například u R2 objevuje postesek nad tím, že v důsledku zhoršujícího se zdravotního stavu je na vozíčku, se kterými je spjato mnoho omezení. *“Sice bydlím v přízemí, ale přesto se musím vozíkem dostat přes 2 prahy a asi 20 schodů, to je pro mě samotného nemožné”*. R11 je sice nepocítuje v rámci svého okolí žádné nebezpečí, ale *“kvůli nemoci je to horší”*.

Pomoc druhé osoby

Tato kategorie je stěžejní pro tuto doménu. Téměř všichni respondenti se vyjádřili, že bez pomoci druhé osoby by pro ně byla většina věcí neuskutečnitelných. Kromě pomoci nejbližší rodiny se objevují i vzdálenější příbuzní jako synovec či pravnoučata. Rodina hraje v tomto

faktoru pro většinu největší roli. R2 a R11 shodně uvádí, že v rámci zdravotní péče: *“velká pomoc rodiny, syn mě vozí na vyšetření”*. Bohužel u R2 je to v rámci negativní zkušenosti a negativního vlivu druhé osoby, protože jak říká: *“doktorka se mě štítí, takže mi nejvíc pomáhá rodina”*. Pro R10 a R12 jsou největší oporou asistenti a přátelé.

Celkový životní elán a nálada

Vliv na náladu a každodenní elán má mnoho faktorů. V tomto případě je pro tyto respondenty například internet. Bez internetu by se někteří nemohli zabavit, případně zjišťovat zprávy a novinky, byli by více odkázáni na druhé. R4 považuje internet za pomoc v rámci svobody, *“internet je internet, naštěstí s ním umím pracovat, takže když něco potřebuji, tak si to najdu, učím se i nakupovat přes internet. Vlastně je to pro mě velká svoboda”*, stejně tak odpovídá i R6: *“aktivně používám internet, jak v mobilu, tak i na počítači. Neustále sleduji a obstarávám si novinky”*.

4.6.5. Souhrnné výsledky domén

V tabulce č. 10 můžeme pro lepší přehlednost vidět, jak si jednotliví respondenti stáli v celkovém výsledku. Součtu všech 4 domén před nástupem osobního asistenta a součet po nástupu osobního asistenta. Největší rozdíl byl zaznamenán u R1, u kterého došlo k mnoha změnám a to kladným. Bohužel R1 se během rozhovoru moc nevyjadřoval, ale několikrát padlo *“díky asistentům”*. Důvodem změny u R1 považují faktor pomoc druhé osoby a zároveň pozitivní vliv osobního asistenta. Ke kladné změně došlo i u R3 a R10. Ačkoli R3 často vypovídala negativně, co se vlivu stáří a zdravotního stavu týče, pozitivní je pro R3 vliv a pomoc rodiny, blízké osoby, někde uvádí i osobního asistenta. Stejný faktor měl vliv i na zlepšení pro R10. R10 často uvádí, že vliv a pomoc osobního asistenta je nenahraditelný a že za pomoci osobního asistenta čas lépe ubíhá a sama se i lépe cítí. Mohu tedy shrnout, že u těchto 3 respondentů byla hlavním faktorem změny pomoc druhé osoby. U 3 respondentů došlo k záporné změně, tedy před nástupem osobní asistenční služby se měli lépe než po nástupu osobní asistenční služby. R5 se měl o hodně lépe předtím. Důvodem změny u R5, jak ukázaly výsledky, byl hlavním faktorem zdravotní stav. R5 často zmiňuje, že se hodně horší zdravotní stav, což má vliv na jeho energii. Důvodem je pravděpodobně i Parkinsonova nemoc (kterou R5 uvádí v úvodní části rozhovoru). Zároveň u úvodního dotazu, jak daleko bydlí blízká osoba, R5 uvedl, že sice dcera s rodinou bydlí ve stejném domě, ale poslední půl rok jsou v zahraničí,

a tak je tu sám pouze s osobními asistenty. U R4 a R11 bych jako hlavní faktor zhoršení uvedla stáří. Oba se často zmiňují, že v daném věku už nemají patřičnou sílu a elán.

Tabulka č. 10 - Závěrečné výsledky retrospektivního dotazování na kvalitu života (WHOQOL – BREF)

Respondenti	celkové skóre před	celkové skóre nyní	rozdíl
R 1	57	76	19
R 2	77	77	0
R 3	81	84	3
R 4	101	97	-4
R 5	98	80	-18
R 6	84	84	0
R 7	89	89	0
R 8	83	83	0
R 9	63	63	0
R 10	77	81	4
R 11	88	81	-7
R 12	86	86	0
R 13	59	59	0
R 14	67	67	0
R 15	84	84	0

4.6.6.Vliv osobního asistenta

Poslední otázky se týkaly toho, jaký má osobní asistent vliv na samotného seniora a jestli vůbec jeho přítomnost je v určitých směrech potřebná. Tyto otázky jsem nepokládala retrospektivně, zajímalo mě, jak to mají respondenti nyní. Výsledek byl zaznamenán na Likertově škále a skóre všech otázek jsem poté sečetla. Hodnotný pro mě byl součet – čím vyšší, tím jim asistent lépe seniorovi pomáhá. Celkové skóre se pohybuje od 4 do 20.

Výsledné hodnocení je následovné:

skóre 4–6	vůbec nepomáhá
skóre 7–9	málo pomáhá
skóre 10–14	přiměřeně pomáhá
skóre 15–17	většinou pomáhá

skóre 18–20

naprosto pomáhá

Nikdo z respondentů nedosáhl nejvyššího skóre, ale dva respondenti měli vysoké skóre 19, a 18, což považují za spokojenost s osobní asistenční službou. U většiny se skóre pohybuje mezi 12–16, což považují též za dobrý výsledek. R13 a R14 mají shodný výsledek - 9, a obě shodně uvedly, že jim přítomnost asistenta nepomáhá ani v rámci zvelebování domova, ani v rámci rozhodování (viz tabulka č. 11).

Tabulka č.11 - Vliv asistenta

Vliv osobního asistenta	Počet respondentů
naprosto pomáhá	3
většinou pomáhá	5
přiměřeně pomáhá	5
málo pomáhá	2
vůbec nepomáhá	0

4.7. Diskuze

V této kapitole shrnuji, co vyplývá z výsledků mého zkoumání. Téma mé bakalářské práce se zabývá vlivem osobního asistenta na kvalitu života seniorů. Mým cílem bylo zjistit, zdali a jak ovlivňuje osobní asistent kvalitu života klienta.

Stanovila jsem si proto 3 výzkumné podotázky, z jejichž výsledků vyšla následující zjištění.

První výzkumná otázka byla směřována na samotnou změnu kvality života u seniorů, zdali ke změně po nastoupení osobní asistenční služby dochází. Druhá otázka se týkala toho, k jakým změnám v kvalitě života dochází. Poslední otázka zkoumá faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů po nástupu osobní asistenční služby.

Z výsledků, které mi v rámci šetření vyšly, je zřejmé, že ke změnám v kvalitě života seniorů dochází. Ne však u všech. Většina respondentů byla bez naprosté změny. Může to být

tím, že osobní asistenční služba nepřichází včas, tím že senioři už jsou zvyklí na svůj životní standard anebo tím, že možná změnu sami ani nevnímají nebo nepotřebují. U 5 respondentů došlo ke změnám – u některých k lepšímu i některých k horšímu. Nejčastějšími faktory změn k horšímu je věk – postupné stárnutí, zhoršující se zdravotní stav. To ostatně potvrzuje i Dvořáčková, která popisuje 3 druhy stárnutí, do kterých řadí právě tělesné projevy, psychické změny a sociální změny, taktéž změny v životní orientaci. (Dvořáčková, 2012)

Druhá výzkumná otázka zjišťuje způsob změny kvality života po nastoupení osobní asistenční služby. Můžeme říct, že po nastoupení osobní asistence se kvalita života u seniorů ani výrazně nezhorší ani výrazně nezlepší. Velmi často se stává, že senioři po nástupu osobní asistence mají stejnou kvalitu života. Vnímám to jako pozitivní, jelikož se jejich kvalita života nezhorší. Takže je možné, že tím že tam asistent dochází, udržuje kvalitu života ve stabilitě. Je možné V případě, že se zhorší kvalita života seniora po nástupu osobní asistence, není to moc dobrým znamením.

Poslední výzkumná otázka se ptá na faktory, které ovlivňují kvalitu života po nástupu osobní asistenční služby. Faktorů se během výzkumu objevilo několik. Mezi nejvíce zmiňované faktory ovlivňující kvalitu života patří stáří, zdravotní stav a pomoc druhé osoby. Naopak mezi méně uváděné faktory patří víra, celkový životní elán a nálada. Jak uvádí Řehulková, stáří je neustálý zápas mezi *“úsilím o integritu a rozkladnými silami nepříjemností zdravotních, sociálních i psychických”* (Řehulková a kolektiv, 2008, s. 121). Pokud senior nedosáhne integrity, dochází k zoufalství a beznaději, což je okolím vnímáno jako nezájem a opovržení. Tyto projevy v seniorech uvedené pocity ještě upevňují. Senioři potřebují slyšet pozitivní zprávy o stavu světa, potřebují cítit zájem okolí o ně a o jejich názory. (Řehulková a kolektiv, 2008).

U seniorů je velice důležité pamatovat na to, že každý jsme jiný. Každý senior si za celý svůj život nese jiné bolesti, zkušenosti. Senioři přistupují ke své životní etapě stáří rozdílně, jeden je plný životního elánu, naplněný rodinnou láskou a nesoužují ho žádné velké bolesti, oproti tomu jiný senior se může utápět v bolestech způsobených nemocemi a nemusí mít pomoc od rodiny či blízkých. Vlivů působících na kvalitu života seniorů je opravdu mnoho a jistý vliv má také charakter a osobnost každého jedince. Zároveň se domnívám, že by bylo přínosné realizovat osobnostní dotazník se seniory, právě díky již zmíněným rozdílnostem mezi povahami a přístupem k životu seniorů. Avšak jsem si také vědoma toho, že realizace dlouhých rozhovorů a dotazníků je pro seniory velmi náročná a stresující.

Uvědomuji si ale, že pro tento výzkum by bylo lepší a lépe vypovídající, kdyby byl větší vzorek respondentů. Bohužel příchodem koronavirového období bylo mnoho seniorů

vystrašených, cizí člověk by pro ně byl rizikem, zároveň jak jsem již zmínila výše, za poslední rok se o službu osobní asistence nepřihlásilo tolik klientů. Důvodem je asi více faktorů, ale jako jeden hlavní beru již zmíněné koronavirové období a s ním spojený strach. Proto bylo náročné sehnat více respondentů.

ZÁVĚR

Kvalita života je velmi řešeným tématem dnešní doby, ovšem kvalitě života seniorů již tolik pozornosti věnováno bohužel není. Stáří je velmi významnou kapitolou života a považují za velmi důležité, aby senioři prožívali svou životní etapu stáří v co největší kvalitě a s oporou.

Cílem mé práce bylo seznámit se s úrovní života seniorů, které jsem se věnovala v teoretické části, rozdělené do třech kapitol. Mimo jiné jsem se v teoretické části zabývala rozebráním stěžejních pojmů bakalářské práce jako jsou: stáří, kvalita života, osobní asistence. Ve čtvrté kapitole, která obsahuje samotné výzkumné šetření jsem mapovala, jaký vliv má na kvalitu života seniorů služba osobní asistence a přítomnost osobního asistenta. V případě, že se kvalita života po zahájení osobní asistence mění, tak jakým způsobem a pod vlivem jakých faktorů.

Výzkumné šetření jsem realizovala pomocí polostrukturovaného retrospektivního rozhovoru, v průběhu jeho analýzy jsem došla k závěru pro mě překvapujícímu. Velmi malý počet seniorů uvedl, že by vnímali vůbec nějakou změnu v kvalitě jejich života po nástupu osobní asistence. Mnoho z dotazovaných seniorů nepociťuje žádnou změnu v kvalitě jejich života, což považují za pozitivní, jelikož se kvalita jejich života nemění k horšímu, a to je důležité. Samotné výzkumné šetření pro mě bylo velice obohacující a zjištěné informace velmi cenné a užitečné.

Dle mého názoru má mnoho seniorů strach přijmout osobního asistenta, jelikož si poté připadají více nesamostatní. I to by mohlo být důvodem zhoršení kvality jejich života, jelikož mohou mít tendenci odevzdat se a mohou tak ztratit chuť do života. Avšak budu pevně doufat, že se na kvalitu života seniorů bude v budoucnu více dbát a společnost se bude nadále snažit kvalitu života seniorů zlepšovat, ať už nabídkou osobní asistence či možným působením dobrovolníků. Kvalitu života seniorů zajisté takélepší ustálení se momentálně velmi rozbouřené situace spojené s pandemií covid - 19, která vyvolává v seniorech úzkost a strach.

Seznam použitých zdrojů

Monografie

- BUŽGOVÁ, Radka. *Praktický lékař 7/2011 - Měření postojů seniorů ke stáří*. 2011.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva. BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Grada Publishing, a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada Publishing, a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Sociologie 2012.
- HRDÁ, Jana. *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro poskytovatele*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2004, 105 stran.
- HUDÁKOVÁ, Anna. MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Metodologie výzkumu*. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita, 2007. 69 s. ISBN 978-80-248-1286-1.
- KOPŘÍVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: nakladatelství Portál s.r.o., 2016, 152 stran, ISBN 80-7367-181-6.
- MAREŠ Jan. *Praktický lékař 1/2014 - Problémy se zjišťováním kvality života seniorů*. 2014.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Česká geriatrická revue 1/2009 - Měření kvality života u seniorů*. 2009.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŘEHULKOVÁ, Oliva a kolektiv. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno, MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9

VÁŽANSKÝ, Mojmír. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD, 2010. 214 s. ISBN 978-80-7392-130-9.

Internetové zdroje

Osobní asistence. *Osobní asistence* [online]. Praha, 2009 - 2021 [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: www.osobniasistence.cz

Osobní asistence. *Domov pro seniory Elišky Purkyňové* [online]. Praha, 2013 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: www.dsepurkynove.cz

Právní předpisy pro sociální služby. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2004 [cit. 2021-03-17]. Dostupné z: www.mpsv.cz

Statistiky. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2007 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: www.czso.cz

PŘÍLOHY

Příloha č. 1.

otázky do dotazníku

úvodní otázky vztahující se k seniorovi

- 1) Vaše pohlaví
 - žena
 - muž
- 2) Váš věk
 - 65 - 74 let
 - 75 - 84 let
 - 85 - 94 let
 - 95 a více
- 3) rodinný stav
 - svobodný/ná
 - ženatý/vdaná
 - vdovec/vdova
 - rozvedený/ná
- 4) jak daleko bydlí člověk, který vám může v případě nouze pomoci (rodinný příslušník či blízká osoba)
 - ve stejném domě
 - 10 - 30 minut
 - 30 - 60 minut
 - 1 - 3 hodiny
 - nikdo takový není
- 5) Pro využití služby osobní asistence jste se rozhodl/a sama:
 - ano
 - ne
 - na doporučení jiné osoby
- 6) Jaký je Váš důvod pro využití služby osobní asistence? (můžete zaškrtnout více možností)
 - ze zdravotních důvodů
 - rodinná situace
 - sociální kontakt
 - rozptýlení
 - drobná dopomoc s každodenními činnostmi
 - jiné důvody
- 7) Jak často k Vám osobní asistent dochází?
 - 1x týdně
 - 2x týdně
 - 3x týdně
 - 4x týdně
 - 5x týdně
 - denně
- 8) Jak dlouho využíváte služby osobní asistence?
 - 1 - 3 měsíců
 - 4 - 6 měsíců
 - 7 - 9 měsíců
 - 10 - 12 měsíců
 - více než rok

Aktuální situace

	velmi špatná	špatná	ani dobrá ani špatná	dobrá	velmi dobrá
Q1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5
	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Q2. Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5
	stále	velmi často	celkem často	zřídka	nikdy
Q26. Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	1	2	3	4	5

Psychická pohoda

	vůbec ne	málo	středně	velmi	v obrovské míře
Q5. Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
Q6. Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5
Q7. Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
Q8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? (domov)	1	2	3	4	5
Q9. Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5
	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
Q10. Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
Q11. Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
Q12. Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5
Q13. Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5

Q14. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5
	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Q16. Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
Q17. Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
Q18. Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5
Q19. Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5
Q24. Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5

Sociální vztahy

	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Q20. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
Q22. Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5

Fyzická soběstačnost

	velmi špatně	špatně	ani dobře ani špatně	dobře	velmi dobře
Q15. Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5
	velmi nespokojený	nespokojený	ani spokojený ani nespokojený	spokojený	velmi spokojený
Q23. Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
Q25. Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Vliv asistenta

	vůbec ne	málo	přiměřeně	většinou	naprosto
Pomáhá Vám asistent se lépe seberealizovat?	1	2	3	4	5
Zlepšil se díky asistentovi Váš denní harmonogram?	1	2	3	4	5
Máte pocit, že Vám asistent pomáhá se dobře rozhodnout?	1	2	3	4	5
Zlepšilo se díky asistentovi Vaše fyzické prostředí (domov)?	1	2	3	4	5

Příloha č. 2.

Info k dotazníku - manuál pro sběratele

Dotazník je součástí výzkumu pro bakalářskou práci na téma *Vliv osobní asistence na kvalitu života seniorů*. Dotazník je publikací WHO (Světové zdravotnické organizace) a zkoumá obecně kvalitu života.

Dotazník je rozdělen na dvě části - první část jsou demografické údaje o respondentovi. Druhá část je samotný dotazník, který je ale proveden tak, že ho vyplňuje tazatel a respondent odpovídá na otázky - podle stupně/míry uvedené u každé otázky. Zároveň je možnost pro respondenta, aby se k jednotlivým otázkám vyjádřil (můžete psát zajímavé postřehy vedle dotazníku).

Dotazník/rozhovor je zároveň retrospektivní, proto se prosím též u každé otázky zeptejte, zdali si respondent vzpomene, jak to bylo předtím, než k němu osobní asistent nastoupil.

Manual:

- na začátku vyplňování dejte respondentovi číslo, které napíšete na všechny papíry - je to z důvodu anonymity respondenta
- informujte respondenta čeho se dotazník/rozhovor týká, co zkoumá a jakým způsobem bude probíhat dotazování
- vyplňte první část s respondentem - demografické údaje
- každou odpověď prosím pečlivě zaznamenejte do tabulky
- odpověď na minulost zaznamenejte číselně vedle dané otázky → (př. otázka Jak moc Vás baví život: 1 2 3 4 5 → respondent odpověděl, že nyní ho život baví v obrovské míře a že v minulosti to bylo spíše středně. Zaznamenejte tedy takto:

Jak moc vás baví život? 1 2 3 4 5 3)

- dotazník by neměl být delší než 30 minut, ale je možné, že se bude chtít respondent více rozpovídat, nabídněte mu pauzu, bude li to pro něj náročné

Moc Vám děkuji za Váš čas a pomoc při dotazování.

Příloha č. 3.

Informovaný souhlas

Touto cestou bych Vás ráda požádala o účast na výzkumu s názvem „Vliv osobní asistence na kvalitu života seniorů“, jehož výstupem bude bakalářská práce Evy Smutné. Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové a jeho garantkou je Mgr. Tereza Vágnerová.

Tato práce se zaměřuje zejména na to, jak přítomnost osobního asistenta ovlivňuje životní standard a kvalitu života u seniorů, kteří si o tuto službu požádají. Výzkum probíhá formou rozhovoru. Délka rozhovoru bude max. 30 min (s libovolnými přestávkami dle Vašeho uvážení).

Vaše účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Veškeré pořízené záznamy budou použity pouze pro účel práce a nebudou poskytnuty k nahlédnutí neoprávněné osobě. Doslovný přepis bude důsledně anonymizován tak, aby byla zaručena ochrana všech osob zmíněných v průběhu rozhovoru a aby nebylo možné tyto osoby na základě anonymizovaného přepisu identifikovat.

Svým podpisem souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Jedna kopie formuláře náleží Vám.

Jméno respondenta/respondentky:

Podpis:

Jméno výzkumníka: Eva Smutná

Podpis: