

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Denisa Horáková

**Kvalita života seniorů v domácím a ústavním prostředí**

Olomouc 2017

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PaedDr.et Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. a použila jen uvedené odborné a informační zdroje.

Olomouc 2017

Podpis:

## Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat mé vedoucí práce PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, PhD. za její spolupráci, ochotu a cenné rady při psaní této práce. Poděkování patří také klientům DPS ve Velké Bystřici, klientům geriatrického oddělení FNOL a klientům, o které je pečováno v jejich vlastním sociálním prostředí.

# Obsah

Úvod.....	6
1 Cíle práce.....	8
2 Teoretická část.....	9
2.1 Stáří.....	9
2.1.1 Vymezení pojmu stáří.....	9
2.1.2 Charakteristika procesu stárnutí.....	11
2.1.3 Zvláštnosti seniorského věku.....	14
2.1.4 Potřeby člověka ve stáří.....	18
2.1.5 Senior ve společnosti.....	22
2.2 Vymezení pojmu ústavní péče.....	26
2.2.1 Historie ústavní péče v ČR.....	26
2.2.2 Současná péče o seniory.....	28
2.2.3 Charakteristika péče v geriatrických a LDN odděleních.....	32
2.2.4 Charakteristika péče v domovech pro seniory.....	35
2.2.5 Rizika ústavní péče.....	39
2.3 Charakteristika péče o seniory v domácím prostředí.....	41
2.3.1 Způsob a zvláštnosti života seniorů v domácím prostředí.....	42
2.3.2 Způsob a možnosti poskytování péče v domácím prostředí.....	44
2.3.3 Agentury domácí péče.....	49
2.3.4 Osobnost pečujícího.....	50
2.3.5 Aktivizace seniorů a způsob využití volného času.....	52
3 Metodika práce.....	56
3.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	56
3.2 Organizace výzkumu.....	56
3.3 Metodika výzkumu.....	58
4 Výsledky šetření v DPS sv. Anny ve Velké Bystřici.....	59
4.1 Jednotlivé případové studie.....	59
4.1.1 Kazuistika K1.....	59
4.1.2 Kazuistika K2.....	60
4.1.3 Kazuistika K3.....	60
4.1.4 Kazuistika K4.....	61
4.1.5 Kazuistika K5.....	62

4.1.6	Kazuistika K6 .....	62
5	Výsledky šetření u respondentů pobývajících ve FNOL.....	64
5.1	Jednotlivé případové studie.....	64
5.1.1	Kazuistika N1 .....	64
5.1.2	Kazuistika N2 .....	65
5.1.3	Kazuistika N3 .....	65
5.1.4	Kazuistika N4 .....	66
5.1.5	Kazuistika N5 .....	67
5.1.6	Kazuistika N6 .....	67
6	Výsledky šetření u klientů žijících ve vlastním sociálním prostředí.....	69
6.1	Jednotlivé případové studie.....	69
6.1.1	Kazuistika P1 .....	69
6.1.2	Kazuistika P2 .....	69
6.1.3	Kazuistika P3 .....	70
6.1.4	Kazuistika P4 .....	71
6.1.5	Kazuistika P5 .....	72
6.1.6	Kazuistika P6 .....	72
7	Výsledky a diskuse .....	74
7.1	Vyhodnocení LOGO testu.....	74
7.2	Vyhodnocení testuWHQOL - BREF .....	78
8	Závěr.....	84
9	Souhrn.....	86
10	Summary.....	87
	Referenční seznam.....	88
11	Seznam grafů .....	91
12	Seznam tabulek.....	92
13	Seznam zkratk.....	93
14	Seznam příloh .....	94
	Anotace .....	106

## Úvod

*„Jen tehdy vzbuzuje stáří úctu, když se samo dokáže uhájit, když si dokáže udržet své právo, když se nikomu nezaprodalo, když vládne svému panství do posledního dechu.“*

*Cicero*

Seniorský věk již dávno neznamená odchod na odpočinek, stranění se nejrozličnějších kulturních aktivit nebo rezignaci na všeobecné společenské dění. V moderní době je seniorům umožněno aktivně prožít poslední etapu života s pocitem jeho neustálé potřeby a důležitosti pro okolní svět. Pakliže se člověk cítí důležitý a stále potřebný pro ostatní, je usnadněn jeho přechod z aktivního, pracovního života do další etapy, kde by již jeho síly měly být šetřeny.

Jelikož postupem času dochází k ubývání sil i aktivním seniorům, je třeba myslet na to, jak bude o takového člověka postaráno, až budou jeho síly nedostačující na péči o jeho vlastní osobu. Tuto péči bychom mohli rozdělit na dvě základní složky a tj. na péči v domácím prostředí a na péči institucionální.

Sama jsem zastáncem péče domácí, kde dle mého názoru má klient vše potřebné ve svém vlastním sociálním prostředí, ačkoliv péče ústavní v posledních letech prodělala veliké pokroky směrem kupředu, jsou věci, které nahradit nedokáže a to zejména lásku, jistotu a pocit bezpečí, který nikdo kromě vlastní rodiny zabezpečit nemůže. Samozřejmě domácí péče přináší jistá úskalí a každý si ji dovolit nemůže.

Často se v praxi setkávám s tím, že domácí péči obstarávají dcery nebo synové, kteří cítí odpovědnost a povinnost vrátit rodičům to, co od nich kdysi dostali. Chtějí veškerou péči zastat sami a v jinou pomoc nemají důvěru. Pokud se rodina rozhodne starat o nemohoucího příbuzného, potřebuje dostatek informací, jak takovou péči vlastně vykonávat. Sehnat dostatek informací, co vše vlastně taková péče obnáší a na co mají, jako pečující nárok může trvat v řádu měsíců.

Jsem si jistá, že pečujícím také chybí společenské uznání, většinou se jedná o velmi silné osobnosti. Ačkoliv žijí mezi námi, sami o tom příliš nemluví. Obvykle musí zkrátit pracovní úvazek nebo dokonce práci opustit definitivně, je to velmi fyzicky a zejména psychicky náročné, často si pečující sahá hluboko do svých sil. Člověku to přináší dobrý pocit, že je o jeho blízké dobře postaráno, ale bohužel to také bere spoustu času, energie, osobní pohody a někdy také zdraví.

Velmi by pomohlo, kdyby byla dostatečná nabídka kvalitní odlehčovací péče a pečující by si mohl alespoň na půl dne odpočinout.

Pakliže domácí péče není možná, je na místě péče institucionální, jak jsem již zmínila výše, v poslední době prodělala veliké pokroky. Seniorům se snaží poskytnout optimální péči 24 hodin denně. Jejím úkolem je nastítnit takové prostředí, které by co nejvíce přiblížilo prostředí domácí. Taková péče má ale svá pravidla a standardy, i když je neustále zdokonalována, nemůže být každému na míru.

Některé domovy i oddělení jsou přeplněné a zdravotnického personálu nedostatek, i když se snaží klientovy potřeby důsledně naplnit, některé vyšší potřeby naplnit nedokáže a to zejména lásku, bezpečí a cit.

V praktické části jsem použila metodu smíšeného výzkumu, pro který jsem oslovila několik rodin, ve kterých je uskutečňována péče o nemohoucího člena. Zde jsem se zaměřila na to, jak taková péče probíhá, zda má pečující dostatek informací o tom, jak péči vykonávat, zda probíhá spolupráce v širším příbuzenstvu a také zda má pečující dostatek finančních prostředků na obstarávání potřeb nemohoucího.

Pro zjištění jakou formou probíhá institucionální péče jsem oslovila oddělení geriatric FNOL a DPS sv. Anny ve Velké Bystřici. V jednotlivých zařízeních jsem se věnovala seskupování informací o poskytované péči, o možnostech aktivního zapojení seniorů do společenského života zařízení a v neposlední řadě jsem se zaměřila na to, zda je uskutečňována nějaká forma spolupráce s rodinou.

Toto téma diplomové práce jsem si vybrala proto, že dle mého názoru má výzkumník začít tam, kde má osobní zkušenosti. A to je i můj případ, často se setkávám se seniory, kteří se dostali do péče institucionální po předchozí péči v domácím prostředí. Jejich srovnání obou z péčí, jsou často velmi rozporuplná, proto je mým cílem hlubší sonda do této problematiky.

Dalším cílem i malou motivací je, aby se o této problematice více hovořilo a aby péče o seniory byla vnímána jako běžná součást života.

# **1 Cíle práce**

Cílem této práce je základní shromáždění informací týkajících se odlišností a různorodostí péče o seniory v domácím a ústavním prostředí.

## **Dílčí cíle**

- Zjistit, hlavní odlišnosti poskytované péče v domácím a ústavním prostředí
- Zjistit, zda se v případě domácí péče, aktivně zapojuje celá rodina
- Zjistit, co klienti v ústavní péči postrádají nejvíce
- Zjistit, která skupina seniorů vede aktivnější společenský život



## 2 Teoretická část

### 2.1 Stáří

#### 2.1.1 Vymezení pojmu stáří

Stáří je pojem, který se v určité fázi života dotkne každého z nás. Je důležité vědět, co od této etapy života můžeme očekávat a také zda se dá na stáří nějakým způsobem připravit. Pokud se budeme řídit aktivním stylem života, dodržovat zásady správné životosprávy a nenecháme se pouze pasivně unášet životem, můžeme říci, že se nám podaří na stáří připravit správným způsobem.

Definice k vymezení pojmu stáří je velmi mnoho, nespočet nejrůznějších autorů se snaží zkoumat problematiku stáří z různých úhlů pohledu, přináší nové, zajímavé poznatky, které slouží jak pracovníkům v sociálních službách, tak osobám pečující v domácím prostředí, Klevetová a Dlabalová (2008) uvádějí, že *„stáří je další vývojová etapa lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života“* (Klevetová, Dlabalová, 2008 s. 11).

Zajímavý pohled na stárnutí a stáří zaujímá Jarošová (2006) která tvrdí, že *„Proces stárnutí je zákonitý, je přirozeným jevem pro každého jedince, rodinu, komunitu a společnost. Je třeba zdůraznit, že stáří není nemocí, ale přirozeným fyziologickým procesem. Nemoci a poruch funkcí pouze stáží doprovází“* (Jarošová, 2006 s. 7).

Problematikou stárnutí a stáří se také věnuje Mühlpachr (2004) který svou prací přináší nové poznatky do této oblasti. Jeho definice stáří zní takto *„stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných a involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí)“* (Mühlpachr, 2004 s. 18).

Částečně jiným pojetím stáří se zabývá Vážanský (2010) *„Stárnutí jako multifaktorový univerzální proces, postihující živou hmotu, jehož výsledek se projevuje stářím. Jedná se o obvyklý obraz, genotyp, daný kombinací involučních změn s kondicí a projevy chorob, zvláště těch, jejichž prelevanci způsobuje věková podmíněnost, silně modifikovaná působením a náročností prostředí“* (Vážanský, 2010 s. 84).

Mnoho lidí se stáří obává, často v ostatních lidech vyvolává negativní pocity, bývá spojováno s pojmy, jako je samota, umírání a smrt. Mnohdy se dostává na samotný okraj společnosti, staří lidé také čelí výraznějším ztrátám, jako jsou odchod do důchodu, narození vnoučat, biologické změny nebo smrt partnera (Jarošová, 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení:

- 30-44 let – dospělost
- 45-59 let – střední věk (také můžeme říci zralý věk)
- 60-74 let – senescence (časné stáří)
- 75-89 let – kmetství (vlastní stáří)
- 90 let a více – patriarchum (dlouhověkost)

Mühlpachr (2004) rozděluje stáří na několik druhů, které jsou vzájemně prolínány a navzájem se ovlivňují.

### **Biologické stáří**

Označuje konkrétní míry involučních změn jako je atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny adaptačních mechanismů aj.

### **Sociální stáří**

Je charakterizováno vymezením sociálních změn – dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu, změna životního způsobu, ekonomické zajištění. Tento typ stáří je chápán jako sociální událost.

### **Kalendářní stáří**

Jednoduše je charakterizován dosažením určitého věku, v němž se nápadněji projevují involuční změny. Výhodou tohoto typu stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.

### **Dlouhověkost**

Tímto termínem označujeme pokročilý věk, obvykle nad 90 let. Dlouhověcí tvoří zlomek populace, ale jejich počet neustále stoupá, díky neustále se zvyšující životní úrovni a medicínskému pokroku.

Souhrnně lze tedy říci, že stářím rozumíme období změn a překážek, se kterými si jedinec v nastupující fázi života musí poradit. Jak se s těmito obtížemi vypořádá,

závisí také na osobnosti, charakteru, ale i na blízkých příbuzných, který tento přechod pomohou usnadnit.

### 2.1.2 Charakteristika procesu stárnutí

Podobně jako v problematice stáří, existuje nespočet definic charakteristik procesu stárnutí. Je samozřejmostí, že tento proces závisí na mnoha aspektech již v aktivní fázi života. Doba, kdy tento proces nastává a postupně se začíná prohlubovat, je u každého člověka velmi individuální. Velmi záleží, jak se člověk sám zasloužil o to, aby jeho stárnutí probíhalo pozvolna až nenápadně.

Pacovský (1981) proces stárnutí upřesňuje a třídí na teorie o působení vnitřních vlivů a teorie zevních vlivů.

- **Teorie o působení zevních vlivů**

Tato teorie poukazuje na to, že zevní vlivy ovlivňují proces stárnutí pozitivně nebo negativně. Řadíme sem různé chemické látky, složení a způsob příjmu potravy, působení virů a bakterií a také psychosociální faktory. Obvykle se na procesu stárnutí podílí více vlivů současně.

- **Teorie působení vnitřních vlivů**

Dle Pacovského (1981) mezi tuto oblast patří několik významných teorií stárnutí.

- **Teorie genetického programu**

Tato teorie předpokládá, že stárnutí je projevem biochemických změn, zakódovaných v molekule DNA každé buňky a délka život jedince je tak dopředu naprogramována.

- **Teorie metabolických změn**

Do této skupiny lze zařadit jednu z nejvýznamnějších teorií – **teorii volných radikálů**. Vychází z představy, že tyto radikály rychle vstupují do metabolických dějů a vyvolávají tak výrazné změny, zejména na buněčných membránách a v genetickém materiálu.

Druhá teorie metabolických změn – **teorie hromadění** předpokládá, že při buněčných dějích vznikají odpadové látky, které se s postupujícím věkem hromadí v buněčných organelách.

- **Teorie porušené integrace a organizace**

Tato teorie je založena na skutečnosti, že při dělení buněk nastávají chyby, které organismus s narůstajícím věkem není schopen rozpoznávat a bránit se. Takovým způsobem dochází k hromadění imunologicky vadného materiálu.

- **Sociální teorie**

Tato teorie je ovlivňována strukturou společnosti a postupnou sociální změnou. Mezi nejčastěji prezentované sociální teorie patří:

- **Teorie aktivity**

Považuje pokračování aktivit za významný základ pro udržování sebeuspokojení ve stáří.

- **Teorie neangažovanosti**

Dle této teorie míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s omezením sociálních i osobních vztahů

- **Teorie kontinuity a diskontinuity**

Tato teorie vychází z předpokladu, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti aktuální situace se situací, v níž žil ve středních letech. Čím více je změn, tím je diskontinuita větší.

Teoriemi stárnutí se zabýval také Mühlpachr (2004), který uvádí tyto následující:

- **Teorie rychlosti života**

Tato teorie uvádí, že délka života závisí na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii. Tuto teorii vyslovil již v roce 1928 R. Pearl.

- **Lipofuscinová teorie**

Příčiny stárnutí je třeba hledat na molekulární úrovni, neboť stárnou všechny organismy, které známe. Primární jev způsobující stárnutí je vnitřně nezávislý na faktorech prostředí. Tyto kritéria splňuje lipofuscin – pigment stáří. Dokladem toho, že lipofuscin poškozuje buňky, je zlepšení stavu pacientů trpících senilní demencí po podání léků, které snižují obsah lipofuscinu v mozku. Lipofuscin by tedy mohl představovat příčinu stárnutí na buněčné úrovni.

Jak již bylo zmíněno výše, stárnutí je proces individuální, každý člověk stárne svým vlastním tempem. Současně se jedná o proces asynchronní, postihující

nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, v souvislosti s jejich zatěžováním, stimulováním či poškozováním ( Mühlpachr, 2004).

Vážanský (2010) vidí jako největší problém stárnutí izolovanost, ze které pramení většina těžkostí psychických i fyzických. Nejlepší zbraní proti izolovanosti je aktivita, přiměřená možnostem starého člověka, samozřejmostí je podpora nejbližších.

S přibývajícím věkem se staří lidé, stále častěji stávají závislí na svém okolí, zejména svých dětech, později případně i sociálních zařízeních. Dle Mühlpachra (2005) je všeobecně rozšířen mýtus, že většina starých lidí žije osamotě, cítí se být osamoceni, což je způsobeno tím, že mnoho z nich nežije obklopena milující rodinou, ale spíše v ústraní nemocničních pokojů a léčeben. Tento mýtus nemusí být zcela pravdivý, neboť sociální izolaci zažívá pouze část seniorů, zejména v případě vážných zdravotních problémů.

S pokročilejším věkem bývají přítomny stále nápadnější příznaky, které dávají vědět, že stáří je nevyhnutelně zde. Pichaud a Thareauová (1998) uvádí tyto zjevné fyziologické změny:

- Kůže se svrašťuje, vysušuje.
- Vlasy šediví a ubývají.
- Zrak slábne, obtížně se adaptuje na světlo nebo tmu.
- Svalstvo ochabuje, ubývá kostní hmoty.
- Dýchací soustava se rychleji unaví.
- Mění se hormonální produkce.
- Přetváří se imunitní systém.

*„Pro starého člověka je velmi důležité jak vidí sám sebe a jak ho vnímá okolí a společnost. Stáří může mít konkrétní rysy, avšak zabarvení stáří konkrétního člověka závisí na úhlu našeho pohledu. Jestliže jsme si o stáří vytvořili negativní představu, všímáme si u starého člověka pouze negativních stránek jeho stáří. Náš kontakt s ním, bude potom podvědomě tímto negativním odstínem poznamenán, i když se budeme sebevíc snažit o jeho potlačení“ (Pichaud, Thareauová, 1998 s. 25).*

Budeme-li staršího člověka informovat o jeho důležitosti a potřebnosti pro okolí a společnost, jistě to přispěje k jeho aktivnímu chování a prožívání další etapy života.

V souvislosti s neustále se prodlužující délkou života, vznikl především v USA tzv. **koncept úspěšného stárnutí**, tento koncept zdůrazňuje, že dominantní

pozornost nemá být věnována zvyšování kapacit nemocničních lůžek pro nesoběstačné osoby, ale zlepšování zdravotního a funkčního stavu osob stárnoucích s co největší prevencí vzniku závislosti (Kalvach, 1997).

Kalvach (1997) také uvádí představy, dle kterých může stárnutí probíhat:

- **Obvyklé, normální** – zdravotní stav i sociální role odpovídá vrstevníkům a současné normě dané společnosti.
- **Úspěšné** – zdravotní i funkční stav seniora je lepší než průměr dané společnosti, umožňuje plnou soběstačnost ale i sociální a psychickou aktivitu.
- **Neúspěšné, patologické** – zdravotní i funkční stav je horší než u vrstevníků, rozvíjí se závislost, choroby vyššího věku, jejich projevy i důsledky. Dominuje závislost na okolí, jeho zhoršené subjektivní hodnocení a prožívání.

Příspěvek k aktivnímu a pozitivnímu procesu stárnutí může vhodná tělesná i duševní aktivita. Velmi záleží na přístupu rodiny i blízkého okolí, starý člověk by měl být váženým, respektovaným členem a v neposlední řadě také zdrojem cenných informací.

*Správný přístup je tudíž asi tento:realismus, který není rezignací, a optimismus, který není iluzí“ (Pichaud, Thareauová, 1998 s. 25).*

### 2.1.3 Zvláštnosti seniorského věku

V dnešní společnosti se často stává, že dochází ke vzájemnému nepochopení generace mladší s generací starší, často vzniká až jakási komunikační bariéra. Mladí lidé chtějí starší často přizpůsobit aktuálním podmínkám a trendům, staří lidé jsou však již navyklí na určitý způsob života a je pro ně velmi těžké až nemožné tyto aktuální trendy naplňovat.

Obecně již neplatí, že stáří poučuje mládí, dnes může vnuk v mnohém poučit prarodiče. Je nutné, avšak obtížné vysvětlit mladé generaci proč má tolerovat stáří. Staří lidé žijí ve společnosti, kterou spoluvytvářeli, proto obecně mají tendenci svět spíše hájit, mladí lidé jej přizpůsobovat (Pacovský, 1997).

Dle Mühlpachra (2005) je jednou z nejvýraznějších změn v životě starého člověka vztah ke členům rodiny, kdy se pro něj rodina stává významnější. Celkově se dá hovořit o nárůstu citové potřeby, kdy se starý člověk začíná více fixovat na rodinu. Současně s tímto, se ale staří lidé snaží o udržení maximální nezávislosti a autonomie, kterou vnímají jako velmi důležitou (Mühlpachr,2005).

Jarošová (2006) se zabývá zvláštními aspekty seniorského věku, zejména ve vztahu manželském. „*Manželské soužití ve stáří většinou pozitivně ovlivňuje pocit životní spokojenosti a významně modeluje ostatní sociální vazby. Manželé vstupují vůči sobě primárně jako potencionální pečovatelé. Radikální změnou v životě starého člověka je vdovství. Velmi důležitá je potom kvalita zbylých sociálních vztahů a schopnost jedince navazovat a rozvíjet vztahy nové*“ (Jarošová, 2006 s. 41).

Má-li kolem sebe starý člověk v případě úmrtí jeho životního partnera, své nejbližší, dá se předpokládat, že prostřednictvím jejich přítomnosti, dokáže ztrátu lépe přijmout a duševně zpracovat.

Kalvach (1997) se zabýval typickými změnami v chování a prožívání seniorského věku. Uvádí že, citové prožívání se stává méně bezprostřední a také se snižuje intenzita emocí. Staršího člověka již události tolik nevzrušují a nezaujímou tak, jako člověka mladého. Negativní stránkou věci je, že starý člověk v některých situacích reaguje netečně, což může být nepochopitelné mladší generaci.

Mnoho lidí má také ve vysokém věku hodnotné plány, ale pro jejich uskutečnění jim chybí motivace, často nemají ani silné emoce ani dostatek energie. Vše je otázkou motivace a vnitřních pohnutek, do této interakce také vstupuje temperament daného jedince, který se podle většiny autorů v průběhu života nemění, ale pouze integruje do jiných struktur (Kalvach, 1997).

Zvláštnostmi jednotlivých psychických funkcí v období seniorského věku se zabývala Vágnerová (2007). Dle ní se „*ve stáří zvětšuje tendence k dogmatismu, k rigiditě přístupu k problémům i jejich řešení, a k odmítání nových a neověřených způsobů uvažování. Starší lidé využívají zafixované strategie za všech okolností, i ve zcela nových situacích, leckdy bez ohledu na jejich vhodnost*“ (Vágnerová, 2007 s. 329).

Přijmutí nových informací může pro starého člověka znamenat zvýšenou zátěž, která působí jako nepříjemný vliv okolního prostředí. Nechuť ke všemu novému je obvykle signálem omezenější energie a zvýšené unavitelnosti. U starších lidí je tedy třeba dbát na každodenní dostatek odpočinku a relaxace.

Každý si jistě vybaví příklady jedinců, kteří i ve vysokém věku dosahovali vynikajících výkonů. Mohli bychom uvést osobnosti, jako byl Masaryk, Picasso, Goethe aj. Udržení těchto vynikajících schopností až do stáří je obvykle výrazem silné, integrované osobnosti. Často se ukazuje, že funkční úroveň osobnosti může převyšovat úroveň biologické struktury (Kalvach, 1997).

*„Životní moudrosti dosáhnou jen někteří z generace 60letých či 70letých lidí. Ti jsou potom schopni zachovávat nadhled a brát v úvahu přesah aktuální situace, což příslušníci mladší generace zpravidla nedokáží. Takoví lidé bývají obvykle obecně akceptováni a mají dostatečnou prestiž“ (Vágnerová, 2007 s. 331).*

Všechny tyto zmíněné skutečnosti se pojí s termínem **subjektivní věk** – jak se starý člověk sám cítí a jaké je jeho sebevědomí. Subjektivní věk se projevuje v názorech, postojích, činech. Nemusí být v souladu s objektivní situací a reálnými možnostmi seniora (Pacovský, 1997).

Důležitým momentem v životě starého člověka je jistě odchod do důchodu. Pro mnohé se jedná o velmi stresující záležitost. Člověk se může cítit nepotřebný, prázdný a již odepsaný. Můžeme říci, že se jedná o zlom, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího období, vyrovnat se s takovou situací není snadné, protože je plná nejistot. Člověk ztrácí kontakt s lidmi, svou profesi, která ho do určité míry naplňovala a v neposlední řadě také mění svou identitu.

*„Odchod do důchodu nutí k novému uspořádání života. Manželé se musí znovu naučit životu ve dvou, i když se i nadále věnují nějakým činnostem mimo domov. V aktivním životě je čas řízen prací, v důchodu je to naopak, každý si musí svůj čas organizovat sám. Důchod je přechod z dobře naplněného života do života, který je třeba nově naplnit“ (Pichaud, Thareauová, 1998 s. 27).*

Pro mnoho lidí je odchod do důchodu silně negativní záležitostí, pro některé představuje odchod ze života dospělých a vstup do stáří, kde bude s největší pravděpodobností přiřazen ke skupině starých lidí blízko smrti. Na tuto situaci je třeba nahlížet pozitivně, neboť v důchodovém věku je možné využít čas k realizaci plánů, na které nebyl do této doby prostor a je možné se dále plně rozvíjet.

Otázce, jak je možno se úspěšně vyrovnávat se změnami, ke kterým vede stárnutí organismu se věnuje Kalvach (1997). Dle něj má klíčový význam schopnost adaptace, na způsob reagování na změny, které s sebou stáří přináší, reagují tyto teorie:

- **Teorie aktivního stáří** – předpokladem optimální adaptace je podržení činností a kontaktů se světem.
- **Teorie postupného uvolňování z aktivit** – úspěšná adaptace tkví v tom, že se jedinec z řady funkcí uvolní, vyváže.



- **Teorie substituční** – činnosti, které jsou vnímány jako zátěžové, by měly být nahrazeny jinými vhodnými aktivitami.

Při řešení otázky životního stylu daného jedince by se měly brát v úvahu jednotlivé individuální zvláštnosti každého a to zejména zvláštnosti zdravotní, profesní, rodinné aj.

Většina starších lidí potřebuje více času na to, aby se dokázala přizpůsobit a nepocítovala nátlak. Je třeba je na nastávající změnu důkladně, pozvolna připravit. O starších lidech se říká, že jsou málo přizpůsobiví, jelikož jsou v zajetí svých návyků a zvyklostí. Také se říká, že mezi dětmi a starými lidmi jsou největší pedanti, je třeba si ale uvědomit, že v těchto věkových etapách nacházíme největší potřebu bezpečí a jistoty. Pedanty ovšem najdeme v každém věkovém období, z toho vyplývá, že mnoho vlastností, které připisujeme stáří, nejsou důsledkem věku, ale vychází z individuálních, osobnostních charakteristik. Tyto charakteristiky se ovšem v průběhu stárnutí mohou stávat viditelnějšími (Kalvach, 1997).

Když hovoříme o aktivním stárnutí, máme na mysli zapojování seniorů do nejrůznějších kulturních aktivit, kde je jim předána odpovědnost a participace, v tento moment by staří lidé měli pocítit svoji důležitost a potřebnost pro společnost.

Walker (2002) přináší komplexní přístup maximalizující participaci a spokojenost stárnoucích. Identifikuje sedm principů, které by se měly stát součástí této strategie:

- Aktivita musí zahrnovat všechny smysluplné činnosti, které přispívají ke spokojenosti jedince, jeho rodiny, komunity nebo společnosti obecně.
- Aktivní stárnutí musí zahrnovat všechny stárnoucí, i ty s různými omezeními. Není možné rozdělovat seniory na starší a mladší.
- Mělo by se jednat především o preventivní proces, zahrnout všechny věkové skupiny do procesu stárnutí po celý život.
- Udržováním mezigenerační solidarity má veliký význam v procesu stárnutí.
- Koncept obsahuje práva i povinnosti, jde o to naplnit možnosti, které nám práva poskytují.
- Je třeba respektovat národní a kulturní diverzitu.

Přestože je z mnoha důvodů velice obtížné naplňování toho konceptu, pro společnost je velice podstatné jeho uskutečnění.

Pro seniorský věk je typické větší zdravotní zatížení, vyskytují se choroby, kterým se člověk v produktivním věku dokázal ubránit. Typickým jevem také je, že se vyskytuje mnoho chorob současně.

Mühlpachr (2004) tuto oblast definuje takto, „*Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně (multimorbidita), ve vzájemné kombinaci a se sklonem k chronicitě. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti*“ (Mühlpachr, 2004 s. 39).

Nové generace seniorů si do stáří přináší své generační zkušenosti, návyky i nároky. Nynější generace seniorů prožila své produktivní období po 2. světové válce, mají vyšší vzdělanostní strukturu, jsou aktivnější, zvláště ženy jsou emancipovanější, než byly generace dřívější. Současně s těmito aspekty se mění image stáří a sociální role seniorů (Mühlpachr, 2004).

#### **2.1.4 Potřeby člověka ve stáří**

Lze říci, že potřeby člověka se s věkem mění. Samozřejmě, že ty základní, fyziologické zůstávají stejné, ale odlišnost můžeme najít například v potřebě bezpečí a jistoty, které jsou ve zvýšené míře ve věku dětském, v dospělosti o něco klesá a ve stáří zase rapidně stoupá. Pocit bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti ovšem ve stáří nabývá neobvyklého rozměru.

Zvláštní aspekt můžeme vidět v tom, že ve stáří obvykle dochází k nárůstu spirituální potřeby.

Spiritualita může být v určitém smyslu definována jako „hledání toho, co je v životě tím nejdůležitějším, nejhodnotnějším, nejpodstatnějším, nejposvátnějším, co je zakořeněno v samém srdci člověka, ve stručnosti spiritualita znamená hledání toho, co je člověku tak cenné, že je to pro něho posvátné (Ondrušová, 2011).

„*Osobní spiritualita jako zdroj naplnění vlastních duchovních potřeb může být cenným zdrojem životní síly v životním období přinášejícím mnohé fyzické, psychické a sociální deficity. Duchovní potřeby se rozhodně nevztahují pouze k věřícím nebo konfesně zařazeným lidem, stejně jako příslušnost k náboženskému vyznání nijak nezaručuje naplněnost těchto potřeb*“ (Štěpánková, Höschl, Vidovicová, 2014 s. 247).

Spiritualita, která může pomoci k naplnění duchovních potřeb, výrazně přispívá k pohodě staršího člověka. Může být také vnímána jako zdroj životní podpory, smyslu a nadějí, které někdy starší člověk postrádá.

*„Spiritualitu chápeme jako jakousi vazbu, která seskupuje části osobnosti, podle toho, jak jedinec vnímá vlastní život, dostává jeho osobností spiritualita rozměr. Každá zkušenost v lidském životě se stává součástí spirituality“ (Burggraf, Barry, s. 46, 1996).*

Staří lidé často na sklonku svého života bilancují, ohlíží se zpět, diskutují o tom, zda splnili vše, co měli, nebo co asi bylo jejich úkolem apod. Kladou si otázky, na které nemohou najít odpověď. Potřebují vedle sebe tichého a empatického člověka, který jim správným způsobem naslouchá a vhodnými poznámkami dá prostor, aby odpověď našli sami v sobě (Malíková, 2011).

*„Starý člověk už ví své, nepotřebuje tolik informací, aby si zajistil cestu k poznání horizontu, v němž žije. Cestoval svými zkušenostmi, které vyzrály, odhalily své podstaty. Mnohdy o nich nemluví jen proto, že ví, že ti mladí to nemohou vnímat jako důležité“ (Hogenová, 2013 s. 179).*

Potřebu můžeme charakterizovat jako nedostatek něčeho, co je nutné odstranit. Něco, co jedinec potřebuje pro svůj smysl a vývoj. Cílem dnešního ošetřovatelství je uspokojování potřeb nemocných i zdravých jedinců každého věku.

Jarošová (2006) vychází z Maslowovi pyramidy potřeb a uvádí následující:

- **Fyziologické potřeby** – objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu.
- **Potřeba bezpečí** – objevuje se v situacích ztráty pocitu životní jistoty, ekonomického selhání nebo jiného nebezpečí.
- **Potřeba sociální** – projevuje se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny.
- **Potřeba uznání a sebeúcty** – vzniká v situacích ztráty respektu a důvěry a projevuje se snahou získat ztracené hodnoty.
- **Potřeba sebeaktualizace** – tendence realizovat své schopnosti a záměry, nalézt smysl svého života.

Ve stáří dochází ke změně hodnotové orientace. Jak je již výše zmíněno, senior je více fixován na rodinu a potřebuje neustálé potvrzování potřeby lásky a sounáležitosti. Obvykle nejsou dobře saturovány potřeby komunikace a tak se stáří lidé cítí více osamoceni. Celkově se senioři mohou cítit více ohroženi, smiřují se s určitou mírou závislosti na okolí (Jarošová, 2006).

Malíková (2011) přidává ještě následující potřeby:

- **Potřeba lásky a sounáležitosti** – jedná se o potřebu milovat a být milován. Často vystupuje do popředí v situacích opuštění nebo osamocení.
- **Potřeby kognitivní** – zahrnují potřebu poznávat, vědět, rozumět, orientovat se v něčem.
- **Potřeby estetické** – uspokojení touhy po kráse, vkusu, umění a estetice. Estetická potřeba se může projevovat v různých oblastech (oblečení, líčení, úprava vlasů.) jsou zde přítomny i požadavky na příjemné prostředí, kde jedinec pobývá, návštěvy společenských a kulturních akcí.
- **Potřeba seberealizace** – potřeba realizovat vlastní potenciál, sám sebe, dokázat něco. Tato potřeba je vázána s naší spiritualitou.

Preferování potřeb a touha po saturaci se může v průběhu věku a vlivem různých okolností měnit. Jedinec poté může vyžadovat změnu pořadí, míry nebo způsob uspokojení svých potřeb. Je nutné mít ale také na paměti, že někteří lidé v náročných situacích naopak trvají na stále stejném pořadí svých potřeb a způsobu jejich uspokojení, i když je to vzhledem ke změněným okolnostem v celku obtížné.

Uspokojování potřeb člověka a nastalé změny jsou nejčastěji ovlivněny následujícími okolnostmi:

- Nemocí.
- Typem osobnosti.
- Mezilidskými vztahy.
- Vývojovým stadiem člověka.
- Okolnostmi za kterých nemoc vzniká (Malíková, 2011).

Bez ohledu na zdravotní stav a funkční zdatnost jednotlivých jedinců se celosvětově zdůrazňují následující principy potřeb:

- **Autonomie** – zachování si rozhodovacích kompetencí, kontroly nad dním, soukromí.
- **Zabezpečení** – zajištění přístřeší, ošacení, potravy, základní zdravotní péče.
- **Důstojnost** – respektování, osobnosti, soukromí, studu, vyloučení takových forem péče, kde není respektována individualita a je vnímáno jako ponižující.
- **Smysluplnost** – pomoc při hledání životní náplně, podřízení zdravotní péče sociální roli (Kalvach, Onderková, 2006).

Pichaud, Thareauová (1998) se zabývali problematikou role pomáhajícího při uspokojování potřeb klienta, zde je zahrnut výčet jejich poznatků.

### **Role pomáhajícího při uspokojování potřeb druhých lidí**

Úkol pomáhajícího spočívá v tom, že zmapuje situaci starého člověka, pokud jde o jeho potřeby. Může vyvodit z pěti základních stupňů soběstačnosti, které by měly odpovídat pěti konkrétním způsobům jednání pomáhajícího.

#### **1. Člověk může své potřeby uspokojit sám**

V tomto případě si starší osoba své potřeby uspokojuje sama a pomáhající nijak nezasahuje. Tato situace je zdaleka nejspokojivější. Pomáhající může mít občas tendenci vše vykonávat za druhé, protože má pocit, že to jde starému člověku pomalu nebo špatně. Je třeba mít na paměti, že autonomie dotyčného musí být akceptována.

#### **2. Člověk nemůže sám uspokojit své fyziologické potřeby**

Pomáhající se sice stará o uspokojení fyziologických potřeb, ale další vyšší potřeby si dotyčná osoba může zvládnout sama. Pomáhající musí být ostražitý a respektovat autonomii starého člověka, i přesto že se například nedokáže obléknout, může si své oblečení vybrat sám. Tento vztah mezi klientem a pomáhajícím může být nebezpečný v tom, že pomáhající začne své moci zneužívat. Některým starým lidem však situace absolutní závislosti vyhovuje a nechávají tak o sebe mateřsky pečovat. Nebezpečí zdětinštění je zde velké.

#### **3. Člověk může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby**

V této situaci musí být pomáhající mimořádně vnímavý a zvažovat všechny možnosti a schopnosti dotyčné osoby. Je třeba dbát na to, abychom za starého člověka nevykonávali všechny činnosti a naopak toho po něm nežádali příliš. Důležité je sledovat stav dotyčné osoby, který se neustále vyvíjí.

#### **4. Člověk může uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden**

Jedná se o případ lidí, kteří jsou dezorientováni nebo zmateni a nevědí, co přesně mají dělat. Pomáhající dotyčné osobně pouze naznačuje, co má dělat.

## **5. Člověk už nemůže uspokojit své potřeby ani nevypadá, že by byl schopen sám rozhodnout o tom, co potřebuje**

V tomto případě musí pomáhající zajišťovat tělesné potřeby člověka a zároveň za něj rozhodovat. Pomáhající by se zde neměl ukvapovat a i nadále se snažit o to, aby se dotyčná osoba pokusila sama vyjádřit.

Role člověka zasahujícího do života jiného člověka, by tedy měla spočívat v aktivizaci všech prostředků, které umožní jeho autonomii. Respektování autonomie druhého je totiž základem pomoci. Celkově pojem autonomie znamená možnost rozhodovat se, vybrat si, zůstat pánem svého života, což je pro většinu základem lidské důstojnosti.

### **2.1.5 Senior ve společnosti**

Se seniory se setkáváme téměř denně, v nejrůznějších situacích a nejrůznějších podmínkách. Každý člověk na seniory nahlíží jinak, někdo s úctou a respektem, jiný s opovržením až odporem. Na otázku, proč tomu tak je, často nedokážeme odpovědět. Image seniorů má ve společnosti nezastupitelné místo, záleží pouze na nás, jaký postoj zaujmeme.

#### **Postoj společnosti ke starším lidem**

*„Pro vytváření mravního vztahu ke stáří a ke starým lidem je důležitá celá atmosféra společnosti, její ekonomická, sociální a společenská struktura“ (Pacovský, Heřmanová, 1981 s. 33). V dřívějších dobách se sociální legislativa a zabezpečení starých lidí příliš neřešilo. První zákon, který státu ukládal povinnost pečovat o chudé a staré občany vyšel roku 1601 v Anglii. Od druhé poloviny minulého století vzal povinnost zřizovat místa odpočinku pro staré lidi přímo stát nebo dobře situované organizace (Pacovský, Heřmanová, 1981).*

*„Ve vztahu k diskutovanému image stáří je důležitý poznatek, že pokud společnost ekonomicky prosperovala a mohla víceméně uživit nepočetnou skupinu starých lidí, pak zpravidla tyto lidi také uctívala nebo k nim byla loajální. Problematická ekonomická úroveň země se vždy významným způsobem dotkla starých lidí. Naše doba vnesla do tradičních závislostí nový prvek: inflaci starých lidí. A přesto, že je společnost schopna zajistit všem starým lidem slušné materiální*

*zázemí, a to na takové úrovni jako ještě nikdy předtím, kladné pojetí stáří není pravidlem“ (Haškovcová, 1989 s. 73).*

Kalvach a Onderková (2006) uvádí, že senioři u nás patří ke skupinám ohroženým tzv. sociální exkluzí. Exkluze je chápána jako úpadek a dezintegrace vztahů mezi jedincem či skupinou a většinovou společností. Důsledkem je často frustrace, rezignace a někdy až asociální chování a autoagrese. Mělo by se předcházet např. neúměrným odesíláním seniorů do dlouhodobé ústavní péče namísto podpory života v komunitě nebo vlastním sociálním prostředí.

### **Ageismus**

Nově se setkáváme s termínem ageismus, což znamená věkovou diskriminaci starých lidí. Kalvach a Onderková (2006) v tomto termínu spatřují hrubé podoby diskriminace (odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku) ale také pouhé předsudky a myšlenkové stereotypy, nevhodné jednání podmíněné přisuzováním negativních vlastností všem starým lidem (zdětinštění, nepřiměřené odebírání kompetencí, podceňování schopností atd.).

*„Předsudky týkající se nějakým způsobem věku, existují od nepaměti a působí velmi mnohostranně. Lidé zaujímají často protichůdné postoje a ve starém člověku vidí blízkost smrti. Ageismus se také v určité oblasti soustředí na změny v oblasti mobility anasílu pracovního výkonu“ (Wiener, Willborn s. 44, 2011).*

Pracovníci v sociálních službách by měli dbát na aktivní kontrolu, zda se svým jednáním byt nevědomě či neúmyslně nedopouštějí jakékoliv diskriminace.

Haškovcová (2002) uvádí následující mýty o stáří vyskytující se v každodenní společnosti:

#### **Mýtus falešných představ**

Hluboké přesvědčení, že vyhovující materiální zabezpečení starého člověka je předpokladem jeho spokojenosti a že dokonce tuto spokojenost vytváří. (Ekonomické zázemí samo o sobě nerozhoduje o pocitech spokojenosti).

#### **Mýtus zjednodušené demografie**

Člověk se stává starým v den odchodu do penze. (Den odchodu do starobního důchodu je stanoven jako možnost, které někdo využije a jiný nikoliv. V současné době jsme navíc svědky prodlužování aktivního zaměstnaneckého věku).

### **Mýtus homogenity**

Odvíjí se od povrchního názoru, že stejně vypadající staří lidé (šedivé vlasy, vrásčitá tvář, pomalá chůze) mají i stejné povahové vlastnosti a tedy i stejné potřeby. (Staří lidé tvoří nejvíce heterogenní část populace).

### **Mýtus neužitečného času**

Vzniká z přesvědčení, že ten, kdo nechodí do práce, a tudíž nic nedělá, je neužitečný. Pro svou neužitečnost se stává přítěží společnosti, které ujídá ze společného talíře. (Užitečnost práce výhradně v pracovním poměru je výsledkem tzv. ideologie práce, člověk, který nechodí do zaměstnání, může být velmi prospěšný sobě i svému okolí).

### **Mýtus ignorace**

Člověk, který je starý, nepracuje a není užitečný, nemůže být našim partnerem ani spolupracovníkem. Nestojí mladším za pozornost a je možné ho přehlížet. (Odmítání starých lidí i všeho, co se stářím souvisí, odborně nazýváme ageismem.)

### **Mýtus o ateroskleróze**

Každý starý člověk je nemocný a tudíž také sklerotický. Skleróza starých osob je chápána jako signifikantní projev stáří, někdy dokonce jako synonymum. (Mýtus o sklerotických starých lidech je nebezpečný i v obecné rovině, protože zesiluje přesvědčení, o tom, že stáří je nemoc.)

Zjednodušování kvality života osob seniorského věku tedy není namístě. I v nejvyspělejších společnostech hrozí stáří společenská degradace, hodnocení stáří mladšími lidmi je velmi nízké. Mnoho sociologů vystižně tvrdí, že hlavní společenskou rolí starých osob je nemít žádnou roli.

Pacovský (1997) uvádí dva modely řešení:

### **Požadavek aktivity**

Vychází z předpokladu, že pokud má stárnoucí člověk funkční předpoklady, má mít šanci, k zachování svých dosavadních rolí a aktivit. Má na to dokonce právo, které může a nemusí využít. Jiní odborníci naopak prosazují proces „*stažení se*“ tedy vyvázání se z dosavadních povinností, závazků a odpovědností.



## **Individuální přístup**

Uskutečňuje se na základě reálného sebehodnocení a objektivního poradenství. I ve vyšším věku jsou přiměřené role součástí spokojeného, užitečného života a společenské integrace.

Mnozí senioři však stagnují na nejrůznější společenské dění a jsou neochotni jakkoliv se podílet na chodu společnosti. Tento fakt může vyplývat ze setrvačného postoje, že pomoc zajistí stát. Stát samozřejmě garantuje celou řadu jistot a vůči seniorům je povinen zajistit:

- Rovný přístup k pracovním příležitostem i ve vyšším věku.
- Hmotné zabezpečení.
- Dostupnou síť zdravotních a sociálních služeb a komplexní pojetí péče apod.

Druhou skupinku tvoří tzv. aktivní senioři, kteří se podílí na změně postojů ve společnosti, a to směrem k pozitivnímu obrazu stáří. V mnoha evropských zemích postupně vznikala nejen zájmová sdružení seniorů, ale dokonce i politické strany. Trefně označení zvolili senioři v Německu, když svou stranu nazvali **Stranou šedivých**.

I u nás byla populární strana **Důchodci za životní jistoty**, senioři tak mají možnost hájit své zájmy, a to účastí v celém spektru politického dění. O své místo se musí senioři ucházet a participovat tak na životě celé společnosti. Můžeme také připomenout Evropský svaz pro starší generaci (EURAG), který spolupracuje s organizací spojených národů, zasazuje se tak zejména o celospolečenskou prostoupenost seniorské problematiky (Haškovcová, 2002).

Souhrnně lze říci, že postoj společnosti k seniorům je velice důležitým ukazatelem, který vypovídá o morální úrovni a vyspělosti. Stáří by mělo být přijímáno jako každodenní realita a nedílná součást společnosti, která zaslouží úctu a pochopení.

## 2.2 Vymezení pojmu ústavní péče

### 2.2.1 Historie ústavní péče v ČR

O kultuře společnosti povětšinou vypovídá úroveň její péče o handicapované a staré lidi. V dávných dobách se o staré lidi starala výhradně rodina. Není třeba si ale dělat iluze, rodiny byly často dysfunkční nebo někteří ji neměli vůbec. Staří lidé tak živořili za nedůstojných podmínek, potulovali se a žebrali. Často umírali hladem nebo podchlazením a ve špíně. Byli viditelným břemenem společnosti, budili stejně tak opovržení jako soucit (Haškovcová, 2002).

Jarošová (2006) uvádí, že přibližně ve 12. století vznikaly na našem území první špitály provozované církevními řády, ačkoliv plnily více funkci sociální, než léčebnou byly velmi důležitým mezníkem v historii péče o staré lidi. Bohatí senioři byli léčeni doma nebo v klášterních nemocnicích.

V 15. a 16. století vznikají obecní ústavy pro zchudlé a staré občany na území Prahy. Od 17. století jsou na našem území zakládány klasické nemocnice, s rozvojem medicíny začíná postupně převládat léčebná složka. Za vlády Josefa II. se v Čechách začala rozvíjet cílená péče o staré lidi. Na panstvích vznikaly farní chudinské instituty pro nezaopatřené, handicapované a staré lidi (Jarošová, 2006).

Tyto formy péče byly systematicky rozšiřovány a údaje z roku 1901 uvádějí, že v Čechách bylo 1711 ústavů, na Moravě 326 a ve Slezsku 117. Takto vysoké číslo je poměrně překvapivé, je třeba dodat, že za ústav se počítala i místnost, ve které žil jeden starý člověk.

Obrat k lepšímu nastal se vznikem samostatného československého státu. Ačkoliv mnoho starých lidí stále umíralo v naprosto nevyhovujících podmínkách, dochází k nepřehlédnutelnému rozvoji ústavní péče na nové úrovni. Na tehdejší dobu vzniká unikátní zařízení tzv. Zaopatřovací ústav v Praze – Krči v květnu 1929. Čítal 21 budov, z nichž 5 bylo starobincem, 5 chudobincem. Měl celkem 2400 lůžek.

Od roku 1921 se systematicky problematice stáří věnuje profesor Rudolf Eiselt, zakládá Ústav pro nemoci stáří, který se nachází nejdříve ve Vyšehradské ulici, poté je přestěhován do vyhovujících prostorů Zaopatřovacího ústavu v Praze – Krči. Klinika nemocí stáří je první na světě, proto je profesor Eiselt považován za otce naší klinické geriatry. Na svou dobu byla klinika dobře vybavena a podněcovala zájem o specializovanou zdravotní péči ve prospěch starých lidí. Po několikaletém

úspěšném fungování byla činnost kliniky násilně přerušena okupací hitlerovských vojsk (Haškovcová, 1989).

Politický systém, který se u nás ustálil v době poválečné, měl zásadní vliv na formování nově vznikajících ústavů. „*Instituce byly vedeny po dvou liniích – formálně podle oficiální hierarchie, skrytě podle rozhodnutí stranických organizací a jim nadřazených vyšších složek stranického aparátu. Co strana neschválila, to nemělo nárok na existenci*“ (Matoušek, 1995 s. 38).

Socialistická společnost přebírá úvazek postarat se po strážce materiální, sociální i zdravotní o své staré občany. Domovy odpočinku jsou přejmenovány na domovy důchodců.

Podle Haškovcové (1989) je v roce 1959 na území ČSR jednotně řízeno všech 296 domovů důchodců s celkovým počtem 27 302 míst. K roku 1960 jsou pod jednotnou správu převedeny i ústavy, které dříve spravovala církev, Česka katolická Charita nebo jiné náboženské společnosti, výjimku tvoří ty, které slouží výhradně příslušníkům těchto řádů.

Roku 1974 vznikají léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) současně dochází ke zrušení tzv. interních oddělení II. typu, kterým se dříve pejorativně říkalo „odkladová interna“. Léčebny byly určeny všem dlouhodobě nemocným, avšak převážnou většinu nemocných tvořili staří lidé, neboť starý člověk potřebuje k úzdavě delší dobu.

V roce 1974 vzniká v Praze kabinet gerontologie a geriatrie, jeho zakladatelem je akademik Vladimír Pacovský. Obrovským úsilím Pacovského a dalších lékařů bylo korunováno úspěchem, když v roce 1983 byla geriatrie ustanovena samostatným lékařským oborem (Haškovcová, 1989).

Staří lidé se zpočátku nebránili myšlence odchodu do domova důchodců, jakmile se však zkvalitnilo privátní bydlení a změnil životní způsob, odmítali odejít do domova důchodců v ještě aktivním věku a ústavní péči byli schopni akceptovat až v případě nesoběstačnosti a výrazného zhoršení zdravotního stavu. Takovým požadavkům ovšem resort sociálních věcí nebyl schopen dostát, proto bylo nutné posílit jeho zdravotnickou kompetenci. Teprve v průběhu času se ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči o staré lidi není prospěšné. Je třeba budovat komplexní spektrum koordinovaných služeb tak, aby si každý starý člověk mohl vybrat ten způsob péče, který nejlépe pokrývá jeho potřeby (Haškovcová, 2002).

### 2.2.2 Současná péče o seniory

Po roce 1989 dochází k výrazným změnám celospolečenského fungování, které se promítají do poskytování sociálních služeb. Ačkoliv základ vytvořený v minulém režimu zůstává stejný, dochází k revitalizaci a modernizaci poskytované péče.

Dle Malíkové (2011) je více než 85% pobytových zařízení zřizováno kraji nebo obcemi, zřizovatelem již tedy není stát. Pobytové služby také poskytují i nestátní neziskové organizace (církve, občanská sdružení).

Sociálním zákonem jsou přesně definovány pracovní pozice zaměstnanců, kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese. V pobytových zařízeních pracuje omezený počet sester, které kromě své odborné péče vykonávají i nekvalifikovanou a méně odbornou práci.

Klientům jsou služby poskytovány na základě individuálního plánu, který je před nástupem do zařízení s klientem vytvořen. Individuální plán je zárukou ochrany a dodržování práv klientů. Klient se tedy stává aktivním spolutvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pečujících pracovníků (Malíková, 2011).

Jarošová (2006) rozeznává několik typů zdravotní péče o seniory, které jsou v současnosti dostupné:

- **Geriatrická ambulance** – je ambulancí geriatrického nemocničního oddělení, cílem je diagnostika, psychosociální hodnocení a komplexní přístup k léčbě patologických forem stárnutí a stáří, diagnostika a léčba specifických syndromů vázaných na věk.
- **Geriatrické oddělení** – je akutní oddělením nemocničního typu specializovaným k péči o seniory v zhoršeném zdravotním stavu. Řadíme sem stavy, které bezprostředně ohrožují starého člověka. Základní metodou práce geriatrického oddělení je rehabilitativní přístup multidisciplinárního týmu.
- **Zařízení následné péče** – oddělení je určeno pro nemocné ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou. Oddělení je určeno pro pacienty potřebující časově delší rehabilitační program.
- **Ošetrovatelské oddělení** – jedná se o oddělení ošetrovatelské péče, která může být krátkodobá, dlouhodobá i trvalá. U pacienta je stanovena diagnóza a léčebný postup s těžištěm v základním ošetrovatelství.

- **Hospice** – zvláštní forma ošetrovatelské péče, která může poskytovat také respitní péči. Existují samostatně či jako součást center.
- **Geriatrické denní centrum** – Semimurální forma péče o geriatrické pacienty. Pobyty v zařízení trvají 6-12 hodin, může se pravidelně opakovat.

Sociální služby pro seniory Jarošová (2006) rozděluje takto:

- **Domovy důchodců** – jsou určeny především pro starší občany vyžadující ke svému zdravotnímu stavu komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina ani pečovatelská služba. Obyvatelé mají zajištěnou celoročně celodenní komplexní pečovatelskou, ošetrovatelskou a lékařskou péči.
- **Domov pro seniory** – Poskytuje starým mobilním lidem pomoc v případě, kdy nemohou žít trvale nebo dočasně sami v domácnosti nebo nemají – li kde bydlet a čekají na umístění v některém ze zařízení ústavní sociální péče.
- **Pečovatelská služba** – poskytují péči starým občanům v jejich sociálním prostředí. Umožňuje seniorovi setrvat v domácím prostředí a saturovat přitom jeho potřeby, které si není schopen sám zajistit.
- **Domy s pečovatelskou službou** – zvláštní forma péče o relativně zdravé občany vyšších věkových skupin. Umožňují starším občanům žít v přirozeném prostředí pronájmu a využívat pečovatelských služeb sociální péče.
- **Přechodné pobyty** – jsou určeny seniorům, o které se po přechodnou dobu nemohou starat jejich rodiny nebo příbuzní.
- **Osobní asistence** – je určena občanům, kteří ve vlastní domácnosti potřebují pomoc ve většině či ve všech životních úkonech. Účelem této služby je umožnit klientovi žít co nejdéle ve vlastním domácím prostředí a oddálit tak ústavní zaopatření.

Ačkoliv se tyto zařízení snaží klientovy poskytnout zajištění téměř všech klientových potřeb, v nestejně míře ohrožují klientovo soukromí. Obecně platí, že čím větší je výchovný aspekt, tím menší je prostor pro uplatnění osobních přání jedince.

Haškovcová (2002) uvádí principy, na kterých by se péče o staré lidi měla budovat:

- **Demedicinalizace** – komplexní zajištění starých lidí nevyřeší medicína. Její odpovědnost je definována a kompetence omezeny. Péče o staré občany musí

být značnou měrou přenesena do ambulantního režimu zdravotnických i sociálních služeb a do dalších společenských sfér.

- **Deinstitucionalizace** – péče o staré lidi nemůže být realizována výhradně nebo převážně na lůžku. Je třeba podpořit starající se rodiny, rozvinou domácí a komunitní formy péče a posilovat partnerskou roli samotných pacientů.
- **Deprofesionalizace** – o starého člověka se určitým způsobem může postarat každý. Proto ten, kdo je ochoten podílet se na péči o staré a nemocné lidi, má být přizván ke spolupráci.
- **Deresortizace** – každý resort lidské činnosti může něco udělat pro seniorskou populaci. Hovoří se proto o celospolečenské prostoupenosti seniorské problematiky.

Ústavní péče je sice velmi důležitou složkou poskytování péče o staré a nemohoucí občany, bohužel také přináší jistá úskalí a potíže, se kterými je třeba počítat a umět pracovat na jejich omezení.

*„S modernizací medicíny a se stále se zdokonalujícími moderními technologiemi, které jsou často využívány při vyšetřování klientů, může u starších pacientů propuknout stav úzkosti až bezmoci. Moderní technologie často brání v komunikaci s klienty a obzvláště u starých občanů se často vyskytují komunikační bariéry“* (Adelman, Daly, Weiss, s. 18, 2001).

Rozvoj moderní medicíny je velmi důležitým a pozitivním mezníkem v oblasti péče o nemocné, avšak i zde jsou jistá rizika a omezení, se kterými je obzvláště v oblasti geriatry nutné počítat.

Mühlpachr (2004) upozorňuje na nejčastější vnitřní problémy současné ústavní péče:

- **Ztráta vazeb s rodinou**

Vzdálenost od domovské obce k ústavu je mnohdy značná, rodiny nemají možnost krátkodobého pobytu v zařízeních či v jeho těsné blízkosti, a tak je kontakt s rodinou sporadický. Je dobré zřídit alespoň skromné ubytování pro návštěvy a rozvíjet tak vazby na lokální úrovni.

- **Ztráta společenských vazeb**

Kontakt ústavu se společenským životem obce je minimální. Zařízení žije svým vlastním životem, který je podřízen funkci ústavu.

- **Omezené soukromí**

Zařízení jsou kapacitně předimenzována. Je potřeba zajistit alespoň nearchitektonické řešení k zachování intimity.

- **Dezorientace v novém prostředí**

Pro klienty je často zařazení do ústavu šokující, řešení je možno spatřovat v bližší spolupráci se sociálním pracovníkem před umístěním do příslušného zařízení.

- **Ztráta plnoprávné občanské pozice**

Klient je chápán jako subjekt péče, jeho rozhodovací práva jsou omezena. Klientovi by se tedy měla dát možnost v širší míře uplatňovat spektrum občanských práv.

- **Ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti**

Klient se smiřuje se svou pasivní rolí, která mu byla udělena a přenechává výkon svých práv a svobod ústavu. Cílem by se mělo stát zvyšování spoluzodpovědnosti klienta na chodu ústavu.

Jakákoliv činnost vykonávána člověkem, by měla probíhat zcela přirozeně v rámci dodržování morálních zásad a principů pramenících ze základu obvyčejné lidské slušnosti.

*„Vzájemné respektování jedinečnosti každého člověka v každodenním životě vytváří předpoklad respektu, úcty, a tolerance a přispívá k výraznému celkovému zlepšení mezilidských vztahů. Obzvláště důležité je to v situacích, kdy pečujeme o jinou osobu, pomáháme člověku v nouzi, jsme ve výhodnější situaci než osoba v jakékoliv tísní“ (Malíková, 2011 s. 49).*

Etické zásady je potřeba dodržovat nejen vůči klientům, ale také v interpersonálních vztazích a ve vzájemném přístupu mezi pracovníky.

Základní obecné etické zásady pro práci při poskytování sociální služby dle Malíkové (2011):

- Nezneužívat nepříznivou sociální situaci klienta k nabízení pro něj nevýhodných služeb.
- Neprojevovat pohrdání a neúctu vůči osobě v nepříznivé sociální situaci.
- Nebagatelizovat problémy osoby v nepříznivé sociální situaci, nezlehčovat její situaci.
- Projevovat respekt a úctu osobě v nepříznivé sociální situaci.

- Nabídnout více možností a dát prostor k tomu, aby si osoba mohla sama vybrat způsob pomoci.
- Poskytnou dostatečný rozsah důležitých informací o nabídce sociálních služeb potřebných pro zájemce.
- Nezamlčovat důležité informace.
- Respektovat rozhodnutí, výběr a postup pomoci požadovaný osobou.
- Nekritizovat, nezesměšňovat, neodsuzovat, neponižovat.

Aplikace etických principů do všech mezilidských vztahů by měla být samozřejmostí.

### 2.2.3 Charakteristika péče v geriatrických a LDN odděleních

Pojem geriatrie můžeme definovat jako samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku (Topinková, 2010).

Dle Webera (2000) je předmětem zájmu geriatrie stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci. Zabývá se četnými zvláštnostmi chorob ve stáří a jejich důsledky. Úzce spolupracuje s jinými lékařskými obory a integruje jejich poznatky o starém a nemocném člověku.

Oddělení tohoto typu mají za úkol zajistit saturaci potřeb nemocných, v co největším rozsahu. Bohužel tato péče nemůže plnit všechny potřeby nemocného, ale může se alespoň pokusit zmírnit stávající potíže.

Topinková (2010) uvádí cíle geriatrie:

- Zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Uplatňovat metody primární i sekundární prevence.
- Dosáhnout co nevyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta.
- Přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora.

*„Péče o seniory by měla být vykonávána tzv. rozumem a srdcem, setkávání mezi pracovníky a klienty by měla přinést racionální rozšíření znalostí a praktických zkušeností pečujících, které by neměly být ovládány emocemi a subjektivitou. Je zde*



*kladen důraz na význam zážitků setkávání, které napomohou socializaci klientů do chodu zařízení“ (Kamp, Hvid, 2012 s. 23).*

Geriatricie se od ostatních oborů medicíny odlišuje šíří a komplexností přístupu a potřebou koordinované týmové péče (Topinková, 2010).

Dle Haškovcové (1989) by péče o staré občany měla plnit čtyři podstatné složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. Ačkoliv se komplexní péče mnohdy blíží ideálu, všechny potřeby klienta pochopitelně naplnit nemůže, každý člověk je individuální a univerzální péče není pro každého, nemůže být tedy všem na míru.

*„Cílem jakékoliv gerontologické (geriatrické) péče včetně péče ošetrovatelské je zajistit všestrannou, vysoce erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné“ (Jarošová, 2006 s. 77).*

Jelikož se péče v geriatrických a LDN odděleních řadí mezi péče ústavní, rozlišujeme následující hlavní funkce ústavů dle Matouška (1995):

- **Podpora a péče**

V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí nebo péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Neexistence takových ústavů by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.

- **Léčba, výchova a resocializace**

Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém přišel.

Postihnout roli sestry v péči o starého nemocného je poněkud obtížné, neboť sestry pracují v různorodých podmínkách. Toto mnohostranné zaměření sesterských rolí můžeme souhrnně nazvat jako **komplex sesterských rolí** (Jarošová, 2006).

Jarošová (2006) rozděluje náplň ošetrovatelské péče o seniory do dvou velkých oblastí:

- **Základní ošetrovatelská péče**

Tato péče je zaměřená především na podporu a udržení zdraví a na upokojení základních životních potřeb člověka. Tato ošetrovatelská péče nemusí být vždy poskytována odborníkem, může být také zajištěna klientem samotným, nebo jinými blízkými osobami.

- **Specializovaná ošetrovatelská péče**

Zahrnuje všechny aktivity sester ošetřujících nemocného a starého člověka. V této oblasti je již role sestry jedinečná a nezastupitelná, ošetrovatelská péče musí být prováděna s vysokou profesionalitou. Cílem je uspokojit potřeby a vyřešit problémy seniora, které se objevily v průběhu jeho onemocnění. Sestra je přitom součástí multidisciplinárního, geriatrického týmu.

*„Ošetřující v geriatricii by měl umět stejně dobře komunikovat jako naslouchat, a to nejen se samotnými klienty, ale také uspokojivě spolupracovat s rodinou klienta. Někteří příbuzní klientů vidí uspokojivější stav, pokud je klient pod sedativy, jiní zase ocení, pokud jsou klienti bez jakéhokoliv zatížení medikamenty, i když jsou mírně dezorientovaní a rozrušení“* (Adelman, Daly, Weiss, s. 37, 2001). Ošetřující by proto měl s rodinou hovořit o komplikacích, které mohou během péče nastat a domluvit se tak na postupu, který by zamezil pozdějším nedorozuměním.

Současnost je taková, že nově vznikají alternativní zařízení, která se liší od tradičních ústavů. Ústavy se otevírají okolní komunitě, distance mezi profesionály a klienty se zmenšuje. Profesionální pracovníci mají možnost chovat se vůči klientovi velmi spontánně, avšak nepřekročit meze profesionality (Mühlpachr, 2004).

Haškovcová (2002) spatřuje základní nedostatek ošetrovatelské péče v geriatricii v tom, že počet „geriatrických lůžek“, které se nacházejí převážně v LDN léčebnách je obrovský nedostatek, zatímco akutních lůžek je daleko více, ovšem akutní lůžka jsou vysoce specializovaná a drahá. Je tedy logické, když jsou nemocní doléčováni jinde. Nepoměr mezi akutními a chronickými lůžky je příčinou toho, že mnoho pacientů, seniorů zabírá akutní lůžka nebo jsou rovnou odmítáni.

Haškovcová (2002) také uvádí termín „**ping pong strategie**“ tímto termínem rozumíme situaci, kdy pacientovi ve zdravotnickém zařízení je doporučován překlad do sociálního ústavu s odkazem na kompenzaci zdravotních problémů. Dnes už však víme, že zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou neoddelitelné, protože se buď pravidelně překrývají, nebo střídají.

*„Psychiatr Kamil Kalina zdůrazňuje, že přechod starého člověka do ústavní péče znamená výrazné postižení ve všech dimenzích jeho dosavadního života: jsou narušeny mezosobní vztahy, mění se teritorium, časová struktura, sebehodnocení“* (Haškovcová, 1989 s. 194).

Nemůžeme očekávat, že v období, kdy je starý člověk skutečně méně adaptabilní bude jeho reakce na ústavní péči přiměřená. Člověk odchází do ústraní mezi neznámé lidi, ať už se jedná o spoluobyvatele nebo ošetřující, upadá do anonymity a v neposlední řadě se může cítit v zapomnění daleko od všeho, co měl kdysi rád. V tomto případě se projevuje potřeba lásky a sounáležitosti více než kdykoliv jindy.

#### **2.2.4 Charakteristika péče v domovech pro seniory**

Přijetí klienta do nového sociálního zařízení znamená zahájení nové životní etapy seniora. Každý se s touto změnou vyrovnává jinak. Z tohoto důvodu je jedním ze základních úkolů vytvořit v pobytovém zařízení takové podmínky, které budou umožňovat, co neplynulejší přechod z původního prostředí seniora a usnadní mu adaptaci na nový způsob života (Malíková, 2011).

Existuje mnoho důvodů, proč se staří lidé ocitnou v takovém zařízení, kde jednou ukončí svou pouť. Někteří jsou natolik nemocní stářím, že zkrátka doma zůstat sami nemohou, a jsou taky takoví, o které se rodina starat nemůže, nebo nechce (Muchová, 2011).

Domovy pro seniory jsou tedy mnohdy jediným východiskem pro ty, kteří zůstali sami a péči o vlastní osobu přestávají zvládat. Mnoho z nich má z této veliké změny strach, opouští své jisté prostředí a odchází do neznáma bez své dosavadní identity. Je jakýmsi pravidlem, že ti, kteří dokáží navazovat vztahy i ve vyšším věku, mají také šanci cítit se v domově pro seniory spokojeně.

*„Je třeba vzít v úvahu, kdo do domova odchází, proč, a co od života v něm očekává. Jestliže starý člověk odchází z původního domova nerad, nebo dokonce proti své vůli, pak se nelze divit jeho pocitům trpkosti a životní křivdy“* (Haškovcová, 1989 s. 187).

#### **Přijímací procedura**

Každému přijetí klienta do domova je přítomen sociální pracovník, vedoucí zařízení, vrchní sestra, pracovník v sociálních službách a pracovník pro volnočasové aktivity. Všichni se klientovi představí a objasní mu, jaké služby budou poskytovat. Při přijetí klient předkládá sociálnímu pracovníkovi požadované doklady a společně stanoví osobní cíl do klientova individuálního plánu. Dále sociální pracovník stanoví klientovi klíčového pracovníka na adaptační období a seznámí jej s možnostmi vlastního výběru klíčového pracovníka po skončení adaptačního období. Klientovi je také založena dokumentace (Malíková, 2011).

V průběhu dne jsou pak klientovi poskytovány služby v dohodnutém rozsahu. Pracovníci v sociálních službách pomáhají při běžných denních činnostech a sledují projevy klienta. V potřebném rozsahu jsou také prováděny ošetrovatelské výkony zkušeným zdravotnickým personálem.

Dle harmonogramu zařízení se konají kulturní a poslechové akce, klienti mají také možnost využívat služby kadeřnictví, pedikúry a jiných služeb, které jsou v domově k dispozici.

Poskytování ošetrovatelské služby klientům probíhá nepřetržitě, v případě změny, zejména zhoršení zdravotního stavu, je přivolán praktický lékař nebo lékařská pohotovostní služba. V potřebných případech je klient převezen do zdravotnického zařízení ke stabilizaci stavu. O všech změnách jsou ihned informováni příbuzní (Malíková, 2011).

### **Činnosti pracovníků přímé ošetrovatelské péče v domovech pro seniory**

#### **Pracovník v sociálních službách**

- Přímá obslužná péče o klienty, pomoc při osobní hygieně a oblékání, pomoc při příjmu potravy v průběhu celého dne, manipulace s přístroji a pomůckami, udržování čistoty a osobní hygieny, podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace a uspokojování psychosociálních potřeb.
- Základní výchovná nepedagogická činnost, spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, doprovázení klienta na nejrůznější kulturní akce.

#### **Všeobecná sestra**

- Aktivně a cíleně poskytuje klientům individualizovanou péči dle ošetrovatelského plánu.
- Samostatně vede ošetrovatelskou dokumentaci klientů a odpovídá za její správnost.
- Zúčastňuje se pravidelných sesterských vizit u klientova lůžka, projednává řešení jeho ošetrovatelských problémů.
- Při práci důsledně dodržuje všechny platné hygienické normy, aby zabránila vzniku nozokomiální nákazy.
- Zúčastňuje se přijetí nového klienta do zařízení a aktivně se na něm podílí

- Podle potřeby se podílí na provádění výkonů v hygienické péči u částečně či plně imobilních klientů a provádí speciální ošetrovatelské činnosti.
- Odpovídá za úpravu a čistotu klientova prostředí.
- Vždy předem informuje klienta o všech prováděných činnostech.
- Asistuje lékaři při interních a konziliárních vyšetření.
- Přípravuje klienta na krátkodobé výkony.
- Sleduje příjem potravy u klientů (Malíková, 2011).

K identifikaci rizik, priorit a potřeb daného klienta slouží tzv. komplexní geriatrické hodnocení, které by mělo poskytnout zdravotnickému týmu východisko k účelným zdravotním a sociálním službám. Mělo by také přinést lepší pochopení pacientových potřeb (Kalvach, Onderková, 2006).

**Tab. 1 Test ADL dle Barthelové** (Kalvach, Onderková, 2006)

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5

		trvale inkontinentní	0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
<b>Celkem</b>			

**Hodnocení stupně závislosti: \*\***

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

Tato hodnotící tabulka může zdravotnickému personálu umožnit snazší pochopení klientových potřeb a v neposlední řadě slouží ke stanovení individuálních cílů klienta.

Jestliže chceme plánovat a diskutovat o péči o starší klienty, dle Webera (2000) je třeba za klíčový aspekt považovat systém podpory pečujících rodin. U velmi starých jedinců nemoci probíhají odlišným způsobem než je tomu ve středním věku

a vyžadují i odlišný přístup, umožňující zlepšení stavu a akcentující návrat soběstačnosti. Úloha zdravotnických zařízení tedy spočívá v zajištění přiměřené léčby a rehabilitace ve vhodné době.

V posledních letech se stále častěji diskutuje o úpravách prostor, jež budou klienti obývat. Za faktory, které mohou psychicky podporovat klienty patří například architektonické prvky, barvy, osvětlení prostoru a dostatek soukromí (Burggraf, Bary, 1996).

*„Kvalita života seniorů v domovech pro seniory je determinována mnoha objektivními i subjektivními faktory. Úzce souvisí s osobností člověka, životním stylem, prožitými životními událostmi, zdravotním stavem, schopností zvládat zátěžové situace apod.“* (Dvořáčková, 2012 s. 97).

Závěrem lze tedy říci, že základem je poukázat na nutnost individuálního přístupu při zjišťování samotných potřeb seniorů, ale také kladení důrazu na uvědomění si práce s faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů.

### **2.2.5 Rizika ústavní péče**

Ústavní péči jsme definovali již v předchozích kapitolách. Zpravidla má za cíl uspokojení základních potřeb klientů, především v oblasti zdraví a soběstačnosti. Jedná se o péči univerzální, tudíž nemůže být každému na míru.

Dlouhodobá ústavní péče s sebou přináší jistá rizika. Mühlpachr (2004) rizika spatřuje především v tzv. hospitalismu – stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život. V ústavu má klient zaopatření, o to těžší je pak adaptace na přirozené prostředí.

*„Klient se stýká s omezeným množstvím obyvatel a nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním, redukovaném světě, než v komplexním, nepřehledném, vnějším světě“* (Mühlpachr, 2004 s. 103).

Postoj personálu ke klientům by měl být profesionální, nevyhnutelně je však také osobní. Nevyvážená osobnost může hledat ve vztahu ke klientům náhradu za konfliktní či chybějící vztahy soukromé. Takový vztah často vede k infantilizaci klienta, ke snižování jeho odpovědnosti za sebe sama, k posilování jeho vazby na profesionála i na ústavní prostředí a v neposlední řadě vede k oslabování schopností obstat v samostatném životě mimo ústav (Matoušek, 1995).

Dalším významným rizikem, jež ústavní péče přináší je ztráta soukromí, je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Častým případem je, že člověk je nucen sdílet prostor s obyvateli, které si nemohl sám vybrat. Obyvatel ústavu je také neustále nucen přizpůsobovat se jednak režimu, jednak potřebám jiných obyvatel. Všechny jeho projevy jsou pod neustálou kontrolou a hrozí, že někomu nebudou vyhovovat (Matoušek, 1995).

Změna dosavadních zvyklostí starého člověka, který přichází do ústavní péče je radikální. Je známo, že někteří jedinci jejím důsledkům podlehnou, protože nejsou schopni se adaptovat.

Za kritické je považováno období prvních 5-6 týdnů, popř. 6 měsíců. „*Nový obyvatel domova bývá plačtivý, nervózní, rozčilený, náladový. Bud' otupí, nebo je agresivní. Pomoc profesionálů někdy ostentativně odmítá. Není aktivní a spolupráci s ostatními přejímá pasivně*“ (Haškovcová, 1989 s. 195).

V posledních letech se stále více mluví o nevhodném zacházení se starými lidmi. Haškovcová (2002) uvádí násilí, kterého se dopouštějí zejména zdravotníci nebo jiní reprezentanti pomáhajících profesí. Jedná se o nevhodné oslovování, nedostatek trpělivosti, vstřícnosti, ochoty a taktu může být ze strany seniorů vnímáno také jako násilí. Neverbální projevy nelibosti až odporu jsou však už projevem klasického ageismu.

Kalvach a Onderková (2006) se taktéž zabývali nevhodným zacházením se seniory. 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.

#### **K hlavním formám EAN patří:**

- Tělesné násilí.
- Psychické týrání – ponižování, urážení, omezování lidských práv.
- Sexuální zneužívání – např. mezi klienty dlouhou ústavní péče.
- Nevhodné zacházení či zanedbávání – nepřiměřené používání omezovacích prostředků fyzických (kurtování) i psychických (nepřiměřené tlumení psychofarmaky).

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) pracují s termínem **self-neglect** – zanedbávání sebe sama. Projevuje se zejména u osaměle žijících starých lidí bez



blízkých příbuzných či dlouhodobě bez vztahu s nimi. V popředí je zanedbávání hygieny tělesné, oblečení i příbytku, malnutrice, v zimě prochlazení.

**Příčinami může být:**

- Maladaptace na stáří s rezignací, se ztrátou smyslu a motivace.
- Závažná deprese.
- Závažná kognitivní porucha.
- Ztráta soběstačnosti.
- Chronický alkoholismus.
- Mimořádná chudoba.

Příčinami a ovlivňujícími faktory týrání seniorů se zabývala Malíková (2011).

Na těchto příčinách jistě participuje více faktorů. Týrání seniorů svědčí o určité úrovni společnosti a jejím obraze. Nejčastější příčiny podporující týrání jsou:

- Nedostatek kvalifikovaného personálu.
- Nevytvoření potřebných stimulačních podmínek pro pečující pracovníky a vznik syndromu vyhoření.
- Nedostatečná kontrolní činnost kvality poskytované péče.
- Nedostatek finančních prostředků na úhradu poskytovaných služeb.
- Špatná organizace sociálních a zdravotních služeb (dlouhé čekací doby na umístění do domova).
- Nedostatek sponzorů v oblasti sociálních služeb.
- Vliv ageismu (převažující názor, že staří lidé nic nepotřebují).

I přes veškerá úskalí, která s sebou ústavní péče přináší, prodělala v posledních letech veliký krok kupředu. Důležité je, aby si společnost uvědomila, co vlastně naši staří spoluobčané potřebují a jak jim nejlépe pomoci. Kvalitní diagnostika, léčba a rehabilitace mohou seniora často vrátit zpět do aktivního života, bez nutnosti využívat ústavního zařízení.

### **2.3 Charakteristika péče o seniory v domácím prostředí**

V předchozích kapitolách jsme hovořili o výhodách a nevýhodách péče ústavní. Nyní se zaměříme na charakteristiku a způsob péče o klienta v jeho vlastním sociálním prostředí.

Dle mého názoru domácí péče přináší řadu nesporných výhod, o klienta je postaráno v jeho vlastním již navyklém prostředí a nemusí si zvykat na prostředí nové, které mu nemusí vyhovovat a na které se nemusí nově adaptovat. V jistém smyslu se tedy do určité míry zachovává klientova autonomie a jedinečnost. Člověk trpící jakýmkoliv onemocněním nebo postižením, jistě ocení neustálou přítomnost svých blízkých a také klima domova, které pomáhal spoluvytvářet. Tyto aspekty jiné než domácí prostředí klientovi zabezpečit nemůže.

*„Komplexní domácí péče je integrovanou formou péče a pomoci poskytovanou klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí. Další součástí komplexní domácí péče je sociální péče a pomoc, poskytovaná agenturami domácí péče na základě aktuální sociální diagnózy pacienta“* (Národní centrum domácí péče České republiky, 1998 s. 11).

Podle Jarošové (2006) je *„komplexní domácí péče definována jako forma integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti“* (Jarošová, 2006 s. 55).

Samozřejmě i domácí prostředí s sebou přináší i řadu nevýhod, člověku, který se rozhodl o nemocného starat, najednou přibývá nespočet starostí a úkolů, které je třeba plnit. Mnohdy sám neví, jak takovou péči vlastně vykonávat, co nemocný potřebuje a jak jeho obtíže zmírnit. To vše přináší velikou dávku trpělivosti a pokory. Pečující je často vystaven velikému stresu a fyzickému i psychickému vyčerpání, proto je důležité, aby i pečující cítil oporu v dalších členech rodiny.

### **2.3.1 Způsob a zvláštnosti života seniorů v domácím prostředí**

Pro naši kulturu je typické vícegenerační soužití. To znamená, že se například rodina skládá z prarodičů, rodičů a dětí. Správně fungující rodina by měla všem členům poskytnout pocit bezpečí, pochopení a vzájemnou pomoc v případě potřeby. Pro generační soužití hovoří principy výchovné i etické, úcta ke stáří je jedním ze základních výchovných požadavků. Lze hovořit i o tom, že transgenerační vztahy jsou jakýmsi obohacením života dětí i prarodičů a v neposlední řadě řeší problém opuštěnosti starých lidí ( Klevetová, Dlabalová, 2008).

Veliká část starých lidí také žije sama v páru, pokud žijí staří manželé v páru a alespoň jeden z nich je soběstačný, běžné denní starosti zvládají bez výrazné pomoci ostatních členů rodiny.

Soužití více generací přináší ale také řadu problémů, zaviněných zejména rozdíly v názorech na životní hodnoty.

Zavázalová (2001) rozdělila názory na soužití se starými lidmi do několika oddílů:

- **Rovnocenné stanovisko** – nejžádanějším základem je seriózní manželství, příklady ve výchově, předpokladem jsou vyvážené osobnosti, společné nebo akceptovatelné zájmy generací.
- **Liberální stanovisko** – každý si dělá, co chce, předpokladem jsou osobnosti s rozhledem a kulturní úrovní, pravidla a hranice, někdy znamená zeslabení citových vazeb, neuvědomování si povinností ke generacím starším, nerespektování jejich citových a hmotných potřeb zejména v období nesoběstačnosti.
- **Podbíživé stanovisko** – je častěji u rodičů jako výraz chudoby citové a nedostatku vazeb v rodině, bezmocnost vůči mladé generaci (kupování si lásky a zájmu, dary, peníze).
- **Podřízenecké stanovisko** – dříve se běžně děti podřizovaly rodičům, má blíže k negativním stanoviskům, respekt rodičovské autority.
- **Nesmiřitelné stanovisko** – je silně negativně vyhraněné, je sobecké a nemorální, častěji u mladé generace ke starým lidem, u starých lidí zřídka.
- **Vynucené stanovisko** – několik generací je z různých důvodů nuceno spolu bydlet, nedobrovolné soužití generací.
- **Vychytralé stanovisko** – využívání rodičů nebo prarodičů za předstíraným zájmem o ně (finanční podpora, pomoc s dětmi, v domácnosti...).

Sociologové tvrdí, že je důležité, kdo u koho bydlí a jaké jsou důvody společného bydlení. Může se jednat o vzájemnou pomoc a podporu v nemoci druhého, nebo například o zvýšení ekonomického statutu rodiny. Faktem je, že společné bydlení několika generací ovlivňuje mezilidské vztahy v rodině. Významné je, dát všem členům rodiny možnost zachování soukromí. Důležité také jsou osobností rysy jednotlivých členů, umění odpouštět a tolerovat jiné osoby (Zavázalová, 2001).

Ideální názor generací na soužití by byl „plně nám to vyhovuje“ zvykli jsme si na tento způsob života a všichni v něm nacházíme jisté obohacení života radostmi a starostmi všech členů rodiny (Zavázalová, 2001).

V poslední době stále sílí tendence odděleného života jednotlivých generací. Na jedné straně jsou respektovány individuální zájmy a potřeby lidí různých věkových skupin, na straně druhé se tím však přetrhávají nutné sociální vazby. *“Závažnost častějšího rozkladu rodiny nespočívá v tom, že přibývá domácností jednotlivců, ale v tom, že ve skutečnosti přibývá jedinců skutečně osamělých, zbavených životního a citového zázemí nebo přímo opory v době životních krizí”*(Klevetová, Dlabalová, 2008).

Dle Haškovcové (1989) správně fungující rodina ve stáří, musí splňovat tyto předpoklady:

- Moci pečovat – mít podmínky, fyzické, psychické, sociální, časové, finanční apod.
- Chtít pečovat – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny.
- Umět pečovat – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci.

Úlohou společnosti by mělo být motivovat rodinu morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně, a v neposlední řadě také usilovat o dostatečné nabídky kapacit sociálních služeb, které by pomáhaly tuto funkci plnit (Klevetová, Dlabalová, 2008).

### **2.3.2 Způsob a možnosti poskytování péče v domácím prostředí**

Domácí péče je indikována ošetřujícím lékařem daného pacienta, pečujícím může být přímo rodinný příslušník nebo odborný personál, často se využívá kombinace obou pečujících. Domácí péče umožňuje v indikovaných případech po pobytu v nemocnici – nabírat nových sil v domácím prostředí, za odborné péče všeobecných sester i rehabilitačních pracovníků. V neposlední řadě domácí péče pomáhá řešit zdravotní i sociální problémy seniorů, kteří potřebují podporu v době osamocení, nemoci, beznaděje (Národní centrum domácí péče České republiky, 1998).

Dlouhodobá péče o nemocného může často trvat nejen měsíce, ale i roky a vyžaduje od pečujícího člověka dobré hospodaření s vlastními silami i silami jeho okolí. Ke zvládnutí dlouhodobé péče je třeba, aby se pečující stal dobrým

koordinátorem péče, měl by se naučit využívat vše, co se v sociálních službách nabízí (Pochmanová, 2015).

Národní centrum domácí péče České republiky (1998) uvádí rozsahy domácí péče, která může být na základě doporučení ošetřujícího lékaře poskytnuta:

- **Základní zdravotní a sociální péče** – zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a stravy, zábaly, obklady, transport, doprovod, úprava domácího prostředí.
- **Odborná zdravotní a sociální péče** – sledování vitálních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního stavu, odběr biologického materiálu, funkční i laboratorní vyšetření na speciálních přístrojích, podávání předepsaných léků, převazy a ošetření ran, aplikace léčebných kůr, zavádění sond a katétrů, aplikace nitrosvalových injekcí, infuzí, kyslíková terapie, inhalační terapie, kondiční cvičení, sociální diagnostika.
- **Specializovaná zdravotní a sociální péče** – aplikace diagnostických přístrojů a metod, radiologický servis, podpůrná psychoterapie, spirituální péče, odborný monitoring u chronicky nemocných klientů.

Domácí péče je určena dvěma základním okruhům pacientů:

### **1. Domácí hospitalizace**

Tento typ péče je určen pacientům, kteří jsou propuštěni z nemocnice. O pacienta pečuje zkušená zdravotní sestra, je o něj tedy postaráno jako v nemocnici. Psychická pohoda domácího prostředí urychluje doléčení po operacích, úrazech či léčbě chronického onemocnění.

### **2. Dlouhodobá péče o chronicky nemocné**

Tato péče je určena pacientům, kteří nevyžadují pobyt v nemocnici, ale jejich zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou a odbornou péči zkušené zdravotní sestry. Jedná se například o pacienty a nehojícími se proleženinami, pacienty po CMP či diabetiky (<http://www.domaci-pece.eu>).

Misconiová (1998) spatřuje velká pozitiva domácí péče v sociálních kontaktech daného klienta. Sociální kontakty pozitivně ovlivňují psychosomatické zdraví a životní styl klienta. Četná šetření potvrzují, že sociální vztahy člověku pomáhají překonávat těžké zátěžové životní situace a chrání jej před změnami zdravotního stavu. Jedním z cílů a nástrojů komplexní domácí péče by mělo proto být -

zohlednění, udržení, posílení, či znovu – obnovení sociální sítě vztahů orientovaných na aktuální potřeby klienta.

Spolu s klientem, jeho rodinnými příslušníky či jeho blízkými by se měl zpracovat komplexní pohled na jeho zdravotní i sociální potřeby, který poté slouží jako pilíř zdravotní i sociální péče (Misconiová, 1998).

Národní centrum domácí péče České republiky (1998) uvádí principy ovlivňující kvalitu komplexní domácí péče v České republice:

- **Princip komplexnosti** – Jedním z klíčových nástrojů pro realizaci tohoto principu je vytvoření podmínek pro integraci zdravotní a sociální péče na národní i komunální úrovni. Cílem je navození konkurenčního prostředí ve vztahu ke kvalitě a efektivitě poskytované péče a svoboda volby nejen lékaře, ale i poskytovatele komplexní péče.
- **Princip akceptace lidských práv a motivace klienta k jejich uplatňování** - Mediální politika domácí péče ve formě článků zveřejňovaných v lokálních, regionálních i národních denících, populárně naučných člancích, časopisech určených pro různé skupiny čtenářů až po speciálně připravené videokazety, či televizní pořady.
- **Princip faktické podpory obnovy zdraví společnosti** – Tento princip je úzce spojen s každodenní činností agentur domácí péče a jejich spoluprací s ošetřujícími lékaři klientů. Změna životního stylu společnosti je v komplexní domácí péči ovlivnitelná několika nástroji, které jsou aplikovány zejména s ohledem na různé věkové či sociální kategorie obyvatelstva.
- **Princip standardizace postupů v komplexní domácí péči** – Pro tento účel byly zpracovány standardizované plány domácí zdravotní péče.

#### **Podmínky pro vykonávání domácí péče dle Pochmanové (2015) :**

- **Příprava prostoru**

Pečující by se měl na prostor, který bude obývat nemocný podívat trochu jinými očima, jednoduché stavební úpravy mohou život nemocnému ulehčit a je dobré s nimi začít ihned na začátku péče a dělat je s výhledem do budoucna, kdy je pravděpodobné, že se pohyb nemocného bude zhoršovat. Překážet při chůzi mohou například koberce či malé koberečky, které je tak lepší odstranit. Velmi důležitá je koupelna, přístup do sprchového koutu nebo do vany, někdy stačí pouze přesunutí umyvadla nebo pračky, aby se do koupelny vešel např. zvedák.

Dobrým pomocníkem je například sprchová židle nebo pojízdné toaletní křeslo, které ušetří dlouhou cestu s klientem na WC. S pohybem po bytě nebo i venku pomohou různé typy chodítek, péči doma také usnadní polohovací postel, kterou dlouhodobě nemocným může lékař předepsat.

Je dobré dát nemocnému možnost, aby se podílel na rozhodování o věcech, které se ho bezprostředně týkají. Možnost o sobě rozhodovat patří k tomu, co zamezuje pocitu ztráty a důstojnosti.

- **Hledání informací**

Zkušenosti s domácím pečováním má málokdo, zkušenost se sice nahradit nedá, ale pečující se může poučit ze zkušeností jiných.

Existuje celá řada internetových stránek, kde se dají sehnat podstatné a užitečné informace:

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

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

[www.zivot90.cz](http://www.zivot90.cz)

Pečující také může osobně zajít či zavolat do různých poraden.

- **Služby, které v péči pomohou**

Je třeba, aby si pečující zjistil, jaké služby se nacházejí v jeho okolí a jaké s nimi mají lidé popřípadě zkušenosti. Jedná se například o:

- **Agentury domácí péče** – Poskytují zdravotnické úkony doma. Služby předepisuje praktický lékař a jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou.
- **Pečovatelské služby** – Poskytuje úkony, které nejsou zdravotnické. Jedná se o terénní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení.
- **Odlehčovací služby** – Jejich cílem je pomoci především pečujícím, aby si mohli při dlouhodobé péči odpočinout a nabrat nových sil nebo vyřídit vlastní záležitosti.
- **Asistenční služby** – Opět se jedná o terénní službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického

onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Všemi těmito uvedenými službami může pečující doplnit svou vlastní péči o nemocného. Nezdravotnické, tzv. sociální služby, upravuje *Zákon o sociálních službách*, možnosti a praxe se mohou u jednotlivých poskytovatelů drobně lišit.

Péči doma lze ještě doplnit mnoha dalšími odbornými službami. Jsou to například služby rehabilitační sestry, fyzioterapeuta, psychoterapeuta nebo duchovního.

- **Příspěvek na péči**

Příspěvek na péči je sociální dávka poskytovaná osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Poskytovatelem pomoci může být blízká osoba, asistent sociální péče nebo lůžkový hospic. O tuto sociální dávku se žádá na příslušné pobočce úřadu práce. Po podání žádosti navštíví nemocného doma sociální pracovnice, která provede tzv. výzkumné šetření tzn. že zhodnotí zdravotní stav podle deseti okruhů základních životních potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Posudkový lékař podle informací od praktického lékaře a podle výsledku sociálního šetření stanoví výši příspěvku.

Holmerová, Mátlová (2014) podávají pečujícím užitečné informace, které mohou péči o nemohoucího usnadnit:

- **Přijměte nemocného i jeho nemoc**

Je třeba si uvědomit, že se jedná o stále stejného člověka, je to pouze nemoc, která mění jeho chování.

- **Podporujte stereotypy normálního života**

Pravidelný běh věcí každý den stejným způsobem vede k vytvoření stereotypů, které jsou v životě a péči oporou. Stereotypy vnesou řád a strukturu do každodenního života, který je jinak velmi složitý.

- **Dopřejte všemu dost času, buďte trpěliví**

Nemohoucí člověk bývá stresován tím, že jednotlivé úkony nezvládá tak dobře a rychle. Proto je důležité dopřát mu, na vše dost času, nespěchat a umožnit opakování.



- **Podporujte důstojnost nemocného**

Nemělo by se zapomínat na to, že člověk o kterého je pečováno je stále dospělá osoba, která má svoji důstojnost, vnímá a cítí.

- **Zachovávejte smysl pro humor**

Humor může působit jako dobrý prostředek proti stresu a únavě, jako ventil v obtížné situaci.

### **2.3.3 Agentury domácí péče**

*„Agentury domácí péče poskytují zdravotnické úkony doma. Služby předepisuje praktický lékař a jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou. V agenturách domácí péče pracují zdravotní sestry, které poskytují například odběr krve, ošetření proleženin, rehabilitaci, ale zpravidla neposkytují služby související s pravidelnou hygienou. Rozsah a typ výkonu určuje indikující lékař, ten také může rozhodnout o změně, navýšení nebo naopak snížení objemu poskytované péče“ (Pochmanová, 2015 s. 21).*

Dle Národního centra domácí péče České republiky (1998) jsou agentury domácí péče zřizovány okresními, obvodními či městskými úřady a obcemi, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, privátními sestrami či lékaři, charitativními i humanitárními organizacemi a mnoha dalšími subjekty. Převážná část agentur domácí péče je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky, která dohlíží na kvalitu poskytované komplexní domácí péče.

**Etický kodex Asociace domácí péče České republiky** Národní centrum domácí péče České republiky (1998)

#### **Obecné zásady**

- Povinností poskytovatele domácí péče je péče o zdraví a následná odborná péče a pomoc.
- Úkolem poskytovatele domácí péče je chránit život a zdraví, poskytovat péči a pomoc v době onemocnění klienta a mírnit fyzické i psychické utrpení nejen klientovo, ale i jeho blízkých bez ohledu na národnost, barvu pleti, věk, náboženské vyznání, sexuální orientaci, sociální postavení a rozumové schopnosti.
- Poskytovatel domácí péče je plně odpovědný za každý svůj čin.
- Poskytovatel domácí péče je povinen dodržovat zákony a platné předpisy.

- Poskytovatel domácí péče je povinen respektovat lidská práva, lidskou důstojnost i svobodu volby klienta.

### **Výkon povolání**

- Poskytovatel domácí péče je povinen v případě bezprostředního ohrožení klienta na životě poskytnout neodkladnou první pomoc.
- Poskytovatel domácí péče je vázán mlčenlivostí ve vztahu ke všem informacím týkající se zdravotního i sociálního stavu klienta.
- Poskytovatel domácí péče provádí preventivní, diagnostické, léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační a sociální výkony, které odpovídají obecně uznávaným metodám.
- Poskytovatel domácí péče je povinen neustále se kontinuálně vzdělávat a zvyšovat tak svou kvalifikaci.
- Poskytovatel domácí péče má právo odmítnout poskytnutí domácí péče klientovi pouze z odborných a kapacitních důvodů, nebo z důvodů, které odporují jeho svědomí.

### **Vztah ke klientovi**

- Poskytovatel domácí péče se chová ke klientovi vždy jako k jedinečné bytosti, s pochopením, empatií a trpělivostí.
- Poskytovatel domácí péče ručí klientovi za odpovědné a svědomité provedení všech úkonů, které realizuje na odborné úrovni.
- Poskytovatel domácí péče je povinen informovat klienta a jeho příbuzné o rizicích, prognóze a frekvenci výkonů v rámci domácí péče.
- Poskytovatel domácí péče nesmí zneužít klientovu důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

#### **2.3.4 Osobnost pečujícího**

Málokdo si uvědomuje, jak náročná je péče o staré a nemohoucí občany, lidé si často bohužel myslí, že starání se o „milou babičku“ nebo „svéhlavého dědečka“ je jakousi odlehčovací povinností od běžných denních starostí. Realita je vcelku jiná a lidé, kteří nejsou z praxe se jen těžko dokáží vcítit do pocitů pečujících, které jsou často velmi rozporuplné.

Ať už hovoříme o pečujících přímo v geriatrii nebo o pečujícím provádějící domácí péči, vždy se jedná o někoho, kdo by měl být za svou práci náležitě doceněn.

Jsou to anonymní osoby, které nejsou ani patřičně oslovováni a častěji jsou za svou práci kritizováni než velebeni. Pakliže má veřejnost pouze mlhavou představu o práci pečujících, v žádném případě nemá právo je soudit.

Četné výzkumy ukazují, že většina zdravotníků se na geriatrická oddělení dostala náhodně, tedy nejednalo se o jejich vysněnou pracovní pozici, většina jako důvod udává jednotvárnou ošetrovatelskou činnost a fyzickou i psychickou náročnost (Haškovcová, 1989).

*„Mylně je tato práce, a to jak v kruzích odborných, tak i ve veřejnosti, považována za méně hodnotnou ve srovnání s prací atraktivních tj. převážně terapeuticky úspěšných oborů“* (Haškovcová, 1989 s. 309).

Pomáhající tedy potřebují pomoc okolí, náročné pomáhající aktivity vyvolávají únavu i stres, nezdídka vyžadují i značné sebeovládání (Novák, 2011).

Samotná geriatricie jako obor i samotní geriatričtí pracovníci potřebují naléhavě zvednout prestiž. Pracují za nelehkých podmínek v atmosféře kolegiálního odmítání a všeobecného nezájmu (Haškovcová, 1989).

*„Při dlouhodobé péči může na člověka padnout smutek, vtek, lítost nebo vyčerpání. Pečujícím často připadá, že nemocný nedokáže péči ocenit, bere ji jako samozřejmost. Nemoc a stáří často prohlubují lidské vlastnosti, jak dobré, tak i ty špatné“* (Pochmanová, 2015).

Při práci s nemocným je pečující vystaven mnoha zátěžovým situacím, může dojít k nahromadění faktorů, které ovlivňují vznik tzv. syndromu vyhoření – burn out syndromu (Venglářová, 2007).

Lze říci, že se jedná o soubor příznaků psychického vyhoření a emočního vyčerpání. Typická je směs lehké podrážděnosti, únavy, nedocení. Velmi výrazně se snižuje frustrační tolerance tzn. to, co dříve pečující vnímal jako běžné, jej nyní velmi rozčiluje (Novák, 2011).

*„Abychom mohli vyhořet, musíme nejdříve vzplanout“* (Venglářová, 2007 s. 80)

#### **Příznaky burn – out syndromu (Novák, 2011)**

- Deprese a úzkosti.
- Poruchy paměti, zapomínání.
- Obtížné soustředění se na práci.
- Poruchy spánku, nechut' k rannímu vstávání.
- Vymizení snahy, pokles výkonu.

- Nespokojenost se sebou i okolím.
- Neschopnost uvolnit se.
- Únikové pokusy z rozlady.
- Somatické obtíže.

Obvykle postižený jedinec trpí tzv. provozní slepotou, tj. nevnímá nedostatky jak u sebe, tak u ostatních. Nejeví zájem o prostředí v němž pracuje a spokojí se ze stereotypem (Novák, 2011).

**Co pro sebe pečující může udělat** (Venglářová, 2007)

- **Péče o sebe, zdraví životní styl** – Dostatek spánku, zásady správné životosprávy, pravidelné cvičení.
- **Sociální opory** – Vztahy s lidmi dodávají energii, poskytují zázemí v horších chvílích. Každý někdy potřebuje „vrbu“ která bude naslouchat. Užitečné je setkávání s kolegy. Významné, i když v dnešní době stále méně vídané je vazba na duchovní společenství.
- **Nezůstávat za cenu ztrát** – Po určité době a vyčerpání jiných možností může nastat chvíle, kdy se jako jediné východisko zdá odchod. Než ztratet klid, duševní pohodu a zdraví, je lepší zvolit změnu.

*„V práci pečujícího hrají nepochybně významnou roli emocionální a vztahové aspekty, proto se v poslední době stále více diskutuje o tzv. etice práce ve vztahu nejen pečující a opečovávaný, ale také se hovoří o etice ve vztahu k pečujícímu“* (Kamp, Hvid, 2012, s. 17).

Ačkoliv se jedná o teprve postupně prezentované aspekty, je důležité, aby se i společnost podílela na znovuobnovení prestiže a důstojnosti pečujících, jejichž práce je tak nesmírně důležitá a často bohužel podhodnocená ve všech směrech.

Dlouhodobá péče je často běh na dlouhou trať, rozvržení sil, doplňování energie i podpora nejbližších pomohou vytrvat a neztratit přitom radost ze smysluplné práce.

### **2.3.5 Aktivizace seniorů a způsob využití volného času**

Volný čas je pro většinu z nás synonymem odpočinku, relaxace, psychického i fyzického odpočinku a způsob úniku z okolního, stresujícího světa. Svobodné rozhodnutí, jakým způsobem budeme trávit volný čas patří k základním lidským právům a je základem důstojnosti každého člověka.

Jedna ze základních definic charakterizuje volný čas jako „čas, se kterým člověk může nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Volný čas je doba, která zůstane z 24 hodin běžného dne po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu, domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2001 s. 274).

Janiš, Skopalová (2016) se zaměřují přímo na volný čas seniorů, který charakterizují jako „*takový čas, kdy jsou provozovány zájmové aktivity na základě psychických, fyzických, sociálních a zájmových aspektů jednotlivých osob, které jsou vykonávány mimo čas věnovaný péči o vlastní osobu, domácnost, rodinu a uspokojování základních potřeb jedince v seniorském věku. Jedná se o takové aktivity, které přinášejí radost, zábavu, spokojenost, potěšení a uspokojení*“ (Janiš, Skopalová 2016, s. 17).

Staří lidé často tráví svůj čas stereotypně a novým zpestřením a aktivitám se brání. Důležité pro kvalitu života ve stáří je, vytvořit si program pro volný čas. „*U nemocných starců činnost, je-li správně indikována a dávkována, působí vždy pozitivně. Aktivizuje organismus jako celek, podporuje jeho obranné schopnosti, obnovuje nebo vytváří zdravé, fyziologické stereotypy a tím utlumuje patologické stavy nemocného*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981 s. 173).

Aktivita tedy vyplňuje volný čas nemocného, vyvolává pocit uspokojení, zapojuje jej do kolektivu a vytrhuje tak z pocitu izolace a nepotřebnosti.

Vážanský (1995) uvádí přehled potřeb analyzovaných z výzkumu volného času.

- REKREACE – potřeba zotavení, osvěžení, shromažďování sil, zbavení se zátěže všedního dne, sexuální potřeby a psychické uvolnění.
- KOMPENZACE – potřeba vyrovnání, rozptýlení a potěšení, vyrovnání nedostatků, odstranění námahy, uvolnění se od sledovaných cílů a účelů, zřeknutí se pravidel, nařízení a předpisů.
- EDUKACE – úsilí poznat a užívat nové, stimulující orientace, touha po zážitku, zvědavost v chování a jednání se zkouškami, výměna rolí a učení se jednat v rolích.
- KONTEMPLACE – potřeba klidu, pohody, rozjímání, mít a umět získat čas pro sebe samého, učení se znát a porozumět sobě samému.
- KOMUNIKACE – potřeba sdělení kontaktu, družnosti, touha nebýt sám, přání rozmanitých sociálních vztahů.

- INTEGRACE – potřeba společnosti, kolektivního vztahu a tvoření skupin, potřeba podpory a skupinové atmosféry, hledání emocionální jistoty, sociálního bezpečí a stability.
- PARTICIPACE – potřeba angažovanosti a sociálního sebepojetí, účast, podílení a spolupůsobení na dění, úsilí o společné cíle.
- ENKULTURACE – potřeba kreativního rozvoje, produktivního uplatnění a účasti na kulturním životě.

Aktivizační programy pro seniory by měly umožnit každému člověku mít příležitost žít způsobem, který mu nejvíce vyhovuje, a pokračovat v tom, co je pro něj důležité. Aktivita, a to nejen ve stáří, mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka. Nečinnost může být v pokročilejším věku počátkem nezadržitelného úpadku, vede k depresím, urychlení fyziologických procesů stárnutí a také rozpadu osobnosti.

Je pravdou, že starý člověk má právo na odpočinek, ale nesmí propadnout nečinnosti. Jediná cesta, jak procesy stárnutí zpomalit, je udržení starého člověka v aktivitě s přihlédnutím k jeho možnostem a schopnostem (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

O aktivizaci seniorů můžeme hovořit v jednak užším, a jednak v širším slova smyslu. Aktivizace v užším slova smyslu zahrnuje problematiku osob s ohroženou nebo již ztracenou soběstačností. Jde tedy o prevenci imobilizačního syndromu a obnovu soběstačností. Aktivizace seniorů v širším slova smyslu zahrnuje smysluplné trávení volného času a udržování či rozvíjení pohybových aktivit. Činnost musí být příjemná, prováděná dobrovolně a neměla by vést k neúspěchu (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Janiš, Skopalová (2016) uvádí typy volnočasových aktivit pro seniory

- **Vzdělávací aktivity**

Výchovou a vzděláváním seniorů se zabývá gerontopedagogika. Jedná se o pedagogickou disciplínu, která se vyčlenila z andragogiky. Vzdělávací aktivity pro seniory jsou zaměřeny na prevenci hrozících deficitů, případně na jejich odstranění a kompenzaci. Hlavním cílem je udržení tělesných a intelektuálních sil. Významnou roli hraje i snaha o zajištění kvalitnějšího a důstojnějšího života.

- **Pohybové volnočasové aktivity**

Z hlediska volného času seniorů jsou důležité pozitivní pohybové volnočasové aktivity, které jedinec realizuje a které mají zároveň charakter trvalosti a stálosti. Význam pohybových aktivit pro seniory je zejména v prevenci chorob, které významně snižují kvalitu života. Jedná se zejména o prevenci obezity a cukrovky, kardiovaskulárních chorob a nádorových onemocnění.

- **Volnočasové aktivity s rodinou**

Volný čas strávený s rodinou je pro seniory významný v kontextu kvality jejich života, pocitu potřebnosti a jistého sebenaplnění. Měly by být zahrnutы méně náročné aktivity, které však mohou nabývat podob jisté péče o rodinu či vnoučata.

- **Společenské volnočasové aktivity**

Společenskými volnočasovými aktivitami se rozumí takové aktivity, které jsou vykonávány v rámci nějaké skupiny, popřípadě se jedná o aktivity, které směřují k samotné organizaci volnočasových aktivit pro jiné účastníky.

## 3 Metodika práce

### 3.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Abychom mohli srovnávat kvalitu života v jednotlivých místech pobytu, byla zkoumána kvalita života jak v péči domácí, tak v sociálním i zdravotním zařízení.

Jako výzkumný vzorek byla zvolena skupina klientů DPS sv. Anny ve Velké Bystřici, skupina klientů geriatrického oddělení FNOL a klienti, kteří jsou opečováváni v domácí péči.

Byla zvolena metoda záměrného výběru, kdy podle Miovského (2006) cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru respondentů byla věková hranice od 65 let. Nejstarší účastník výzkumu měl 95 let. Jedná se tedy o respondenty již důchodového věku. Z každého zařízení bylo vybráno 6 respondentů. Genderové složení ženy a muži ve stejném poměru, tedy 3 ženy a 3 muži.

### 3.2 Organizace výzkumu

Celý výzkumný projekt byl proveden formou smíšeného výzkumu, který dle Miovského (2006) využívá principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. *„Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“* (Miovský s. 17, 2006).

Pro popis, analýzu a interpretaci dat využívá kvalitativní metody. V rámci výzkumného šetření byla použita jedna z jeho forem případové studie u vybraného vzorku respondentů. Hendl (2005) uvádí typy případových studií:

- **Osobní případová studie** – jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby.
- **Studie komunity** – zkoumá se jedna nebo více komunit ve městě nebo celé město.
- **Studium sociálních skupin** – jde o zkoumání malých přímo komunikujících skupin, tak větších difuzních skupin.
- **Studium organizací a institucí** – zkoumají se firmy, školy, odborové organizace, implementace programů a intervencí.
- **Zkoumání událostí, rolí a vztahů** – studie se zaměřuje na určitou událost.



Sběr dat byl proveden rozhovorem polostrukturovaným, individuálním a částečně řízeným. Dle Miovského (2006) patří rozhovor mezi nejobtížnější a nevýhodnější metody sběru dat. Při jeho zvládnutí totiž nejde pouze o získání potřebných sociálních dovedností a citlivosti, ale také o kultivaci schopností pozorovat a umění obě metody vzájemně provázat a dokázat z nich pro výzkum vytěžit maximum.

Při polostrukturovaném rozhovoru si vytváříme schéma otázek, které jsou pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků šetření ptát. Při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné respondenta požádat o upřesnění a vysvětlení odpovědi. Znamená to, že si necháme vysvětlit, jak danou věc myslí. Ověříme si, že jsme ji tedy správně pochopili a interpretovali (Mioviský, 2006).

Reichel (2009) také definuje polostrukturovaný rozhovor jako částečně řízený rozhovor, kdy jsou předem připravené soubory otázek, které musí odeznít, avšak jejich pořadí se může změnit.

Délka rozhovoru byla 20-50 minut. Byly dodrženy zásady pro vedení rozhovoru, které podle Hendla (2005) jsou:

- Důkladná příprava a nácvik pro vedení rozhovoru.
- Účel výzkumu určuje celý proces rozhovoru.
- V rozhovoru máme vytvořit rámec, podle něhož se bude moci dotazovaný vyjadřovat podle svých vlastních termínů a svým vlastním stylem.
- Vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu. Jsme citliví k pohlaví, k věku a kulturním odlišnostem dotazovaného.
- Otázky formulujeme jasným způsobem, kterému dotazovaný rozumí.
- Klademe vždy jen jednu otázku.
- Dotazovanému dáváme na vědomí, jaké informace požadujeme, proč jsou důležité a jak rozhovor postupuje.
- Nasloucháme pozorně a odpovídáme tak, aby dotazovaný poznal, že o něj máme zájem.
- Udržujeme si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat.
- Jsme pozorní a citliví k tomu, jak je dotazovaný rozhovorem ovlivněn.
- Zohledňujeme časové možnosti dotazovaného.
- Jsme reflexivní, sebekriticky monitorujeme sami sebe.

Pozorováním respondentů, byla sledována jejich specifická, jedinečnost a individuálnost. Dále byli respondenti požádáni o vyplnění LOGO testu a dotazníku WHOQOL-BREF.

Každý účastník výzkumného šetření byl požádán o souhlas s nakládáním se získanými údaji, toto potvrdil podpisem. Tyto dokumenty jsou k nahlédnutí u autorky výzkumu.

### **3.3 Metodika výzkumu**

Jako první byla oslovena skupina respondentů, žijící v domově pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici. Respondenti byli podrobně seznámeni s cíly výzkumu a projevíli ochotu se do výzkumného šetření zapojit. Po dohodě byla realizována schůzka v jejich přirozeném prostředí.

Do výzkumu se v tomto zařízení zapojilo 6 respondentů 3 ženy a 3 muži. Byl zde proveden polostrukturovaný rozhovor a dále byli respondenti požádáni o vyplnění LOGO testu, jehož autorkou je Elizabeth Lukasová. Test hodnotí životní situaci na základě pojetí potřeby „prožívané smysluplnosti“ a jejího opaku, „existenciální frustrace“, kterou rozpracoval Viktor E. Frankl. LOGO test zahrnuje reprezentativní výběr oblastí života, ve kterých se naplnění či zmaření potřeby smyslu projevuje.

Respondenti byli dále požádáni o vyplnění dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, který zjišťuje vnímání kvality života, zdraví a ostatních životních oblastí. Verze WHOQOL – BREF obsahuje pouze 26 položek, ty jsou rozloženy do čtyř oblastí a to fyzické zdraví (sedm položek), prožívání (šest položek), sociální vztahy (tři položky) a poslední prostředí (osm položek). Tyto položky jsou ohodnoceny jedním až pěti body, je tedy možné spočítat hodnoty jednotlivých skóre. Čím vyšší vyjde konečná hodnota, tím vyšší je kvalita života. Pouze u otázek 3, 4 a 26 jsou tyto hodnoty v obráceném pořadí. Českou verzi vytvořila PhDr. Eva Dragomirecká Ph. D. s kolektivem.

## 4 Výsledky šetření v DPS sv. Anny ve Velké Bystřici

Vedení domova bylo informováno o průběhu a cílech šetření. Po schválení možnosti výzkumu, byli osloveni klienti, kteří byli taktéž informováni o cílech šetření. S klienty, kteří projeví zájem se výzkumu účastnit, byl domluven individuální termín samotného šetření. Výsledky šetření byly popsány v jednotlivých kazuistikách.

### 4.1 Jednotlivé případové studie

#### 4.1.1 Kazuistika K1

Muž ve věku 74 let je svobodný a bezdětný, bydlí v domově již třetím rokem. Již pobírá starobní důchod, je vyučen a celý život pracoval jako dělník. Z finančním zabezpečením je celkem spokojený, jak říká „*k životu moc nepotřebuje*“.

Se zdravotním stavem není příliš spokojen, trápí ho onemocnění ledvin, které mu komplikuje život, jelikož musí několikrát týdně dojíždět na dialýzy do nemocnice.

Je soběstačný a pomoc okolí potřebuje pouze částečně, když potřebuje jít k lékaři nebo na vyšetření. Spánek hodnotí jako kvalitní, s usínáním nemá problém. Cítí se poměrně v dobré psychické pohodě, vztahy s rodinou hodnotí jako uspokojivé. Svůj dosavadní život hodnotí jako poměrně dobrý. V současné době chodí rád na procházky mimo areál domova, pěstuje květiny a setkává se s ostatními klienty v domově.

Jeho nejbližším člověkem byl po celý život jeho bratr, který ho v mnohém inspiroval, ještě dnes spolu tráví mnoho času.

Při hodnocení průběhu života, by nezměnil nic, je spokojený s tím, jak se v životě choval.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 29 bodů z maxima 35, ačkoliv v rozhovoru uvádí, že jej velmi trápí onemocnění ledvin. V oblasti prožívání, dosáhl 21 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 8 bodů z 15, oblast prostředí má hodnotu 31 bodů ze 40. celkovou kvalitu života respondent hodnotí jako uspokojivou. LOGO test, který respondent vyplnil, ukazuje na střední naplnění smyslu života. Výsledky testu a dotazníku se částečně liší od rozhovoru.

#### **4.1.2 Kazuistika K2**

Muž ve věku 84 let je vdovec a má dva syny. V domově bydlí již šestým rokem. Mnoho let pobírá starobní důchod, má vysokoškolské vzdělání a většinu svého života strávil na Krajské hygienické stanici. S finančním zabezpečením je poměrně spokojený, má vše co potřebuje. Zdravotní stav hodnotí jako poměrně neuspokojivý. Ačkoliv je částečně mobilní, je velmi odkázán na pomoc okolí. Spánek hodnotí jako kvalitní bez problémů s usínáním.

Cítí se v dobré psychické pohodě a to i přesto že jeho zdravotní stav není optimální. Vztahy s ostatními rodinnými příslušníky hodnotí pozitivně, často za ním dochází. S ostatními klienty domova se neseťkává, nemá jak a ani neví, co by si s nimi vykládal. Svůj dosavadní život z hlediska životosprávy hodnotí jako uspěchaný a stresující, dává to za vinu náročnému zaměstnání. Za aktivního života rád sportoval, cestoval a setkával se s přáteli, žil aktivním společenským životem, což mu dnes chybí. Nyní tráví volný čas sledováním televize nebo luštěním křížovek, pokud je příznivé počasí, jede se podívat ven. Při hodnocení průběhu života prý není nic, co by změnil, svůj dosavadní život hodnotí jako pozitivní.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 20 bodů z maxima 35, v rozhovoru uvádí, že svůj zdravotní stav nepovažuje za příliš uspokojivý, v oblasti prožívání, dosáhl 21 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 10 z maxima 15 a oblast prostředí má 35 bodů z maxima 40. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

#### **4.1.3 Kazuistika K3**

Muž ve věku 69 let je vdovec a má dvě děti. V domově žije zhruba 2 roky. Do domova se dostal, jelikož už sám nezvládal kompletní péči o vlastní osobu. Má středoškolské vzdělání a dříve pracoval jako řidič autobusu. S finančním zabezpečením je vcelku spokojený.

Zdravotní stav hodnotí poměrně uspokojivě až na problém s levou rukou, která ho do značné míry omezuje v péči o vlastní osobu.

Spánek hodnotí jako kvalitní, bez problémů s usínáním. Vztahy s ostatními rodinnými příslušníky hodnotí neutrálně. Do domova za ním občas někdo chodí. S ostatními klienty domova se nestýká a většinu času tráví sám na pokoji. Postrádá zde kvalitní sociální kontakt.

Svůj dosavadní život hodnotí jako optimální, prý jsou okamžiky, které by rád vrátil a některé věci udělal jinak. Za aktivního života rád a často cestoval, sportoval a setkával se s přáteli, tento způsob života mu zde chybí.

Nyní tráví veškerý volný čas sledováním televize nebo čtením knih, ven příliš nechodí.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 25 bodů z maxima 35, v rozhovoru uvádí uspokojivý zdravotní stav, v oblasti prožívání dosáhl 21 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 6 bodů z 15, oblast prostředí má vyšší hodnotu 31 ze 40 možných bodů. LOGO test, který respondent vyplnil, ukazuje na střední naplněnost smyslu života.

#### **4.1.4 Kazuistika K4**

Žena ve věku 79 let, vdova, žije v domě cca půl roku a velmi se jí zde líbí. Chodí za ní dvě dcery, se kterými si velmi rozumí.

Je vyučena a většinu svého pracovního života strávila jako dělnice ve stolárně. Podle vlastních slov se vdávala velmi mladá, již v 17 letech a ničeho nelituje. Se svým manželem si po celý život velmi rozuměla.

Vůči všemu i sobě, byla vždy velmi kritická a ostražitá, což považuje za kladnou vlastnost, která jí v životě mockrát pomohla. Zatím se cítí soběstačně, ale pro lepší dostupnost zdravotní péče pobývá zde v domově. S finančním zabezpečením je poměrně spokojená, i když by to, jak říká, mohlo být lepší.

Zdravotní stav hodnotí jako vcelku uspokojivý, zatím je mobilní a dokáže se obsloužit sama. Pomoc okolí potřebuje pouze při zajištění zdravotní péče. Problémy se spánkem nemá. Svůj volný čas tráví sledováním televize a občas se schází s kamarádkami z domova. Velmi se zajímá o mimozemský život a život na Měsíci. Svůj dosavadní život hodnotí pozitivně, nic by nezměnila.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF vyplývá, že respondentka dosáhla vysokých hodnot ve všech sledovaných oblastech. V oblasti zdraví získala celkově 30 bodů z maxima 35, což potvrdila i v rozhovoru, také výsledky v oblasti prožívání byly vysoké, zde získala 27 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů, kde vyšla vyšší hodnota 13 bodů z 15 a poslední oblast prostředí má také vyšší hodnotu 31 ze 40 možných bodů. LOGO test, který respondentka vyplnila, ukazuje na vysoké naplnění smyslu života.

#### **4.1.5 Kazuistika K5**

Žena ve věku 76 let, vdova, jedna z nejdéle pobývajících klientek v domově. V budově domova žila ještě před tím, než zde byl domov pro seniory vytvořen a jak sama říká, poté zde už zůstala. V domově se jí líbí a už by nechtěla jinam.

Své vlastní děti nemá, ale adoptovala dceru, která za ní jezdí. Vztah s ní hodnotí jako pozitivní, ačkoliv jí mrzí, že se nestýkají častěji.

Je vyučena, vystřídala mnoho zaměstnání, ale nejdelší úsek pracovala jako úřednice v továrně, na tuto dobu ráda vzpomíná. Ve volném čase ráda háčkuje, luští křížovky, schází se s přáteli z domova, nebo si jen tak vyrazí do města.

Zdravotní stav hodnotí jako celkem uspokojivý, ačkoliv se čas od času ozve její diabetes. Je soběstačná, pomoc okolí potřebuje pouze při zajištění lékařské péče. Se spánkem problémy nemá.

Svůj dosavadní život hodnotí jako v celku uspokojivý, jsou věci, které by dnes už udělala jinak, prý byla v životě naivní a lidé ji často využívali. To vše přičítá své povaze.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF vyplývá, že v oblasti zdraví získala celkově 20 bodů z maxima 35, což potvrdila i v rozhovoru, lepší výsledky byly v oblasti prožívání, kde respondentka získala 21 bodů ze 30, v oblasti sociálních vztahů, kde vyšla vyšší hodnota 12 bodů z 15, oblast prostředí má také vyšší hodnotu 31 ze 40 možných bodů. LOGO test, který respondentka vyplnila, ukazuje na střední naplnění smyslu života.

#### **4.1.6 Kazuistika K6**

Žena ve věku 95 let, vdova, nejstarší obyvatelka domova. V domově pobývá cca 12 let, je zde velmi spokojená. Do domova přišla z důvodu obav ze ztráty soběstačnosti. Zatím obsluhu o svou osobu zvládne sama, občas s dopomocí. Je bezdětná s manželem spolu strávili více jak 50 let, rozuměli si, ale podle svých slov ji v manželství trápil nedostatek lásky. Má středoškolské vzdělání a pracovala jako úřednice v továrně. Dříve ráda cestovala, zejména do Francie, ale dnes si to již nemůže vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu dovolit.

Zdravotní stav hodnotí vzhledem ke svému věku poměrně uspokojivě. Poslední dobou ji trápí závratě, které už se ale začínají eliminovat. Problémy se spánkem nemá, dlouho do noci se dívá na televizi a chodí pozdě spát, jak byla zvyklá celý život.

Volný čas tráví četbou, sledováním televize nebo luštěním křížovek. Z domova se s nikým nestýká, občas ji navštěvuje rodinný přítel, nebo neteř s rodinou.

Ráda vzpomíná na dobu ze svého mládí, dosavadní život hodnotí neutrálně, prý se dopustila řady chyb, které by dnes už neopakovala a mrzí ji, že nemůže vrátit čas.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získala respondentka celkově 25 bodů z maxima 35, výsledky v oblasti prožívání, byly nižší, zde respondentka získala 15 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 12 bodů z 15, oblast prostředí má hodnotu 31 ze 40 možných bodů. LOGO test, který respondentka vyplnila, ukazuje na střední naplnění smyslu života.

## **5 Výsledky šetření u respondentů pobývajících ve FNOL**

Druhým výzkumným vzorkem se stali respondenti v aktuální čas pobývající z různého důvodu na geriatrickém oddělení FNOL. Po dohodě s vedením nemocnice a vrchní sestrou oddělení, se domluvil termín šetření. Respondenti byli tázáni, zda se chtějí do šetření zapojit a v případě souhlasu byl uskutečněn rozhovor a poté vyplnění dotazníků. Důvody pobytu klientů na oddělení jsou u každého respondenta odlišné.

### **5.1 Jednotlivé případové studie**

#### **5.1.1 Kazuistika N1**

Muž ve věku 77 let, vdovec, má dva syny. Na oddělení se dostal po operaci kolene z důvodu rekonvalescence. Má středoškolské vzdělání a naposledy pracoval jako vedoucí výroby ve svářečské továrně.

Doma žije sám, ale pravidelně jej chodí navštěvovat nejstarší syn, se kterým se stýká minimálně třikrát týdně. Mladší syn bydlí daleko a tak se vidí pouze několikrát do roka, což ho mrzí, ale jak říká, s nejstarším synem má bližší vztah.

Žena zemřela náhle před čtyřmi lety, měli spolu hezký vztah, občas se sice hádali, ale to prý k manželství patří. Od té doby žije sám, obsluhu o vlastní osobu zvládá bez pomoci.

Nyní je po operaci kolene, za týden ho čeká rehabilitace v Pasece, tak doufá, že bude opět chodit bez problému. Až na nynější bolest kolene, je se svým zdravotním stavem spokojený, za celý život byl pouze minimálně nemocný. Se spánkem problém nemá, usíná pravidelně v deset hodin večer.

Ve volném čase chodí na procházky, luští křížovky, navštěvuje divadlo a koncerty se svými přáteli. Do nemocnice za ním pravidelně dochází jeho dlouholetý přítel, se kterým prožil celé mládí. Rád na toto období vzpomíná. Myslí si, že prožil hezký, uspokojivý život a doufá, že ho na světě ještě nějaké pěkné chvíle čekají.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 25 bodů z maxima 35, v rozhovoru uvádí uspokojivý zdravotní stav, v oblasti prožívání, dosáhl 21 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 8 bodů z 15, oblast prostředí má vyšší hodnotu 31 ze 40 možných bodů. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.



### **5.1.2 Kazuistika N2**

Muž ve věku 92 let, ženatý, má dvě děti. Na geriatrické oddělení se dostal kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu. Poslední léta pobývá v DPS ve Velké Bystřici spolu se ženou. Má středoškolské vzdělání a pracoval jako úředník na zastupitelstvu.

Z prvního manželství má dvě děti, se kterými se příliš často nestýká. S druhou ženou tráví posledních 30 let, pravidelně jej navštěvují děti jeho druhé ženy. Jeho druhá žena je mu velikou oporou, mají moc hezký vztah.

V poslední době jej trápí jeho zdravotní stav, který se poslední dobou zhoršuje. Často celý den prospí. Potřebuje péči 24 hodin denně, v domově se o něj částečně starala manželka a zbytek vykonávaly sestřičky. Na oddělení ho také manželka každý týden navštěvuje.

Za aktivního života rád chodil na procházky, luštil křížovky a sledoval televizi spolu se ženou. Prožil hezký, pestrý život, častokrát myslí na svou manželku a doufá, že se zase vrátí zpátky k ní.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 20 bodů z maxima 35, v rozhovoru uvádí poměrně neuspokojivý zdravotní stav, v oblasti prožívání dosáhl 22 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 12 bodů z 15, oblast prostředí má hodnotu 31 ze 40 možných bodů. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

### **5.1.3 Kazuistika N3**

Muž ve věku 72 let, ženatý, bezdětný. Na geriatrické oddělení přišel z důvodu závažného zápalu plic. Za týden by ho měli propustit do domácího léčení, kde za ním bude docházek sestřička aplikovat léky.

Žije v bytě na sídlišti se svou ženou, se kterou je už 40 let. Z manželství bohužel nevzešlo žádné dítě, ale jak říká má velikou rodinu a pravidelně za nimi dojíždí neteře a synovci.

Respondent má vysokoškolské vzdělání a do svých 70 let pracoval jako stavbyvedoucí. Bylo to velmi stresující zaměstnání, a tak v sedmdesáti letech už chtěl mít klid a odešel do důchodu.

Se zdravotním stavem byl spokojen až do chvíle, kdy ho postihl komplikovaný zápal plic. Nyní se úspěšně léčí a tak doufá, že nemoc překoná a bude znovu aktivně žít. Se spánkem má občas problémy, tak když nemůže spát, vezme si tabletku na spaní.

Ve volném čase chodí rád do přírody pozorovat lesní zvířata, chodí na bowling nebo se jen tak prochází se ženou po městě.

Podle svých slov prožívá hezký život, jen ho mrzí, že se ženou neměly děti. Často vzpomíná na mládí a na svá studentská léta. Ale nechtěl by je prožívat znovu, prý vše plyne tak, jak má.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 31 bodů z maxima 35, v rozhovoru potvrzuje uspokojivý zdravotní stav, v oblasti prožívání dosáhl 28 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 14 bodů z 15, oblast prostředí má také vyšší hodnotu 36 ze 40 možných bodů. LOGO test ukazuje na vysoké naplnění smyslu života.

#### **5.1.4 Kazuistika N4**

Žena ve věku 74 let, vdova, má dvě dcery. Na geriatrické oddělení se dostala z důvodu vyvrtnutí kotníku po pádu na náledí. Předtím byla umístěna na oddělení traumatologie a nyní na geriatrii.

Má středoškolské vzdělání a pracovala jako úřednice na školském úřadě v Olomouci. Poslední čtyři roky je vdova, jak říká, manžel byl pro ni velkou oporou, měli se velice rádi a jeho ztrátu stále těžce nese. Žije sama v bytě, kde ji téměř každý den navštěvují dcery, s nimiž má moc hezký vztah. Po propuštění z nemocnice ji bude chodit ošetřovat sestřička z domácí péče.

Až na toto poslední zranění, na zdravotní stav si nestěžuje, je soběstačná, sama si vaří i uklízí. Problémy se spánkem občas má, proto užívá léky na spaní.

Ve volném čase luští křížovky, sleduje televizi, chodí na procházky a pravidelně každý týden chodí s kamarádkou posedět do cukrárny na náměstí. Dříve jezdili s manželem na chatu, ale po jeho smrti se chata prodala.

Sama říká, že má hezký život, obě dcery má slušně vychované, zdravé, šťastné a vnoučatům se daří taktéž, co víc by si mohla přát.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získala respondentka celkově 31 bodů z maxima 35, v rozhovoru potvrzuje uspokojivý zdravotní stav, v oblasti prožívání dosáhla 22 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 14 bodů z 15, oblast prostředí má také vyšší hodnotu 36 ze 40 možných bodů. LOGO test ukazuje na vysoké naplnění smyslu života.

### **5.1.5 Kazuistika N5**

Žena ve věku 73 let, vdova, má jednoho syna. Na oddělení se dostala z důvodu rekonvalescence po zlomenině nohy. Podle lékařů by měla být za týden propuštěna domů.

Má středoškolské vzdělání a až do důchodu pracovala jako úřednice na městském výboru v Olomouci.

Žije se synem a jeho rodinou, syn se o ni stará, zatím je ale soběstačná a snaží se synovi spíše pomoci. Mrzí ji, že se více nestýká s vnuky, jelikož bydlí daleko od Olomouce. Měla ještě dceru, ale ta bohužel před několika lety zemřela. Již deset let je vdova, na svého manžela příliš nevzpomíná. Prý měli normální manželství, někdy špatné, někdy dobré.

Zdravotní stav hodnotí jako uspokojivý, doufá, že se zlomenina dobře zhojí a bude se opět moci pohybovat bez berlí. Se spánkem problémy nemá a nikdy neměla. Ve volném čase luští křížovky, sleduje televizi nebo chodí na procházky. Někdy se schází s kamarádkami, ale raději má samotu.

Život hodnotí jako průměrný, některé okamžiky by vrátila a některé zase vymazala. Je ráda, že žije se synem a že jsou jeden druhému oporou.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získala respondentka celkově 29 bodů z maxima 35, v oblasti prožívání dosáhla 27 bodů ze 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 12 bodů z 15, oblast prostředí má také vyšší hodnotu 31 ze 40 možných bodů. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

### **5.1.6 Kazuistika N6**

Žena ve věku 93 let, svobodná, bezdětná. Na oddělení geriatry se dostala po operaci střev, kterou podstoupila z důvodu neprůchodnosti. Žije v domově pro seniory v Olomouci, kde je předsedkyní klubu seniorů.

Je vyučena, pracovala v oděvní tvorbě v Rokycanech a poté se přestěhovala do Olomouce. Podle vlastních slov měla velmi náročné zaměstnání a těšila se na důchod.

Ačkoliv nemá vlastní děti, často ji navštěvují synovci a neteře, kterých má dohromady 14. Sama pochází ze sedmi dětí.

V domově má pokoj sama pro sebe, ale má spoustu práce s vyřizováním korespondence, jelikož nevlastní mobil. Často organizuje různé přednášky, besedy

a soutěže pro seniory. Ráda se dívá na filmy a luští křížovky, Dříve chodila ráda do divadla a na koncerty, ale dnes už by z domova takovou dálku nedošla, protože má daleko autobusovou zastávku.

Zdravotní stav považuje za uspokojivý až na onemocnění střev, které ji teď postihlo. Se spánkem nikdy problém neměla, prospí až 12 hodin denně.

Sama říká, že žije a vždy žila aktivním společenským životem a chuť do života ji nechybí. Ráda vzpomíná na své dětství a mládí, prý měla v životě vždy štěstí. Doufá, že má před sebou ještě pěknou řádku spokojených let.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získala respondentka celkově 29 bodů z maxima 35, což by odpovídalo prodělanému onemocnění střev uvedenému v rozhovoru, v oblasti prožívání dosáhla 27 bodů ze 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 12 bodů z 15, oblast prostředí má také vyšší hodnotu 31 ze 40 možných bodů. LOGO test ukazuje na vysoké naplnění smyslu života.

## **6 Výsledky šetření u klientů žijících ve vlastním sociálním prostředí**

Třetím výzkumným vzorkem byli klienti žijící ve vlastním sociálním zařízení, o které se v případě potřeby stará pověřená osoba. Před samotným zahájením výzkumného šetření, byla s klienty domluvena schůzka, kde byli informováni o průběhu a cílech šetření. Poté, co klienti projeví zájem o zapojení se do výzkumného šetření, byl domluven termín samotného výzkumu.

### **6.1 Jednotlivé případové studie**

#### **6.1.1 Kazuistika P1**

Muž ve věku 69 let, svobodný a bezdětný, žije ve svém domku a pravidelně jej chodí navštěvovat pečovatelka, která mu nosí jídlo a dopomáhá s hygienou. Má středoškolské vzdělání a celý život pracoval jako voják v kasárnách. Podle vlastních slov, byl velmi vytížen a na vlastní rodinu mu nezbýval čas.

Kvůli pracovní vytíženosti ani neměl příliš koníčků, ale občas si udělal alespoň výlet na kole sám nebo s přáteli. Dnes už se s přáteli nestýká a volný čas tráví luštěním křížovek nebo sledováním televize.

Kvůli závažné cukrovce má problémy s cévami a se zrakem. Svůj zdravotní stav vnímá jako neuspokojivý. Je velmi odkázán na pomoc okolí. Někdy trpí nespavostí, ale na to už je podle svých slov zvyklý.

S finanční situací není příliš spokojen, má malý důchod a peníze mu sotva vystačí na vše, co potřebuje.

Sám se sebou je spokojený, v životě nelituje ničeho a není nic, co by chtěl změnit. Nemrzí ho ani to, že nemá vlastní rodinu, prý to tak mělo být.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 18 bodů z maxima 35, v oblasti prožívání dosáhl 17 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 8 bodů z 15 a oblast prostředí má hodnotu 31 ze 40 možných bodů. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

#### **6.1.2 Kazuistika P2**

Muž ve věku 77 let, vdovec, žije ve společné domácnosti se synem. Má vysokoškolské vzdělání a pracoval jako středoškolský profesor. Má dva syny, jeden

ale žije v zahraničí, tak bydlí u mladšího syna, který se o něj společně se svou manželkou stará.

Kvůli postupující Alzheimerově chorobě je odkázán na péči okolí. Jak sám říká, jsou dny, kdy se cítí zcela zdrav a jsou dny, kdy o sobě nemoc dává hlasitě vědět. Má strach, že jednou už nebude syn se snachou péči zvládat a bude muset být přemístěn do nějakého zařízení.

S oběma syny má dobrý vztah, jen ho mrzí, že mladšího syna už více jak půl roku neviděl, protože žije v Austrálii.

Pokud se nemoc neprojeví, tak rád chodí na delší procházky, jde do divadla, nebo jen tak posedí s přáteli. Rád také luští křížovky a sleduje poučné dokumenty.

Se zdravotním stavem je částečně spokojen, uvědomuje si ale, že nemoc se bude postupně zhoršovat a to jej trápí. Nespavostí netrpí.

S finanční situací je vcelku spokojen, prý je skromný a vystačí si s málem. Podle vlastních slov až na drobná klopýtnutí prožívá hezký a spokojený život, jen ho mrzí, že už tu s ním nemůže být manželka, která tu ještě dlouho mohla být.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 16 bodů z maxima 35, lepší výsledky byly v oblasti prožívání, kde získal 21 bodů ze 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla vyšší hodnota 12 bodů z 15 bodů a oblast prostředí má také vyšší hodnotu 29 ze 40 možných bodů. LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

### **6.1.3 Kazuistika P3**

Muž ve věku 72 let žije společně s manželkou a dcerou ve společné domácnosti. Je vyučen a celý život pracoval jako svářeč v továrně. S dětmi má moc hezký vztah, pravidelně se každou neděli schází na společném obědě.

Kvůli snížené soběstačnosti z důvodu bércových vředů potřebuje, aby mu občas dopomohli s hygienou manželka nebo dcera. Dále jej trápí vysoký TK, který však reguluje pomocí léků. Na nespavost si nestěžuje, prý je v jeho věku normální, že občas nemůže v noci usnout.

Ve volném čase chodí rád na zahrádku, nebo si jen tak posedí venku na čerstvém vzduchu. Často jej navštěvují kamarádi z vesnice nebo práce.

S financemi je vcelku spokojen, i když podotýká, že důchod by mohl být vyšší, ale na jeho potřeby a potřeby manželky to zatím stačí.

S manželkou má hezký vztah, jsou spolu již 45 let. Říká, že občas se vyskytují nějaké hádky nebo nesrovnalosti, ale to podle něj k manželství patří. Myslí si, že má hezký život, kdyby ale mohl, tak by se lépe choval k vlastním rodičům, občas jej trápí, že tak neučinil.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získal respondent celkově 25 bodů z maxima 35, v oblasti prožívání, dosáhl 21 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 8 bodů z 15, oblast prostředí má vyšší hodnotu 31 ze 40 možných bodů. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

#### **6.1.4 Kazuistika P4**

Žena ve věku 74 let, již 7 let vdova, žije společně s rodinou své dcery v domku na vesnici. Má středoškolské vzdělání a většinu svého života pracovala na místním úřadě. Vdávala se mladá a z manželství vzešly dvě dcery. Podle vlastních slov, to bylo manželství poměrně vydařené, s manželem žili spokojeně až do jeho nemoci, kdy poslední chvíle trávil v nemocnici. Velmi ji mrzí, že si jej nemoha vzít z nemocnice domů.

Jelikož už dva roky trpí závažným onemocněním kloubů, které ji postupně připravuje o soběstačnost, musí se o ni starat dcera, která se kvůli časové náročnosti péče musela vzdát svého zaměstnání. Velmi ji mrzí, že je podle vlastních slov dceři na obtíž. Jinak má ale s oběma dětmi hezký vztah. Občas trpí nespavostí, když už chce spát, vezme si lék na spaní, to ale jen výjimečně. Finančně nestrádá, má vše, co potřebuje. Život jí prý naučil skromnosti.

Dříve ráda chodila na kulturní a společenské akce a ráda cestovala po republice, dnes si to již kvůli svému onemocnění nemůže dovolit. Nyní tráví svůj volný čas sledováním televize, zejména sportu a krasobruslení. Občas ji navštíví kamarádky nebo rodinný známý.

Na staré časy vzpomíná ráda, byly okamžiky, které by ráda vrátila, ale to už nemůže. Manželství měla hezké a děti s manželem taky dobře vychovali. Mrzí ji, že dnes už dětem nedokáže tolik pomoci, jako dříve. Dokáže být ostražitá a empatická, což je prý v životě důležité.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF, vyplývá, že v oblasti zdraví získala respondentka celkově 18 bodů z maxima 35, což odpovídá dlouhodobému onemocnění, v oblasti prožívání dosáhla 17 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů

vyšla hodnota 8 bodů z 15 a oblast prostředí má hodnotu 31 ze 40 možných bodů. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

### **6.1.5 Kazuistika P5**

Žena ve věku 66 let, svobodná, žije sama se svou dcerou ve společné domácnosti. Má vysokoškolské vzdělání, pracovala jako učitelka na základní škole až do svých 63, kdy odešla do starobního důchodu. Má jednu dceru, kterou vychovávala sama. S otcem své dcery se nestýká, již více než 30 let ho neviděla.

Dříve se ve svém volném čase věnovala hlavně pedagogice, snažila se jít s dobou a být dobrou učitelkou pro své žáky. Poté když dcera otěhotněla, chtěla pomoci jí s péčí o miminko. Dnes by také ráda dceři pomáhala, tak jak dříve, ale její zdravotní stav už to naplno nedovoluje. Občas jí navštíví kolegyně z práce, nebo ji vezmou s sebou na nějakou školní akci, za což je velmi ráda.

Prodělala CMP a některé její následky stále přetrvávají, například má problémy s hybností levé ruky, což je do značné míry omezující. Dále ji trápí problémy se srdcem, se kterým se už 5 let léčí. S nespavostí problémy nemá a nikdy neměla.

Se svou finanční situací je prý spokojená neutrálně. Vždy byla zvyklá žít skromně, jelikož byla samoživitelka. Dcera i zeť mají dobrou práci a tak se dá vše zvládat.

Kdyby mohla vrátit čas, našla by pro svou dceru dobrého otce, mrzí ji, že dceru vychovávala sama v neúplné rodině, ale říká, že jinak to tenkrát udělat nešlo. Vždy byla ctižádostivá, empatická, ale občas bohužel trochu naivní, přiznává kriticky. Je ráda, že se dnes všem dobře daří a doufá, že se svou rodinou prožije ještě pěkných pár let.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF vyplývá, že v oblasti zdraví získala respondentka celkově 16 bodů z maxima 35, lepší výsledky byly v oblasti prožívání, kde respondentka získala 25 bodů z 30, v oblasti sociálních vztahů vyšla hodnota 8 bodů z 15, oblast prostředí má vyšší hodnotu 28 ze 40 možných bodů. LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

### **6.1.6 Kazuistika P6**

Žena ve věku 78 let, vdova, žije ve společné domácnosti se svou dcerou. Má středoškolské vzdělání a pracovala jako úřednice v oděvní tvorbě. Má dvě děti, syna a dceru. Syn žije v Praze a tak se vidí pouze několikrát do roka. Se svým manželem měla prý hezký život až na občasné hádky a nedorozumění v prvních letech



manželství, ale jak přišli děti, vše se uklidnilo. Manžel zemřel před třemi lety po dlouhé těžké nemoci.

S dcerou žije poslední dva roky, kdy se po smrti manžela zhoršil její zdravotní stav. Trpí silnou cukrovkou a musí si několikrát denně aplikovat inzulín, díky tomuto onemocnění má také problémy s hojením ran. Jelikož má dcera náročné zaměstnání, chodí ji jednou denně navštěvovat sestřička, která rány vždy ošetří a zkontroluje celkový stav. Na zdravotní stav si ale příliš nestěžuje a říká, že vždy může být ještě hůř. S nespavostí problémy má, pravidelně bere před spaním prášek, který ji pomůže usnout.

Dříve ve volném čase ráda cestovala s dcerou nebo kamarádkami, byla předsedkyní turistického spolku, ve kterém často podnikali výlety i do zahraničí. Dnes už ji to zdravotní stav neumožňuje, a tak luští křížovky, sleduje televizi a háčkuje.

Po finanční stránce se ji daří vcelku dobře, říká, že si nemá na co stěžovat.

Dosavadní život až na drobné překážky hodnotí pozitivně, prý jí ho v mnohém ulehčila její povaha, která je podle vlastních slov, diplomatická, prozíravá a vstřícná.

Z vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF vyplývá, že v oblasti zdraví získala respondentka celkově 16 bodů z maxima 35, lepší výsledky byly v oblasti prožívání, kde respondenta získala 21 bodů ze 30, v oblasti sociálních vztahů, vyšla hodnota 12 bodů z 15, oblast prostředí má také vyšší hodnotu 29 ze 40 možných bodů. Vyplněný LOGO test ukazuje na střední naplnění smyslu života.

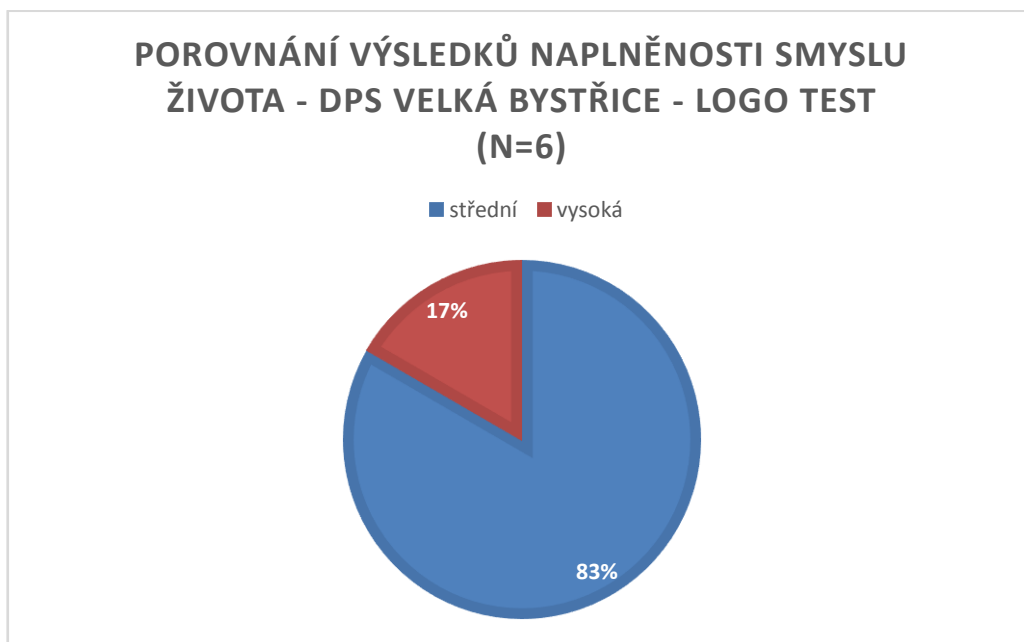
## 7 Výsledky a diskuse

Výsledky LOGO testu a dotazníku WHOQOL - BREF použité k výzkumnému šetření byly pro přehlednost znázorněny v grafech a tabulkách.

### 7.1 Vyhodnocení LOGO testu

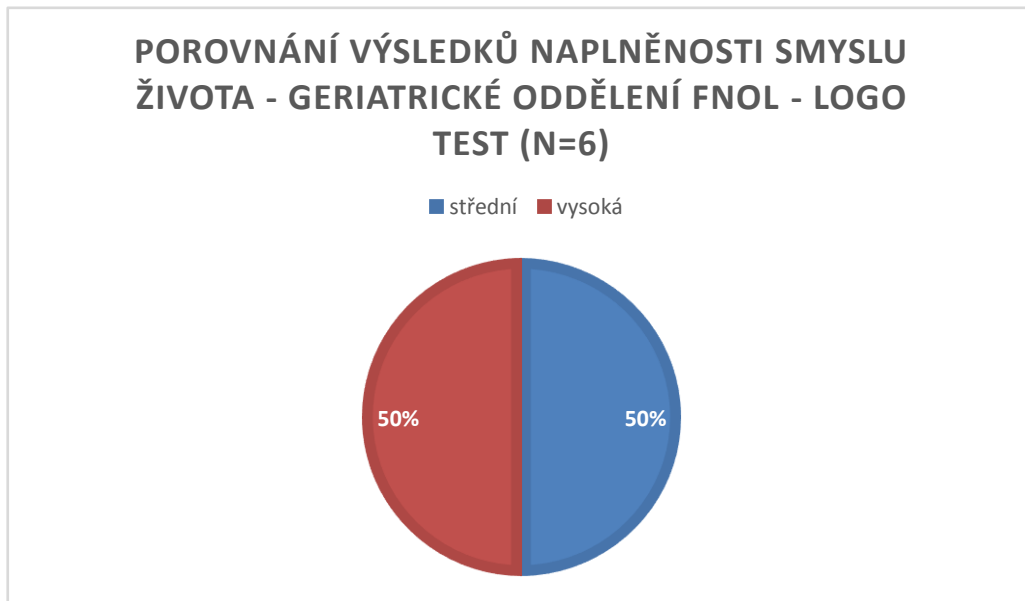
Zde jsou graficky zpracovány výsledky šetření v jednotlivých typech zařízení.

**Graf 1. Naplnění smyslu života u klientů pobývajících v DPS ve Velké Bystřici**



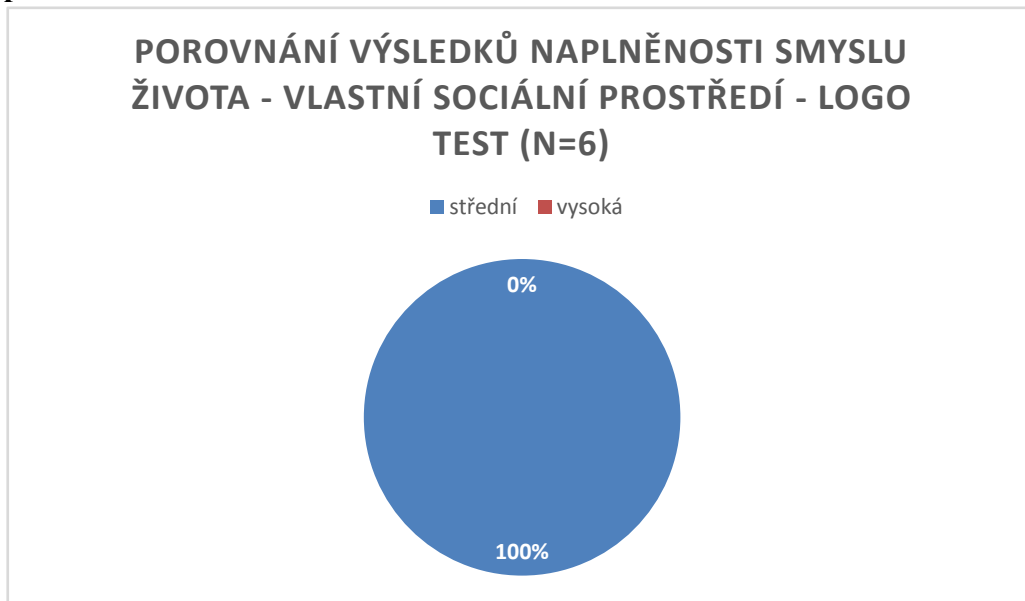
Graf 1. znázorňuje naplnění smyslu života u jednotlivých respondentů. U klientů žijících v DPS ve Velké Bystřici je nejčastěji zastoupena střední hodnota naplnění smyslu života, která se pohybuje v rozmezí 7–16 bodů, kterého dosáhlo 5 z 6 respondentů. Pouze u jednoho byla zastoupena vysoká hodnota naplnění smyslu života, která se pohybuje v rozmezí 0-6 bodů. Při srovnání hodnot LOGO testu a zhodnocení informací získaných při rozhovorech s respondenty je možné konstatovat, že došlo ke shodě mezi výsledky. Důležité je zde upozornit, že LOGO test znázorňuje výsledky momentální situace, v jaké se respondent nachází, při podání testu s časovým odstupem, se odpovědi mohou lišit.

**Graf 2. Naplnění smyslu života u klientů pobývajících na oddělení geriatric FNOL**



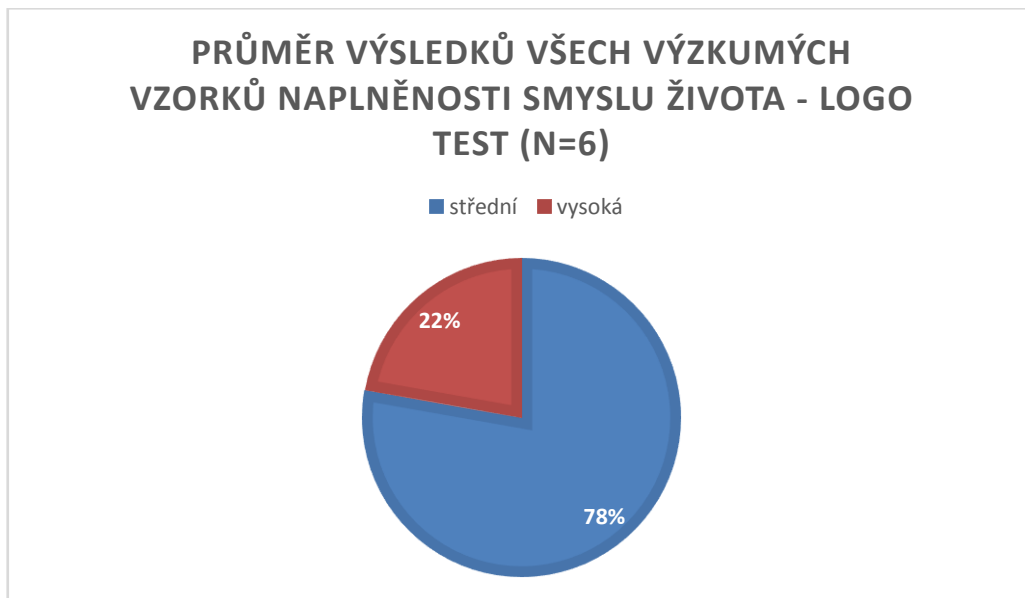
Graf 2. znázorňuje naplnění smyslu života u klientů pobývajících na geriatrickém oddělení FNOL. U klientů pobývajících z různých důvodů na geriatrickém oddělení FNOL je vyhodnocení LOGO testu následující: Tři respondenti vykazují střední hodnotu naplnění smyslu života a stejný počet, tedy tři respondenti vykazují vysokou hodnotu naplnění smyslu života.

**Graf 3. Naplnění smyslu života u klientů pobývajících ve vlastním sociálním prostředí**



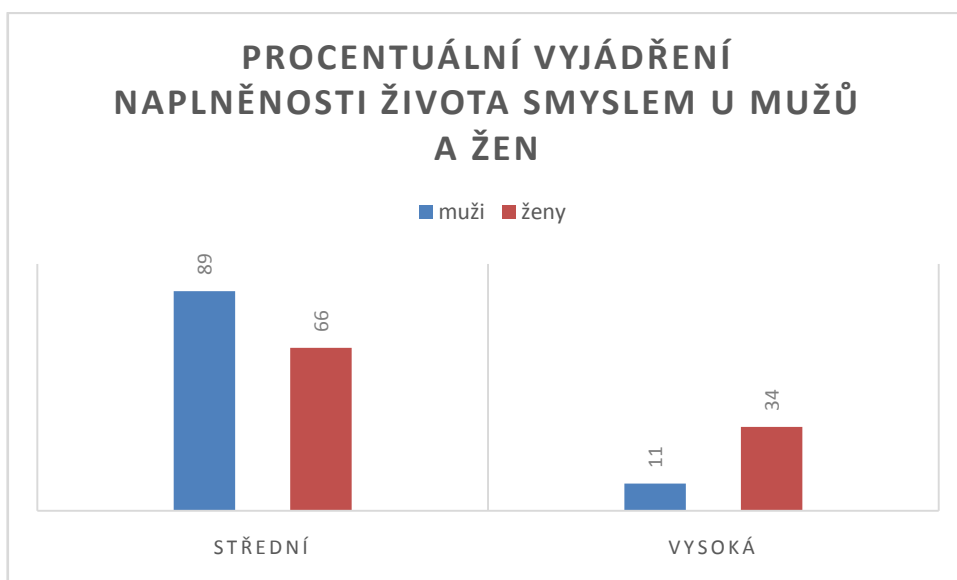
Graf 3. znázorňuje poslední skupinu respondentů, kterou tvoří klienti, pobýající ve svém vlastním sociálním prostředí, u všech byla zastoupena střední hodnota naplnění smyslu života.

**Graf 4. Celkový průměr výsledků všech dotazovaných respondentů naplněnosti života smyslem dle LOGO test**



Graf 4. znázorňuje celkový průměr naplněnosti života smyslem u všech dotazovaných respondentů. V největší míře je zastoupena střední hodnota naplněnosti života smyslem.

**Graf 5. Procentuální vyjádření naplněnosti smyslu života u mužů a žen**

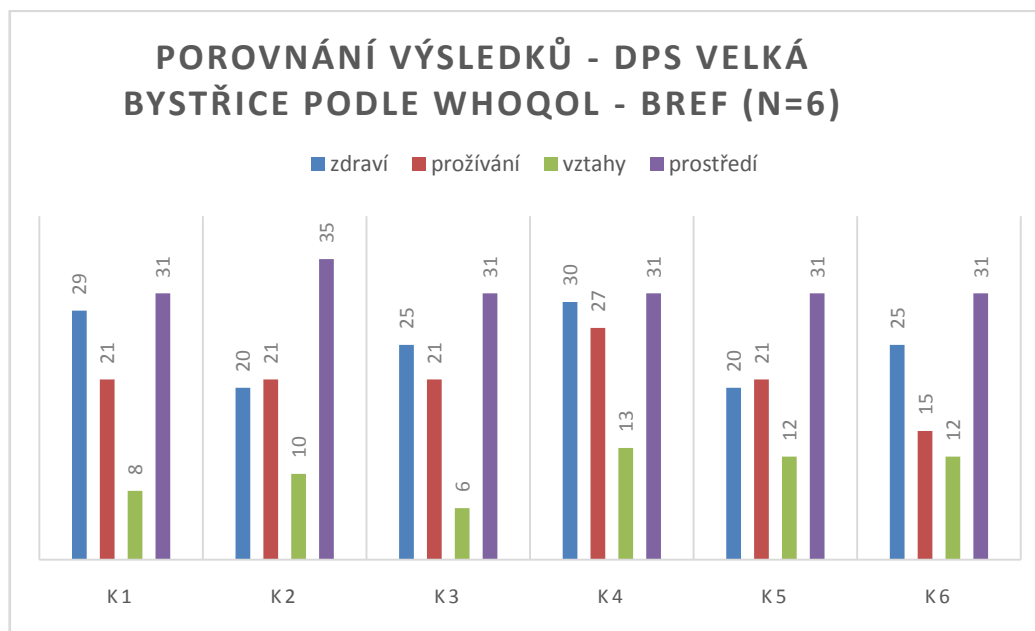


Graf 5. znázorňuje relativní četnosti respondentů v naplněnosti života smyslem u mužů a žen. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu dotazovaných respondentů v zastoupení střední naplněnosti smyslu života mají větší podíl muži, tedy 8 mužů a 6

žen. V zastoupení vysoké naplněnosti života, vévodí naopak ženy. Vysoké naplněnosti smyslu života se těší 3 ženy a 1 muž.

## 7.2 Vyhodnocení testu WHQOL - BREF

Graf 6. Výsledky vyhodnocení testu WHQOL - BREF DPS Velká Bystřice



Graf 6. Znárodnuje výsledky jednotlivých zkoumaných oblastí u klientů pobývajících v DPS ve Velké Bystřici. Jednotlivé zkoumané oblasti:

**Oblast zdraví** - V této části dotazníku respondenti odpovídali na celkem sedm otázek týkajících se zdraví v posledních čtrnácti dnech. Volit mohli z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Maximální možný počet bodů byl 35. Z grafického zpracování vyplývá, že hodnoty zdraví se u mužů a u žen příliš neliší, přičemž první tři respondenti jsou vždy muži a zbylé tři ženy. Nejnížší hodnoty uvedli respondenti K2 a K5 pouze 20 bodů, přičemž nejvyšší hodnotu uvedl respondent K4, 30 bodů.

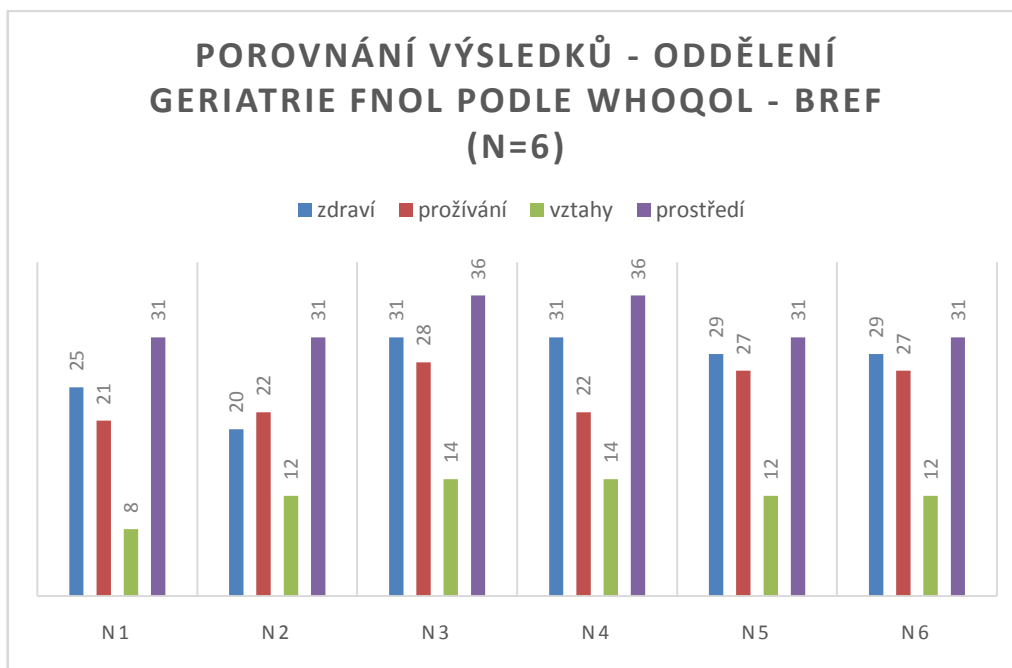
**Oblast prožívání** - V další části dotazníku respondenti odpovídali na celkem šest otázek týkajících se prožívání v posledních čtrnácti dnech. Volit mohli z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 5, 6, 7, 11, 19. Maximální možný počet bodů byl 30. Z grafického zpracování vyplývá, že hodnoty prožívání u mužů se neliší, ačkoliv u

žen jsou rozdíly ve výsledcích poměrně znatelné. Nejnižší hodnotu uvedl respondent K6, pouze 15 bodů. Nejvyšší hodnotu uvedl respondent K4, 27 bodů.

**Oblast vztahů** - Ve třetí části dotazníku respondenti odpovídali na tři otázky týkající se sociálních vztahů. Volit mohli opět z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 20, 21, 22. Maximální možný počet bodů byl 15. Z grafického zpracování je patrné, že vyšší skóre, je zastoupeno u žen. Nejnižší hodnocení uvedl respondent K3, 6 bodů. Naopak nejvyšší hodnocení je zastoupeno u respondenta K4, 13 bodů.

**Oblast prostředí** - Ve čtvrté části dotazníku respondenti odpovídali na osm otázek týkajících se prostředí. Volit mohli také z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Maximální možný počet bodů byl 40. Výsledné hodnoty se u mužů i žen výrazně neliší. Nejnižší hodnotu, tedy 31 bodů uvedla většina dotazovaných. Naopak nejvyšší hodnotu 35 bodů uvedl respondent K2.

**Graf 7. Výsledky vyhodnocení testu WHQOL – BREF FNOL**



Graf 7. Znázorňuje výsledky jednotlivých zkoumaných oblastí u klientů pobývajících na oddělení geriatric FNOL. Jednotlivé zkoumané oblasti:

**Oblast zdraví** - V této části dotazníku respondenti odpovídali na celkem sedm otázek týkajících se zdraví v posledních čtrnácti dnech. Volit mohli z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Maximální možný počet bodů byl 35. Z grafického zpracování je patrné, že výsledky mužů se od sebe mírně liší,

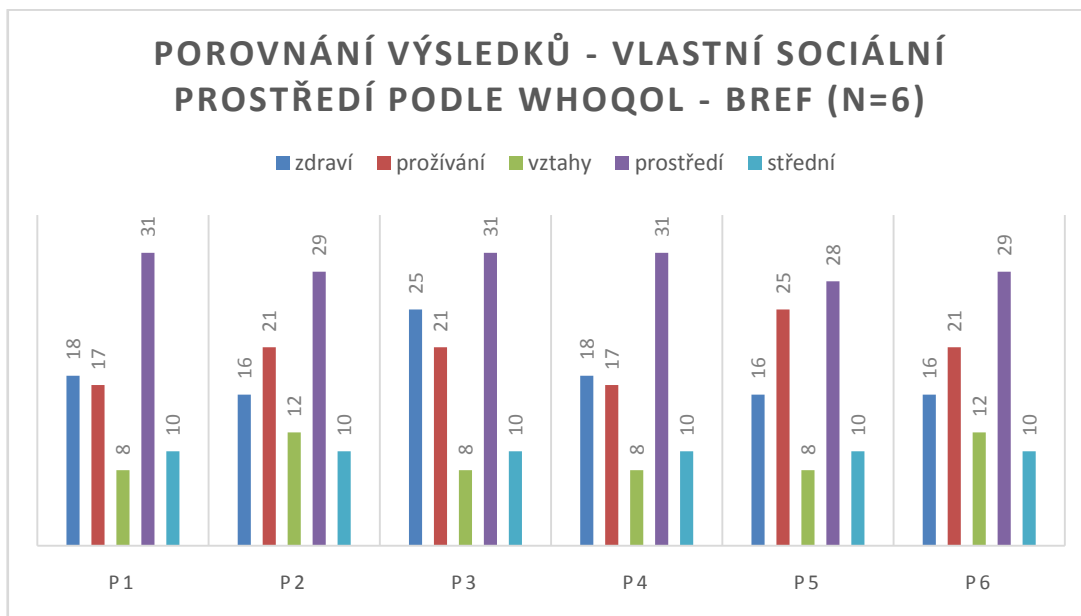
naopak výsledky u žen se liší pouze nepatrně. Nejnižší skóre uvedl respondent N2 pouze 20 bodů. Naopak nejvyšší skóre je zaznamenáno u respondentů N3 a N4, 31 bodů. Je patrné, že celkově se hodnoty zdraví ve vyšším skóre pohybují u žen.

**Oblast prožívání-** V další části dotazníku respondenti odpovídali na celkem šest otázek týkajících se prožívání v posledních čtrnácti dnech. Volit mohli z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 5, 6, 7, 11, 19. Maximální možný počet bodů byl 30. Nejnižší bodování uvedl respondent N1 21 bodů, nejvyšší naopak respondent N3 28 bodů. Výsledné hodnoty mužů a žen se celkově liší pouze minimálně.

**Oblast vztahů** - Ve třetí části dotazníku respondenti odpovídali na tři otázky týkající se sociálních vztahů. Volit mohli opět z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 20, 21, 22. Maximální možný počet bodů byl 15. Z grafického zpracování je zřejmé, že výsledné hodnoty jsou u žen o něco vyšší než u mužů. Nejnižší skóre uvedl respondent N1, 8 bodů. Nejvyšší skóre uvedli respondenti N3 a N4, 14 bodů.

**Oblast prostředí** - Ve čtvrté části dotazníku respondenti odpovídali na osm otázek týkajících se prostředí. Volit mohli také z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Maximální možný počet bodů byl 40. Z vypracovaného grafu lze vidět nepříliš odlišné hodnoty mužů a žen. Nižší hodnoty uvedli respondenti N1, N2, N5 a N6, 31 bodů, vyšší hodnoty uvedli respondenti N3 a N4, 36 bodů.

**Graf 8. Výsledky vyhodnocení testu WHQOL – BREF Vlastní sociální prostředí**



Graf 8. Znázorňuje výsledky jednotlivých zkoumaných oblastí u klientů pobývajících ve vlastním sociálním prostředí. Jednotlivé zkoumané oblasti:



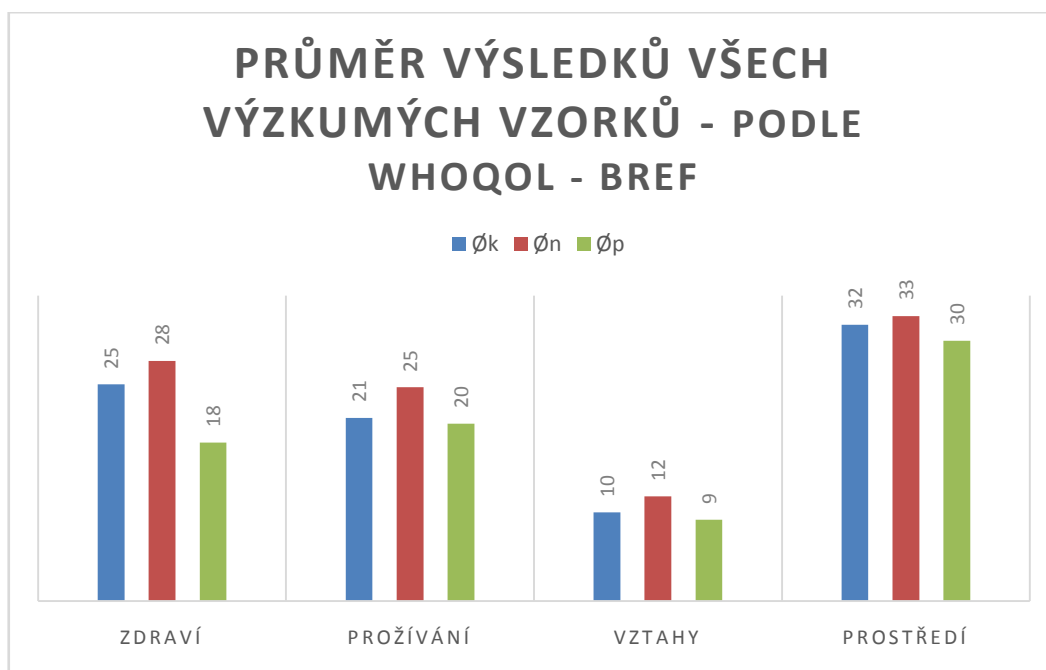
**Oblast zdraví** - V této části dotazníku respondenti odpovídali na celkem sedm otázek týkajících se zdraví v posledních čtrnácti dnech. Volit mohli z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Maximální možný počet bodů byl 35. Z grafického vyjádření je patrné, že oblast zdraví získala v tomto výzkumném vzorku souhrnně nejnižší počet bodů. Nejnižší bodové zastoupení získali respondenti P2, P5 a P6, pouze 16 bodů. Nejvyšší hodnocení měl naopak respondent P3, 25 bodů. Rozdíly ve výsledcích mužů a žen nejsou nijak markantní.

**Oblast prožívání**- V další části dotazníku respondenti odpovídali na celkem šest otázek týkajících se prožívání v posledních čtrnácti dnech. Volit mohli z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 5, 6, 7, 11, 19. Maximální možný počet bodů byl 30. Z grafu lze vyčíst, že nejnižšího počtu bodů dosáhli respondenti P1 a P4, 17 bodů, nejvyššího hodnocení naopak dosáhl respondent P5, 25 bodů. Opět není přítomen výrazný rozdíl v hodnocení mužů a žen.

**Oblast vztahů** - Ve třetí části dotazníku respondenti odpovídali na tři otázky týkající se sociálních vztahů. Volit mohli opět z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 20, 21, 22. Maximální možný počet bodů byl 15. Nejnižšího hodnocení dosáhli respondenti P1, P3, P4 a P5, 8 bodů. Nejvyšší skóre měli naopak respondenti P2 a P6, 12 bodů. Z výsledků není patrný výrazný rozdíl v hodnocení mezi muži a ženami.

**Oblast prostředí** - Ve čtvrté části dotazníku respondenti odpovídali na osm otázek týkajících se prostředí. Volit mohli také z pětibodové škály. Tvořily ji otázky číslo 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Maximální možný počet bodů byl 40. Nejnižší počet bodů uvedl respondent P5, 28 bodů. Nejvyšší hodnocení je zastoupeno u respondentů P1 a P4, 31 bodů. Respondenti P2, P3 a P6 uvedli 29 bodů. I v tomto případě není z výsledků patrný výraznější rozdíl v hodnocení mužů a žen.

**Graf 9. Průměr výsledků všech výzkumných vzorků dle WHOQOL - BREF**



Graf 9. znázorňuje průměr výsledků všech výzkumných vzorků. Ukazatel K, zahrnuje respondenty K1-K6, ukazatel N, respondenty N1-N6 a ukazatel P, respondenty P1-P6. Z grafu vyplývá, že celkově většina respondentů uvedla nejnižší hodnocení v oblasti sociálních vztahů, nejvyšší hodnocení naopak zaujímá oblast prostředí.

Kvalitou života se ve své Diplomové práci zabývala také Hana Mišáková (*Vliv životního postoje na zdravotní stav a kvalitu prožívaného života*, Olomouc, 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta pedagogická). Ačkoliv se ve své práci zaměřila na částečně odlišný vzorek respondentů, lze mezi oběma pracemi vidět spojitost. Mišáková (2014) si jako skupinu respondentů zvolila klienty vojenského zdravotnického zařízení AČR, bývalé zaměstnance armády a jejich rodinných příslušníků v Moravské Třebové s věkovou hranicí od 62 let. Celý výzkumný projekt byl proveden formou kvalitativního výzkumu. Stejně jako v naší práci byli respondenti Mišákové (2014) požádáni o vyplnění LOGO testu a dotazníku WHOQOL-BREF. Po skončení výzkumu byly výsledky, stejně jako u nás rozpracovány do jednotlivých kazuistik.

Výsledky výzkumného šetření stejně jako v naší práci ukázaly, že jedním z nejdůležitějších aspektů mající vliv na kvalitu života je pozitivní přístup k životu. Jak sama uvádí, někdo svým pozitivním přístupem dokáže překonat mnohé životní obtíže jako je nemoc, závažná ztráta a jiné.

*„Nezáleží na věku, pohlaví, vzdělání ani povolání, ale na tom, jaký člověk je, jak k životu přistupuje, jak se chová ke svým blízkým a celému okolí“* (Mišáková, 2014 s. 79). Je možné konstatovat, že obě práce mají mnoho společného. S rozdílem tří let, je patrné, že se přístup ke kvalitě života jednotlivých osob příliš nezměnil a v budoucích letech ani pravděpodobně nezmění, jelikož přístup k vlastnímu životu je velice individuální a záleží na každém, jakou variantu si pro své životní prožívání vybere.

## 8 Závěr

V úvodu diplomové práce jsme si položili několik otázek, na které budeme odpovídat výsledky našeho výzkumného šetření.

Hlavním cílem této práce bylo shromáždění základních informací týkajících se odlišností a různorodostí péče o seniory v domácím a ústavním prostředí. Tento cíl je posléze rozpracován do dílčích cílů:

### **1. Dílčí cíl: Zjistit, hlavní odlišnosti poskytované péče v domácím a ústavním prostředí.**

Ačkoliv rozdíly v poskytování péče o seniory nejsou nikterak markantní, je překvapující, že celkově nejnižší hodnocení dle dotazníku WHOQOL – BREF zaujímá skupina seniorů žijící v domácím prostředí. V oblasti sociálních vztahů získala ve srovnání s ostatními výzkumnými vzorky nejnižší počet bodů. Překvapující je tento výsledek také proto, že všeobecně je rozšířené dogma, že doma je člověku nejlépe. Jak je vidět z výsledků, nemusí tomu být pravdou. Častokrát se doma může člověk cítit osaměle a pomoc se ne vždy musí včas dostavit.

### **2. Dílčí cíl: Zjistit, zda se v případě domácí péče, aktivně zapojuje celá rodina.**

Z šetření vyplynulo, že pokud byly vztahy udržovány za aktivního života seniorů, zpravidla přetrvaly i do období, kdy byli jednotliví senioři odkázáni na pomoc druhých. Samozřejmě v tomto případě se setkáme s výjimkami, kdy jsou senioři i v případě, kdy mají fungující rodinu, odkázáni na pomoc cizích lidí, neboť jim ji vlastní rodina nedokáže zajistit. Další skupinu tvoří jednotlivci, kteří vlastní rodinu nikdy neměli, a tak jim nezbyvá než přijmout pomoc lidí k tomu určených.

### **3. Dílčí cíl: Zjistit, co klienti v ústavní péči postrádají nejvíce.**

Překvapivým bylo zjištění, že klienti pobývající na oddělení geriatric FNOL nepostrádají zpravidla nic. Při jednotlivých rozhovorech bylo zjištěno, že většina klientů pobývajících na oddělení je tu pouze krátkodobě, například po operaci nebo při zhoršení stavu a velmi brzy je čeká návrat domů. Klienti si ale chválili možnosti vyplnění volného času na oddělení a celkově sympatizovali s chodem oddělení.

#### **4. Dílčí cíl: Zjistit, která skupina seniorů vede aktivnější společenský život.**

Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět. Z výzkumného šetření ale vyplynulo, že aktivnější společenský život vedou senioři, žijící v zařízení sociálního i ústavního typu, než senioři žijící doma. Je to dáno nabídkou zájmových aktivit a zprostředkování kontaktu, které dané zařízení nabízí. U seniorů žijících doma, je kladen důraz na uspokojení potřeb biologických. V současné době u nás ještě bohužel není vybudován kvalitní systém aktivizace seniorů v domácím prostředí.

Závěrem lze říci, že pokud si člověk bude své zdraví, schopnosti a duševní pohodu hýčkat již během aktivního života, je velmi pravděpodobné, že i v pokročilejším věku dokáže zdravě uvažovat, navazovat nové vztahy a především bude schopen fungovat v každodenním životě a být oporou svým blízkým. Pokud člověk dokáže uplatnit ve svém životě tzv. pozitivní přístup, má větší pravděpodobnost snazšího snášení nepřízní osudu jako jsou závažná onemocnění, úmrtí blízkého člověka a dalších nepříjemných událostí.

Cílem této diplomové práce bylo nejen zodpovězení výzkumných otázek a jejich zpracování v grafické podobě. Malým cílem je i motivovat okolí k pozitivnímu přístupu ke stáří, k respektu ke starším, k ocenění práce veškerých ošetřujících v geriatrii a v neposlední řadě přijmout stáří jako každodenní běžnou realitu, před kterou není nutno se skrývat.

## 9 Souhrn

Cílem této diplomové práce bylo zjistit rozdíl mezi kvalitou života v domácím a ústavním prostředí. Zda zdravotní stav, klima a okolí ovlivňuje jedince v jeho sociálním prostředí ať už vlastním či ústavním.

Teoretická část definuje termíny, jako jsou stáří a stárnutí. Zabývá se zvláštnostmi seniorského věku, přibližuje vývoj ústavní péče v Čechách, informuje o začátcích vývoje gerontologie jako vědního oboru, jmenuje změny v oblasti geriatrie, které přicházejí spolu s rokem 1989 až do současnosti.

Praktická část nám předkládá výsledky výzkumného šetření u vybrané skupiny respondentů, kteří splňovali parametry cílové skupiny, tedy senioři ve věku od 65 let, z nichž první skupina pobývala v DPS sv. Anny ve Velké Bystřici, druhá na oddělení geriatrie FNOL a třetí pobývala ve svém vlastním sociálním prostředí. Pomocí rozhovoru, dotazníkového šetření a testu byly získány informace, které byly popsány v jednotlivých kazuistikách a také pro větší přehlednost uspořádány do grafů.

Výsledkem výzkumného šetření je zjištění, že lze prožít spokojený život bez ohledu na věk, pohlaví a dosažené vzdělání, pokud člověk přijme život takový jaký je, bez přehnané sebelítosti a s odhodláním seberealizovat se.

Výsledkem výzkumného šetření v osobní rovině je zamyšlení se nad vlastním právě prožívaným životem, pohled na svou životní dráhu ze zcela nového úhlu. Zamyšlení se nad otázkami, které bychom si měli klást bez ohledu na vlastní životní příběh. Zejména na otázku nejdůležitější. Jakým způsobem naložím s časem, který mi byl dopřán? Pro každého se naskýtá jiná odpověď na tuto otázku, základem by však měla být úprava životního postoje a náhledu na lidské bytí.

## 10 Summary

The main aim of this diploma thesis was a comparison of the differences in senior's quality of life at home and in institutional care. The main focus was also on the ascertainment, whether factors such as health, climate or environment have an influence on the life of an individual.

There is the description of terms such as senior, aging, human needs in old age and institutional care in the theoretical part of the thesis. The theoretical part deals with oddities of persons at an elderly age. The theoretical part also deals with a development of the institutional care. It also informs about the birth and development of a gerontology as a separate scientific discipline that started in 1989.

In the empirical part of the thesis is the presentation of the results of the research. The respondents of the research were expected to be 65 years old. The total number of respondents was divided into three groups.

The first group of seniors lived at, Saint's Anne home for the elderly people in the Town of Velká Bystřice. The second group was accommodated at the department of geriatric in the college hospital in Olomouc. The third group lives in their own social environment. Concerning the data collection, the research methods such as the questionnaire, interview, and the test were used for data collection. The collected data were rewritten into case interpretations and graphs.

The result of the survey is the finding that it is possible to live satisfying life no matter age, gender, a level of education provided that the individual accepts his life just as it is without, excessive self-pity and with the resolution of self-realization.

The result of the research on the personal level is about reflection on one's own life and his or her care from a totally different point of view. The aim of it is also associated with specific questions concerning spending a life time of an individual. There are many different answers to that questions, however, the basic principles are about the change of attitude towards someone's life.

## Referenční seznam

- 1) ADELMAN, A., DALY, M., WEISS, B., 2001. *20 common problems in geriatrics*. Editor Alan ADELMAN, editor Mel P. DALY, editor Barry D. WEISS. New York, N.Y.: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 432 s. ISBN 007-00051-84.
- 2) BURGGRAF, V., BARRY, R., 1996. *Gerontological nursing: current practice and research*. Editor Virginia BURGGRAF, editor Richard BARRY. Thoro fare, N. J.: SLACK, 314 s. ISBN 155-6422-849.
- 3) ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- 4) DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 5) HAŠKOVCOVÁ, H. 1989. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 407 s. ISBN 80-7038-158-2
- 6) HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- 7) HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 8) HOGENOVÁ, A. 2013. *K fenoménu stáří*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 278 s. ISBN 978-80-7290-593-5.
- 9) HOLMEROVÁ, I. 2014. *Na pomoc pečujícím: příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 25 s. ISBN 978-80-86541-33-4.
- 10) JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
- 11) JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- 12) KALVACH, Z. 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
- 13) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.



- 14) KAMP, A., HVID, H., 2012. *Elderly care in transition: management, meaning and identity at work*. Editor Annette KAMP, editor Helge HVID. Copenhagen: Copenhagen Business School Press, 243 s. ISBN 978-87-630-0244-8.
- 15) KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 16) MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 17) MATOUŠEK, O. 1995. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- 18) MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 19) MISCONIOVÁ, B. 1998. *Management komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče České republiky - Národní centrum domácí péče, 80 s. bez ISBN.
- 20) MIŠÁKOVÁ, H. 2014. *Vliv životního postoje na zdravotní stav a kvalitu prožívaného života: Diplomová práce*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Vedoucí práce: Marie Chrásková.
- 21) MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 203 s. vyd.2, ISBN 978-80-210-5029-7.
- 22) MÜHLPACHR, P. 2005. *Schola gerontologica*, Brno: Masarykova Univerzita, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- 23) MUCHOVÁ, Z. 2011. *Byl jednou jeden dům*. České Budějovice: Nová Forma, 120 s. ISBN 978-80-7453-078-4.
- 24) NOVÁK, T. 2011. *Péče o pečující – jak být pečovatelem také sám sobě*. Brno: Moravskoslezský kruh, 87 s. ISBN 978-80-254-9149-2.
- 25) ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-1997.
- 26) PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H., 1981. *Gerontologie*. Praha, bez ISBN.
- 27) PACOVSKÝ, V. 1997. *Proti věku není léku*. Praha: Karolinum, 124 s. ISBN 80-7184-486-1.
- 28) PICHAUD, C., THAREAU, I., 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

- 29) POCHMANOVÁ, K. 2015. *Průvodce domácí péčí – pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří péči poskytují*. Praha: Cesta domů, 45 s. ISBN 978-80-905809-2-3.
- 30) PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2001. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 32 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
- 31) REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 32) ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVICOVÁ, L., 2014. *Gerontologie - současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Karolinum, 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
- 33) TOPINKOVÁ, E. 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- 34) VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 353 s. ISBN 80-7184-803-4.
- 35) VÁŽANSKÝ, M. 2010. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD, 200 s. ISBN 978-80-7392-130-9.
- 36) VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 37) WALKER, A. 2002. *Strategy for active aging*. International social security review, roč. 55, s. 121-139. ISSN 1468-246X.
- 38) WEBER, P. 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- 39) WIENER, R., WILLBORN, S., 2011. *Disability and aging discrimination: perspectives in law and psychology*. Editor Richard L. WIENER, editor Steven L. WILLBORN. New York, N. Y, 270 s. ISBN 978-1-4419-6292-8.
- 40) *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra: adresář agentur domácí péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 1998, 41 s. bez ISBN.
- 41) *Co je domácí péče a domácí hospitalizace* [online] 2016 [cit 2017-1-14]. Dostupné z <http://www.domaci-pece.eu/o-nas/>

## 11 Seznam grafů

Graf 1. Naplnění smyslu života u klientů pobývajících v DPS ve Velké Bystřici.....	74
Graf 2. Naplnění smyslu života u klientů pobývajících na oddělení geriatry FNOL.....	75
Graf 3. Naplnění smyslu života u klientů pobývajících ve vlastním sociálním prostředí ...	76
Graf 4. Celkový průměr výsledků naplněnosti života smyslem všech dotazovaných respondentů.....	76
Graf 5. Procentuální vyjádření naplněnosti smyslu života u mužů a žen.....	77
Graf 6. Výsledky vyhodnocení testu WHQOL - BREFDPS Velká Bystřice.....	78
Graf 7. Výsledky vyhodnocení testu WHQOL - BREF oddělení geriatry FNOL.....	79
Graf 8. Výsledky vyhodnocení testu WHQOL - BREF vlastní sociální prostředí.....	80
Graf 9. Průměr výsledků všech výzkumných vzorků dle WHQOL – BREF.....	82

## **12 Seznam tabulek**

Tabulka 1. Test ADL dle Barthelové

## **13 Seznam zkratek**

WHOQOL-BREF - dotazník World Health Organization Quality of Life Assessment, zkrácená verze

## **14 Seznam příloh**

Příloha 1. WHOQOL – BREF

Příloha 2. Logo test Dle Elizabeth Lucasové

Příloha 3. Vyhodnocení LOGO testu

Příloha 4. Struktura rozhovoru s respondenty

Příloha 5. Žádost o povolení sběru dat na oddělení geriatric FNOL

Příloha 6. Žádost o povolení sběru dat v DPS ve Velké Bystřici

Příloha 7. Informovaný souhlas klientů k povolení zpracování dat

## Příloha 1. WHOQOL – BREF

PCP 2003

### KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

#### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Odpovíte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Půjme se Váš na Váš život za poslední dva týdny. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Váš zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Destáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkujte byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Destáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkujte byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5



	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
16. Jak jste spokojen/á se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/á se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/á se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/á sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/á se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/á se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/á s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/á s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/á s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/á s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je napětí, rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

(Dragomirecká, 2006)

## **Příloha 2. Logo test Dle Elizabeth Lucasové**

### **Logo test Dle Elizabeth Lucasové**

Přečtěte si prosím následující tvrzení. Jsou-li mezi nimi taková, s nimiž se osobně shodujete tak, že by mohly být výroky Vaše, zaškrtněte - **ano**.

Jsou-li mezi nimi taková, která obsahují úplný protiklad Vašeho osobního mínění, zaškrtněte – **ne**.

#### **Oddíl 1.**

1. Mám jisté představy, jaký bych měl být a jak bych měl dosáhnout úspěchu a pokouším se všemi silami tyto představy uskutečnit.

Ano                      Ne

2. Cítím se dobře pouze v bezpečí domova, v kruhu rodiny a rád bych přišel k tomu, abych vytvořil takové prostředí také dětem.

Ano                      Ne

3. Ve své práci v povolání, které toho času vykonávám nebo pro které se teprve vzdělávám, nacházím celé své naplnění.

Ano                      Ne

4. Mám vůči jednomu nebo více jiným lidem závazky a vztahy, jimž dostát mi přináší radost.

Ano                      Ne

5. Existuje obor, který mě obzvláště zajímá, v němž bych se mohl něco přiučit a jímž se zabývám kdykoliv mám čas.

Ano                      Ne

6. Mám radost ze zážitků jistého druhu (požitek z umění, z pozorování přírody apod.) a nerad bych je postrádal

Ano                      Ne

7. Pevně věřím v náboženské nebo humanistické úkoly (nebo úkoly ve službě pokroku) a jsem jim k dispozici.

Ano                      Ne

8. Můj život je zastíněn nouzí, starostmi nebo nemocí, ale přesto se ze všech sil snažím tuto situaci zlepšit.

Ano                      Ne

## Oddíl 2.

Zaškrtněte prosím odpovědi, jak často jste už měli následující zážitky a snažte se být poctivý, je to jen pro Vás. Možnosti odpovědi jsou tři: první - **velmi často**, druhá - **tu a tam** a třetí - **nikdy**.

1. Pocit bezmocného hněvu, protože jste se domníval, že všechno, co bylo dosud, dělal jste zbytečně.

Velmi často                      tu a tam                      nikdy

2. Přání být ještě jednou dítětem a moci všechno zažít znovu od začátku.

Velmi často                      tu a tam                      nikdy

3. Zjištění, že se pokoušíte dělat před sebou nebo před jinými osobami svůj život hodnotnější, než skutečně je.

Velmi často

tu a tam

nikdy

4. Odpor zatěžovat se hlubokými nebo nepohodlnými myšlenkami o svém konání a působení.

Velmi často

tu a tam

nikdy

5. Naději, že budete moci z nějakého nezdařeného záměru nebo z nějakého neštěstí udělat pozitivní událost, když pro to nasadíte všechny své síly.

Velmi často

tu a tam

nikdy

6. Myšlenku, že tváří v tvář smrti budete muset říci, že nestálo za to žít.

Velmi často

tu a tam

nikdy

### **Příloha 3. Vyhodnocení LOGO testu**

#### **Vyhodnocení LOGO testu:**

##### ***Oddíl I:***

Odpověď **ano** je hodnota 0 bodů.

Odpověď **ne** je hodnota 2 body.

##### ***Oddíl II:***

Odpověď **velmi často** je ohodnocena 2 body.

Odpověď **tu a tam** je ohodnocena 1 bodem.

Odpověď **nikdy** je ohodnocena 0 bodů.

Výjimkou je otázka číslo 5.

Kde je odpověď **velmi často** ohodnocena 0 bodů.

Odpověď **tu a tam** je ohodnocena 1 bodem.

Odpověď **nikdy** je ohodnocena 2 body.

#### **Výsledky:**

Osoby s největším naplněním smyslu, jsou tací, kteří dosáhli od 0 do 6 bodů.

Se středním naplněním smyslu od 7 do 16 bodů.

S nejnižším naplněním smyslu od 16 do 28 bodů.

Důležité je podotknout, že se jedná o proměnlivou věc a odpovědi se mohou časem změnit.

## **Příloha 4. Struktura rozhovoru s respondenty**

### **Osobní údaje:**

- Pan/i
- Věk
- Rodinný stav
- Děti
- Bydliště
- Vzdělání
- Dřívější zaměstnání
- Finanční zabezpečení

### **Zdravotní a fyzický stav:**

- Energie/únava
- Spánek
- Soběstačnost
- Zdravotní problémy, které nejvíce ovlivňují život
- Potřeba pomoci okolím

### **Psychický stav:**

- Sebedůvěra
- Soustředění
- Spokojenost se sebou
- Negativní pocity

### **Způsob života:**

- Životaspráva
- Stravování
- Volný čas
- Záliby/koníčky
- Cestování

### **Závěr: .**

- Subjektivní názor na kvalitu prožitého života

## Příloha 5. Žádost o povolení sběru dat na oddělení geriatry FNOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLMOUC

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc  
Tel. 588 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)  
IČO: 00098892

ODBOR KVALITY

Dokument č.:  
Fm-MP-G015-05-PRLIST-001

verze č.: 1, str. 1/1

### Průvodní list k sociologickému průzkumu

**Název sociologického průzkumu:** Kvalita života seniorů v domácím a ústavním prostředí

**Pracoviště FNOL dotčená průzkumem:** Oddělení geriatry

**Zadavatel:** Denisa Horáková

**Datum realizace průzkumu:** Od 6.2 – 10.2 2017

**Typ výzkumné strategie:**

kvantitativní

kvalitativní

#### Stručný popis výzkumné strategie:

Např.:

1. Typ výzkumné strategie
2. Teoretické podklady, pracovní hypotézy, sociální problém...
3. Vzorkování, technika sběru dat, vzor dotazníku ...
4. Analýza a interpretace dat, hodnocení hypotéz...

Po vybrání 10 různorodých respondentů, by pomocí kvalitativních metod (Rozhovor, Pozorování) byla zjišťována kvalita života v rámci ústavního zařízení. Respondenti by byli také požádáni o vyplnění dotazníku WHQOL – BREF a LOGO TESTU. Výsledky šetření z tohoto zařízení by dále v rámci práce byly srovnávány s kvalitou života seniorů v sociálním zařízení a dále v péči domácí.

Mgr. Jiřina Cahlíková, MBA  
vedoucí Odboru kvality  
Fakultní nemocnice Olomouc

**Vypracoval:** Denisa Horáková

**Schválil:** 10.2.2017

**Ukončení průzkumu:**  
10.2 2017

**Poznámky:**

## Příloha 6. Žádost o povolení sběru dat v DPS ve Velké Bystřici

Vážený pan

Mgr. Zdeněk Lakomý

ředitel domova pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici

Týnecká 10, 783 53 Velká Bystřice

**Věc: žádost o povolení sběru dat k výzkumu v domově pokojného stáří ve Velké Bystřici**

Vážený pane řediteli,

chtěla bych Vás požádat o povolení k výzkumnému šetření u klientů domova v rámci mé diplomové práce.

Cílem šetření je zmapovat kvalitu života seniorů v domově.

Svou práci vypracovávám pod vedením PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, PhD. na katedře antropologie a zdravotvědy PdF UP.

Výzkumné šetření bude prováděno formou volného i standardizovaného rozhovoru, dále budou respondenti požádáni o vyplnění LOGO testu a dotazníku WHOQOL – BREF .

V případě zájmu Vám ráda poskytnu výsledky šetření.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Bc. Denisa Horáková

studentka 5. ročníku PdF UP v Olomouci

Kontaktní adresa

Mgr. Zdeněk Lakomý

Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice

Týnecká 10, 783 53 Velká Bystřice

Kontaktní adresa

Denisa Horáková

Přáslavice 10, 78354

Vyjádření k žádosti:  žádost povolena  žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko

3.2.2017.





## **Příloha 7. Informovaný souhlas klientů k povolení zpracování dat**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Souhlasím se svou účastí na výzkumném šetření Bc. Denisy Horákové, které provádí v rámci studia Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Potvrzuji tímto, že rozumím následujícím informacím a souhlasím s využitím mnou poskytnutých údajů k zpracování v diplomové práci „Kvalita života seniorů v domácím a ústavním prostředí“. Souhlasím s rozhovorem i s tím že, mnou poskytnuté údaje budou využity ke statistickému zpracování. Bude zachována důvěrnost dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

V Olomouci dne 3.2 2017

Jméno a podpis:

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Denisa Horáková
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní péče
<b>Vedoucí práce:</b>	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Kvalita života seniorů v domácím a ústavním prostředí
<b>Název v angličtině:</b>	The quality of life of the seniors at domestic and institutional environment
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá rozdílností kvality života seniorů v domácím a ústavním prostředí. Teoretická část popisuje pojmy jako je senior, stárnutí, stáří, potřeby člověka ve stáří, ústavní péče. Zabývá se zvláštnostmi osob seniorského věku. Praktická část předkládá výsledky výzkumného šetření uspořádané do kazuistik, grafů a tabulek.
<b>Klíčová slova:</b>	senior, stárnutí, stáří, potřeby, ústavní péče, domácí péče, volný čas
<b>Anotace v angličtině:</b>	The diploma thesis is focused on a comparison of the differences in senior's quality of life at home and in institutional care. There is the description of terms such as senior, aging, human needs in old age and institutional care in the theoretical part of the thesis. The theoretical part deals with oddities of persons at an elderly age. Concerning the empirical presents the result of the research which is organized into case interpretations, graphs and charts.

<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	senior, age homes for elderly, institutional care, free time, communication, worker in social services, interview
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	93 s. 11 s. příloh
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

