

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Barbora Kubaczková

Naplňování individuálních potřeb osob seniorského věku

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně s použitím odborné literatury, která je uvedena v seznamu bibliografických citací a za pomoci rad a připomínek mého vedoucího práce Mgr. Oldřicha Müllera, Ph.D.

V Olomouci dne

.....

Barbora Kubaczková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala mému vedoucímu práce panu Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za pomoc, podporu a vstřícné vedení této bakalářské práce. Dále mé poděkování patří vedení Domova seniorů FRANTIŠEK, p.o. Náměšť na Hané, za umožnění výzkumu v tomto zařízení a také respondentům, kteří se na jeho realizaci podíleli. Poděkování patří také mé rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

OBSAH

ÚVOD	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	6
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	6
1.1 Vymezení pojmů	6
1.2 Periodizace období stáří	7
1.3 Změny ve stáří	7
1.3.1 Biologické změny	8
1.3.2 Psychické změny	8
1.3.3 Sociální změny	9
1.4 Příprava na stáří	10
1.5 Adaptace na stáří	11
1.6 Postoj společnosti ke stáří	13
2 SYNDROM DEMENCE	15
2.1 Specifika komunikace	16
2.2 Demence u Alzheimerovi nemoci	18
2.3 Mírná kognitivní porucha	19
3 LIDSKÉ POTŘEBY	21
3.1 Potřeba	21
3.2 Dělení potřeb	21
3.2.1 Biologické potřeby	21
3.2.2 Psychické potřeby	22
3.2.3 Sociální potřeby	22
3.2.4 Spirituální potřeby	22
3.3 Vývoj lidských potřeb v období stáří	22
3.4 Saturace potřeb	23
3.4.1 Faktory ovlivňující naplnění potřeb	23
3.4.2 Nedostatečná saturace potřeb	24
3.4.3 Bariéry v naplňování potřeb	25
3.5 Teorie potřeb dle Abrahama Maslowa	26
3.6 Dům životních potřeb dle Heleny Chloubové	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST	30

4	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	30
4.1	Cíle a metodologie výzkumu.....	30
4.2	Průběh sběru dat.....	31
4.2.1	Domov seniorů FRANTIŠEK, p.o. Náměšť na Hané	31
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	31
4.4	Analýza výsledků dotazníkového šetření	32
4.5	Interpretace výsledků výzkumu	39
4.6	Shrnutí výsledků výzkumného šetření	40
4.7	Doporučení pro praxi	41
	ZÁVĚR.....	42
	Seznam bibliografických citací.....	43
	Seznam elektronických zdrojů	48
	Seznam grafů	49
	Seznam tabulek a obrázků.....	50
	Seznam příloh	51

ÚVOD

„...Naučit se stárnout vyžaduje moudrost a odvalu. Stáří je jedna z nejtěžších kapitol velkého umění žít...“ (Jan Pavel II. in Suchomelová 2016, str. 11).

V procesu uvažování nad tématem mé bakalářské práce jsem brala v úvahu můj studijní obor a možnosti praxe, které jsem měla příležitost absolvovat, a proto jsem si vybrala za cílovou skupinu osoby seniorského věku. Výrazný podíl na tom má i skutečnost, že jsem často obkloповána osobami této věkové kategorie např. díky mému působení v organizaci Spolek Trend vozíčkářů Olomouc, kde jsem měla možnost setkat se s lidmi jako osobní asistentka. Díky studiu a veškerým praxím jsem si uvědomila, že práce se seniory mě natolik baví, že jsem měla i jasnou volbu při výběru tématu.

Ve své bakalářské práci se zaměřím na seniory, jejich potřeby a naplňování těchto potřeb. Starých lidí v lidské populaci stále přibývá. Považuji za úžasné, jak se lidský život stále prodlužuje a člověk se dožívá daleko vyššího věku než dříve. Dožít se vysokého věku bylo kdysi vyhrazeno pouze několika vyvoleným. V dnešní době je osmdesátiletý člověk běžnou záležitostí. Z tohoto důvodu je tedy důležité, abychom zajistili kvalitu lidského života v období stáří a abychom seniorům porozuměli a nevyklučovali je z našich životů.

Cílem mé bakalářské práce je analyzovat míru spokojenosti osob seniorského věku v sociální službě domov pro seniory.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části budou definovány všechny potřebné pojmy, jako jsou např. senior, stáří a stárnutí. Rovněž budou představeny změny ve stáří, příprava i adaptace na stáří a je definován pojem ageismus. Následuje kapitola věnována syndromu demence, kde bude vysvětlena demence u Alzheimerovy nemoci, mírně kognitivní porucha a také specifika komunikace. Třetí kapitola obsahuje přehled lidských potřeb, dělení lidských potřeb, jejich vývoj a naplňování. Dále bude také představena teorie potřeb dle Abrahama Maslowa a Dům potřeb Heleny Chloubové.

V rámci výzkumného šetření bude použita kvantitativní metoda pomocí polostrukturovaného dotazníku. Cílovou skupinou se stali klienti využívající služby Domova seniorů FRANTIŠEK, p.o. Náměšť na Hané.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Počátek teoretické části představí definice základních pojmů pro tuto práci, které se týkají tématu osob seniorského věku, a to stáří a stárnutí, kde se zaměří na biologické, psychické i sociální změny, charakteristické pro toto věkové období. Dále se bude práce věnovat tématu přípravy a adaptace na stáří. Na konci kapitoly bude nastíněno téma postoje společnosti ke stáří a ageismus.

Následující kapitola je věnovaná syndromu demence, kde budou představeny specifika komunikace. Další podkapitoly tvoří témata demence u Alzheimerovy choroby a mírná kognitivní porucha.

Další kapitolu tvoří téma lidské potřeby a jejich naplňování. Tato kapitola se bude zaměřovat na vysvětlení pojmů i jejich klasifikaci. Pozornost bude dále věnovaná saturaci potřeb a seznámení s jednotlivými teoriemi potřeb.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Vymezení pojmů

Mühlpachr (2004) defínuje stáří jako obecné označení pro poslední fáze vývoje lidského jedince. Můžeme ho nazvat důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů ovlivněných mnohými faktory a je spojeno s řadou významných změn.

Zjednodušeně lze říct, že stárnutí je přirozený biologický proces, charakterizován úbytkem funkčních rezerv a zredukovanou způsobilostí organismu adaptace (Štílec, 2004).

Pro pochopení problematiky stáří je důležité nahlížet na něj nejen z pohledu biologického, ale zároveň i sociálního. Biologické stáří zohledňuje celkový fyzický stav a fungování člověka, zatímco pojem sociální stáří zahrnuje proměnu sociálních rolí, finančního zajištění a celkovou proměnu životního stylu (Mühlpachr, 2004).

Příbyl (2015) uvádí faktory, jež ovlivňují proces stárnutí. Jmenuje dva typy: vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory řadí genetickou výbavu, psychickou výbavu, tělesná onemocnění a psychické poruchy. Mezi faktory vnější považuje faktory fyzikální, které zahrnují pracovní a životní prostředí, dále faktory chemické, kam patří kožní a plicní komplikace, a nakonec faktory sociální, které utváří způsob a kvalita bydlení, finanční zabezpečení, rodinné zázemí a vzdělání.

1.2 Periodizace období stáří

Mnoho autorů nahlíží na periodizaci stáří odlišně. Většinou můžeme pozorovat shodu v rozlišení stárnutí na biologické, kalendářní a sociální.

Biologické stáří nelze přesně stanovit. Nejsou stanovena žádná vymezená kritéria. Biologické stáří můžeme charakterizovat na základě různých vnějších znaků, mezi které můžeme zařadit například změnu postavy a postoje, prohloubení vrásek na obličeji, šedivění a vypadávání vlasů, celkový pokles výkonnosti apod. Z určité části je biologické stáří ovlivňováno i jeho subjektivním vnímáním (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Naopak kalendářní stáří je na rozdíl od biologického přesně dané. Příbyl (2015) uvádí, že kalendářní věk je určen datem narození. Kalendářní stáří je tedy dané dosažením určitého věku. Bezpochyby největší výhodou dělení dle kalendářního věku je jeho jednoznačnost a jednoduchost. Za obecně uznávanou periodizaci je považována periodizace lidského věku dle Světové zdravotnické organizace:

- 60-74 let: rané stáří, senescence
- 75-89 let: vlastní stáří, kmetství, senium
- 90 a více let: dlouhověkost, patriarchium

Další členění ve své vývojové psychologii zmiňuje Vágnerové (2008):

- 60-75 let: rané stáří
- 75 a více let: pravé stáří

Věk nad 80 let nazývá jako období čtvrtého věku, které charakterizuje velkou ztrátou tělesných i kognitivních funkcí a s tím spojenými problémy.

Sociální stáří souvisí se změnou životního stylu, s proměnou potřeb i sociálních rolí, která je spojena zejména s odchodem do starobního důchodu (Příbyl, 2015). V ČR je to dáno splněním požadavků pro přiznání starobního důchodu dle zákona O důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

1.3 Změny ve stáří

Stárnutí je proces, který u každého jedince probíhá individuálně. Tento proces je doprovázen pohybovým omezením a změnami, které na sebe navzájem působí a ovlivňují se (Mlýnková, 2011).

Stárnutím doprovázené změny jsou viditelně znatelné na našem vzhledu. Projevují se také ve společenském životě a na duševní stránce člověka. Změny v tomto období jsou chápány spíše jako ztráta, a proto jsou označovány pojmy jako bezmoc, nesoběstačnost a závislost (Tošnerová, 2009).

1.3.1 Biologické změny

Charakteristickým znakem stáří jsou fyziologické změny, přičemž průběh bývá obvykle značně postupný. Nastává zmírnění funkcí všech orgánových soustav. Tělo člověka, obzvláště kůže, ztrácí svoji flexibilitu. Dochází k poklesu elasticity vláken a současně se snižuje schopnost zadržovat vodu. V pohybovém systému dochází ke změně výšky a váhy. V období stáří ubývá svalová hmota a ochabují posturální svaly (Mlýnková, 2011). U 15-20 % osob starších 65 let se vyskytuje porucha chůze, která je způsobena zhoršením schopnosti pohybu. Z tohoto důvodu je na lůžko upoutáno okolo 5 % osob ve věku vyšším 75 let (Topinková, Neuwirth, 1995).

V kardiovaskulárním systému se zaměřujeme na snížení výkonnosti srdce, kterou zaznamenáváme především během větší fyzické námahy či při stresu. Při trávicím procesu nastává zpomalení peristaltické činnosti a vstřebávání živin, vitamínů a dalších tělu potřebných látek. S narůstajícím věkem se také snižuje respirační vitalita a schopnost plic. Zhoršuje se smyslové vnímání, které se projevuje především u zraku a sluchu (Mlýnková, 2011). Toto zhoršení se může projevit nejen při některých pracovních činnostech, ale limitována je mnohdy i možnost relaxace (poslech hudby, četba) a komunikace. Změny ve zrakovém a sluchovém vnímání mají za následek vyšší riziko úrazů (Langmeier a Krejčíková, 1998).

1.3.2 Psychické změny

Změny v psychické sféře se projevují zejména v oblasti komunikace, myšlení, pozornosti, orientace, paměti a intelektu. Tyto změny a jejich projevy jsou vždy individuální (Mlýnková, 2011).

Psychické změny lze považovat za dlouhodobý, komplikovaný a proměnlivý proces, který je ovlivněn věkem a funkcemi těla (Valenta, Müller, 2013).

Nástup stáří je spojený se změnami osobnosti seniora a je poznamenán poklesem rozumových schopností. Objevují se negativní vlastnosti a osobnostní rysy. Obvykle je nutné

rozlišovat mezi nežádoucími projevy v chování seniora vyvolané změnami ve stáří a psychickými problémy (Dvořáčková, 2012).

Psychická aktivita seniorů je podle Mühlpachra (2009) zpomalena. Nastává kombinace duševních onemocnění s psychickými změnami, což v mnoha případech vede ke smutku, deliriu nebo neuróze. Mezi psychické projevy změn v životě seniora patří podle Topinkové (2005) demence, smutek, delirium, problémy s chováním a poruchy adaptace. Venglářová (2007) pojednává o psychických změnách ve stáří, kterými jsou včetně snížené paměti, potíží s učením se novým věcem, nedůvěry, emoční lability, taky změny ve vnímání a zhoršený úsudek.

V období stáří nastávají strukturální a funkční změny mozku a na jejich základě vzniká snížení neuronů, které má za následek atrofii tkáně mozkové (Vágnerová, 2007). V oblasti psychických změn se zachovává integrita osobnosti a mění se její jednotlivé schopnosti. Nastává také změna v hierarchii potřeb, kdy dochází ke zvyšování zájmu o vlastní zdraví a zesiluje se potřeba jistoty a bezpečí. Dalším prvkem pro pozdější věk je prohlubování vlastností a osobnostní rysy, které mohou v některých případech ztrácet na své intenzitě (Jarošová, 2006).

Kognitivní funkce také vykazují známky zhoršení. Degradace pracovní paměti může nastat postupně, až do bodu, kdy má senior problém vybavit si vlastní vzpomínky nebo komunikovat. Plánování každodenních pravidelných činností může být pro některé osoby seniorského věku obtížné a může se snížit fluidní i krystalická inteligence. Reakční časy se zpomalují, senior není schopen ukládat nové informace nebo s nimi zacházet a ztrácí schopnost aplikovat dříve naučené dovednosti (Vágnerová, 2007).

Senioři mají tendenci udržovat si přijatelné emoční rozpoložení, ignorují špatné, nepříjemné zážitky a s přibývajícím věkem se jim vyhýbají. Demence je jedním z častějších problémů spojených se stárnutím. Tento stav způsobuje výrazný pokles rozumových schopností, snižuje soběstačnost a činí osobu závislým na péči druhých (Vágnerová, 2007).

1.3.3 Sociální změny

Se sociálními změnami ve stáří souvisí podle Topinkové (2005) ztráta soběstačnosti, spoléhání se na podporu druhých, sociální izolace, zneužívání a snížená funkce rodiny.

Často se setkáváme s vylučováním seniorů ze společnosti v důsledku bio-psycho-sociálních změn. Toto vyčlenění je tedy spojeno s obtížemi při vytváření nových vztahů nebo upevňování stávajících (Dvořáčková, 2012). Oblast, ve které se odehrávají životy osob této

životní etapy, se postupem času zmenšuje až do té míry, že prostor v různých zařízeních může být omezený. Se stářím souvisí i zúžení sociálních vztahů, kde můžeme zařadit okruh blízkých známých a vrstevníků. Je možné, že se objeví pocit osamělosti. K tomuto pocitu může přispět izolace od společnosti a také změna okolního světa, který se seniorovi může zdát cizí. Roste počet seniorů, kteří jsou nuceni upravit svůj životní styl a žít v sociálním nebo zdravotnickém zařízení. V tomto zařízení poté získají novou sociální roli, a to klienta domova či jiné instituce (Vágnerová, 2007).

K jeho schopnosti reagovat na změny přispívá osobnost seniora. Život seniora je naplněn různými změnami, se kterými se musí vypořádat. Větší zdravotní problémy bez asistence blízkých nutí seniora nebo jeho okolí k přesídlení, nejčastěji do institucionální péče (Venglářová, 2007).

Jarošová (2006) udává, že změna sociálních rolí seniora může často zapříčinit pocit méněcennosti. Pro toto období je charakteristické snížení jedincovi autority, jeho postavení a kontakt se společenským prostředím. Mnohokrát končí pracovní život, se kterým je spojená finanční zabezpečení. Osoby v tomto období mají mnoho času a neví, jak ho smysluplně naplnit. Tento stav obvykle doprovází negativní emoce, neuspokojené potřeby, lítost a mrzutost.

Období stáří se může projevat také výskytem nemocí a změn, které jedince mohou limitovat v každodenních běžných činnostech, na které byl zvyklý. Častá je potřeba pomoci druhé osoby, potřeba využívání kompenzačních pomůcek, nesamostatnost a nesoběstačnost (Mlýnková, 2011). S těmito potřebami pak souvisí využívání sociálních služeb. Pro seniora může být tato situace často náročná a bolestivá (Vágnerová, 2007).

1.4 Příprava na stáří

Z pohledu moderní gerontologie je příprava na stáří považována za velmi významnou (Šimíčková-Čížková, 2008).

Odborníci jsou přesvědčeni, že je potřebné poskytnout osobám seniorského věku informace o sociální a zdravotnické problematice stáří, připravit je na charakteristické projevy stáří a naučit je stáří šťastně prožívat. Pacovský (in Šimíčková-Čížková, 2008) uvádí tři funkce výchovy a vzdělávání ke stáří:

1. Funkce preventivní

Wolf (in Šimíčková-Čížková, 2008) zdůrazňuje důležitost výchovy ke stáří. Tu by bylo nejvhodnější začít alespoň deset let před odchodem do důchodu. Rozlišujeme prevenci individuální a kolektivní. Individuální prevence se zaměřuje na dědičnost a životosprávu, kdežto kolektivní se věnuje civilizačním vlivům (životní prostředí, pracovní vypětí, zátěžové situace atd.) a sociální a zdravotní oblasti. Smysl tedy tkví v tom, abychom včas provedli opatření, která by v budoucím období měla pozitivní a formativní účinky.

2. Funkce anticipační

Podstatou anticipační funkce je nalézt ty znalosti, dovednosti a způsoby chování, které usnadní danému jedinci proces stárnutí.

3. Funkce posilovací

Tvaroh (in Šimíčková-Čížková, 2008) shledává tuto funkci nejvýznamnější, protože vede člověka k aktivnímu životu v období stáří. Obdobně hodnotí tuto funkci Pacovský (in Šimíčková-Čížková, 2008) a vyzývá k pozornosti, která bude zaměřena na zájmy, potřeby, schopnosti jedince, které může jedinec nadále rozvíjet a procvičovat.

4. Funkce rehabilitační

Wolf (in Šimíčková-Čížková, 2008) doplňuje čtvrtou funkci a vysvětluje ji jako znovuoobnovení vyváženého stavu.

Pacovský (in Šimíčková-Čížková, 2008) doporučuje začít přípravu na stáří přibližně ve 40 letech (zdravotní stav, partnerské a pracovní vztahy). Dále uvádí, že v 50 letech by měla začít příprava na ekonomické změny. Přibližně dva roky před odchodem do důchodu by měla začít příprava na stáří. Velmi důležitá část přípravy na stáří je rozvíjení a pěstování koníčků. Za nejstabilnější koníčky můžeme považovat koníčky vázané na povolání a velmi významné jsou ty koníčky, které umožňují sociální interakci.

1.5 Adaptace na stáří

Problémem dnešního stáří a stárnutí není ekonomická závislost ani fyziologické aspekty. Z hlediska fyziologie jsme na tom mnohem lépe než předešlé generace. Podíváme-li se na fotografie našich rodinných předků, pozorujeme, že člověk dnešní doby vypadá mnohem mladší ve stejném věku. Naše lékařství disponuje prostředky, které nám pomáhají zvládnout biologické změny charakteristické pro období stáří. Problematika současného stárnutí se přesouvá do oblasti duševního života. Změny v oblasti společenského života a prodloužení

lidského věku sebou přináší mnoho otázek týkající se role gerontů ve společnosti. Nemůžeme předpokládat, že všichni senioři půjdou cestou „moudrého“ a „vyrovnaného“ stárnutí, jelikož tento proces je ovlivněn celoživotní cestou, kterou si prošli. Adaptace člověka na stáří je ovlivněno mnoha faktory. Klíčová zůstává osobnost jedince a reakce jeho okolí (Šimíčková-Čížková, 2008). Příbyl (2015) doplňuje, že se níže uvedené strategie mohou u seniorů prolínat.

Klevetová (2008) uvádí celkem pět vyrovnávajících strategií zabývajících se zvládnutím vlastního stáří. Jedná se o:

- 1. Konstruktivní strategie:** člověk, akceptuje své stárnutí a veškeré jeho znaky. Je stále aktivní a nemá problém s navazováním kontaktů. Snadno se přizpůsobí změnám, nepostrádá smysl pro humor a je optimistický. Příbyl (2015) uvádí, že tato strategie je vnímána jako ideální model adaptace na stáří a že jedinec s tímto přístupem je chápán jako milý senior s chutí do života.
- 2. Strategie závislosti:** tento postoj je ve společnosti velmi častý. Přesouvají svou zodpovědnost na druhé, na které spoléhají více než na své vlastní schopnosti. Lidé tohoto typu mají sklon k pasivitě. Uchylují se do svého soukromí a libují si v pohodlí a bezpečí. Senioři se spoléhají na pomoc druhých, hlavně rodiny. Konflikt může nastat ve chvíli, kdy je rodina názorově v rozporu s potřebami seniora. Šimíčková-Čížková (2008) dodává, že jedinec je ve vztahu k okolí opatrný a podezřívavý. Centrem seniorova zájmu je jeho vlastní osoba. Snaží se o manipulaci s lidmi prostřednictvím zveličování svých problémů. Žádná činnost jej neuspokojuje.
- 3. Strategie obranná:** tento postoj zaujímají senioři, kteří byli profesně a společensky úspěšní. Myšlenku na odchod do důchodu nezvládají velmi dobře. Snaží se ukázat, že jsou soběstační a odmítají jakoukoliv pomoc. Bývají konfliktní a rádi mají moc nad prostředím.
- 4. Strategie hostility (nepřátelství):** lidé tohoto typu mají nepřátelský postoj vůči všemu. Nikdy nic není dobře. Jsou často agresivní a podezřívaví. Neustále si na něco stěžují. Ustavičně vyhledávají konflikty. K mladým lidem se chovají závistivě a nepřátelsky, protože jim závidí. Šimíčková-Čížková (2008) dodává, že tito lidé měli v předcházejícím životě stále mezosobní konflikty. Jsou neústupní ve svých zvycích a postojích. Mnohokrát se brání odchodu do důchodu. Mezi jejich zájmové aktivity patří psaní stížností,

anonymů a udání. Žijí nejčastěji osaměle. Rodina i ostatní lidé se jim převážně vyhýbají.

- 5. Strategie sebenávisti:** v tomto případě lidé svou agresivitu obrazejí sami na sebe. Jsou k sobě nadměrně kritičtí. Opakovaně zmiňují smrt v souvislosti s vysvobozením. Seniora stále provází pocit osamělosti. Mívá sklon k depresím. Jeho život provází nepříznivé vztahy s rodiči a kolegy a nešťastné manželství.

Výše uvedená chování v jednotlivých strategiích však nemusí nutně odpovídat pouze jedné z nich. Vše je individuální podle typu osobnosti (Malíková, 2011). „*O stáří, jeho přijetí a kvalitě rozhoduje z velké míry především člověk sám. Na prahu stáří buď stojí zralá osobnost, nebo tzv. třtina větrem se klátící. Předchozí etapy života byly prostorem, možností, šancí onou zralou osobností se stát*“ (Haškovcová, 1990).

1.6 Postoj společnosti ke stáří

Postoj společnosti k seniorům je velmi různý. Mnohdy dochází ke snižování hodnoty člověka a jeho podceňování kvůli vyššího věku. Malíková (2011) uvádí, že problém nastává v situaci, kdy jsou mladší lidé „nálepkováni“ jako staří a z toho důvodu mají problém například při získání zaměstnání, poněvadž společnost dává přednost výkonnosti, maximálnímu nasazení, pružnosti a přizpůsobivosti a přehlíží důležitost zkušenosti, moudrosti, uznání a pokory.

Vznikají tak společenské předsudky o stáří, které nazýváme pojmem ageismus. Tomuto pojmu chybí český ekvivalent. Je odvozen z anglického slova „age“, což překládáme jako věk, stáří (Tošnerová, 2002). Příbyl (2015) vysvětluje pojem jako věkově podmíněnou diskriminaci. „*Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci*“ (zdroj: ageismus.cz).

Ve společnosti jsou rozšířené různé mýty o stáří, kterými jsou seniorům připisovány různé vlastnosti jen kvůli zařazení do vyšší věkové skupiny. Významný vliv na vnímání stáří mají nevytrácející se mýty o stáří a seniorech, které vedou k projevům ageismu. Mezi takové předsudky řadí Příbyl (2015) a Haškovcová (2002) například mýtus zjednodušené demografie, který je založen na názoru, že starým se člověk stane odchodem do důchodu. Mýtus homogenity vychází z přesvědčení, že všichni senioři jsou vzhledově stejní, mají stejné potřeby a vlastnosti. Mýtus neužitečného času, který tvrdí, že ten, kdo nechodí do práce, je neužitečný. Další

vyskytující se mýtus je o nemocech a panu Alzheimerovi, který je v populaci velmi populární. Nemůžeme ale říci, že by byli všichni senioři nemocní, dementní atd.

2 SYNDROM DEMENCE

Tato práce se zabývá osobami seniorského věku, kde se u některých vyskytuje počáteční fáze syndromu demence, a to především demence u Alzheimerovy choroby a mírnou kognitivní poruchou.

Holmerová a kol. (2016, s. 7) vysvětluje, že: „*demence je důsledkem závažného chorobného či jiného procesu (trauma, otrava) postihující mozek, zejména jeho nejzranitelnější část, mozkovou kůru*“.

Demence vzniká v důsledku onemocnění mozku a je příznačná chronickým a progresivním charakterem. Tento syndrom narušuje vyšší kórové funkce, což je paměť, orientace, schopnost řeči nebo myšlení, kdy není zasažené vnímání. Autor ve své publikaci nastiňuje obecná kritéria MKN-10, která mimo jiné zahrnují zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti. Projevuje se také v jedné nebo více z následujících oblastí: narušené abstraktní myšlení, úsudek, jiné kognitivní funkce nebo osobnost. Poruchy se projevují v pracovních i sociálních oblastech. Projevuje se jako získaná porucha poznávacích funkcí. Onemocnění má podle závažnosti dopad na další funkce a tím ovlivňuje samotný život dotyčného (Pidrman, 2007).

Demence definujeme jako organické duševní poruchy, které jsou způsobeny makroskopickým a mikroskopickým poškozením mozku. Projevuje se zhoršením kognitivních funkcí, kam můžeme zařadit paměť, vnímání nebo fatické funkce. Zhoršení lze pozorovat i u výkonných a exekutivních funkcí, jako je motivace, smysluplné činnosti a schopnost plánovat (Zvěřová, 2017). Příznaky demence musí podle Mezinárodní klasifikace nemocí ICID-10 přetrvávat nejméně šest měsíců.

Demenci poté můžeme rozdělit do tří skupin podle příznaků, které uvádí Pidrmana (2007): poruchy kognitivních funkcí, narušení aktivit denního života a poruchy chování. Poslední fázi onemocnění je globální deteriorace duševních schopností jedince, následuje narušení jeho funkčních schopností, a nakonec ztráta soběstačnosti.

Jiráček, Holmerová a Borzová (2009) doplňují k poruchám chování poruchy emocí, spánku a spánkového cyklu. Postupně se nemoc projevuje v takzvaných instrumentálních činnostech neboli běžných úkolech. V pokročilých stádiích stavu dochází k narušení základních činností každodenního života, jako je oblékání a svlékání nebo osobní hygiena. Může se objevit také inkontinence moči nebo stolice a jedinci se v tomto případě musí odkázat na odporu okolí.

Zvěřová (2017) člení demenci dle etiologie na dva typy: neurodegenerativní demenci, která zahrnuje atroficko-degenerativní demenci, a sekundární demenci, kde řadíme vaskulární nebo metabolicky podmíněná. Podle lokalizace ji dělí na kortikální, subkortikální a kortikosubkortikální a podle kurability ji rozděluje na léčitelnou a nevléčitelnou.

Pouze dva typy demence uvádějí Jiráček, Holmerová a Borzová (2009). První je demence na podkladě atroficko-degenerativního procesu mozku a druhá je symptomatická demence, známá také jako sekundární demence. Tento soubor demencí lze pak dále rozdělit na vaskulární demence, které jsou způsobeny problémy s mozkovými cévami a průtokem krve, a další demence. Sekundární demence se podle Jiráčka (2013) rozvíjí v důsledku snížené mozkové aktivity, ale také intoxikace, traumatu nebo vaskulárních změn, jak je uvedeno výše.

Z hlediska diferenciální diagnostiky je také klíčové rozlišovat demenci a delirium. Autoři Hort a Jiráček (2007) pojednávají o opětovaném výskytu deliria jako komorbidním příznakem demence, který však není jeho součástí. Delirium je běžné, když je demence kombinována se somatickými onemocněními. Delirium může být vytvořeno iatropatogenně, tedy podáním nesprávného léku pacientům s organickým onemocněním mozku. Mohou je způsobit somatické problémy, jako jsou infekce, pooperační komplikace nebo dokonce hořčnatými stavy. Pokud jde o diferenciální diagnostiku, je důležité rozeznávat rozdíl mezi demencí a depresí. Jedinci s depresí nejsou schopni uspokojivě využívat exekutivní a kognitivní funkce, i když tyto funkce nejsou původně narušeny. Na rozdíl od demence útočí deprese náhle a opakovaně a v anamnéze může být přítomna takzvaná mánie neboli bipolární afektivní porucha.

Alzheimerova choroba například způsobuje demenci, která trvá dva až devět let, což je velmi dlouhá doba. Lidé v této fázi mají dobré sebeobslužné schopnosti a uspokojivé komunikační dovednosti, takže se mohou zapojit do různých aktivit.

Je však důležité si uvědomit, že osoby s pokročilou demencí nemůžeme nutit, aby se zapojily do aktivit, spíše bychom je měli vést k dennímu rytmu a zachovávat jej. Do aktivit by se pak měli zapojit tak, aby zachovali jejich přání a preference a zároveň napomohli k udržení jejich soběstačnosti (Jiráček a kol., 2009).

2.1 Specifika komunikace

„Komunikace neznámá pouhou schopností výměny slov, jde o schopnost naladit se s někým na stejnou strunu“, uvádí Zgola (2003, s.123). Mezi komunikačními partnery je

zásadní navodit pocit jistoty, bezpečí a důvěry. Osoby s Alzheimerovou chorobou mají specifické poruchy jazyka, což ztěžuje řešení emočních a sociálních okolností.

Podle Jiráka a kol. (2009), je životně důležité k těmto lidem přistupovat trpělivě, neustále reflektovat jejich stav, zajímat se o to, co vyžadují, být maximálně pozorní a empatictí. Neměli bychom se bát smát se s klientem, protože tento stav nemusí vždy znamenat, že daná osoba ztratila smysl pro humor. Nicméně musíme vždy pamatovat na to, abychom pacienta neuráželi a abychom zachovali jeho lidskou důstojnost.

Zgola (2003) nastiňuje následující principy pro komunikaci a navázání efektivní komunikace:

- Princip zodpovědnosti, která se vztahuje na pečovatele, aby jedinec rozuměl a byl pochopen.
- Princip nastolení a podporování partnerství založený na vzájemném respektu a důvěře.
- Princip specifické komunikace, kterou vyžaduje osoba s kognitivní poruchou z důvodu emoční závislosti a neschopnosti se přizpůsobit.

Vzhledem k faktu že demence postihuje každého člověka jinak, je důležité mít co nejvíce informací, aby rodinní příslušníci nebo pečovatelé mohli poskytnout jednotný přístup. Díky schopnosti komunikace se dokážeme začlenit do společnosti a budovat a udržovat vztahy.

Lidé s demencí mají tuto dovednost narušenou a v důsledku nedostatku komunikace se jedinec může cítit osamocen, i když je obklopen ostatními. V případě, že je komunikace narušena, je možné najít jiné způsoby komunikace, jako jsou jednoduchá verbální nebo neverbální slova nebo gesta. Protože schopnost vnímat a chápat podněty je omezená, doporučuje se jednoduchá komunikace. Usilujeme o povzbuzení a uznání za skromná vítězství, protože motivace je životně důležitá. Při sestavování je klíčové zahrnout jedinečnou osobnost člověka i jeho hodnoty či zvyklosti (Jiráka a kol., 2009).

Buijsen (2006) hovoří při rozhovoru s osobou s demencí o nedostatku rovnováhy v komunikaci mezi komunikačními partnery. V raných fázích demence si člověk nedokáže vybavit nedávné události a má potíže najít vhodná slova. Osoba se vrací k vágním, nejednoznačným nebo dokonce prázdným prohlášením, které nemají žádný konkrétní význam.

Prostřední stádium je charakteristické potížemi se zapojením do rozhovoru a progresivní ztrátou snahy. Člověk ztrácí schopnost chápat složité pojmy a abstraktní slova jako je například

politika nebo myšlenka. V posledním stádiu tohoto onemocnění osoba již nemluví a jeho vyjadřovací schopnosti zcela vymizely a zůstalo jen několik neartikulovaných zvuků.

V oblasti verbální komunikace je zásadní, aby rozhovor probíhal stručně a jasně. Když dojde na zdlouhavá oznámení, člověk s demencí se dezorientuje. Stanovte požadavky těsně předtím, než budou implementovány, v prostředí nebo situaci, kde k nim dojde. Zmiňuje se také, že ověřujeme, co jsme pacientovi s demencí řekli a zda tomu rozumí. Je také důležité si uvědomit, že lidé potřebují více času na strávení informací, což může být u někoho se středně těžkou demencí až pětkrát delší. Předvedením toho, co chceme sdělit, nebo povzbuzením pacienta, aby udělal první krok, můžeme předejít nedorozuměním (tamtéž). Pro úspěšnou konverzaci doporučuje König, Jutta (2017) vypnout rádio nebo televizi a vyhnout se rušivým elementům.

Podle Buijssena (2006), pokud jde o neverbální komunikaci, bychom se měli snažit mluvit klidným a vyváženým tónem, spíše než se snažit mluvit hlasitěji, protože to může pacienty s demencí dráždit. Měli bychom se také vyvarovat vychylování těla a zachovat oční kontakt. Během diskuse se budeme snažit zůstat v zorném poli klienta, abychom zajistili flexibilní reakce. Kromě toho o mnoha aktivitách, které se kolem nás dějí, mluvíme jako například o zvonění zvonu. Jutta, König (2017) potvrzují, že když mluvíme s pacienty, musíme upravit svou řeč a hlas dle osobnosti pacienta. Doporučují také mluvit jasně a pomalu a také tvořit myšlenky v kratších větách.

Pokud pacient není schopen verbálně komunikovat, je důležité, aby ošetřovatel nepřehlížel neverbální sdělení. Buijssen (2006) uvádí, jak používat tělo ke komunikaci, jako je poplácání po zádech, držení za ruce, úsměv nebo pohlazení. Člověk trpící demencí dokáže rozeznat melodii věty až do jejího závěru. Zmiňuje prosté bytí jako poslední úroveň komunikace.

2.2 Demence u Alzheimerovy nemoci

Podle autorů Jiráka, Holmerové a Borzové (2009) způsobuje Alzheimerova choroba pokles některých populací neuronů, což má za následek úbytek mozku nebo ztrátu tkáně. Jedná se tedy o neurodegenerativní onemocnění, jehož příčinou vzniká syndrom demence. Podle autorů jde o nejčastější příčinu demence, tvoří až 50 % všech demencí. Dále tvrdí, že další skupinu tvoří jiné příčiny v jejich kombinaci. Často se jedná o kombinaci Alzheimerovy a vaskulární demence, označované jako smíšená demence. Další možností je Alzheimerova demence a demence s Lewyho tělisky. Na rozdíl od demence s Lewyho tělisky však demence

u Alzheimerovy choroby podle autorů Hort, Jirák (2007) krátkodobě nekolísá a nedochází k rozvoji deliria.

Alzheimerova demence má svou individuální cestu, která trvá v průměru devět let a je rozdělena do tří fází: časně nebo mírné, střední a těžké nebo hluboké stádium. Průběh tohoto onemocnění je pomalý, ale trvale progredující. Objevuje se postižení osobnostních rysů a vlastností, stejně jako narušení etických a estetických norem, zvyků a rutin. Jednotlivci v důsledku této nemoci ztrácejí zájmy, rozpadají se dlouhodobé vazby nebo se stávají hašteřivými (Pidrman, 2005).

Autoři Jirák, Holmerová a Borzová (2009) uvádějí, že narušení orientace v prostoru i čase se objevuje v relativně krátké době po prvních příznacích. Jedinci s demencí začínou v důsledku pronikání nemoci bloudit, zpočátku mimo domov a na neznámá místa. Následně začínají bloudit poblíž svého domu, později i ve svém vlastním bytě. Dochází také k zapominání jmen nebo tváří, jak nemoc postupuje, což se nazývá prosopagnozie.

2.3 Mírná kognitivní porucha

Mírná kognitivní porucha je definována jako: „*heterogenní syndrom, který zahrnuje iniciální stádia různých demencí a je rizikovým faktorem pro jejich vznik*“ (Pidrman, 2007, s. 25). Hovoříme o situaci, kdy má člověk problémy s pamětí, zaměřením, orientací nebo rozhodováním, podle Jiráka a kol. (2009). Tyto příznaky jsou měřitelné, ale nesvědčí o demenci. Měli bychom očekávat, že se s tímto onemocněním setkáme až u 20 % dospělých ve věku nad 65 let.

Mírná kognitivní porucha nezpůsobuje globální poškození lidského fungování, což ji pomáhá odlišit od demence (Lužný, 2013).

Věk, výskyt demence v rodinách, dědičné vlohy, cévní mozkové příhody a zranění v osobní anamnéze, to vše jsou známé rizikové faktory mírné kognitivní poruchy. Zvýšené hladiny cholesterolu, vysoký krevní tlak, větší příjem alkoholu a špatně kontrolovaná cukrovka jsou známé ovlivnitelné faktory. (Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/mirna-kognitivni-porucha/>).

Mírná kognitivní porucha trvá minimálně čtrnáct dní a projevuje se narušenou pamětí, myšlením nebo řečí. U mnoha lidí, kteří tímto stavem trpí, se rozvine postupem času demence (Češková a kol., 2006). Podle Pidrmana (2007) zhruba třetina pacientů zůstává stacionární

a nepostoupí do demence. Existuje mnoho typů této poruchy, přičemž amnestický typ má nejvyšší riziko prognózy demence (10 % až 15 %).

Výše zmíněný amnestický druh má objektivní poruchu paměti. Objevují se i subjektivní zprávy o zapomnětlivosti, ale není přítomna demence ani jiné neurologické či duševní poruchy. O non-amnestické formě hovoříme tehdy, když dojde k objektivnímu postižení jiných kognitivních funkcí kromě paměti, jako jsou konstrukční a praktické dovednosti, používání nebo porozumění řeči a jazyka, zrakově-prostorové dovednosti nebo schopnost plánovat či organizovat obtížnější činnosti (Honzák, 2014). U tohoto typu existují také praktické poruchy, afázie, poruchy vizuospaciálních funkcí nebo exekutivních funkcí, kdy nejsou narušeny denní aktivity (Lužný, 2013).

Autoři Čechová, Bartoš, Doležil a Řípová (2011) pak rozdělují mírnou kognitivní poruchu do čtyř kategorií podle počtu ovlivněných kognitivních funkcí. Pokud se jedná o postižení jedné modality označujeme ji jako single modain, avšak jestliže je poškozeno několik kognitivních funkcí jedná se o multiple-domain. V současnosti podle autorů neexistuje žádný lék, který by dokázal zabránit středně těžké kognitivní poruše v progresi do Alzheimerovy choroby.

Jiráková a kol. (2009) uvádí seznam možných strategií prevence demence. Doporučuje mimo jiné dostatek pohybu, duševní aktivitu, pravidelné čtení a kognitivní trénink. Uznává také hodnotu dietních změn, jako je snížení celkového příjmu kalorií a spotřeby tuků.

3 LIDSKÉ POTŘEBY

3.1 Potřeba

Šamánková (2011, s. 12) definuje lidskou potřebu jako „stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“. Potřeby jsou nezbytné, užitečné, velmi úzce spjaté se zachováním a s kvalitou lidského života.

„Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a motivuje chování.“
(Farkašová a kol, 2006, str. 62)

Dle Šamánkové (2011) se potřeby stávají vědomé jestliže:

- pocítujeme nedostatek v naplňování některých potřeb v oblasti biologické, materiální, duchovní nebo sociální,
- pocítujeme nadbytek při naplňování některých potřeb (např. nedostatek lásky způsobuje pocit nespokojenosti, nadbytek lásky může způsobit pocit spoutání druhým člověkem),
- toužíme něčeho dosáhnout.

Množství a intenzita potřeb je ovlivňována mnoha faktory. Mezi nejdůležitější faktory můžeme zařadit pohlaví a věk jedince, jeho kulturní a společenskou rovinu, prostředí jedince, jeho inteligenci, zdravotní stav a zkušenosti (Šamánková, 2011).

3.2 Dělení potřeb

Potřeby rozlišujeme na primární a sekundární. Primární potřeby jsou základem pro sekundární. K primární potřebám se vztahují potřeby biologické, fyziologické a přirozené. Člověk nemůže dlouho žít, pokud tyto potřeby nejsou naplněny. Mezi sekundární potřeby patří sociální, naučené, získané a kulturní (Farkašová a kol., 2006; Šamánková a kol., 2011).

3.2.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby spolu s jejich naplňováním jsou nezbytné pro zachování lidského života. Projevují nedostatek na biologické úrovni. Jsou výsledkem přirozenosti člověka jako živé bytosti. Mezi biologické potřeby se dle autorů řadí potřeba dýchání, jídla a pití, vylučování, spánek a odpočinku, uchování tělesné teploty, aktivity, sexuální potřeby a Plevová dále uvádí potřebu nepřítomnosti bolesti, bezpečí, rodičovské a mateřské péče (Šamánková, 2011; Farkašová, 2006; Plevová, 2011).

3.2.2 Psychické potřeby

Plevová mezi psychických potřeb řadí tyto: potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, potřeba porozumění, potřeba respektu, potřeba poznání, potřeba uznání, obdivu, potřeba pomoci, potřeba sebeúcty, potřeba sebezlepšování, seberealizaci, potřeba vlastní identity, potřeba agrese, obrany, moci, potřeba majetku, potřeba zvědavosti, potřeba se předvádět, potřeba vyhnouti se neúspěchu a hanbě a také potřeba kulturní, potřeby estetické, potřeby učení, potřeby zábavy a hry. Farkašovou uvádí mezi tyto potřeby také potřebu být bez bolesti, kterou Plevová začlenila do potřeb biologických (Plevová a kol., 2011; Farkašová a kol., 2006).

3.2.3 Sociální potřeby

Plevová uvádí ve výčtu sociálních potřeb jedince tyto potřeby: potřeba sdružování, potřeba sociálního začlenění, potřeba komunikaci, potřeba obeznámenosti, potřeba sounáležitosti, potřeba přátelství, potřeba úcty, potřeba seberealizaci, potřeba společenské prestiže a potřeba kultury (Plevová a kol., 2011).

3.2.4 Spirituální potřeby

Farkašová směřuje naplňování spirituálních potřeb na zachovávání náboženské svobody a možností být součástí náboženských aktivit. Plevová mezi spirituální potřeby řadí potřebu smyslu života, potřebu cílů života, potřebu existence, smrti, utrpení, potřebu životních cílů, potřebu životních hodnot, potřebu respektování víry a náboženství, potřebu odpuštění, potřebu vykonávat náboženské obřady (Plevová a kol., 2011; Farkašová a kol., 2006).

3.3 Vývoj lidských potřeb v období stáří

Období stáří je ovlivněno předchozími stádii života. Dochází k častému vrácení se do minulosti a k zpětnému prožívání zážitků. Probíhají změny nejen biologické, ale i psychické. Zhoršená je paměť a změny osobnosti nejsou výjimkou. S důsledkem nedoslýchavosti, pomalosti a nevybavování si slov dochází ke ztrátě sociálních kontaktů. Manželství v tomto období přináší pocit jistoty a bezpečí. Úmrtím jednoho z manželů dochází k pocitům bezvýznamnosti a nepotřebnosti. Člověk si začíná uvědomovat svou smrtelnost. Od věku 75 let je definováno období pravého stáří, které je provázeno polymorbiditou, která ovlivňuje fyzické i psychické potřeby. Senioři jsou nuceni změnit svůj životní styl. Někteří jsou nuceni opustit vlastní domov (Vágnerová, 2000 a Výrost, 2008).

Dlouhověkosti se dožívá pouze zlomek obyvatelstva. Jedná se o období od 90 let. Uspokojování potřeb záleží na soběstačnosti pacienta. Jedinci jsou již zvyklí na změnu životního stylu. V tomto věku jsou však osoby již ve většině případů závislé na pomoci druhých osob, které jim napomáhají k uspokojování potřeb (tamtéž).

3.4 Saturace potřeb

Saturaci potřeb můžeme chápat jako nasycení nebo uspokojení potřeb, které člověk má. Uspokojování lidských potřeb v běžném životě je podmíněno na člověku samotném. Většinu základních potřeb je možno saturovat samostatně. Kdežto některé vyšší potřeby lze saturovat jen s přítomností jiných lidí. Existují některé případy, kdy člověk není schopen naplňovat potřeby sám, tudíž je závislý na pomoci druhých lidí. Opakem saturace je frustrace, která označuje dlouhodobé neuspokojení potřeb (Hodaňová, 2013).

Dle Šamánkové (2011) se na saturaci potřeb podílí:

- **Pud** – vrozený podnět k činnosti, pojmenování pro energii nebo záměrnou činnost až nutkání (pud mateřský, pohlavní apod.).
- **Zájem** – získaný motiv, který se vyjadřuje kladným vztahem jedince k předmětům nebo činnostem, které se vztahují na poznávací či citovou stránku. Vyhraněný zájem definujeme jako zálibu.
- **Aspirace** (ambice) – snaha o sebeuplatnění. Může se označovat jako ctižádost.
- **Cíl** – uvědomělý směr aktivity, pokud toužíme něčeho dosáhnout, něco vykonat, něčemu se vyvarovat.
- **Ideály** – jsou vzorové cíle, např. ideál způsobu života, ideál partnera apod.
- **Přesvědčení** – něco, čemu o sobě a okolním světě člověk věří.

3.4.1 Faktory ovlivňující naplnění potřeb

Různí autoři řadí mezi tyto faktory individualitu jedince, kde hraje významnou úlohu temperament a individuální zvláštnost citů, dále vývojové období jedince, pohlaví, věk, rodinná situace, vzdělání, kultura, společenské postavení, prostředí, ve kterém se osoby seniorského věku nacházejí a kde dochází k saturaci jejich potřeb, kladná sebekoncepce, která zajišťuje snadnější přijímání vnitřních změn a poznávání svých individuálních potřeb, pro které najde cestu, jak tyto potřeby uspokojit a narušená sebekoncepce, která naopak znesnadňuje samostatné uspokojování potřeb (Šamánková a kol, 2011; Plevová, 2011; Kelnarová, 2010).

3.4.2 Nedostatečná saturace potřeb

Saturaci můžeme vymezit jako míru naplnění lidských potřeb, kde na jedné straně je uspokojení potřeb a na straně druhé frustrace. Jestliže je vnitřní rovnováha organismu narušena, dochází k neuspokojování potřeb, z čehož pro člověka vzniká zátěžová situace. Mezi zátěžovou situací můžeme zařadit například frustraci, konflikt, deprivaci nebo stres.

Vágnerová (2014) dále definuje **frustraci** jako situaci, kdy je člověku znemožněno uspokojit subjektivně důležitou potřebu i přesto, že si myslel, že uspokojená bude. Jedná se o častou variantu zátěže, u které se nemusí jednat pouze o nepřiměřené reakce. Může mít i žádoucí zkušenosti, jelikož člověku napomáhá k rozvoji jeho schopností a nutí jej hledat jiná řešení. Za specifickou variantu frustrace autorka uvádí vnitřní **konflikt**, který patří k běžnému životu každého z nás. Nastává v momentě, kdy ve vědomí jedince dojde ke střetnutí dvou navzájem neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Jestliže míra závažnosti přesahuje určitou hranici nebo přetrvává v delším časovém úseku, stává se patologickým. Zahrnuje tak významnou oblast v životě jedince, který není schopen ji vyřešit.

Obecnou odezvou na nadměrnou tělesnou a duševní zátěž je **stres**, který se projeví nadměrnou zátěží a narušením jak psychické, tak fyzické pohody. Negativní význam má na člověka tzv. **distres**, který je spojen s pocitem neovlivnitelnosti situace (Příbyl, 2015). Šamánková (2011) definuje stres jako reakci organismu na stresor (stresový podnět). Označuje jej jako soubor reakcí organismu na vnitřní nebo vnější podněty, které narušují běžný chod funkcí organismu.

„Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu“ (Vágnerová, 2014, str. 17). Při přetrvávání deprivace může dojít k narušení psychického vývoje nebo k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti. Deprivace může mít mnoho podob. Například deprivace biologických potřeb, která se projevuje nedostatkem jídla, spánku a podobně. Osoba se smyslovým postižením (zrak, sluch) strádá v oblasti stimulace. Jedná se tedy o senzoryckou deprivaci. Výchovné a výukové zanedbávání představuje kognitivní deprivaci (deprivace v oblasti učení). Jako závažná forma je považována citová deprivace či sociální deprivace (Vágnerová, 2014). Šamánková (2011, str. 16) definuje deprivaci jako *„závažný psychický stav, který může negativně poznamenat další vývoj jedince“*.

3.4.3 Bariéry v naplňování potřeb

Šamánková (2011) tvrdí, že bariéry čili překážky v označení nebo naplnění potřeb bývají odlišné ve zdraví a odlišné v nemoci. Vždy závisí na komunikačních dovednostech poskytovatele i příjemce. Měli bychom dbát na to, abychom:

- Dodržovali obecné zásady rozhovoru. Mezi tyto zásady můžeme zařadit srozumitelnost, přiměřenost, respektování vzdělání, zdravotního stavu i prostředí.
- Naslouchali tomu, co se nám jedinec snaží sdělit, respektovali především osobní a sociální zónu v komunikaci (vyhnout se přílišné blízkosti, neříkat, že všechno známe).
- Využívali v plné míře přestávky v komunikaci a ctili autonomii jedince (projevovat svůj zájem, společně mlčíme, dopřejeme vyprávějícímu odpočinek).
- Bez svolení jedince nepředáváme získané informace.
- Osobnost každého jedince je ovlivněna mnoha různými faktory (např. typologií člověka, jeho charakterem, prostředím, věkem, pohlavím, životními zkušenostmi, zdravotním stavem). V důsledku toho jsou i bariéry v naplnění potřeb velmi různorodé.

Šamánková (2011) uvádí možné typy bariér:

- **Osobní bariéra** – nesmělost vyslovit své přání, strach ze zklamání, pocit nedůvěry, obdivování druhého člověka, naopak nedoceňování druhého člověka atd.
- **Psychická bariéra** – problém přijmout pomoc při naplňování potřeby. Důležité je nalézt vhodné pojmenování pro chybějící naplnění potřeby. Významnou roli může mít obyčejná sympatie nebo antipatie.
- **Jazyková bariéra** – může dojít k nepochopení toho, co si vzájemně sdělujeme. Může se jednat o volbu špatně zvolených slov nebo nastane informační šum.
- **Fyziologická bariéra** – může být způsobena tělesnou překážkou. Pokud by byla tato překážka odstraněna, napomůže to i odstranění této bariéry.
- **Bariéra prostředí** – může se jednat jak o prostředí nezvyklé, nekomfortní, neútulné, nebo naopak prostředí komfortní, ve kterém se člověk necítí dobře.
- **Neporozumění sdělovanému** – stud znovu se ptát.
- **Ne časté, ale možné bariéry** – vyslovení a přijímání omluvy, kritiky, či pochvaly, řeč těla a zpětná vazba.

3.5 Teorie potřeb dle Abrahama Maslowa

Abraham Maslow byl americkým psychologem a představitelem humanistické psychologie. Narodil se v Brooklynu a jeho mládí nebylo kvůli chudobě a konfliktům mezi jeho rodiči příliš šťastné. Díky jeho odhodlání se ale dostal na studia a později se stal učitelem. V padesátých letech byl profesorem psychologie. Zemřel v roce 1970 na srdeční infarkt (Drapela, 1977).

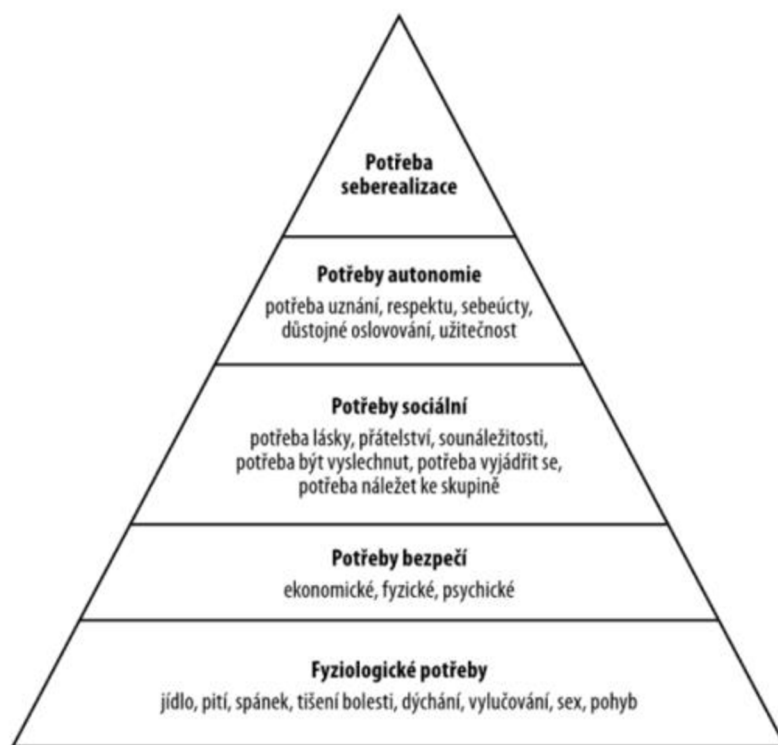
U Maslowovy pyramidy potřeb si můžeme všimnout toho, že se zaměřuje hlavně na potřeby kulturní a náboženské. Ke vzniku jeho teorií mohly přispět faktory jako je náboženské vyznání jeho matky či prožití náročných životních situací (Amstrong, 2002).

Maslow vnímá osobnost člověka jako celek a pohlíží na ní z různých perspektiv. Jeho teorie osobnosti se také velmi prolíná s jeho teorií potřeb a v podstatě na ní navazuje. Základním pilířem Maslowovy teorie jsou hlavně lidské potřeby a tužby. Stěžejní myšlenkou Maslowa byly nepřetržité tužby každého člověka. Jen co jedinec dosáhne toho, po čem touží, dříve či později odhalí něco, po čem znovu začne toužit. Tyto tužby nazval potřeby a jako první přišel s myšlenkou o možné hierarchii, která by se mohla u těchto potřeb uplatnit (Amstrong, 2002).

Maslow vymezil pět základních lidských potřeb, jejichž hierarchie je většinou znázorňována v pyramidě. Na spodu pyramidy najdeme základní fyziologické potřeby, následuje potřeba bezpečí, potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání a sebeúcty a na vrcholu pyramidy najdeme potřebu seberealizace. Po uspokojení základních potřeb se dostáváme výše až na vrchol. „Maslowova teorie motivace tvrdí, že v případě uspokojení nižší potřeby se stává dominantní potřebou potřeba vyšší a pozornost jedince je pak soustředěna na uspokojení této vyšší potřeby“ (Armstrong, 2002, s. 163).

Nelze ale předpokládat, že pokud je nižší potřeba uspokojená, přestává svým uspokojením existovat. Pro objasnění si uveďme příklad na základních fyziologických potřebách – hlad, žízeň, spánek nebo potřeba vyprazdňování se objevují pořád dokola, a to i několikrát během dne.

Nakonečný (2005) říká, že toto hierarchické upořádání vzniká na základě zážitkové naléhavosti jednotlivých potřeb, z toho důvodu se výše zmíněné fyziologické potřeby nacházejí v základu pyramidy.



Obrázek 1: Maslowova hierarchie potřeb (zdroj: Hauke, 2011)

U prvních čtyř oblastí potřeb se uplatňuje princip redukce. Jednotlivé potřeby jsou postupně saturovány právě tehdy, pokud jsou odstraněny podmínky vzniku této potřeby. Tento princip neplatí pouze u vrcholu pyramidy, tedy u potřeby seberealizace. Tato potřeba nemůže být nikdy plně uspokojena, protože se jedná o potřebu růstu. Hranice rozvoje člověka se stále zvětšují a nejsou omezené. Tato potřeba nás tedy stále rozvíjí a díky ní si rozšiřujeme naše obzory (Nakonečný, 2005).

Maslowova hierarchie potřeb s sebou ovšem přinesla i řadu kritik. I přesto, že autor této teorie ji považoval za univerzální, kritici ji odmítali za nerespektování rozdílů. Dále byla teorie odsuzována za nerespektování různých priorit u individuálních potřeb, ale také z hlediska průběhu vývoje. Maslow si za svojí teorií stojí. Odvodil z ní i teorii motivace člověka, která rovněž vychází z potřeb jedince. Z jednotlivých nenaplněných potřeb se stávají motivy pro další konání člověka (Madsen, 1979).

Pozorováním lidí a jejich zkoumáním sbíral podklady ke svým teoriím. Například díky svým studiím úspěšných osobností vymezil Maslow dvanáct charakteristik seberealizovaného jedince, tedy takového, kterému se podařilo dosáhnout až na vrchol pyramidy potřeb:

- Do vnímání lidí a událostí nekládá své vlastní předpoklady, takže je jeho vnímání přesné a nezkreslené.
- Akceptuje sebe i ostatní jedince s jejich chybami a snaží se zdokonalit, co je možné. Je v harmonii s přírodou.
- Především ve svém myšlení a cítění je charakterizovaný spontánností a přirozeností
- Nezaměřuje se na vlastní nejistotu, introspekci a osobní potíže, ale spíše na problémy mimo sebe.
- Je charakteristický schopností odstupu. Nenechává se strhnout událostmi.
- Je nezávislý a zůstává k sobě upřímný.
- Oceňuje krásné a dobré věci, přestože jsou prosté a důvěrně známé.
- Má velmi hluboké vztahy, ale pouze s menším počtem důkladně vybraných lidí.
- Má filosofický smysl pro humor, což je humor s nadhledem, plný porozumění, a ne nepřátelský a zraňující.
- Respektuje druhé, oceňuje je dle jejich vnitřních hodnot spíše než dle jejich rasy a jejich postavení ve společnosti nebo jiných vnějších kritérií, nedělá si z nich legraci.
- Má pevné morální hodnoty, dokáže rozeznat dobré od zlého i tam, kde to není na první pohled zřejmé (tamtéž).

3.6 Dům životních potřeb dle Heleny Chloubové

Autoři Trachtová (2001) a Jarošová (2000) uvádí, že z pyramidy potřeb A. Maslowa vychází dům životních potřeb, který pro lepší orientaci sestavila PhDr. Helena Chloubová. Dle autorky domu životních potřeb, Heleny Chloubové, si každá osoba sama buduje svůj dům životních potřeb od svého narození, kdy v průběhu života jej částečně mění a přehodnocuje.

Dům potřeb se skládá z pěti pater, ve kterých se zaměřuje na konkrétní potřeby. První patro je tvořeno fyziologickými a biologickými potřebami jako jsou dýchání, funkce kardiovaskulárního systému, výživa, hydratace, vyměšování, spánek a odpočinek, fyzická aktivita, sexuální potřeby a čistota. Člověk bez těchto základních potřeb je schopen fungovat jen stěží, a proto tvoří pevné základy tohoto domu životních potřeb. Druhé patro obsahuje základní psychosociální potřeby existenciální. Nachází se tam potřeba jistoty a bezpečí, zdraví, pomoci, soběstačnosti, potřeba struktury a řádu. Obsahem třetího patra jsou vyšší psychosociální potřeby vztahové, kam spadá potřeba lásky a sounáležitosti, důvěra, komunikace, rodina,

přátelství. Čtvrté patro se týká sebepojetí a sebeúcty, moci, autonomie, intimity. V posledním patře najdeme potřeby seberealizace, duchovní potřeby, pracovní potřeby, různé zájmy, životní hodnoty (Chloubová, 2005).

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

Obrázek 2: Dům životních potřeb (zdroj: Chloubová, 2005)

U osob s vyšším věkem a v důsledku nemoci dochází k nenaplnění jedné nebo více potřeb, čímž je zdravotní a tělesný stav starého člověka vážněji ohrožen. Frustrace tělesných potřeb se může projevit zejména dušností, žízní, hladem, únavou, nucením na močení, pocitem tepla nebo zimy. Jestliže u takovýchto příznaků není reakce okolí včasná, může dojít k poruše zdraví, rozvoji stresu a nemocí. Nejčastější frustrace tělesných potřeb je ve výživě a vyprazdňování. Dále selhávají potřeby vitální, dýchání a kardiovaskulární funkce. Frustrující může být také potřeba spánku a pocit nespavosti a únavy, zatím co hydratace, aktivita, hygiena a sexualita jsou v pozadí (tamtéž).

Křivohlavý (2002) zmiňuje, že jestliže je jedinec zdravý, nevěnuje uspokojování potřeb velkou pozornost a provádí je zcela automaticky. Poukazuje na důležitost pochopení, že proces uspokojování potřeb vede k realizaci vyšších životních hodnot, což může u osob s vyšším věkem znamenat, že jsou nebo mohou být mnohé potřeby a jejich uspokojení zásadně narušeny.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je v první části zaměřena na cíl a metodologii výzkumu. Poté se věnuje průběhu sběru dat, kde je také představen Domov seniorů FRANTIŠEK, p.o. obce Náměšť na Hané, ve kterém probíhalo dotazníkové šetření. V poslední části proběhne analýza, interpretace výsledků výzkumného šetření a doporučení pro praxi.

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření bylo zrealizováno v Domově seniorů FRANTIŠEK, p.o. v obci Náměšť na Hané. Realizaci zásadně ovlivnila přetrvávající pandemie COVID-19.

4.1 Cíle a metodologie výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat míru spokojenosti osob seniorského věku v sociální službě domov pro seniory.

Dílčí cíle:

- Zjistit míru spokojenosti individuálních potřeb respondentů.
- Zjistit důležitost individuálních potřeb respondentů.
- Odhalit překážky v naplňování těchto potřeb.

Výzkumné otázky:

Pro splnění dílčích cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jaká je míra spokojenosti naplňování individuálních potřeb?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Které z vybraných potřeb jsou pro respondenty nejdůležitější?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Jaká je největší překážka při naplňování potřeb respondentů?

Pro praktickou část byl zvolen kvantitativní výzkum, kdy pomocí polostrukturovaného dotazníku byla oslovena cílová skupina. Dotazník je soustava „*předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“ (Chrásková, 2016, s.158). Dotazníková forma výzkumu je považovaná za nejrozšířenější výzkumnou techniku (Batošová, 2011).

Dotazník je sestaven z 8 položek, přičemž 5 položek je uzavřených, 1 položka otevřená, 1 položka byla provedena formou maticové otázky a v 1 položce měli respondenti seřadit důležitost potřeb.

4.2 Průběh sběru dat

I přes zpřísněné podmínky mi bylo umožněno vedením domova se s klienty setkat osobně a společnými silami vyplnit mnou připravený dotazník. Setkání s klienty bylo podmíněno negativním antigenním testem na COVID-19. Bylo osloveno 23 klientů z celkového počtu 51. Ochota klientů vyplnit dotazník byla velmi příznivá. S 18 klienty jsem měla příležitost vyplnit dotazník osobně, a tedy možnost dovysvětlit případné nejasnosti. Zbytek klientů bylo osloveno personálem a dotazník vyplnili bez mé pomoci. Celková doba strávená v zařízení pro získání výsledku dotazníkového šetření byla 6 hodin. Během sběru dat nedošlo k žádným komplikacím.

4.2.1 Domov seniorů FRANTIŠEK, p.o. Náměšť na Hané

Domov seniorů FRANTIŠEK, p.o. Náměšť na Hané vydává každý rok výroční zprávy. Tato podkapitola byla vytvořena podle výroční zprávy z roku 2020.

Dotazníkové šetření proběhlo v Domově seniorů FRANTIŠEK Náměšť na Hané, příspěvková organizace, která je poskytovatel služby domova pro seniory. Zařízení má celkovou kapacitu 53 lůžek. V původní, ale zrekonstruované budově, najdeme osm dvoulůžkových pokojů, přičemž čtyři z nich jsou primárně určeny manželským párům. V novém pavilonu se nachází 18 dvoulůžkových a jeden jednolůžkový pokoj. Klientelu domova tvoří osoby ve věku od 60 let.

Klienti mají k dispozici sociální zařízení (samostatné WC a koupelnu), které je vždy pro jeden, maximálně dva pokoje. Na každém patře se pak nachází kuchyňka. V zařízení najdeme také další prostory, jako je například společenský sál, relaxační a terapeutická místnost, vyšetřovna, místnost pro doplňkové služby (pedikúra, kadeřnictví) a tři terasy. K domovu náleží také zahrada, ve které je spousta zeleně a zahradní altánek. Zahrada je vybavena přístroji pro aktivní odpočinek (senior park).

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

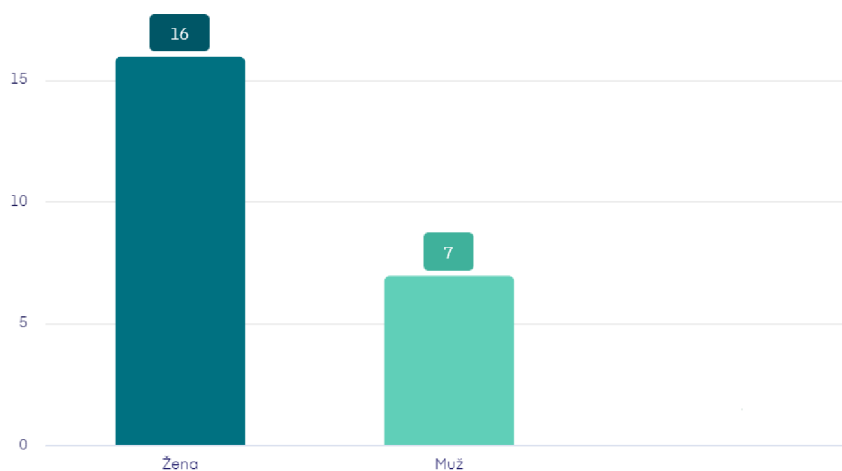
Na vyplnění dotazníku se podílelo celkem 23 respondentů, z nichž 16 (69,6 %) byly ženy a 7 respondentů bylo zastoupeno muži (30,4 %). Největší zastoupení měly osoby ve věku 81-90 let, kterých bylo 10 (43,5 %). Věkové rozmezí 71-80 let tvořilo 6 respondentů (26,1 %)

a respondentů s věkem 91 a více bylo 5 (21,7 %). Nejméně zastoupené věkové rozmezí je 65-70 s počtem 2 respondentů (8,7 %).

Personálem mi byl nastíněn zdravotní stav respondentů, z čehož vyplynulo, že převážná část účastníků dotazníkového šetření byli klienti s počátečním stádiem demence u Alzheimerovy nemoci nebo s mírnou kognitivní poruchou.

4.4 Analýza výsledků dotazníkového šetření

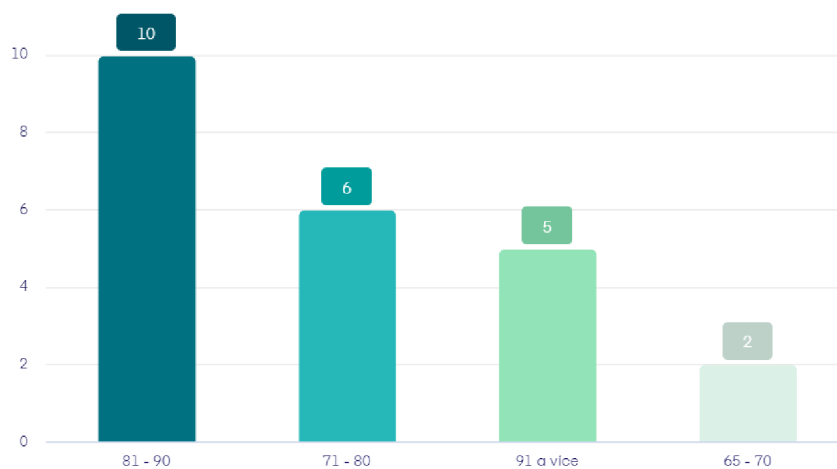
Položka č. 1: Pohlaví



Graf 1: Pohlaví (vlastní zdroj)

Na vyplnění dotazníku se podílelo 23 respondentů z čehož 16 respondentů byly ženy (69,6 %) a 7 respondentů byli muži (30,4 %).

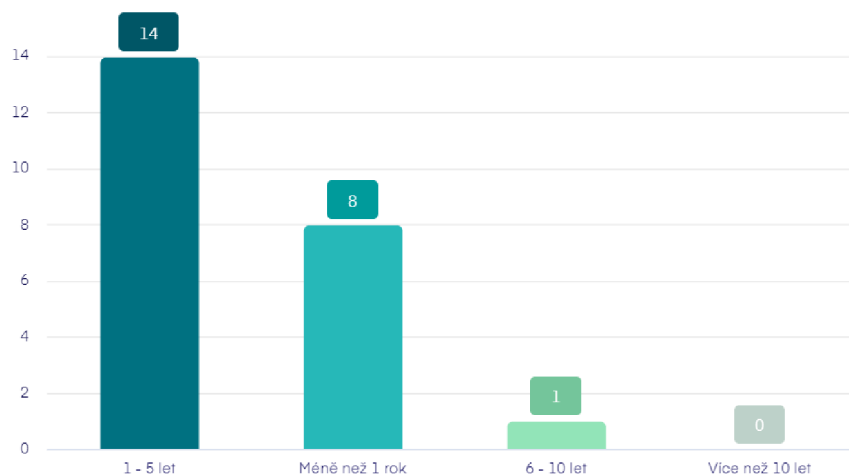
Položka č. 2: Prosím, uveďte Váš věk.



Graf 2: Věk (vlastní zdroj)

Tato položka byla otevřená. Pro lepší přehlednost byla vytvořena škála jednotlivých věkových skupin, do kterých byl zařazen počet respondentů dle uvedeného věku. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že největší zastoupení, s počtem 10 respondentů (43,5 %), tvoří osoby ve věku 81-90 let. Věkové rozmezí 71-80 let tvoří 6 respondentů (26,1 %) a respondentů s věkem 91 a více bylo 5 (21,7 %). Nejméně zastoupené je věkové rozmezí 65-70 s počtem 2 respondentů (8,7 %). Nejstarší respondent měl 93 let a nejmladší 65 let.

Položka č. 3: Jak dlouho již využíváte služeb Domova pro seniory?



Graf 3: Doba využívání služby (vlastní zdroj)

V této otázce měli respondenti zodpovědět, jak dlouho využívají služeb Domova pro seniory. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že po dobu 1-5 let jsou služby využívány 14 respondenty (60,9 %). Kategorie méně než 1 rok je zastoupena 8 respondenty (34,8 %), dále kategorie 6-10 let byla vybrána 1 respondentem (4,3 %). Více než 10 let neoznačil žádný z respondentů.

Položka č. 4: Zhodnoťte, jak moc jste spokojeni s naplňováním Vašich potřeb uvedených v tabulce.

	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
Naplňování tělesných potřeb (potrava, tekutiny, vzduch, spánek, vyprazdňování)	0	2	2	11	8
Naplňování potřeb bezpečí a jistoty	0	2	2	11	8
Naplňování potřeby partnerského vztahu	3	2	7	7	4
Naplňování potřeby přátelství	1	1	1	14	6
Naplňování potřeby uznání a respektu	0	0	1	14	8
Naplňování potřeby osobního rozvoje	0	1	6	13	3
Naplňování potřeby učení a poznávání	0	4	1	15	3
Naplňování duchovních potřeb	0	1	3	11	8

Tabulka 1: Spokojenost s naplňováním potřeb (vlastní zdroj)

V této otázce měli respondenti zhodnotit spokojenost s naplňováním individuálních potřeb. S naplňováním tělesných potřeb (potrava, tekutiny, vzduch, spánek, vyprazdňování) je spokojeno 11 respondentů, velmi spokojeno 8 respondentů, nespokojeni 2 respondenti a 2 respondenti uvedli, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni.

Stejné hodnocení získalo naplňování potřeb bezpečí a jistoty, tedy spokojeno je 11 respondentů, velmi spokojeno 8 respondentů, nespokojeni 2 respondenti a 2 respondenti uvedli, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni.

S naplňováním potřeby partnerského vztahu je 7 respondentů spokojeno, 7 respondentů není ani spokojeno ani nespokojeno, 4 respondenti jsou velmi spokojeni, 3 velmi nespokojeni a 2 nespokojeni.

Co se týče naplňování potřeby přátelství je 14 respondentů spokojeno, 6 velmi spokojeno a kategorie velmi nespokojen, nespokojen a ani spokojen ani nespokojen zastoupena vždy jedním respondentem.

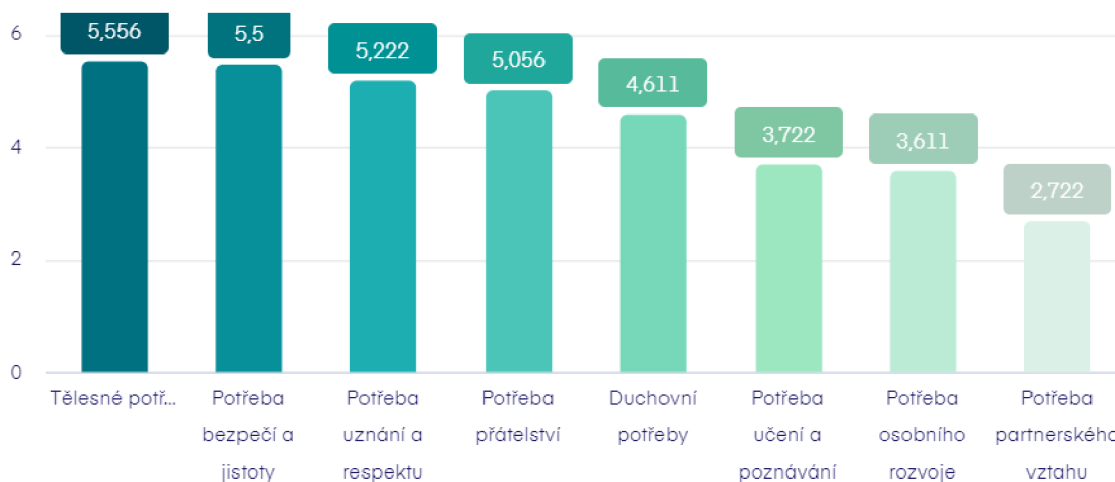
14 respondentů je spokojeno s naplňováním potřeby uznání a respektu. S naplňováním této potřeby je 8 respondentů velmi spokojeno a 1 respondent uvedl jako svou odpověď, že není ani spokojen ani nespokojen.

Naplňování potřeby osobního rozvoje označilo 13 respondentů možnost spokojen/a, 6 respondentů ani spokojen/a ani nespokojen/a, 3 respondenti velmi spokojen/a a 1 nespokojen/a.

Předposlední kategorie se týká naplňování potřeby učení a poznávání. U této kategorie označilo 15 respondentů možnost spokojen/a, 4 respondenti označili možnost nespokojen/a, 3 respondenti zvolili možnost velmi spokojen/a a 1 respondent uvedl, že jsou nespokojeni.

Poslední kategorie je věnována duchovním potřebám, se kterou je 11 respondentů spokojeno, 8 velmi spokojeno, 3 respondenti nejsou ani spokojeni ani nespokojeni a 1 respondent uvedl, že je nespokojen.

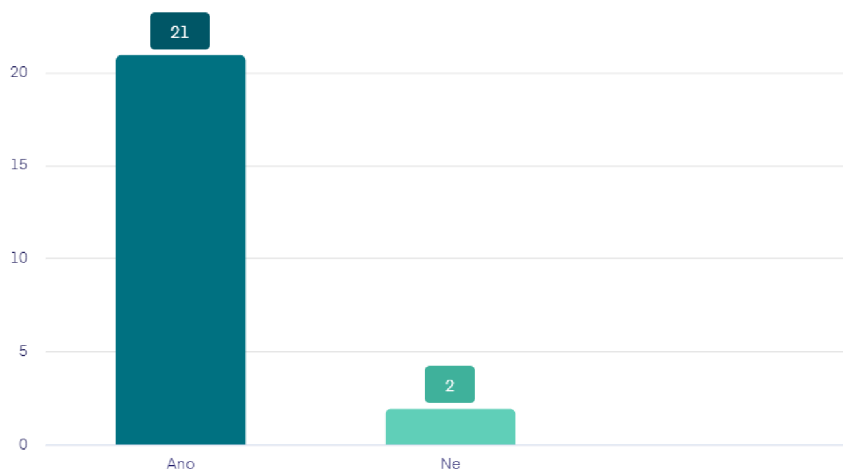
Položka č. 5: Mohl/a byste potřeby seřadit podle důležitosti? (Do políčka napište 1.-8. místo, kdy 1. místo vyjadřuje největší důležitost)



Graf 4: Důležitost potřeb (vlastní zdroj)

Výsledky grafu č. 4 se týkají pouze odpovědí 18 respondentů z celkového počtu 23. Odpovědi zbylých 6 respondentů nejsou zahrnuty v hodnotách, a to z důvodu nevyplnění této položky. Z grafu můžeme vyčíst průměrnou důležitost odpovídajících respondentů. Jako nejdůležitější označili respondenti tělesné potřeby (potrava, tekutiny, vzduch, spánek, vyprazdňování) a to s průměrným výsledkem 5,556. Dále následovala potřeba bezpečí a jistoty s 5,5. Na třetím místě se s průměrným výsledkem 5,222 umístila potřeba uznání a respektu. Velmi důležitá je pro respondenty také potřeba přátelství s průměrnou hodnotou 5,056 a duchovní potřeby 4,611. Na posledních třech místech byly označeny potřeba učení a poznávání 3,722, potřeba osobního rozvoje 3,611 a potřeba partnerského vztahu 2,722.

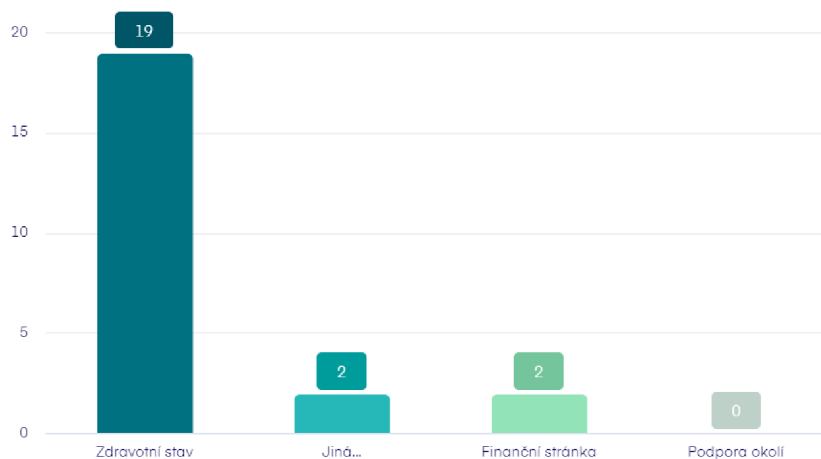
Položka č. 6: Cítíte dostatečnou podporu pobytového zařízení při naplňování Vašich potřeb?



Graf 5: Podpora zařízení (vlastní zdroj)

Z celkového počtu 23 respondentů 21 (91,3 %) uvedlo, že cítí dostatečnou podporu pobytového zařízení při naplňování potřeb. Pouze 2 (8,7 %) respondenti označili, že podpora poskytovaná pobytovým zařízením není dostatečná.

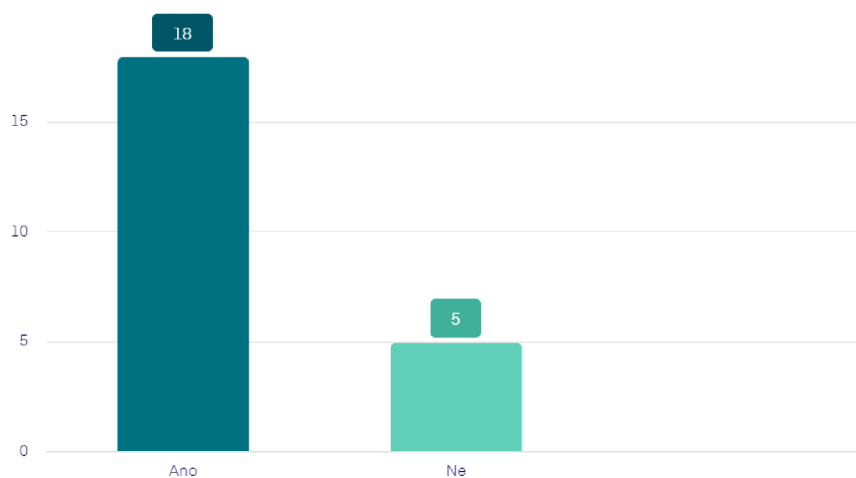
Položka č. 7: Co je největší překážka při naplňování Vašich potřeb?



Graf 6: Největší překážka (vlastní zdroj)

Jako největší překážku při naplňování potřeb, zvolilo 19 respondentů (82,6 %) zdravotní stav. Jinou možnost uvedli 2 respondenti (8,7 %), kteří následně napsali soukromí, jako jejich největší překážku. Finanční stránku zvolili 2 (8,7 %) respondenti. Podporu okolí nezvolil žádný z respondentů.

Položka č. 8: Cítíte každý den pocit naplnění?



Graf 7: Pocit naplnění (vlastní zdroj)

U poslední položky, zda respondenti cítí každý den pocit naplnění, označilo „Ano“ za svou odpověď 18 respondentů (78,3 %). Negativní odpověď zvolilo 5 respondentů (21,7 %).

4.5 Interpretace výsledků výzkumu

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo analyzovat míru spokojenosti individuálních potřeb osob seniorského věku v Domově seniorů FRANTIŠEK, p.o. Dílčími cíli bylo zjistit míru spokojenosti individuálních potřeb respondentů, důležitost individuálních potřeb respondentů a odhalit překážky v naplňování těchto potřeb.

Pro splnění cílů byly vytvořeny výzkumné otázky, které jsou níže vysvětleny na základě odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření.

Výzkumná otázka č.1: Jaká je míra spokojenosti naplňování individuálních potřeb?

K této výzkumné otázce se váže dotazníková položka č. 4, kde měli respondenti vyjádřit svou míru spokojenosti. Pro účely zodpovězení této výzkumné otázky byly spojeny možnosti „Velmi nespokojen/a“ a „Nespokojen“, jelikož označují nedostatečné naplňování individuálních potřeb. Naopak dostatečné naplňování těchto potřeb představují možnost „Spokojen/a“ a „Velmi spokojen/a“, které byly také spojeny. Na základě sečtených odpovědí je patrné, že největší míra naplňování potřeb je v oblasti uznání a respektu a v oblasti přátelství. Celkově lze říci, že veškeré hodnocené potřeby jsou ze strany domova zabezpečovány v dostatečné míře.

Naopak největší nespokojenost se projevila v oblasti naplňování potřeby partnerského vztahu, což dle mého názoru nesouvisí s kvalitou poskytovaných služeb daného pobytového zařízení. Na druhé straně je zde prostor pro rozšíření a zkvalitnění aktivit zaměřených na učení a poznávání, jelikož tato potřeba měla druhou pozici v počtu nespokojených odpovědí.

Výzkumná otázka č. 2: Které z vybraných potřeb jsou pro respondenty nejdůležitější?

Důležitost potřeb mohli respondenti vyjádřit v položce č. 5, kde měli možnost seřadit jednotlivé potřeby dle individuální důležitosti. Dle průměrné důležitosti jsou na prvním místě tělesné potřeby (potrava, tekutiny, vzduch, spánek, vyprazdňování). Dále následovala potřeba bezpečí a jistoty. Na třetím místě se umístila potřeba uznání a respektu. Na dalších místech byla potřeba přátelství, duchovní potřeby, potřeba učení a poznávání, potřeba osobního rozvoje a potřeba partnerského vztahu.

Vzhledem ke skutečnosti, že šest respondentů (26 %) neodpovědělo na položku, která se vztahuje k této výzkumné otázce, považují tyto výsledky za neúplné. Z důvodu různorodosti získaných odpovědí nelze předpokládat, že by po přičtení chybějících šesti odpovědí zůstaly výsledky stejné.

Na tomto místě bych ráda zmínila, že tuto dotazníkovou položku bych po zkušenosti změnila, jelikož bylo zřejmé, že byla pro respondenty zavádějící a měli problém na ni odpovědět.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je největší překážka při naplňování potřeb respondentů?

K této výzkumné otázce se váže dotazníková položka č. 7. Nejčastější odpověď respondentů byl zdravotní stav. Další odpovědi se týkaly finanční stránky a soukromí. Tyto výsledky bych označila za předvídatelné vzhledem k cílové skupině respondentů.

Třetí možnost – podpora okolí, žádný z respondentů nezvolil jako největší překážku při naplňování potřeb. Za předpokladu, že okolím myslíme podporu ostatních klientů a zaměstnanců domova, lze opět vyvodit spokojenost klientů se zařízením.

4.6 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce bylo analyzovat naplňování individuálních potřeb osob seniorského věku. Průběh šetření byl zaznamenán v grafech a tabulce uvedených výše. K dosažení výsledků bylo využito kvantitativního výzkumu, a to prostřednictvím

dotazníkového šetření. Na základě tohoto šetření byly zodpovězeny tři hlavní výzkumné otázky.

Na základě dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že míra spokojenosti naplňování individuálních potřeb klientů Domova seniorů FRANTIŠEK, p.o. je velmi dobrá, a i v dnešní nelehké době jsou klienti spokojeni.

Seřazením potřeb dle důležitosti bylo zjištěno, že nejdůležitější pro respondenty jsou tělesné potřeby (potrava, tekutiny, vzduch, spánek, vyprazdňování). Naopak nejméně důležitá pro respondenty byla potřeba partnerského vztahu. Výsledky však mohlo ovlivnit dalších 6 respondentů, kteří tuto otázku nevyplnili či nesprávně pochopili.

Mezi největší překážku při naplňování individuálních potřeb respondentů převažovala odpověď týkající se zdravotního stavu. Respondenti také poukázali na finanční stránku a z jiných možností uvedli soukromí.

Lze říci, že ze strany většiny dotazovaných klientů jsou potřeby v tomto domově dostatečně naplňovány. Při návštěvě zařízení na mě klienti působili velmi spokojeně a byli otevření spolupráci. Zaměstnanci byli během mé návštěvy velice nápomocní a ochotní.

4.7 Doporučení pro praxi

Na začátku tohoto doporučení bychom měli vedení domova seniorů FRANTIŠEK, p.o. obeznámit o výsledcích výzkumného šetření. Zejména se zaměřit na výsledky položky č. 4, kde můžeme vidět, ve kterých oblastech část klientů zvolila možnosti „Velmi nespokojen/a“, „Nespokojen/a“ ale také „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“, jelikož jednou z hlavních ambicí domova seniorů FRANTIŠEK, p.o. je naplňování potřeb svých klientů.

Dalším krokem by byly rozhovory se všemi klienty na témata, která měli v našem výzkumu nejhorší hodnocení. Rozhovory mezi klienty a personálem by byly zaměřené na konkrétní problémy jednotlivých témat, které by jim mohly dát důvod k nespokojenosti. Následně po vyhodnocení rozhovorů by vedení ve spolupráci se speciálním pedagogem/andragogem/sociální pracovníci dokázalo přijít se seznamem doporučení a změn pro lepší naplňování potřeb svých klientů.

Pár týdnů nebo měsíců po implementaci seznamu doporučení, navrhujeme výzkum zopakovat a výsledky prvního i druhého výzkumu porovnat.

ZÁVĚR

Čas našeho života plyne velmi rychle. Většinu z nás čeká stejný osud, kterým je zestárnutí. Avšak všichni máme nárok žít plnohodnotný a důstojný život až do konce našeho života. Osoby, které kvůli svému zdravotnímu stavu nebo jakýmkoliv jiným problémům nemohou prožívat svůj život bez podpory druhého člověka, mají příležitost využít sociálních služeb, které mu tento cíl pomohou dosáhnout.

Bakalářská práce Naplňování individuálních potřeb osob seniorského věku si kladla za cíl analýzu naplňování individuální potřeb osob seniorského věku.

Teoretická část předložila základní pojmy, které se týkaly dané problematiky. První kapitola se věnovala stáří a stárnutí a jejím zvláštnostem jak z oblasti biologických, tělesných, tak i psychických změn. Dále byla věnována pozornost přípravě a adaptaci na stáří a postoji společnosti ke stáří, a to zejména proto, aby došlo k pochopení vnímání těchto osob v praktické části. Následující kapitola byla věnována syndromu demence, kde je vysvětlena demence u Alzheimerovy nemoci, mírně kognitivní porucha a také specifika komunikace. Další kapitola byla věnována lidským potřebám. V jednotlivých podkapitolách se autorka zabývala potřebami, jejich dělením, saturací a dvěma teoriemi potřeb.

Praktická část se zabývala kvalitativním výzkumem pomocí polostrukturovaného dotazníku. Pro výzkumný vzorek byli autorkou vybráni jedinci, kteří odpovídali daným kritériím. Tvořily je osoby od věku 65 let do 94 let. Jednalo se o respondenty, kteří byli klienti Domova seniorů FRANTIŠEK, p.o. Autorku zajímala především jejich míra spokojenosti s naplňováním individuálních potřeb.

Seznam bibliografických citací

ARMSTRONG, Michael, 2002. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada, 800 s. ISBN 978- 80-247-1407-3.

BARTOŠOVÁ, Iva a Martin SKUTIL, 2011. Dotazník. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. Praha: Portál, s. 80-89. ISBN 978-80-7367-778-7.

BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Přeložil Hana KAŠPAROVSKÁ. 1. vyd. Praha: Portál. 132 s. ISBN 807367081X.

ČECHOVÁ, Linda, Aleš BARTOŠ, David DOLEŽIL a Daniela ŘÍPOVÁ, 2011. *Alzheimerova nemoc a mírná kognitivní porucha: diagnostika a léčba*. Neurologie pro praxi. Olomouc: Solen. 12(3), 175-180. ISSN 1803-5280.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, 2006. ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4.

DRAPELA, Victor J., 1997. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. 175 s. ISBN 80-178-134-7.

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

FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2006. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin, SR: Vydavatelství Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

- HODAŇOVÁ, Lea, 2013. *Saturace psychosociálních potřeb pacienta / klienta*. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Ústav zdravotnických studií.
- HORT, Jakub a Roman JIRÁK, 2007. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. 1.vyd. Praha: MediMedia Information. ISBN 978-80-86336-07-7.
- CHLOUBOVÁ, H., 2005. *Změny potřeb ve stáří*. Rezidenční péče, roč. 1, č. 2. 23 s.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství: uvedení do moderních teorií*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 133 s. ISBN 80-858-6655-2.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1.vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- KELNAROVÁ, Jarmila, 2010. *Psychologie 1. díl Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3270-1.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KÖNIG, Jutta a ZEMLIN, Claudia, 2017. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložila Lucie SIMONOVÁ. 1.vyd. Praha: Portál. 119 s. ISBN 978-80-262-1184-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana, 1998. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-7169-195-X.
- MADSEN, Kresten Bent, 1979. *Moderní teorie motivace*. Praha: Academia. 468 s.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

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

MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.

MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.

NAKONEČNÝ, Milan, 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada, 225 s. ISBN 80-24705-77-x.

Na pomoc pečujícím rodinám. 11. vydání. Přeložil Iva HOLMEROVÁ, přeložil Hana JANEČKOVÁ, přeložil Dagmar NIKLOVÁ. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-49-5.

PIDRMAN, Vladimír, 2005. *Demence pro praktické lékaře: diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 80-7345-052-6.

PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. 1.vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada publishing a.s. ISBN: 978-80-247-3558-0.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

RÝZNAROVÁ, Lucie, 2012. *Péče o seniory v ústavním zařízení, zajištění bio-psycho-sociální pohody ve stáří*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

SUCHOMELOVÁ, Věra, 2016. *Senioři a spiritualita – duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-361-7.

- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka et al., 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2141-4.
- ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-920-8.
- TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH, 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-099-6.
- TOPINKOVÁ, Eva., c2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- TOŠNEROVÁ, Tamara, 2002. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 80-238-9506-0.
- TOŠNEROVÁ, Tamara, 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2104-7.
- TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3324-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří: uvedení do moderních teorií*. 1. vyd. Praha: Portál, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-307-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VALENTA, Milan, 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-187-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

VÝROST, Jozef, 2008. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Editor Ivan Slaměník. Praha: Grada, 404 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-288.

ZGOLA, Jitka M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Přeložil Vera Frieda EISENBERG, ilustroval Jana NEJTKOVÁ. Praha: Grada Publishing, Psyché. ISBN 80-247-0183-9.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam elektronických zdrojů

Dům seniorů František, p.o. [online]. [cit. 2021-08-07]. Dostupné z: <https://www.ddnamestnahane.cz/>

HONZÁK, František. 2014. Psychiatrie pro praxi: Mírná kognitivní porucha – víme již více? [online]. Olomouc: Solen, 15(1) [cit. 2021-11-23]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/04.pdf>

LUŽNÝ, Jan. 2013. Diagnostikujeme a léčíme demence správně a včas? [online]. [cit. 2021-11-17]. DOI: ISSN 1805-7225. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/13.pdf>.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. Ageismus. Ageismus [online]. [cit. 2021-10-30]. Dostupné z: <https://www.ageismus.cz/>

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví (vlastní zdroj)	32
Graf 2: Věk (vlastní zdroj).....	33
Graf 3: Doba využívání služby (vlastní zdroj)	34
Graf 4: Důležitost potřeb (vlastní zdroj)	37
Graf 5: Podpora zařízení (vlastní zdroj)	38
Graf 6: Největší překážka (vlastní zdroj)	38
Graf 7: Pocit naplnění (vlastní zdroj)	39

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1: Spokojenost s naplňováním potřeb (vlastní zdroj).....	35
Obrázek 1: Maslowova hierarchie potřeb (zdroj: Hauke, 2011)	27
Obrázek 2: Dům životních potřeb (zdroj: Chloubová, 2003).....	29

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Naplňování potřeb

Vážení klienti,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Mé jméno je Barbora Kubaczková a jsem studentkou oboru Speciální pedagogika andragogika na Univerzitě Palackého v Olomouci. K úspěšnému ukončení mého studia potřebuji napsat práci, pro kterou jsem si vybrala téma, které souvisí naplňováním potřeb v období seniorského věku. Dotazník je zcela anonymní. Poprosím Vás o pravdivé vyplnění.

Moc děkuji za Vaši spolupráci a přeji krásný zbytek dne.

Barbora Kubaczková

1. Pohlaví
 - a. Muž
 - b. Žena

2. Prosím, uveďte Váš věk

3. Jak dlouho již využíváte služeb Domova pro seniory?
 - a. Méně než 1 rok
 - b. 1 - 5let
 - c. 6 – 10let
 - d. Více než 10 let

4. Zhodnoťte, jak moc jste spokojeni s naplňováním Vašich potřeb uvedených v tabulce.

	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
Naplňování tělesných potřeb (potrava, tekutiny, vzduch, spánek, vyprazdňování)					
Naplňování potřeby bezpečí a jistoty					
Naplňování potřeby partnerského vztahu					
Naplňování potřeby přátelství					
Naplňování potřeby uznání a respektu					
Naplňování potřeby osobního rozvoje					
Naplňování potřeby učení a poznávání					
Naplňování duchovních potřeb					

5. Mohl/a byste potřeby seřadit podle důležitosti? (do políčka napište 1.-8. místo, kdy 1. místo vyjadřuje největší důležitost)

Tělesné potřeby (potrava, tekutiny, vzduch, spánek, vyprazdňování)	
Potřeba bezpečí a jistoty	
Potřeba partnerského vztahu	
Potřeba přátelství	
Potřeba uznání a respektu	
Potřeba osobního rozvoje	
Potřeba učení a poznávání	
Duchovní potřeby	

6. Cítíte dostatečnou podporu pobytového zařízení při naplňování Vašich potřeb?
a. Ano
b. Ne

7. Co je největší překážka při naplňování Vašich potřeb?
a. Zdravotní stav
b. Finanční stránka
c. Podpora okolí
d. Jiné uveďte

8. Cítíte každý den pocit naplnění?
a. Ano
b. Ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Barbora Kubaczková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph. D.
Rok obhajoby:	2022

Název závěrečné práce:	Naplňování individuálních potřeb osob seniorského věku
Název závěrečné práce v angličtině:	Meeting the individual needs of the elderly
Anotace závěrečné práce:	Bakalářská práce se zabývá individuálními potřebami osob seniorského věku a jejich naplňováním. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku seniorů a problematiku potřeb a jejich naplňování. Praktická část se skládá z výzkumu, který je zaměřen na analýzu naplňování individuálních potřeb osob seniorského věku.
Klíčová slova:	senior, stárnutí, stáří, ageismus, potřeby seniorů, naplňování potřeb, demence
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis deals with the individual needs of seniors and their fulfillment. The theoretical part is focused on the characteristics of seniors and the issue of needs and their fulfillment. The practical part consists of research, which is focused on the analysis of meeting the individual needs of seniors.
Klíčová slova v angličtině:	senior, aging, old age, ageism, needs of seniors, meeting needs, dementia
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník
Rozsah práce:	51 s.
Jazyk práce:	Český jazyk