



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Subjektivní hodnocení kvality života seniorů v domově  
pro seniory**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

**Autor:** Magda Čížková

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Subjektivní hodnocení kvality života seniorů v domově pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 04. 2024

.....

Magda Čížková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za její odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat také všem komunikačním partnerům za poskytnutí rozhovorů a za jejich otevřenost. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým za jejich podporu během studia a psaní této bakalářské práce.

# Subjektivní hodnocení kvality života seniorů v domově pro seniory

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá subjektivním hodnocením kvality života seniorů v domově pro seniory. Tato práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zaměřuje na poznatky o stáří a stárnutí, kde je definováno samotné stáří a stárnutí, potřeby seniorů či změny ve stáří. Dále jsou charakterizována pobytová zařízení pro seniory a poskytované služby v nich. Následně je vymezena kvalita života a metody jejího měření.

Pro praktickou část je zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory osahovaly 18 otázek a byly realizovány v domově pro seniory a to s 10 komunikačními partnery. Následně byly rozhovory zpracovány pomocí doslovného přepsání za použití techniky tužka a papír. Poté byly zakódovány a bylo z nich vytvořeno 8 kategorií.

Hlavním cílem této práce je zjistit subjektivní hodnocení kvality života seniorů, žijících v domově pro seniory. Dále také byly nastaveny tři dílčí cíle. Prvním z nich je zjistit spokojenost a vnitřní pocity klientů žijících v domově pro seniory. Druhým dílčím cílem je zjistit spokojenost s volnočasovými aktivitami poskytovanými v domově pro seniory. A posledním dílčím cílem zjistit spokojenost se vztahy v domově pro seniory.

Z výsledků vychází, že jsou senioři s pobytem v domově pro seniory spokojeni a váží si především služeb a péče, která jim je poskytována, a to především z toho důvodu, že by se bez této péče již nedokázali obejít. Výsledky mého výzkumu mohou sloužit především jako zpětná vazba pro domov pro seniory ve kterém byl výzkum uskutečněn. Domovům pro seniory může tento výzkum také posloužit jako inspirace na zlepšení určitých služeb. Tato práce také může sloužit ke zvýšení povědomí společnosti o životě v domově pro seniory.

**Klíčová slova:** stáří; senior; domov pro seniory; kvalita života; spokojenost; volnočasové aktivity

# **Subjective assessment of the quality of life of seniors in a retirement home**

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the subjective evaluation of the quality of life of seniors in a retirement home. This thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the knowledge about old age and aging, where old age and aging itself, the needs of the elderly or changes in old age are defined. Furthermore, residential facilities for the elderly and the services provided therein are characterised. Quality of life and methods for measuring it are then defined.

A qualitative research strategy is chosen for the practical part. The research was conducted using semi-structured interviews. These interviews comprised 18 questions and were conducted in a home for the elderly with 10 communication partners. Subsequently, the interviews were processed through verbatim transcription using pencil and paper techniques. They were then coded and 8 categories were created.

The main aim of this study is to find out the subjective assessment of the quality of life of the elderly living in a retirement home. Furthermore, three sub-objectives were also set. The first one is to find out the satisfaction and inner feelings of the clients living in a retirement. The second sub-objective is to find out the satisfaction with the leisure activities provided in the retirement home. And the last sub-objective is to find out the satisfaction with the relationships in the retirement home.

The results show that seniors are satisfied with their stay in the home for the elderly and appreciate the services and care they receive, mainly because they could not do without it. The results of my research can serve mainly as feedback for the retirement home in which the research was conducted. The retirement homes can also use this research as inspiration to improve certain services. This thesis can also serve to raise awareness about living in a retirement home.

**Key words:** age; senior; retirement home; quality of life; satisfaction; leisure activities

## Obsah

Úvod.....	8
1. Fenomén stáří.....	9
1.1 Stáří .....	9
1.2 Příprava na stáří.....	10
1.3 Změny ve stáří.....	11
1.3.1 Biologické změny .....	11
1.3.2 Psychické změny .....	12
1.3.3 Sociální změny .....	13
1.4 Ageismus.....	13
1.5 Potřeby seniorů.....	15
1.6 Aktivní stárnutí.....	16
1.7 Komunikace se seniory .....	16
1.7.1 Komunikační bariéry .....	17
2. Pobytové zařízení pro seniory .....	19
2.1 Domov pro seniory .....	19
2.2 Domov se zvláštním režimem .....	19
2.3 Služby poskytované v pobytových zařízeních .....	20
2.4 Role sociálního pracovníka .....	21
2.5 Aktivizační činnosti .....	22
2.5.1 Zooterapie.....	23
2.5.2 Reminiscenční terapie .....	24
2.5.3 Muzikoterapie.....	24
2.5.4 Arteterapie .....	25
2.5.5 Trénink paměti.....	26
3. Kvalita života.....	27
3.1 Vymezení kvality života .....	27
3.1.1 Dimenze kvality života.....	28
3.2 Kvalita života seniorů .....	29
3.2.2 Determinanty kvality života seniorů .....	30
3.2.3 Měření kvality života seniorů.....	31
4. Cíle práce a výzkumné otázky .....	33
4.1 Hlavní cíl práce .....	33
4.2 Dílčí cíle práce .....	33

4.3 Výzkumné otázky.....	33
5. Metodika .....	34
5.1 Metody výzkumu .....	34
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	34
5.3 Realizace výzkumu .....	35
5.4 Způsob vyhodnocování dat .....	36
5.5 Etické aspekty výzkumu .....	36
6. Výsledky .....	37
6.1 Vnitřní spokojenost .....	37
6.2 Spokojenost s poskytovanou péčí .....	38
6.3 Spokojenost se stravou .....	39
6.4 Očekávání vs realita .....	40
6.5 Pohled seniora .....	41
6.6 Aktivní senior.....	42
6.7 Vztahy seniora s rodinou.....	43
6.8 Vztahy seniora s vrstevníky .....	44
6.9 Shrnutí výsledků.....	45
7. Diskuze .....	47
Závěr .....	51
Seznam literatury .....	53
Seznam příloh .....	55

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá tématem kvality života seniorů v prostředí domova pro seniory. Toto téma jsem zvolila především z toho důvodu, že se v naší společnosti stále zvyšuje nejen počet seniorů, ale také se prodlužuje délka dožití a z tohoto důvodu si myslím, že je velmi důležité, aby byly poskytovány kvalitní zdravotní, ale i sociální služby. Jednou ze sociálních služeb je právě domov pro seniory. Jedná se o pobytovou sociální službu, která poskytuje seniorům potřebnou péči. V dnešní době stále více seniorů musí z různých důvodů opustit svůj domov a přesunout se do sociálního zařízení, a tak zájem o pobyt v domově pro seniory v dnešní době výrazně stoupá. A to především z toho důvodu, že domov pro seniory jim dokáže poskytnout potřebnou péči a senioři tak mohou nadále žít plnohodnotný život. Kvalita života seniorů žijících v domovech pro seniory je tak v dnešní době velmi aktuálním a řešeným tématem.

V dnešní době je právě stáří ve velké části opovrhovaným tématem. Dá se říci, že mladá populace stářím pohrdá. Mnoho lidí má v dnešní době na seniory negativní názory, například někteří jsou toho názoru, že senior je pro stát pouze ekonomickou zátěží a že není pro společnost užitečný. Je však pro každého z nás důležité si uvědomit, že nás všechny jednou stáří čeká, a tak bychom seniory neměli opovrhovat.

Má bakalářská práce bude rozčleněna do několika základních oblastí. První z nich budou poznatky o stáří a stárnutí, kde bude definováno samotné stáří a stárnutí, potřeby seniorů či změny ve stáří. V druhé části se budu zaměřovat na samotné domovy pro seniory a poskytované služby v nich. Třetí část se bude zabírat vymezením kvality života a jejím měřením. Poslední částí bude oblast výzkumná, ve které se budu zaměřovat právě na již zmíněnou kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Tuto problematiku se v mé bakalářské práci pokusím zanalyzovat pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které budou vykonány právě v domově pro seniory.



# 1. Fenomén stáří

## 1.1 Stáří

Stáří je vnímáno jako konečná vývojová etapa v lidském životě (Ptáčková et al., 2021). Dle Pacovského (1990) navazuje na předchozí etapy života, a tak s nimi i souvisí. Autor také uvádí, že stáří má však různá biologická specifika, která ho odlišují od etap předešlých. Dle Pacovského (1990) člověk ve svém životě projde několika vývojovými stádii, mezi těmito stádii se vyskytují takzvaná přechodná období, při kterých má náš organismus snahu nás připravit na následující stádia. Mezi tyto přechodná stádia můžeme zařadit například porod či pubertu, ale také právě stárnutí lze považovat za období přechodné (Pacovský, 1990). Stárnutí a stáří je nevyhnutelnou součástí jak života lidského, tak i života zvířat a rostlin (Mlýnková, 2011). Dle Ptáčkové et al. (2021) lze stáří popsat mnoha způsoby, a to jak pozitivními, tak i negativními. Dle autorky však populaci jako první při pomyšlení na stáří napadnou slova jako osamocení, zármutek či onemocnění, na druhou stranu nás mohou napadnout i slova jako je svoboda, radost, klid. Stáří, jak už vychází z přechozích vět je tedy vnímáno převážně negativně, a to především z toho důvodu, že nejčastěji ve stáří dochází ke ztrátě, osamocení a zvyšuje se u jedince výskyt různých onemocnění (Ptáčková et al., 2021). Někdo však ale podle autorky může vnímat stáří pozitivně, jako období, kdy máme čas na své koníčky, blízké a odpočinek. Dle Ptáčkové et al. (2021) právě to, jak kdo vnímá stáří a jak se zvládne se stářím a stárnutím vyrovnat je různé a závisí to především na osobnosti jedince, jeho prostředí a okolí. Stáří lze také vnímat jako období při kterém dochází k vyrovnání se s koncem života (Ptáčková et al., 2021).

Dle Ondrušové (2011) lze stárnutí obecně definovat jako proces, který probíhá během celého života a týká se každého z nás. Právě v průběhu stárnutí se jedinec setkává s úbytkem sil a schopností a dochází k mnoha biologickým procesům (Ondrušová, 2011). Autorka také uvádí, že stárnutí jako proces je velmi individuální a i přesto, že u každého jedince je stárnutí rozdílné, máme určité znaky, které mají všichni společné. Během stárnutí dochází ke změnám v několika hlediscích, kam patří hledisko biologické, psychické a sociální (Ondrušová, 2011). Biologické stárnutí je dle autorky úzce spojeno se změnami tělesnými, kam patří především úbytek schopností, snížení funkcí organismu nebo také zhoršené smyslové vnímání. Psychické hledisko stárnutí je spojováno především se zpomalením duševních reakcí nebo úbytkem kognitivních funkcí (Ondrušová, 2011). A sociální hledisko je úzce spjata se vztahy a sociálními vazbami

jedince či postoj, který společnost ujímá vůči seniorovi (Ondrušová, 2011). Pokud hovoříme o stárnutí, tak je také velmi důležité zmínit pojem gerontologie. Gerontologie je podle Ondrušové (2011) obor, který je zaměřený na posilování zdravého stárnutí a předcházení stárnutí nezdravému. Tento obor je dle autorky rozdělen do tří kategorií, a to na gerontologii teoretickou, klinickou a sociální. Dle Ondrušové (2011) se teoretická gerontologie zabývá zkoumáním obecných aspektů stárnutí, klinická gerontologie se zaměřuje především na zdravotní stav seniora a prevenci a diagnostiku nemocí. Gerontologie sociální se zabývá především tím, jaké má senior vztahy s vrstevníky a společností (Ondrušová, 2011).

Dle Philipsona (2020) můžeme v dnešní době pozorovat velký vzrůst seniorské populace. Dle autora je tato vzrůstající seniorská populace charakterizována tím, že stoupá podíl starších lidí ve společnosti. Je to zapříčiněné především tím, že se očekává stále prodlužující se délka dožití a nižší porodnost (Philipson, 2020).

## ***1.2 Příprava na stáří***

Stárnutí je označováno za určitý proces, který probíhá během celého života a též je považován za nezvratný a přirozený (Hrozenská et al., 2008). Dle Haškovcové (2010) každý člověk stárne, i přesto, že si to sám vůbec neuvědomuje a nad faktem, že se každý den přibližuje k hranici stáří nepřemýšlí. V dnešní době se lidé spíše straní přemýšlení o stárnutí a z tohoto důvodu se prohlubuje problém se vnitřně se stářím později srovnat (Haškovcová, 2010). Dle Hrozenské et al. (2008) během stárnutí člověk prochází mnoha změnami, vznikají především změny v organismu, které jsou závislé na faktorech vnějších i vnitřních. Autorka uvádí, že především ve středním věku, ve kterém na člověka působí pozitivní a negativní vlivy, dochází k ovlivňování průběhu stáří. Dle Hrozenské et al. (2008) mezi pozitivní vlivy patří uspokojivý psychický i fyzický stav, který se týká dobré funkce srdce, dýchacího ústrojí, pohybového aparátu a nervového systému. Autorka také doplňuje, že dalším pozitivním vlivem působícím na stáří je sociálně ekonomický stav, do kterého řadíme zdravý životní styl, vyšší příjmů, vzdělání a povolání a další. Naopak mezi negativní vlivy řadíme nejen příčiny onemocnění, jako jsou nádory, oslabený metabolismus, zhoršení pohybového systému, ale také stresové faktory (Hrozenská et al., 2008).

Průběh přípravy na stáří a stárnutí by se měl dle Hrozenské et al. (2008) skládat ze dvou fází. Fází první je dlouhodobá příprava, která probíhá v průběhu celého života člověka, a

naopak druhá fáze, tedy fáze krátkodobé přípravy, která probíhá přibližně pět let před příchodem důchodového věku (Hrozenská et al., 2008). Dle autorky rozlišujeme přípravu zdravotnickou, psychologickou a sociální. V přípravě zdravotnické je dle Hrozenské et al. (2008) důležitá především včasná návštěva lékaře, který se zaměřuje na to, aby rozpoznal příznaky různých onemocnění. Důležité je také znát pracovní podmínky seniora a pokud tyto podmínky nevyhovují zdravotnímu stavu, tak je vhodné činnost přerušit či změnit povolání (Hrozenská et al., 2008). Psychologická příprava může být dle autorky ovlivněna pozitivně, kam řadíme dobré vztahy v rodině, společenský život nebo správné využití volného času nebo naopak negativně, kam patří především onemocnění seniora. Dle Hrozenské et al. (2008) v této fázi hraje hlavní roli práce psychologa, jehož hlavním úkolem je připravit seniora na přicházející změnu životního stylu. V přípravě sociální je nejdůležitější zohlednit svůj zdravotní stav či věk v ohledu na strukturu dne a životního stylu (Hrozenská et al., 2008).

### ***1.3 Změny ve stáří***

Změny ve stáří lze dle Ptáčkové et al. (2021) definovat jako určitý biologický jev, který probíhá u každého člověka jiným způsobem. Mezi nejčastější projevy stárnutí patří dle autorky úbytek tělesné zdatnosti, oslabení funkcí těla, zmenšení tkání a změna reakcí organismu. Dle Ptáčkové et al. (2021) často také dochází k redukci svalové hmoty, bolesti a opotřebením kloubů, také přibývá mnoho nemocí, z větší části chronických. Co se týká stárnutí biologického, jde především o změny, které jsou na první pohled viditelné, kam řadíme řednutí a vypadávání vlasů, zhoršení stavu pokožky, zvyšující se množství vrásek, snižování tělesné váhy (Ptáčková et al., 2021). Pro toto období je také dle autorky příznačný výskyt více onemocnění ve stejnou chvíli, to je také označováno pojmem polymorbidita. Dle Ptáčkové et al. (2021) mezi nejčastější onemocnění ve stáří patří diabetes mellitus, hypertenze či onemocnění dýchacího ústrojí. Dle autorky také v nemálo případech dochází k poruchám duševním, kam řadíme především demenci. Ve stáří dochází i ke změnám emočním, kdy se jedinec uzavírá sám do sebe a ztrácí zájem o okolí (Ptáčková et al., 2021). Dle Mlýnkové (2011) lze změny ve stáří roztrždit do tří základních skupin, kam patří změny biologické, psychické a sociální.

#### ***1.3.1 Biologické změny***

Dle Mlýnkové (2011) jsou biologické změny nebo také změny tělesné spojeny s orgánovými soustavami a orgány. Autorka říká, že tyto změny probíhají v systému

kardiovaskulárním, respiračním, pohybovým, pohlavním, vylučovacím, trávicím, nervovým a smyslovým. Nejvíce viditelné jsou změny, které probíhají na kůži, u kůže dochází ke zhoršené aktivitě žláz mazu a zhoršuje se tak schopnost zadržovat vodu (Mlýnková 2011). Kůže může být dle autorky vysušená a může tak docházet ke svědění. Na jednu stranu se může stát, že dojde k nahromadění pigmentu a můžou se začít na těle objevovat tmavé skvrny, nebo na stranu druhou může dojít k úbytku pigmentu, což způsobuje skvrny světlé (Mlýnková, 2011). Dle autorky se v tomto období u člověka zvyšuje tvorba vrásek a snižuje se elasticita samotné kůže. Další biologickou změnou jsou změny v pohybovém systému, kde dochází především ke změnám spojeným s hmotností a výškou jedince (Mlýnková, 2011). Dle autorky dochází k ochabování svalů kosterních, díky kterým je člověk schopen držet své tělo ve vzpřímené poloze a z důvodu oslabování těchto svalů jsou jedinci v předklonu, a tak dochází ke snížení postavy. Naopak svalovina hladká plní svou funkci po celý život (Mlýnková, 2011). U kardiovaskulárního systému dochází dle autorky ke zhoršování práce srdce, chlopně jsou méně pružné. Co se týká respiračního systému, zde dochází ke zhoršení práce plic a jedinci se tak hůře dýchá, také se zmenšuje objem plic a z tohoto důvodu jedinec vdechuje nižší množství vzduchu (Mlýnková, 2011). Dle autorky dochází v trávicím systému ke zhoršení pohyblivosti, kterou ovlivňuje hladké svalstvo, dále probíhají změny v pohlavním a vylučovacím systému, to je však spíše individuální a u každého jedince probíhají jiným způsobem. Dle Mlýnkové (2011) je hlavní změnou u stárnoucích mužů pokles počtu spermií, u žen dochází k největšímu počtu tělesných a hormonálních změn v období menopauzy. Dle autorky u obou pohlaví dochází ve stáří k problémům s tvorbou a vylučováním moči. V nervovém systému dochází dle autorky ke zpomalení schopností reakce. Ve stáří také dochází ke změnám smyslovým, kam řadíme především zhoršení zraku a sluchu (Mlýnková, 2011).

### ***1.3.2 Psychické změny***

Dle Mlýnkové (2011) ve stáří dochází také k psychickým změnám, které se u každého jedince projevují rozdílně. U většiny seniorů dochází ke zhoršení paměti, snížení pozornosti a úbytku představivosti, na druhou stranu ke změnám nedochází v oblasti intelektuální (Mlýnková, 2011). Dle autorky ve stáří také může docházet ke zlepšení trpělivosti. V oblasti kvality psychiky má velký podíl osobnostní založení jedince, také dochází ke změnám týkající se vlastností jedince, může docházet ke zviditelnění některých z nich (Mlýnková, 2011). Dle autorky změny probíhají také v potřebách

seniora, některé potřeby se dostávají do popředí, jiné zase ztrácí na své hodnotě. Další změnou je dle Mlýnkové (2011) zhoršující se přizpůsobivost změnám ve svém životě. Autorka také uvádí, že v oblasti emoční také dochází k několika změnám, u mnoha lidí staršího věku se zvyšuje plačtivost či změna nálad. Dle Mlýnkové (2011) další velmi náročnou psychickou změnou může být smrt partnera. Právě toto je pro seniory velmi náročná situace, kdy cítí osamělost a prázdnotu, a ne všichni zvládnou tuto nelehkou situaci překonat a toto trápení může dokonce urychlit jejich vlastní smrt (Mlýnková, 2011).

### ***1.3.3 Sociální změny***

Dle Mlýnkové (2011) je velkou změnou u seniorů opuštění pracovního života a odchod do důchodu. Dle autorky může mít tato změna na jedince, jak pozitivní vliv, tak také vliv negativní. Dle Mlýnkové (2011) dochází ke změně postavení jedince ve společnosti, také dochází k ukončení role pracujícího člověka a k započetí role důchodce. Z důvodu toho, že důchodce již nepřispívá do společnosti, a naopak od společnosti čerpá, může docházet k poklesu prestiže ve společnosti (Mlýnková, 2011). Dle autorky je na lidi v důchodovém věku často pohlíženo jako na osoby, které čerpají od státu, ale sami nic společnosti nepřinášejí. Také u seniorů dochází ke změnám z hlediska ekonomického a z důvodu nízkých důchodů a vysokých výdajů spojených s léky se může zhoršit životní úroveň, kterou měl senior během svého života (Mlýnková, 2011). Často také dle autorky dochází ke změnám nálad, kvůli kterým si jedinec často odepírá příjemné zážitky z výletů a dobrého jídla. Dle Mlýnkové (2011) je z tohoto důvodu důležité, aby si člověk naplánoval program a aktivity, kterým se bude během důchodu věnovat. Jsou zde také senioři, kteří se naopak na důchodový věk těší, a to proto, že budou mít čas na jejich oblíbené aktivity, které během pracovního života nestíhali (Mlýnková, 2011).

### ***1.4 Ageismus***

Na začátek je důležité definovat, co pojem ageismus znamená. Podle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) jde o diskriminaci týkající se věku, tedy starších lidí. V nemálo případech je dle autorky tento pojem chápán jako nenávisť vůči lidem staršího věku. Ageismus však nemusí být spojován jen s osobami staršími 60 let, může jít i o diskriminaci osob ve středním věku na pracovním trhu (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Prvním, kdo hovořil o ageismu, tedy diskriminaci na základě věku byl Robert Butler a to v Americe v druhé polovině 20. století (Pokorná, 2010). Macháčková et al. (2019)

rozděluje ve spojení s ageismem tři pojmy, které s touto problematikou souvisí, a to jsou stereotypy, předsudky a diskriminace. Stereotypy lze vysvětlit jako způsob, jakým je o seniorech přemýšleno (Macháčková et al., 2019). Podle Palmore (1999) patří mezi negativní stereotypy především nemoc, impotence, ošklivost, mentální úbytek, psychická nemoc, nepoužitelnost, izolace, chudoba a deprese. Dle autora existují však také pozitivní stereotypy, které však nejsou tak často zmiňované. Mezi ně patří například laskavost, moudrost, spolehlivost, blahobyt, svoboda či radost (Palmore, 1999). Macháčková et al. (2019) definuje předsudky jako určité pocity, které má jedinec vůči druhým osobám. A diskriminace je dle autorky chápána jako způsob chování, se kterým je přistupováno k druhým lidem. Dle Macháčkové et al. (2019) můžeme ageismus rozdělit do dvou rovin, a to do roviny interpersonální, která probíhá mezi dvěma osobami či v méně početné skupince a institucionální rovina, která je spojená s médii, politikou nebo veřejností. Je dokázáno, že věková diskriminace je ve společnosti mnohem častější než diskriminace na základě pohlaví (Macháčková et al., 2019). Dle Malíkové (2020) právě to, jaký má společnost vztah k určité věkové skupině vypovídá především o jejich úrovni vyspělosti. V současné době jsou zde velké rozdíly v různých společnostech, co se postojů ke starším lidem týká (Malíková, 2020).

Malíková (2020) říká, že pokud hovoříme o ageismu, tak je důležité zmínit, že máme určité zdroje, které zesilují stereotypy a předsudky vůči starším lidem. Rozlišujeme čtyři základní zdroje, mezi které patří obavy ze smrti, kladení důrazu na mládí a krásu, produktivita a aktivita a jako poslední důležitou roli hrají výzkumy a studie (Malíková, 2020).

Dle Mlýnkové (2011) často také může docházet k ageismu neboli diskriminaci ze strany pečovatелů. Může se jednat například o odpor pracovníka vůči seniorovi, který se ani nesnaží tento odpor skrývat (Mlýnková, 2011). Dle autorky může být příkladem nezáměr až odpor pracovníka k péči o seniora. Mlýnková (2011) uvádí, že dalším projevem může být snaha pracovníka se seniorovi vyhýbat a udržovat kontakt v co nejmenší míře a vykonávat pouze nutné povinnosti jako je podání stravy či pomoc s hygienou a podobně. Dle autorky je naprostým protikladem předešlého projevu takový projev, kdy pracovník nadměrně podporuje seniory a pomáhá mu s činnostmi, které by však zvládl sám. Dá se říci, že pracovník dělá z klienta, tedy seniora neschopného (Mlýnková, 2011). Dalším projevem často také dle autorky bývá komunikace se seniorem, kdy dochází k chybám

již při samotném začátku komunikace, a to při samotném oslovení klientů. Dalším chybným prvkem jsou i různé vtipy vůči seniorům a podobně (Mlýnková, 2011).

### ***1.5 Potřeby seniorů***

Čevela et al. (2012) říká, že uspokojit své základní životní potřeby je právě ve stáří velmi obtížné. Podle autora také dochází k problémům s naplňováním plánů a jedinec ztrácí kontrolu nad svým životem a z tohoto důvodu dochází ke zhoršení kvality života jedince. Potřeby seniorů jsou jak individuální, tak také obecné, které má dá se říci každý senior (Čevela et al., 2012). V každé věkové kategorii jsou u člověka jiné potřeby, to znamená, že jedinec dětského věku bude mít naprosto odlišné potřeby než osoba ve středním věku a v průběhu života se tyto potřeby stále mění (Mlýnková, 2011). Ondrušová (2011) zmiňuje, že právě lidské potřeby znázornil psycholog Abraham Maslow, ve své pyramidě potřeb od těch nejdůležitějších po ty méně důležité. Na spodu pyramidy se nachází potřeby biologické, uprostřed potřeby psychosociální a na špičce pyramidy jsou potřeby seberozvoje (Ondrušová, 2011). Čevela et al. (2012) říká, že Maslow postupem času tuto pyramidu rozdělil do dvou kategorií, a to do kategorie D, což jsou potřeby základní a kategorie B, tedy potřeby růstu. Základní potřeby jsou důležité pro přežití jedince a potřeby růstové vedou ke snaze o co největší rozvoj (Čevela et al., 2012). Dá se říci, že senioři se v pyramidě vrací od potřeb seberozvoje, do potřeb základních, tedy biologických (Mlýnková, 2011).

Dle Mlýnkové (2011) mezi nejdůležitější potřeby řadíme potřeby fyziologické. Dle autorky k nim patří například potřeba delšího a častějšího odpočinku i vyšší frekvence vyprazdňování. U seniorů dochází k problémům především s inkontinencí. (Mlýnková, 2011). Další velmi důležitou potřebou je dle autorky pociťovat pohodlí a být zdravý. Na druhou stranu také často dochází k tomu, že některé z potřeb ubývají na své důležitosti, kam patří například potřeba přijímat tekutiny nebo také potřeba sexuální (Mlýnková, 2011). Mezi vyšší potřeby autorka zmiňuje potřebu cítit se v bezpečí a jistotě. Dle Mlýnkové (2011) může být potřeba jistoty ohrožena tím, že je senior nedostatečně informovaný o svém zdravotním stavu nebo o nadcházející léčbě, z tohoto důvodu je důležité seniorům vše srozumitelně vysvětlit a předat jim veškeré informace. Dále se u seniorů také nacházejí potřeby duchovní, kdy často zní otázka smysluplnosti života a také často dochází k přemýšlení o tom, jestli zvládli naplnit všechny cíle, kterých během života chtěli dosáhnout (Mlýnková, 2011).

## ***1.6 Aktivní stárnutí***

Na začátek je důležité objasnit, co termín aktivní stárnutí znamená. Holczerová a Dvořáčková (2013) aktivní stárnutí definují jako snahu jedince o co nejlepší kvalitu svého života. Pokud hovoříme o kvalitě života, tak je důležité vědět, že je úzce spojená také s prostředím života jedinců, a především jeho potřebami (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Termín aktivní stárnutí pochází z devadesátých let dvacátého století a je úzce spojen s péčí o své zdraví, týká se však ale mnoha dalších věcí (Dvořáčková, 2012). Tento pojem dle autorky vychází z určitých zásad, kterými jsou autonomie, spoluúčast na chodu společnosti, péče a sebeuplatnění. Dle Dvořáčkové (2012) je v tomto ohledu také důležité, aby měli senioři možnost participovat na rozhodování společnosti a aby bylo respektováno jejich právo na stejnou možnost příležitostí. Tento koncept respektuje, že senioři nejsou stejnorodou skupinou a v průběhu let tato rozdílnost přibývá (Dvořáčková, 2012). Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) k důležitým faktorům, které ovlivňují aktivní stárnutí můžeme zařadit volnočasové aktivity a záliby, zdravý životní styl a vzdělávání během celého života. Aktivní stárnutí lze tedy dle autorky charakterizovat jako snahu seniora o co nejvíce plnohodnotný život, který je prožívám ve zdraví a bezpečí a kde má senior možnost participovat na chodu společnosti. Pozitivním účinkem aktivního stárnutí je omezení vyloučení seniorů ze společnosti (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

## ***1.7 Komunikace se seniory***

Dle Mlýnkové (2011) právě to, jak se seniory komunikujeme, řadíme mezi jednu z nejdůležitějších složek vedoucích k dobrému vztahu mezi pracovníkem a klientem. Mlýnková (2011) zmiňuje, že komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Dle autorky si pomocí komunikace mezi sebou předáváme různé informace nebo také to, jak se právě cítíme a jaké máme názory či postoje. Díky komunikaci je znát jaký máme vztah k osobě se kterou komunikujeme (Mlýnková 2011). K tomuto nám dle autorky napomáhá právě již zmíněná neverbální komunikace, která dává najevo naše pocity a myšlenky. Z tohoto důvodu je dle Mlýnkové (2011) velice důležité, aby pracovník zvládal ovládat jak verbální, tak i neverbální složku komunikace. Autorka uvádí, že při používání verbální a neverbální komunikace je důležité, aby obě formy byly v souladu, to znamená, aby člověk neměl odlišné projevy verbální od projevů neverbálních. Při jejich rozdílnosti by mohlo dojít k tomu, že klient si tento nesoulad uvědomí a může tak klesnout jeho důvěra v pracovníka (Mlýnková, 2011).



Dle Malíkové (2020) lze verbální komunikaci charakterizovat jako předávání informací ústní formou. Tento druh komunikace je dle autorky ovlivněn tím, jaký má člověk zkušenosti, kolik mu je let či jak je vzdělán a vychován. Pro to, aby verbální komunikace byla úspěšná máme několik zásad (Malíková, 2020). Mezi tyto zásady podle autorky patří to, aby vyjadřování bylo jednoduché a srozumitelné. Dle Malíkové (2020) je důležitá také stručnost a jasnost, to znamená, aby jedinec mluvil srozumitelně. Důležitým prvkem je také to, jak se komunikace načasuje (Malíková, 2020).

Pokud hovoříme o neverbální komunikaci, tak jde o určitou komunikaci pomocí našeho těla (Malíková, 2020). Dle autorky je spojena nejen s projevy našeho těla, ale i s projevy našeho chování. Malíková (2020) říká, že při neverbální komunikaci není pro vyjadřování používáno mluvené slovo a narozdíl od verbální komunikace nejde komunikace neverbální tolik ovlivnit a z tohoto důvodu, se dá říci, že je tedy tento druh komunikace pravdivější a upřímnější. Dle autorky můžeme díky neverbální komunikaci také zvýraznit naše pocity, navodit pocity strachu či své okolí pobavit. Neverbální komunikace má několik složek, kterými jsou například vizika, mimika, haptika, proxemika a další (Malíková, 2020).

Malíková (2020) uvádí, že také máme určité faktory, které mají vliv na komunikaci se seniory. Mezi tyto faktory řadíme dle autorky především to, kolik je seniorovi let, jaké má vzdělání, jak se se cítí zdravotně či jestli trpí nějakou z poruch, jako je například zhoršený sluch či zrak. Dalším důležitým faktorem je časová uzpůsobilost, to znamená, kolik má senior či pracovník času (Malíková, 2020). Také má dle autorky na rozhovor mezi pracovníkem a seniorem velký vliv prostředí ve kterém je daný rozhovor prováděn. Ze strany pracovníka je také důležitým faktorem to, jaké zná komunikační techniky a jak jich umí využít (Malíková, 2020). Jedním z největších problémů při komunikaci je to, že je pracovník přesvědčen, že jeho styl komunikace je bezchybný a neuvědomuje si své nedostatky v komunikaci (Malíková, 2020).

### ***1.7.1 Komunikační bariéry***

Dle Mlýnkové (2011) můžeme při komunikaci narazit na několik překážek, které brání tomu, aby byla komunikace srozumitelná. Tyto překážky nebo také bariéry lze dle autorky rozdělit do tří základních kategorií a těmi jsou zaprvé bariéry, které se vyskytují u klienta, zadruhé bariéry vyskytující se u pracovníka a jako poslední bariéry, které můžeme najít v prostředí ve kterém daná komunikace probíhá. Prvním z bariér u klientů

může být fakt, že nechtějí komunikovat z důvodu únavy (Mlýnková, 2011). Další překážkou může být dle autorky nedůvěra klienta v pracovníka, to znamená, že klient pracovníkovi nedůvěřuje natolik, aby mu nějaké informace sdělil. Mezi velmi důležitou překážku patří také zdravotní stav klienta, tedy jestli má nějaké bolesti, nevolnost či zhoršené smyslové funkce, jako je například zrak či sluch (Mlýnková, 2011). Dle autorky zde dále také hrají značnou roli aktuální psychické problémy klienta, jako je například úzkost či stres. Mlýnková (2011) uvádí, že další kategorií, která má vliv na komunikaci jsou již zmíněné bariéry na straně pracovníka, mezi které řadíme především strach pracovníka z rozebírání určitých témat, kterými jsou například smrt. Jako další překážku autorka uvádí to, že pracovník sám prožívá těžké chvíle ve svém osobním životě, a tak se nechce již od klienta dovídat žádné nové informace, v tomto případě může také docházet k tomu, že pracovník klienta neposlouchá a nevnímá a přemýšlí nad svými těžkostmi. Mezi nemalou překážku v komunikaci patří v neposlední řadě únava pracovníka nebo také nedostatek času, který může pracovník při komunikaci s klientem využít (Mlýnková, 2011).

## **2. Pobytové zařízení pro seniory**

### ***2.1 Domov pro seniory***

Dle Dvořáčkové (2012) jsou jedním ze základních a nejčastějších zařízení pro seniory právě domovy pro seniory. Toto zařízení dle autorky slouží osobám staršího věku se sníženou soběstačností jako pobytová služba. Jsou zde především osoby, které se nejsou schopny o sebe postarat a potřebují tak pomoc druhé osoby (Dvořáčková, 2012). Dle Holmerové et al. (2014) jde o zařízení, ve kterém je poskytována nepřetržitá péče, strava a již zmíněné ubytování. Autorka zmiňuje, že v tomto zařízení nejsou poskytovány pouze služby sociální, ale také služby zdravotní, do kterých mimo jiné spadá lékařská péče, kde do zařízení lékař dochází podle klientovo potřeb. V domovech pro seniory je také možno se účastnit různých zájmových činností a akcí, které spadají do aktivizačních činností (Holmerová et al., 2014). Autorka říká, že domov pro seniory je rozčleněn na několik oblastí a jednotlivé oblasti jsou rozděleny především podle soběstačnosti klientů, to znamená, že v jedné části jsou klienti, kteří jsou více soběstační a v části druhé klienti, kteří mají soběstačnost sníženou a potřebují tak asistenci druhé osoby. Důležité je také říci, že ne každý klient, co do domova pro seniory přijde, již nemá možnost se vrátit domů (Holmerová et al., 2014). Dle autorky se může totiž stát, že díky práci s klientem se může zlepšit jeho soběstačnost a klient se tak může z domova pro seniory přesunout zpět do domácího prostředí. Co se týká žádosti do domova pro seniory, tak každé jednotlivé zařízení má svá vlastní pravidla, obecně však platí, že je nutné podat takzvaný tiskopis (Holmerová et al., 2014). Nezbytnou součástí této žádosti dle autorky musí být vyjádření ošetřujícího lékaře. Holmerová et al. (2014) zmiňuje, že po podání žádosti přichází na řadu návštěva sociálního pracovníka v domácnosti klienta, který provede sociální šetření. Poté je rozhodnuto, jestli bude žádost přidána do pořadníku zájemců, kteří čekají na umístění do domova pro seniory či nikoliv (Holmerová, et al., 2014).

### ***2.2 Domov se zvláštním režimem***

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) jsou domovy se zvláštním režimem zařízením, které je určeno pro osoby, které nejsou schopny se o sebe postarat sami, a to z důvodu duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo z důvodu nějakého z typů demence. Dle Haškovcové (2012) jsou domovy se zvláštním režimem určeny seniorům u kterých se objevuje vážné duševní onemocnění. Při poskytování sociálních služeb v tomto zařízení je brán ohled na potřeby jednotlivých klientů (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Dle Holmerové et al. (2014) se jedná o zařízení, ve kterém je poskytována

pobytová služba, z časového hlediska se jedná o celoroční pobytové zařízení. Toto zařízení je dle autorky v několika ohledech podobné domovu pro seniory, jedním z nejvýraznějších rozdílů je však to, že je brán ohled na specifické potřeby, které se u klientů vyskytují. Dle Holmerové et al. (2014) dalším výrazným rozdílem mezi těmito zařízeními je, že v domovech pro seniory mají svobodu v pohybu, to znamená, že se mohou pohybovat, kde chtějí na rozdíl od domova se zvláštním režimem, kde může být pohyb klientů omezen, a to především z důvodu bezpečnosti. Mezi služby, které toto zařízení nabízí patří tedy ubytování a mimo jiné také strava a různé činnosti, které se snaží o rozvoj soběstačnosti klienta, jako jsou procházky, cvičení a podobně (Holmerová et al., 2014).

Lindsay a Anderson (2004) říkají, že podle Kanadské studie je jedním z nejčastějších důvodů příchodu seniorů do domova se zvláštním režimem právě již zmíněný syndrom demence. Podle autorů počet osob trpící syndromem demence se v dnešní době stále zvyšuje, a to obzvláště u osob nad 65 let. V budoucnosti se také stále očekává nárůst osob trpící tímto onemocněním, což také může být způsobeno stále zvyšující se věkovou hranicí (Lindsay, Anderson, 2004). Jedním z nejčastějších typů demence je právě Alzheimerova choroba, která se stává jednou z nejvíce tíživých a smrtích nemocí u seniorů v dnešní době (Scheltens et al., 2021).

### ***2.3 Služby poskytované v pobytových zařízeních***

Dle Malíkové (2020) má každý poskytovatel sociálních služeb povinnost dodržovat služby v takovém rozsahu v jakém mu to ukládá zákon. V domovech pro seniory jsou dle autorky poskytovány služby, kterými jsou ubytování, strava, pomoc při hygieně, aktivizační činnosti, pomoc se základními potřebami klienta o sebe samým, zapojení klienta do společenského dění a kontaktu se svým okolím, sociálně terapeutické činnosti a také pomoc při uplatnění práv klienta. Domovům se zvláštním režimem ukládá zákon povinnost poskytovat stejné služby ve stejném rozsahu jako domovům pro seniory (Malíková, 2020). První již zmíněnou službou je poskytnout ubytování, touto formou je osobám v seniorském věku a osobám se zdravotním postižením poskytován náhradní trvalý domov, kde se klade důraz na jejich potřeby (Malíková, 2020). Snahou pobytových zařízení je dle autorky vytvořit klientům příjemné a útulné prostředí. Dle Malíkové (2020) se při poskytování stravy klientům dbá na to, aby dostávali takovou stravu, která vyhovuje jejich zdravotnímu stavu a věku. Také je dle autorky důležité poskytovat stravu podle potřeb klientů, to znamená, aby byla strava vhodně upravená anebo aby měli klienti,

kteří se nezvládnout najíst sami možnost asistence a pomoci druhé osoby. Další službou je pomoc při hygieně, ta zahrnuje nejen hygienu těla, ale také péči spojenou s vyprazdňováním (Malíková, 2020). Autorka uvádí, že z důvodu toho, že mnoho klientů je nesoběstačných, tak pracovník nemůže očekávat jejich aktivní spolupráci, ale je důležité, aby dbal na klientovo soukromí a jeho dřívější návyky, co se hygieny týká. Pokud není možno vyhovět předešlým návykům klienta a je nutné zvolit jiný postup při hygieně, tak je důležité v tomto ohledu klienta vzdělávat a zvolit takový postup se kterým bude klient souhlasit (Malíková, 2020). Dle autorky je další důležitou službou, kterou poskytují domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem být nápomocen klientovi při zvládnání základních činností, jako je především pohyb. Malíková (2020) uvádí, že o tom, jak rozsáhlá asistence je potřeba, rozhoduje to, v jaké míře je klient mobilní. Dle autorky je pomoc spojená jak s přesunem klienta z jednoho místa na druhé, tak ale také například s pomocí při oblékání. U klientů, kteří jsou upoutáni na lůžku a nejsou soběstačný je důležité pravidelné polohování (Malíková, 2020). Autorka uvádí, že co se týká zapojení klienta do společenského dění a kontaktu se svým okolím, tak je důležité, aby se pracovník snažil podporovat jeho začlenění, a tak snižovat riziko sociální izolace. Právě z tohoto důvodu se pracovníci snaží co nejčastěji podporovat klienty ve schůzkách ve společenské místnosti či zahradě daného zařízení (Malíková, 2020). Již zmíněné sociálně terapeutické činnosti dle autorky slouží k rozvoji dovedností klienta. Další zmíněnou službou jsou dle Malíkové (2020) aktivizační činnosti, které jsou blízce spjaté s předchozími sociálně terapeutickými činnostmi. Dle autorky je hlavním cílem aktivizačních činností nalézt takovou aktivitu, která vyvolá v klientovi zájem o vlastní osobu a své vlastní potřeby. Poslední službou je být nápomocen klientovi v uplatnění práv, která je spojená především s klienty, kteří mají problémy s komunikací nebo s klienty trpícími různými poruchami (Malíková, 2020).

#### ***2.4 Role sociálního pracovníka***

Dvořáčková (2012) zmiňuje, že pokud mluvíme o práci se seniory, tak je v první řadě velmi důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu, který tvoří několik profesionálů, kterými jsou například osoby pracující ve zdravotnictví, školství, sociální pracovníci a podobně. Co se týká samotných sociálních pracovníků, tak dle autorky proběhlo několik významných změn. V dřívější době byla hlavním úkolem sociálních pracovníků především administrativní část, která se zabývala finančními problémy, jako je výplata starobního důchodu nebo pomoc při podání žádosti o příspěvek na péči (Dvořáčková,

2012). Dle autorky se v posledních letech jejich pracovní činnosti významně změnilo, nejen, že jsou sociální pracovníci více v přímém kontaktu s klienty, poskytují terapie či tvoří klientům individuální plán, ale také vedou různá školení a praxe. Dvořáčková (2012) uvádí, že sociální pracovník musí brát při práci s klientem ohled na jeho aktuální situaci, která je spojená s jeho zdravotním stavem a úrovní samostatnosti. Dle autorky je hlavním cílem práce se seniorem rozvíjet a posilovat jeho samostatnost. Další důležitou činností sociálního pracovníka je poskytovat klientovi sociální poradenství (Dvořáčková, 2012). Dle Malíkové (2020) má v pobytových zařízeních sociální pracovník významnou roli a pracuje s klienty již při nástupu do zařízení. Autorka zmiňuje, že sociální pracovník má na starosti veškeré záležitosti, které jsou spojené s přijetím klienta do pobytového zařízení, to znamená, že podává seniorům či jejich rodinám potřebné informace, vyhotovuje smlouvu o poskytované pobytové službě. Dle Malíkové (2020) má také na starosti podpis smlouvy s klientem. Dále se dle autorky snaží pomoci klientovi s adaptací v novém prostředí a kontaktu s jeho blízkými. V neposlední řadě také vytváří s klientem individuální plán a spolupracuje s dalšími odbornými profesemi, jako je psycholog či lékař (Malíková, 2020). Dle Matouška et al. (2005) pokud hovoříme o činnostech, které sociální pracovník provádí, tak tam musíme zařadit administrativní činnost, mapování klientovo situace, předávání informací veřejnosti o daném pobytovém zařízení a individuální plánování. Také se zabývá tím, aby byl v zařízení dodržován etický kodex a naplňována práva klientů (Matoušek et al., 2005). Dle Hrozenské et al. (2008) by měl sociální pracovník disponovat několika osobnostními rysy. Mezi důležité vlastnosti patří dle autorky především upřímnost, empatie, tedy schopnost vcítit se do pocitů druhé osoby či optimistické myšlení. Důležité také je, aby se na pracovníka dalo spolehnout, aby měl chuť do práce a aby byl důvěryhodný (Hrozenská et al., 2008).

### ***2.5 Aktivizační činnosti***

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je velmi důležité, aby byly aktivizační činnosti v pobytových zařízeních součástí průběhu plánování sociálních služeb. Autorky uvádějí, že hlavním cílem aktivizačních činností je zlepšit kvalitu života klientů či ji alespoň udržet na stejné úrovni. Snahou těchto činností je uspokojit klientovi potřeby a dbát na to, co je pro klienta důležité a přínosné (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Při tvorbě aktivizačního programu je dle autorek důležité, aby pracovníci brali ohledy na to, jaký má klient zájmy a potřeby a aby si sami uvědomovali, jakou má právě aktivizační program váhu a hodnotu pro klienty. U pracovníků se předpokládá a je velmi důležité, aby znali

postupy, jak aktivizační činnosti vést, protože v případě špatných postupů při aktivizačních činnostech dochází k jejich neúčinnosti (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Autorky uvádí, že právě z důvodů zmíněné neúčinnosti aktivizačních činností může u klientů docházet ke zrychlení procesu stárnutí či zhoršení psychického stavu. Tyto činnosti a programy hrají zásadní roli jak na úrovni preventivní, tak také na úrovni léčebné (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Pokud hovoříme o prevenci, tak ta je dle autorek rozdělena na prevenci primární a sekundární. Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je primární prevence zaměřená na osoby, které prochází zdravým procesem stárnutí a prevence sekundární slouží pro osoby u kterých se začíná vyvíjet nějaký problém. Autorky uvádějí, že na druhou stranu zde máme aktivizační činnosti léčebné, které mají terapeutický účinek pro osoby, které si prošly nějakou z nemocí ovlivňující funkci jejich těla. Aktivizační činnosti jsou také důležité pro osoby, které mají problém se adaptovat na nové prostředí, tedy je to vhodné například pro nově příchozí klienty do domova pro seniory z domácího prostředí, u kterých je patrné, že mají problém s adaptací (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

### ***2.5.1 Zooterapie***

Dle Bickové (2020) lze pojem zooterapie definovat několika způsoby. Dle autorky je jednou z nejvíce odpovídajících definic zooterapie intervence za pomoci a přítomnosti zvířat. Zooterapii lze dle Bickové (2020) definovat jako určité pozitivní působení zvířete na daného člověka. Autorka uvádí, že díky působení zvířat dochází u člověka ke zvýšení soustředěnosti a zájmu o aktivitu. Máme několik metod, které jsou využívány v zooterapii (Bicková, 2020). Nejpřirozenější metodou, je dle autorky taková metoda, která je založena na volném pohybu a neohrazeném působišti při interakci zvířete s člověkem. Bicková (2020) uvádí, že další metodou, je metoda, kdy je naopak od předešlé metody vymezený prostor pro interakci zvířete s klientem. Další využívanou metodou, je dle autorky metoda, ve které hraje hlavní roli druhá osoba či věc, která zprostředkovává kontakt mezi zvířetem a klientem, to znamená, že klient se sám zvířete nedotýká, ale napomáhá mu k tomu právě druhá osoba či cizí předmět. Dle Bickové (2020) je také v neposlední řadě často využívána metoda, která je založena na přímém kontaktu zvířete a klienta. Zooterapie má několik typů, kde mezi základní patří především canisterapie, tedy terapie za pomoci psů, felinoterapie, kde hlavní roli hraje především interakce mezi kočkou a klientem a hiporehabilitace, kde je zásadní kontakt mezi koněm a klientem (Bicková 2020).

### **2.5.2 Reminiscenční terapie**

Dle Janečkové et al. (2021) je tato terapie používána především u starších osob, tedy seniorů a je založena na vzpomínkách. Autorka zmiňuje, že jde o úmyslné využívání vzpomínek při práci se seniory. Právě reminiscenční terapie se stala nedílnou součástí práce se seniory v pobytových zařízeních (Janečková et al., 2021). Podle autorky je při vykonávání této terapie důležité brát ohledy na individualitu klienta. Janečková et al. (2021) uvádí, že velmi důležitou roli při této terapii hraje rodina klienta. I přesto, že je klient umístěn do domova pro seniory, tak mu může rodina být nápomocná, a to právě díky reminiscenční terapii (Janečková, 2021). Dle autorky rodina zná průběh života seniora a může tak pracovníkům předat důležité informace, které má pracovník možnost využít při práci s klientem. Při této terapii jsou také důležité fotografie, které může mimo jiné právě rodina zprostředkovat (Janečková, 2021).

Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je při reminiscenční terapii velmi důležité pracovat s různými zdroji, které mohou být při reminiscenci nápomocné. Mezi ně se dle autorek řadí například pomůcky, které napomáhají klientovi při vzpomínání. Velmi nápomocné je také prostředí, či různá místa a prostory, které můžeme s jedincem navštívit, jedná se tedy o komunitní zdroje (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Podstatným prvkem je dle autorek také spolupráce s dalšími lidmi během reminiscence, jde tedy o zdroj lidský. Při poskytování reminiscenční terapie je také dle autorek důležité se řídit několika hlavními zásadami. Velmi zásadní je především to, aby průběh terapie byl přizpůsoben věku klienta (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Autorky zmiňují, že je také důležité na klienta nespěchat a nechat mu potřebný čas pro promyšlení a zformulování svých myšlenek a nechat klienta hovořit o tématech, která jsou pro něj důležitá a netrvat na určitém tématu. Ze strany pracovníka by také mělo docházet k efektivnímu aktivnímu naslouchání (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

### **2.5.3 Muzikoterapie**

Dle Gerlichové (2021) je muzikoterapie, taková terapie, která využívá ke splnění svých cílů hudbu. Autorka uvádí, že jedním z primárních a nejdůležitějších cílů muzikoterapie je cíl léčebný, dalšími cíli muzikoterapie je pak také rozvoj osobnosti, zkvalitnění života jedince a zlepšení jeho vztahů s okolím. Hudba hraje důležitou roli v našich životech již od dob starověku (Gerlichová, 2021). Dle autorky byla právě v těchto obdobích hudba využívána k různým rituálům, ale také byla využívána k léčení. Právě samotná hudba



napomáhá lidem vyjadřovat své pocity a jejich psychický stav (Gerlichová, 2021). Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) se muzikoterapie jako taková využívá ke zklidnění a uvolnění člověka a k rozvoji jeho komunikace. Tato terapie má dle autorek několik forem, mezi které patří především samotný poslech hudby, ale také důležitou roli hraje tvorba hudby, taneční pohyby na hudbu či zpěv. Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) muzikoterapie probíhá v mnoha zařízeních, a to jak ve zdravotnických, tak i sociálních, například je poskytována v nemocnicích, v psychiatrických léčebnách či v domovech pro seniory. Autorky uvádějí, že muzikoterapie se dělí podle počtu osob, se kterými daná terapie probíhá, rozdělujeme tedy muzikoterapii individuální, párovou a skupinovou. Při individuální terapii se pracuje pouze s jedním klientem, párová terapie je poskytována dvěma klientům současně a skupinová muzikoterapie probíhá ve skupině více lidí, počet lidí ve skupině se upravuje podle řešeného problému (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

#### ***2.5.4 Arteterapie***

Samotná arteterapie je považována za novější obor, ale umění jako takové je využíváno k terapeutické činnosti již dlouhá léta (Campellová, 1998). Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) se dá říci, že arteterapie je terapie pomocí výtvarného umění, která napomáhá jedincům k osobnímu vyjádření, a proto, aby se mohl jedinec vyjadřovat pomocí výtvarného umění nemusí být výtvarně nadaný. Dle autorek může jedinec při výtvarném umění využívat několik výtvarných metod a pomůcek, mezi metody řadíme malbu, grafiku či modelování. Výtvarná činnost je považována za klidnou činnost, při které by si měl jedinec odpočinout a zároveň by ho samotná výtvarná tvorba měla nějakým způsobem obohatit (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Autorky zmiňují, že pokud hovoříme o umění, tak nejde o samotný výsledek tvorby, ale i o průběh samotného tvoření. Výtvarné prostředky jsou však využívány každým z nás v běžném životě, jde například o to, jak se oblékáme, či jaké máme květiny na zahradě a podobně (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Cíle arteterapie se dle autorek odlišují u jednotlivých klientů, kdy hlavní roli hraje to, jaké má klient potřeby, jaká je jeho aktuální situace či kolik je klientovi let. K obecným cílům arteterapie však patří především sebepoznání, uvědomění si svých pocitů, uvolnění našeho těla a mysli nebo osobní rozvoj (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

### ***2.5.5 Trénink paměti***

Na začátek je dobré zmínit, že paměť se rozděluje na dva základní druhy, a to na paměť krátkodobou a paměť dlouhodobou (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Pomocí krátkodobé paměti jsme dle autorek schopni okamžitého využívání prožitků a informací, dobrá úroveň již zmíněné krátkodobé paměti nám napomáhá k účinnému přijímání informací. Zatímco díky dlouhodobé paměti si vybavujeme různé věci a okolnosti s časovým odstupem, například po několika letech (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Paměť je také rozdělována z pohledu času do tří kategorií, a to na paměť sensorickou, krátkodobou a dlouhodobou (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Pokud hovoříme o tréninku paměti, tak jde o činnost, která se zaměřuje na poznávací funkce jedinců, mezi tyto funkce patří především paměť a pozornost (Motlová, 2019). Cílem trénování paměti je dle autorky zlepšit samostatnost klientů a rozvinout jeho vědomosti, co se paměti týká. Dle Motlové (2019) je při tréninku paměti důležité, aby daná situace, způsob trénování ani prostředí, ve kterém trénink probíhá nepřipomínal prostředí školní. Trénink paměti se skládá z několik různých cvičení, patří mezi ně například cvičení, které je zaměřené na pozornost a paměť jak krátkodobou a dlouhodobou, tak také sensorickou (Motlová, 2019).

### **3. Kvalita života**

#### **3.1 Vymezení kvality života**

Dle Ondrušové (2011) je kvalita života takový pojem, který lze jen těžko jednotně definovat, jedná se o pojem, který má více významů. Autorka zmiňuje, že jisté však je, že je tento pojem rozdělen do dvou oblastí, a to subjektivní a objektivní vnímání kvality života. Subjektivní dimenze kvality života je osobní vnímání jedince, pocit spokojenosti a pohody, zatímco objektivní dimenze kvality života je spojena s tím, zda jsou naplněny materiální a sociální podmínky a také je to spojováno se zdravotním stavem jedince (Ondrušová, 2011). Dle autorky máme několik oborů, které se zabývají kvalitou života a těmi je medicína, psychologie a sociologie. Z pohledu medicíny na kvalitu života hraje největší roli zdravotní stav jedince, psychologie zkoumá kvalitu života z pohledu vnitřní spokojenosti jedince a podle sociologie se kvalita života odráží od stupně vzdělání jedince, jeho vztahů a výše jeho majetku (Ondrušová, 2011). Kvalita života je také však spojována s potřebami jedince a schopností jejich naplňování (Ondrušová, 2011). Důležitým faktorem pro kvalitu života je především zdravotní stav, zatímco věk či vzdělání jedince neodráží fyzické zdraví, psychologickou a environmentální oblast kvality života (Cankovic, 2016). Salajka (2006) uvádí, že kvalita života je založená na tom, jaké má jedinec stanovené životní cíle a jak se mu daří těchto cílů dosáhnout, dá se tedy říci, že kvalita života je ovlivněna rozdílem mezi tím, jaké cíle se jedinci podařilo dosáhnout, a naopak jaké cíle měl stanovené. Ve výsledku to znamená, že čím větší rozdíl mezi dosaženým a chtěným cílem je, tím je nižší kvalita života jedince (Salajka, 2006). Dle Dvořáčkové (2012) se kvalita života obecně skládá ze tří oblastí, kterými jsou fyzické zdraví jedince, jeho psychické prožívání a postavení ve společnosti a kvalita vztahů s druhými lidmi. Dle autorky velkou roli v úrovni kvality života také hraje prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Na kvalitu života má každý člověk jiný názor a rozdílný pohled (Dvořáčková, 2012). Autorka říká, že na druhou stranu je zde pojem kvantita, která je spojena s délkou dožití a je zcela jednoduché kvantitu určit. Dle Dvořáčkové (2012) je kvalita života tedy spojena s několika faktory, ovlivňuje ji jak fyzické zdraví, psychické zdraví, tak také sociální vztahy či ekonomická úroveň. Také je založena na subjektivním pocitu jedince a jeho osobním vnímání (Dvořáčková, 2012).

Dvořáčková (2012) uvádí, že co se týká kvality života ze strany psychologie, tedy psychologické pojetí, tak to je převážně spojeno se spokojeností jedinců. Životní spokojenost se dle autorky zjišťuje pomocí nalézání odpovědí na to, co dělá jedince

spokojenými. Také se hledají faktory, které právě na životní spokojenost mají určitý vliv (Dvořáčková, 2012). Toto pojetí kvality života je dle autorky často spojováno se subjektivním prožíváním jedince a jeho pocitem štěstí a pohody. Dvořáčková (2012) uvádí, že ze strany sociologie, tedy sociologické pojetí kvality života je zaměřeno na postavení jedince ve společnosti, dosažené vzdělání, výše jeho majetku a vztahy s okolím, také je toto pojetí spojeno s pojmem životní styl, dá se říci, že životní styl je určitá forma či podoba, jak daný člověk svůj život prožívá a co je pro něj v životě důležité a na co klade největší důraz. To, jak se člověk chová, je často ovlivněno právě tím, jaká je jeho hlavní životní hodnota (Dvořáčková, 2012).

### ***3.1.1 Dimenze kvality života***

Dle Dvořáčkové (2012) na kvalitu života můžeme pohlížet ze dvou základních hledisek, prvním hlediskem kvality života je subjektivní hledisko a druhým je hledisko objektivní. Autorka uvádí, že v současné době mnoho odborníků souhlasí s hodnocením kvality života pomocí subjektivního hlediska. Právě i u medicínských oborů došlo k přesunu od objektivních metod k metodám subjektivním, a to i přesto, že dříve bylo objektivní měření zdraví, uznáváno jako jedno z nejpřesnějších měření, které sloužilo například pro volbu léčby a podobně (Dvořáčková, 2012). Dle autorky je však dáno, že pro hodnocení kvality života jsou důležitá hodnocení jak subjektivní, tak i objektivní, každá z nich však poskytuje jiné informace. Kvalitu života máme také rozčleněnou do tří základních rovin, a to makro rovina, mezo rovina a rovina personální (Dvořáčková, 2012). Autorka zmiňuje, že pokud hovoříme o makro rovině, tak jde o kvalitu života ve velkém společenském prostoru, tedy například v nějakém státě či dokonce kontinentu. Opakem je mezo rovina, kde o kvalitě života hovoříme ve spojení s menšími skupinami, jako je například nemocniční či školní prostředí, v této rovině jde především o úroveň mezilidských vztahů a důležitou roli také hraje schopnost uspokojování základních životních potřeb (Dvořáčková, 2012). Poslední rovinou, je rovina personální, která je dle autorky spojována s kvalitou života každého jedince a jde o subjektivní vnímání kvality života, které je spojeno s tím, jaký je jedincův zdravotní stav či jak je osobně spokojen se svým životem. Znamená to tedy, že v této rovině si hodnotí vlastní kvalitu života sám jedinec (Dvořáčková, 2012).

### **3.2 Kvalita života seniorů**

Dle Ondrušové (2011) je kvalita života seniorů v dnešní době často řešené téma, které se v určitém hledisku týká nás všech. Autorka zmiňuje, že na zvyšování a zlepšení kvality života seniorů se zaměřuje i národní program České republiky, který se zabývá přípravou na stárnutí, kde právě jedním z jeho hlavních cílů je zvýšit kvalitu života seniorské populace. V dnešní době také dochází k prodlužování délky života seniorů a z tohoto důvodu je také důležité zkoumat a zabývat se faktory, které mají příznivý vliv na život seniorů (Ondrušová, 2011). Autorka uvádí, že pokud hovoříme o kvalitě života, tak je důležité říci, že se tento pojem může značně lišit v rozdílném období života nebo s ohledem na právě probíhající životní situaci. Dle Ondrušové (2011) máme určité faktory, které právě kvalitu života ovlivňují, mezi tyto faktory patří zdravotní stav jedince, jeho osobnostní předpoklady, absence psychické nemoci a úroveň bydlení. Dalším velmi důležitým faktorem ovlivňující kvalitu života je dle autorky to, jak jedinec subjektivně vnímá svůj vlastní život a jak jednotlivé situace prožívá. Důležitou roli v ohledu na kvalitu života také hraje to, zda má člověk možnost uspokojovat své zájmy či rozšiřovat své sociální vazby (Ondrušová, 2011). Velmi důležitým prvkem je také dle autorky dostupnost služeb, a to jak zdravotních, tak také sociálních. Pro zlepšení kvality života seniorů je také velmi důležitá samotná příprava na stáří (Ondrušová, 2011).

Dvořáčková (2012) uvádí, že právě na již zmíněnou přípravu na stáří se zaměřuje obor zvaný gerontogogika. Samotná příprava na stáří je dle autorky velmi důležitá a má významný vliv na kvalitu života ve stáří. Příprava na stáří se rozděluje podle časového hlediska na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou (Dvořáčková, 2012). Autorka uvádí, že dlouhodobá příprava na stáří probíhá během celého života, střednědobá trvá několik desítek let před stářím a krátkodobá probíhá těsně před samotným stářím v okruhu 3 let. Kvalitu života ovlivňují právě i situace, úspěchy a neúspěchy, které jedinec prožil již v době před samotným stářím (Dvořáčková, 2012). Také dle autorky kvalitu života ve stáří ovlivňuje to, jaký měl jedinec životní styl či zdravotní stav v průběhu života, dá se tedy říci, že o tom, jak bude probíhat stáří jedince se rozhoduje již ve středním věku. Samotná příprava na stáří obsahuje především to, aby byl jedinec schopen přijmout stáří jako přirozenou součást života každého člověka, také je velmi důležité, aby byl jedinec schopen přijmout to, jaké podmínky mu ve stáří nabízí společnost, ale také aby měl snahu a byl schopný tyto podmínky společnosti nějakým způsobem ovlivňovat (Dvořáčková, 2012). Významné je také dle autorky ekonomické zajištění na stáří již

během produktivního života jedince, to znamená, aby si spořil na stáří již během života a nespolehal pouze na starobní důchod. Dvořáčková (2012) uvádí, že pro zvýšení kvality života seniorů je velmi důležité, aby si jedinec našel zájmy a koníčky, kterým se může během volných dnů věnovat, také je velmi důležité, aby si senior vytvořil program aktivit ve volném čase. Neméně důležité je také udržovat vztahy s vrstevníky a pravidelně se s nimi setkávat a trávit čas (Dvořáčková, 2012).

Dle Dvořáčkové (2012) je dalším velmi důležitým prvkem kvality života seniorů životní smysl, to znamená, že nezáleží pouze na tom, jaké má jedinec možnosti, jak je zajištěn a podobně, ale záleží také na tom, jakým způsobem vnímá svůj smysl života. Autorka uvádí, že se dá říci, že smysl života znamená mít určité cíle a činit kroky k dosažením těchto cílů, zjednodušeně řečeno, jde o něco, co naplňuje jedincův život. Mezi cíle mohou patřit oblasti jako je míra vzdělání, které chtějí dosáhnout, rodinný život či úroveň bydlení (Dvořáčková, 2012). Dle autorky se ale na druhou stranu při hledání smyslu života nejčastěji hledá odpověď na otázky, jako je například z jakého důvodu se jedinec narodil, jaký je hlavní cíl jeho života, jakým směrem se jedincův život ubírá a podobně. Právě to, jak člověk vnitřně vnímá svůj smysl života značně ovlivňuje kvalitu jeho života (Dvořáčková, 2012).

Dle Pyšné et al. (2009) velkou roli v kvalitě života seniorů hraje také pohyb, právě to, jestli člověk ve stáří vykonává pohybovou aktivitu, jakým způsobem a jak často, výrazně ovlivňuje jeho kvalitu života, a to z toho důvodu, že právě samotný pohyb má pozitivní vliv nejen na zdravotní stav jedince, ale také zvyšuje jeho schopnosti, hybnost a samostatnost. Na druhou stranu má také významný vliv na pocit vnitřní spokojenosti a zvyšuje se pocit soběstačnosti (Pyšná et al., 2009).

### ***3.2.2 Determinanty kvality života seniorů***

Jednou z nynějších probíraných problematik spojených s populací seniorů je právě jejich kvalita života (Mühlpachr, 2017). Autor uvádí, že díky průzkumu této problematiky můžeme zjistit jaké postoje ujmá společnost vůči seniorům, postoje samotných seniorů a také nám pomůže do této problematiky lépe nahlédnout. Z tohoto důvodu je důležité si přiblížit determinanty, které ovlivňují kvalitu života seniorů, mezi tyto determinanty patří determinanty biologické, psychologické a sociální (Mühlpachr, 2017).

Mühlpachr (2017) uvádí, že mezi biologické determinanty patří zejména tělesné vloh, které jsou úzce spojeny s fungováním seniora. Autor uvádí, že v organismu člověka

dochází ke změnám, které jsou z velké části způsobené stárnutím, kvůli těmto změnám dochází ke zhoršení zdravotního stavu. Tyto změny probíhají pomalu, a to z toho důvodu, že samotný proces stárnutí je pozvolný (Mühlpachr, 2017). U většiny seniorů dle autora dochází k tomu, že si tyto změny často uvědomují a přijímají je. Mühlpachr (2017) uvádí, že při procesu stárnutí může dojít k výchylce, která odbočuje od běžného průběhu, v této chvíli nastává problém, k těmto problémům dochází především z důvodu genetických vloh jedince či jeho onemocnění. Je však známo, že u většiny seniorů dochází k běžnému procesu stárnutí a mnoho z nich si změny probíhající ve stáří uvědomuje a během svého života se na ně připravuje (Mühlpachr, 2017).

Mühlpachr uvádí, že psychologické determinanty jsou spojeny především s psychickou stránkou jedince, kterou přímo ovlivňují, mezi ně můžeme zařadit změny v myšlení jedince, které jsou zapříčiněny věkem seniora. Tyto změny jsou dle autora spjaty s procesem stárnutí a zasahují do osobnosti seniora, především dochází ke změnám v oblasti paměti, inteligence či myšlení. Tyto změny probíhají u každého seniora individuálně a každý jedinec má tak jiný průběh (Mühlpachr, 2017).

Dle Mühlpachra (2017) mají na kvalitu života seniorů také značný vliv sociální determinanty, do kterých můžeme zařadit nejen vztahy seniora se společenským okolím, ale také jaké jsou seniorům poskytovány služby, a to jak zdravotní, tak i sociální, ale také jaká je dostupnost vzdělání a pracovního uplatnění. Dle autora je také důležité to, jaké má senior ve společnosti postavení a v jakém žije prostředí. Velký vliv má na kvalitu života seniorů také pocit osamocení či ostrčení od společnosti (Mühlpachr, 2017).

Čevela et al. (2012) uvádí, že determinanty ovlivňující kvalitu života seniorů se také rozdělují do dvou základních forem působení, a to na determinanty přímé a nepřímé. Přímé determinanty mají dle autora přímý vliv na jedince, mezi které řadíme například genetické predispozice, prostředí, ve kterém se jedinec nachází nebo také životní styl jedince a způsob jeho života. Naopak nepřímé determinanty jsou takové, které nepůsobí na jedince přímo, kam patří mimo jiné úroveň společnosti, ekonomická úroveň či samotné nastavení dané společnosti (Čevela et al., 2012).

### **3.2.3 Měření kvality života seniorů**

Měřit kvalitu života není jednoduchý úkol, jedná se o velmi obtížnou činnost (Hudáková, 2013). Při zkoumání kvality života je dle autorky důležité zaměřit se na rozsáhlé oblasti, které kvalitu života ovlivňují. Hudáková (2013) uvádí, že mezi nejznámější dotazníky,

kteře slouží právě pro měření kvality života řadíme dotazníky vytvořené Světovou zdravotnickou organizací, jedná se o dotazníky WHOQOL, které vytvořila skupina, které se skládala ze zástupců různých výzkumných center. Autorka uvádí, že tyto dotazníky jsou přístupné ve dvou formách, a to ve formě WHOQOL – 100 a jeho kratší verzi WHOQOL – BREF. První zmíněná forma dotazníku, tedy dotazník WHOQOL – 100 se skládá ze 100 položek a je rozčleněn do 6 oblastí, mezi těchto 6 oblastí řadíme fyzické zdraví, sociální vztahy, prostředí, prožívání, fyzickou nezávislost a duchovní oblasti (Hudáková, 2013). Druhá forma dotazníku, tedy zkrácený dotazník WHOQOL – BREF je složený z 26 položek a je rozdělen do 4 oblastí, tyto oblasti se shodují s předešlou prodlouženou formou dotazníku s výjimkou dvou oblastí, které se v této zkrácené formě nevyskytují, těmito oblastmi jsou duchovní oblasti a fyzická nezávislost (Hudáková, 2013). Dalším často používaným dotazníkem je dle autorky také dotazník WHOQOL – OLD, na vývoji tohoto dotazníku se účastnily zástupci z 22 výzkumných center. Tento dotazník je složen z 6 základních oblastí mezi které patří fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vazby, nezávislost, nastavení hodnot a prostředí jedince (Hudáková, 2013). Tento dotazník však není používán sám o sobě, ale pouze jako doplněk k dotazníku WHOQOL – 100 či WHOQOL – BREF (Ondrušová, 2011).



## **4. Cíle práce a výzkumné otázky**

### ***4.1 Hlavní cíl práce***

Hlavním cílem této práce je zjistit subjektivní hodnocení kvality života seniorů, žijících v domově pro seniory.

### ***4.2 Dílčí cíle práce***

DC 1: Zjistit spokojenost a vnitřní pocity klientů žijících v domově pro seniory.

DC 2: Zjistit spokojenost s volnočasovými aktivitami poskytovanými v domově pro seniory.

DC3: Zjistit spokojenost se vztahy v domově pro seniory.

### ***4.3 Výzkumné otázky***

Z předešlých vyjmenovaných cílů vznikly následující výzkumné otázky:

HVO 1: Jak jsou senioři spokojeni s poskytovanými službami v domově pro seniory?

HVO 2: Jaké aktivity senioři v domově pro seniory navštěvují a jak jsou s nimi spokojeni?

HVO 3: Jaké mají senioři žijící v domově pro seniory vztahy s ostatními vrstevníky a rodinou?

## **5. Metodika**

### ***5.1 Metody výzkumu***

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Důvodem zvolení právě kvalitativní výzkumné strategie bylo získání co nejpřesnějších informací rozebraných do hloubky. Dle Švaříčka (2007) je kvalitativní přístup charakteristický tím, že je dané téma zkoumáno podrobně a do hloubky, kde hlavním cílem je o zkoumaném tématu zjistit maximální množství informací a dat. Reichel (2009) říká, že kvalitativní přístup využívá několik odlišujících se postupů, u kterých je vždy ale hlavním cílem porozumět zkoumané problematice.

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila techniku polostrukturovaných rozhovorů. Dle Švaříčka (2007) je polostrukturovaný rozhovor jeden z typů hloubkového rozhovoru, u kterého je před samotným výzkumem připravena oblast zkoumaných témat či dotazovaných otázek. Reichel (2009) zmiňuje, že polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje předem připravenými otázkami, které však tazatel může v menší míře během rozhovoru pozměňovat či měnit pořadí stanovených otázek, ale nesmí však žádnou z otázek vynechat.

Polostrukturované rozhovory obsahovaly 18 otázek, které byly rozděleny do tří základních oblastí, kterými jsou spokojenost a vnitřní pocity klientů žijících v domově pro seniory, spokojenost s volnočasovými aktivitami v domově pro seniory a spokojenost se vztahy v domově pro seniory. Jednotlivé otázky najdete v příloze č. 1.

### ***5.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

Pro výběr výzkumného vzorku byla stanovena dvě základní kritéria. Prvním kritériem bylo to, že senior musí bydlet v domově pro seniory. Druhé kritérium bylo takové, že senior musí navštěvovat alespoň jednu volnočasovou aktivitu. Důvodem tohoto kritéria bylo to, že právě jednou ze zkoumaných oblastí je spokojenost seniora s poskytovanými volnočasovými či aktivizačními činnostmi. Výběr výzkumného vzorku probíhal skrze doporučení aktivizačních pracovníků domova pro seniory, které při výběru kladly důraz na to, aby komunikační partneři splňovali nejen již zmíněná kritéria, ale také jednotlivé komunikační partnery vytipovaly z hlediska komunikačních schopností a zdravotního stavu. Velikost výzkumného souboru byl limitován vysycením vzorku. Výzkumný vzorek tvořilo 10 komunikačních partnerů, žijících v domově pro seniory. Výzkumný soubor se skládal z 8 žen a 2 mužů. Před samotným rozhovorem jsem se zaměřila na

identifikační údaje, tedy na pohlaví a věk komunikačních partnerů. Komunikační partneři jsou dále také uváděny i zkratkou KP. Jednotliví komunikační partneři jsou rozepsány v následující tabulce.

Tabulka 1: Identifikační údaje komunikačních partnerů

Komunikační partner	Pohlaví	Věk
KP1	Žena	82 let
KP2	Žena	80 let
KP3	Muž	81 let
KP4	Žena	78 let
KP5	Žena	87 let
KP6	Žena	80 let
KP7	Žena	79 let
KP8	Muž	90 let
KP9	Žena	85 let
KP10	Žena	90 let

Zdroj: vlastní výzkum

### **5.3 Realizace výzkumu**

Celkem bylo uskutečněno 10 rozhovorů. Rozhovory byly realizovány v únoru roku 2024, následně v březnu stejného roku byly zpracovány. Každý z rozhovorů probíhal v přirozeném prostředí klienta, tedy v prostředí domova pro seniory. V průměru každý rozhovor zabral 30 minut, záleželo však na rozsahu odpovědí jednotlivých komunikačních partnerů. S plánováním a domlouváním rozhovorů nebyly žádné problémy. Všechny rozhovory byly předem domluvené, aby komunikační partner s mou návštěvou předem počítal a mohl se tak připravit. Domluva rozhovorů s komunikačními partnery probíhala skrze aktivizační pracovníky domova pro seniory, které mi jednotlivé komunikační partnery doporučili a mou návštěvu s nimi předem domluvili. Na začátku rozhovoru jsem komunikační partnery seznámila s tématem mé bakalářské práce. Také jsem jim předem přiblížila to, jakých oblastí se mé otázky budou týkat. Ujistila jsem je, že veškeré informace budou zpracovány anonymně a že nebudu zveřejňovat žádné osobní údaje.

#### ***5.4 Způsob vyhodnocování dat***

Rozhovory jsem zpracovala pomocí doslovného přepsání za použití techniky tužka a papír. Následně jsem rozhovory zakódovala pomocí otevřeného kódování a poté vytvořila jednotlivé trsy či kategorie. Celkem mi vzniklo 8 kategorií, které jsou popsány v kapitole výsledky.

#### ***5.5 Etické aspekty výzkumu***

Komunikační partneři byli před samotným rozhovorem seznámeni s tématem bakalářské práce a s okruhem otázek. Účast jednotlivých komunikačních partnerů byla zcela na dobrovolné bázi. Také jsem všechny komunikační partnery informovala o tom, že pokud na některou z otázek nebudou chtít odpovědět či nebudou chtít rozhovor dokončit, tak je to zcela v pořádku. V příloze přikládám informovaný souhlas, který byl určen právě pro mé komunikační partnery. Informovaný souhlas je důležitou součástí výzkumu. Dle Kutnohorské (2011) je pro informovaný souhlas velmi důležité to, aby byl poskytnut na svobodné bázi bez jakéhokoliv tlaku na komunikační partnery. Informovaný souhlas je uveden v příloze č.2.

## 6. Výsledky

Výsledky provedených rozhovorů byly rozčleněny do několika trsů či kategorií, které budou rozpracovány v následujících kapitolách. Hlavním cílem vykonávaných rozhovorů bylo zjistit kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Dílčími cíli rozhovoru bylo zjistit spokojenost a vnitřní pocity klientů žijících v domově pro seniory, zjistit spokojenost s volnočasovými aktivitami poskytovanými v domově pro seniory a posledním dílčím cílem bylo zjistit spokojenost se vztahy v domově pro seniory. Jednotlivé kategorie jsou vypsány v následující tabulce.

Tabulka 2: Kategorizace dat

Kategorie 1	Vnitřní spokojenost
Kategorie 2	Spokojenost s poskytovanou péčí
Kategorie 3	Spokojenost se stravou
Kategorie 4	Očekávání vs realita
Kategorie 5	Pohled seniora
Kategorie 6	Aktivní senior
Kategorie 7	Vztahy s vrstevníky
Kategorie 8	Vztahy s rodinou

Zdroj: vlastní výzkum

### 6.1 Vnitřní spokojenost

Na začátku rozhovoru, jsem se zaměřila na otázky týkající se pocitů seniorů. Hned první kladenou otázkou bylo to, jak se komunikační partner cítí a jak se mu daří. V tomto trsu se vyrýsovaly dvě rozdílné skupiny. První skupinou jsou senioři, kteří se cítí dobře a jsou spokojeni a druhou skupinou jsou ti, kteří se dobře necítí. V této oblasti však záleží na subjektivním pocitu jedinců, jejich vnímání a na přístupu k životu.

Mezi první skupinu seniorů patří například komunikační partnerka 1, která uvádí, že se cítí dobře, i přesto, že bojovala s virózou. „*Ale daří se mi tady výborně, mám se dobře, teď jsem ale byla nemocná, nějakou virózu jsem měla*“ (KP1). Dále bych také ráda poukázala na odpověď komunikační partnerky 9, která zmínila, že se cítí dobře, a to především z důvodu toho, že díky cílené péči a pomoci profesionálu se jí zlepšil zdravotní stav. „*No, tak celkem dobře, měla jsem docela dost velké zdravotní problémy, byla jsem*

*skoro ležák, ale protože jsem maximálně cvičila a poslouchala rehabilitační pracovníci, tak se to hodně zlepšilo“ (KP9).*

Na druhou stranu je zde také druhá skupina seniorů a to senioři, kteří se moc dobře necítí. Nejčastějším důvodem jejich rozpoložení je zdravotní stav nebo také to, že jim chybí pocit domova. Právě již zmíněný zdravotní stav ovlivňuje také komunikační partnerku 4, která uvádí, že se necítí dobře především z toho důvodu, že pociťuje bolest. *„Cítím se blbě, protože mě všechno bolí“ (KP4).* Komunikační partnerka 4 také doplnila, že byla již na 7 operacích a že je to už 5 let co ulehla a není schopna samostatného pohybu. Na závěr také doplnila, že by radši těžkou práci než ležet. To odůvodnila tím, že je pro ni vysilující pouze ležet a nebýt schopna se pohybovat a být tak závislá na pomoci druhých. Zdravotní stav ovlivňuje vnitřní rozpoložení také komunikační partnerky 10, kterou tedy netrápí dlouhodobá nemoc, ale nachlazení. Také se zmínila, že má opakované problémy a je nemocná již po čtvrté za sebou. *„No teďkon špatně, jsem nemocná, měla jsem 3x covid a teď jsem nachlazená“ (KP10).* Dále také zmínila, že příčinou jejího častého onemocnění je zřejmě to, že z důvodu nadměrného pocení nesnese mnoho vrstev oblečení, a tak jednoduše nachladne.

U některých jedinců však bylo vyzorováno to, že se snaží myslet pozitivně, i přesto, že zrovna neprožívají nejlepší období jejich života. Příkladem této úvahy je například komunikační partnerka 7, která uvádí, že se snaží i přes určité překážky mít pozitivní přístup k životu. *„Snažím se koukat na věci, jak nejlíp jde, mám se teď lepší než dřív, i přesto, že má teď můj lék výpadek a musím se tak víc hlídat, tak to trochu stěžuje ten život“ (KP7).*

## **6.2 Spokojenost s poskytovanou péčí**

Jedním z prvních vzniklých trsů je právě spokojenost seniorů s poskytovanou péčí. Hlavním cílem bylo zjistit, to, jak jsou senioři spokojeni nejen s péčí, která jim je poskytována, ale také s tím, jaký k nim má personál přístup. Ze zjištěných dat vychází, že i přesto, že jsou zde nějaké nedostatky, tak je většina seniorů s poskytovanou péčí spokojena.

Například komunikační partner 3 uvádí, že má pocit, že se dost šetří, a tak je péče méně kvalitní, než bývala. *„Jako ta péče je tady dobrá, ale hodně se šetří a není to tak kvalitní jako dřív, ty úspory jsou hodně znát“ (KP3).* Komunikační partner 3 však na další otázku, která je spojena se spokojeností s přístupem personálu uvádí, že s personálem nemá žádné

problémy a je velmi spokojený. Podobného názoru je také komunikační partnerka 4, která uvádí, že je s péčí spíše spokojena, ale že jsou zde také v menší míře nedostatky. *„No, tak na 70 %, jsou tam nedostatky“* (KP4). Komunikační partnerka 4 také dále uvedla, že s přístupem personálu je spokojena. Vyskytují se zde také někteří komunikační partneři, kteří jsou s poskytovanou péčí zcela spokojeni a nemají k ní žádné výhrady. Komunikační partnerka 5 uvádí, že je s poskytovanou péčí zcela spokojena. *„Nemůžu si stěžovat, jsem spokojena, já vůbec nic neřeším“* (KP5). Dále také doplnila, že je zcela spokojena i s přístupem personálu a že se všemi dobře vychází.

Naopak zde také byla komunikační partnerka 2, která byla s poskytovanou péčí spíše nespokojena, ale uvědomovala si však, že i přesto, že by se cítila nejlépe doma, tak její zdravotní stav vyžaduje pomoc odborného personálu. *„Někdy nejsem spokojená vůbec, ale snaží se všichni to je fakt, já, kdybych byla doma, tak tu péči nemám, já jsem sama“* (KP2).

### **6.3 Spokojenost se stravou**

Dalším velmi důležitým prvkem ovlivňující spokojenost klientů je také úroveň stravy. Během výzkumu bylo zjištěno, že právě strava je jedním z nejvíce diskutovaných témat v domově pro seniory. Byly zjištěny jak pozitivní reakce, tak také, a to ve většině případů reakce ne moc pozitivní. Ze získaných dat však také bylo zjištěno, že se úroveň stravy od předchozích let zlepšila. Jedním z prvků, které však mohou negativně ovlivňovat názor klientů na stravu může být to, že mají nařízenou dietu anebo jim je z důvodu zdravotního stavu podávána strava mixovaná.

Ráda bych na začátek zmínila, ty odpovědi komunikačních partnerů, které byly spíše pozitivního charakteru. Jeden z těchto názorů měla například komunikační partner 3, který uvádí, že se stravou je spokojen, ale že má pocit, že je v kuchyni nedostatek personálu, a tak se stává, že se s přípravou jídla zpozdí. *„Strava je vcelku dobrá, i když jaksi je tam nedostatek toho personálu, asi protože tam málo platí si myslím a často nestíhají“* (KP3). Nakonec však ale doplnil, že se samotnou stravou je spokojen. Podobný názor na stravu měla také komunikační partnerka 5, která se zmínila, že si myslí, že strava je všude dost podobná, ale že je vcelku spokojená a uznává, že vaří dobře. S těmito názory se shoduje i názor komunikační partnerky 10, která je se stravou taktéž spokojena. *„Jsem velmi spokojena. I s výběrem jídla, a i s množstvím. Co nám nandají, tak to sním“* (KP5). Spokojená se stravou byla také komunikační partnerka 6, která je vyhovovalo nejen to,

jak se v domově pro seniory vaří, ale také zmínila, že je strava nastavena na základě odborného posudku, aby vyhovoval zdravotnímu stavu.

Naopak zde také ve větší míře byly názory, které nebyly pozitivního charakteru. Nejčastěji šlo o špatné dochucení jídla či samotná špatná volba jídla. Většině seniorům také chyběla možnost volby jídla alespoň ze dvou možností. Komunikační partnerka 1 uvádí, že s jídlem spokojená není, ale že se alespoň zlepšilo dochucení jídla. *„Jídlo nic moc, ale teďkon se zlepšili se solením, dřív solili hodně, ale teď už tolik nesolí“* (KP1). Z tohoto důvodu vyhodnotila, že je strava o něco lepší než dříve. Další názor byl spjat s volbou jídla, kde komunikační partnerka 2 uvádí, že se zde vaří taková jídla, která by si dobrovolně nevybrala. *„Vůbec nejsem spokojená, jsou tu takový jídla, který já jsem nikdy nevařila“* (KP2). Dále také doplnila, že pokud si má vybrat nejoblíbenější jídlo tak by volila krupicovou kaši. Nejlepší názor na stravu neměla ani komunikační partnerka 10, která také uvedla, že spokojená není, ale že je to lepší než dříve. *„Já si ještě zvykám, je to lepší, ale bylo to fakt hrozný“* (KP10). Komunikační partnerka 10 také uvedla, že si na stravu stěžovala personálu.

#### **6.4 Očekávání vs realita**

Další velmi zajímavou oblastí, která byla zjišťována byla oblast týkající se toho, jaký měl sám senior očekávání od pobytu v domově pro seniory a zda jeho očekávání bylo naplněno či nikoliv. Výsledky tohoto trsu vypovídají o tom, že ve většině případů byla realita pobytu v domově pro seniory lepší, než bylo očekávání seniorů. U některých komunikačních partnerů však bylo zjištěno, že žádné očekávání neměli, a to buď z toho důvodu, že se předem na pobyt v domově pro seniory nepřipravovali a šlo o náhlé řešení určité situace anebo z toho důvodu, že se pobytu v domově pro seniory obávali, a tak se nad tím nechtěli více zamýšlet.

Příkladem již řečeného a to, že často senioři žádná očekávání od pobytu v domově pro seniory nemají byla komunikační partnerka 1. *„Vůbec žádný očekávání jsem neměla, nechala jsem se překvapit“* (KP1). Podobně na tom byla i komunikační partnerka 7, která uvádí, že žádné očekávání neměla, a to z toho důvodu, že pobyt v domově pro seniory přišel nečekaně. *„Já žádný, protože mi nezbývalo nic jiného, já jsem si zlomila kyčel a nemůžu chodit“* (KP7). Komunikační partnerka 7 dále také uvedla, že do domova pro seniory byla převezena přímo z nemocnice, a tak neměla možnost se na pobyt připravit. Žádné očekávání neměl ani komunikační partner 8. *„Já jsem neměl žádné očekávání, ale*



*jsem spokojenej“ (KP8). Komunikační partnerka 2 měla od pobytu v domově pro seniory špatné očekávání, a to především z toho důvodu, že si zjistila informace od své známé, které nebyly pozitivního charakteru. „No vůbec valný očekávání jsem neměla, protože tu byla mojí kamarádky maminka, a tak mi říkala jaký to tu je“ (KP2). Komunikační partnerka 2 však také doplnila, že její očekávání však bylo horší než realita a nyní je v domově pro seniory spokojená. Podobného názoru byl také komunikační partner 3, který měl před samotným pobytem negativní očekávání, které však nebylo naplněno. „No nic moc no, nečekal jsem od toho nic skvělého“ (KP3). Následně dodal, že je to v domově pro seniory však lepší, než očekával. Naopak pozitivní očekávání od pobytu v domově pro seniory měla komunikační partnerka 4, která uvedla, že na pobyt v domově pro seniory byla připravená a měla pozitivní očekávání. „Já jsem na to už čekala, než mě sem vezmou, takže jsem byla připravená. Letos je to už 20 let a jsem opravdu ráda, že jsem tady. Je to tu vlastně ještě lepší, než jsem čekala. Já jsem spokojená, líbí se mi tady“ (KP4). Z této výpovědi tedy vychází, že realita ještě předčila očekávání.*

### **6.5 Pohled seniora**

Dalším vzniklým trsem je trs pohled seniora, ve kterém jsou rozebírány výhody a nevýhody pobytu v domově pro seniory z pohledu samotných seniorů, ale také to, zda má senior nějaké přání týkající se změny v domově pro seniory. Nejčastěji zmiňovanou výhodou bylo to, že je seniorům poskytována kvalitní péče a že tak mají pocit bezpečí. Naopak mezi nevýhody senioři zařadili především absenci pocitu domova či nastavený režim, který musí dodržovat.

Na začátek bych ráda zmínila odpovědi těch komunikačních partnerů, kteří si uvědomují pouze výhody pobytu v domově pro seniory a nepocítí ují žádné nevýhody. Jednou z nich je komunikační partnerka 4, která říká: „Výhoda je určitě ta péče, kterou máme. Já jsem naprosto spokojená, naprosto. Mě v životě nenapadlo, že budu takhle zaopatřená. A ty nevýhody nemám žádný“ (KP4). Podobného názoru je také komunikační partnerka 5, která jako výhodu uvádí právě již zmíněnou poskytovanou péči a dále také doplnila: „Pečovatelka mi i nakoupí, když něco potřebuji, abych měla v šuplíku něco na zobnutí“ (KP5). Následně také uvedla, že nepozoruje žádné nevýhody. Naopak zde také byla komunikační partnerka 1, která uvádí nejen výhody, ale také nevýhody. „Výhodou je to, že tu máte veškerý zajištění a péči. A nevýhoda je určitě to, že tu nemáte rodinu no“ (KP1). Podobný názor má také komunikační partnerka 2, která uvádí, že pro ni je jednoznačně výhodou to, že je jí poskytována veškerá péče. Dále také řekla: „Chybí mi

*pocit domova a rodina“ (KP2). Právě již zmíněné uvádí jako nevýhodu. Stejnou výhodu také uvádí komunikační partner 3, jeho pohled na nevýhody pobytu v domově pro seniory se však liší, uvádí, že jako největší nevýhodu vnímá to, že je nastavený v domově pro seniory určitý režim, kterým se musí řídit a také jako nevýhodu zmínil, že má personál nedostatek času. „No a nevýhody jsou hlavně to omezení, že si nemůžu dělat co chci a oni nemají moc čas ty pracovnice, takže musím čekat“ (KP3).*

Pokud hovoříme o tom, co by si senioři přáli v domově pro seniory změnit, tak ze získaných dat vyplývá shoda názorů několika komunikačních partnerů a to, že by na pobytu v domově pro seniory nic neměli a pokud ano, tak je to takové přání, které nelze splnit. Například komunikační partnerka 1, která uvádí, že ji tu vše vyhovuje a nepřeje si žádnou změnu. *„Mně to tu vyhovuje ohledně pobytu, nic bych neměnila“ (KP1).* Podobného názoru je také komunikační partnerka 4: *„Nic bych neměnila, já jsem spokojená, naprosto“ (KP4).* Jedním z těch, co uvedli své přání na změnu v domově pro seniory byl komunikační partner 3, který by si přál změny v oblasti finanční. *„Přál bych si asi hlavně to, aby se přestalo šetřit, ale to je složité“ (KP3).* Svě přání také vyslovila komunikační partnerka 2, která by si přála v domově pro seniory větší klid, ale uvědomuje si však je složité toto korigovat. *„Aby tu byl větší klid takovej, žádný vykřikování, chechtání a běhání po chodbě“ (KP2).*

## **6.6 Aktivní senior**

Tento trs se zaměřuje na oblast aktivizačních činností. Cílem bylo zjistit to, jaké mají senioři možnosti aktivizačních činností, které z aktivit je nejvíce naplňují a jak často je navštěvují. Snažila jsem se též zjistit, zda některý se seniorů využívá i jiné aktivizační činnosti, které nejsou pořádané domovem pro seniory. Ze získaných dat však vychází, že žádný z komunikačních partnerů nevyužívá aktivit pořádaných mimo zařízení, a to především z toho důvodu, že neměli ani povědomí o tom, že nějaké takové možnosti jsou.

Jsou zde tací komunikační partneři, kteří navštěvují velké množství aktivizační činností, ale také jsou zde komunikační partneři využívající jen menší množství vybraných aktivizačních činností. Příkladem komunikační partnerky, která navštěvuje velké množství aktivizačních činností může být komunikační partnerka 3, která uvádí, že navštěvuje veškeré aktivity, nejčastěji však muzikoterapii či arteterapie. *„No tak prakticky navštěvuju skoro všechny, nejradši mám ty, kde zpíváme a kreslíme“ (KP3).* Dále také uvedla, že dochází na aktivity nejčastěji 3x týdně. Podobně je na tom také komunikační

partnerka 2, která má snahu na aktivity docházet alespoň 4x za týden a uvádí, že nejvíce ji naplňují aktivity jako je muzikoterapie či sportovní aktivity. „*Nejradši chodím na zpívání a na sportovní aktivity nebyla na kytaru na muzikoterapii*“ (KP2). Další často navštěvovanou aktivizační činností je také trénink paměti, který také využívá například komunikační partner 8. „*Chodím na cvičení paměti, tam si procvičujeme různé jména a věci, taky rád jdu na ty aktivity s hudbou, nějaký cvičení, tak aby bylo do rytmu*“ (KP8). Dále také uvedl, že se tyto aktivity snaží navštěvovat každý týden. Příkladem těch, co nenavštěvují velké množství aktivit může být komunikační partnerka 4, která říká, že navštěvuje pouze muzikoterapii. „*Já mám ráda hudbu, takže chodím jen ta takový ty hudební aktivity, nebo když přijede dechovka, to je moje*“ (KP4). Následně také doplnila, že čas raději tráví sama na pokoji, a tak na aktivitu dochází pouze jednou za 2 týdny.

### **6.7 Vztahy seniora s rodinou**

Příznivé vztahy s rodinou jsou pro seniora jedním z nejdůležitějších prvků. Právě to, jaký má senior vztah s rodinou v nemalé části ovlivňuje jeho kvalitu života. Z tohoto důvodu jsem na tuto oblast kladla velký důraz a snažila se zjistit, jaký má senior vztah s rodinou, s jakými rodinnými příslušníky je v kontaktu, jakým způsobem udržuje s rodinou kontakt a jak často spolu tráví čas. Největší roli v četnosti návštěv hrálo především to, jak daleko od seniora rodina bydlí a kolik má volného času a prostoru seniora navštěvovat. Také bylo zjištěno to, že kromě osobní návštěvy seniora v domově pro seniory, je také velmi častou formou komunikace spokojení přes mobilní telefon.

Ze získaných dat vychází, že ve většině případů má senior s rodinou velmi dobré vztahy a je spokojen s tím, jak často ho rodinný příslušníci navštěvují. Příkladem může být komunikační partnerka 1, která říká, že má s rodinou velmi dobré vztahy a že se pravidelně navštěvují. „*S rodinou mám luxusní vztahy, vždyť se nemůžeme hádat. Jistě, že mě navštěvují*“ (KP1). Komunikační partnerka 1 také dále uvedla, že nejčastěji ji navštěvuje její sestra, a to minimálně dvakrát týdně a také se zmínila, že občas ji přijde navštívit i její strýc. Dále také uvedla, že je se svým synem velmi často v kontaktu prostřednictvím mobilního telefonu. Spokojená se vztahy v rodině byla také komunikační partnerka 4, která uvedla, že má vztahy s rodinou na velmi dobré úrovni, že je spokojena a že ji navštěvují velmi často. „*Výborný vztahy máme, já s nimi nemám žádný problém. Můj syn mě navštěvuje několikrát do týdne, já mu i říkala, že nemusí chodit tak často, že až budu umírat, tak že mu dají vědět*“ (KP4). Dále se také zmínila, že ji navštěvuje i snacha, ale z důvodu nedostatku času a zaměstnání ji nenavštěvuje tak často.

Komunikační partnerka 4 na otázku, jestli je ve spojení s rodinou pomocí komunikačních technologií odpověděla, že ne, a to z toho důvodu, že nemá mobilní telefon. Poté upřesnila, že i kdyby mobilní telefon měla, tak by ho neslyšela z důvodu zhoršeného sluchu. Dále bych také ráda zmínila odpověď komunikační partnerky 5, která uvedla, že je se vztahy s rodinou spokojena a že jen čeká až bude mít rodina více času a budou tak mít možnost si ji vzít do péče domů. „*Já mám dobré vztahy s rodinou, oni si mě vezmou domu za 2 roky až jim skončí práce*“ (KP5). Komunikační partnerka 5 také uvedla, že ji v současné době rodina navštěvuje a v případě narozenin a dalších významných událostí, ji s sebou vezmou i na výlet. Dále také zmínila, že pokud rodina nemá dostatek času na osobní návštěvu, tak ji alespoň zavolají pomocí mobilního telefonu, ovšem vždy je raději když se jedná o osobní kontakt. Ráda bych také zmínila odpověď komunikační partnerky 6 u které bylo z její odpovědi zřejmé, že je pro ni rodina jedním z nejdůležitějších prvků v jejím životě. „*Já mám s rodinou velmi dobré vztahy, já jsem právě ve městě, kde mám celou rodinu. Já jsem si dávala život dohromady tak, abych si udržela celou rodinu*“ (KP6). Tuto odpověď doplnila tím, že ji záleží na tom, aby se všichni v rodině měli rádi a že se snaží dávat rodinu co nejvíce dohromady.

### **6.8 Vztahy seniora s vrstevníky**

Dalším vzniklým trsem jsou vztahy seniora s vrstevníky, a to především s vrstevníky žijícími též v domově pro seniory. Hlavním cílem bylo zjistit, nejen to, jaké má senior vztah s ostatními vrstevníky žijícími v domově pro seniory, ale také to, jak pro seniora bylo náročné si vytvořit sociální vazby po jeho příchodu do pobytového zařízení či zda senior v domově pro seniory někoho znal již před svým příchodem. Odpovědi komunikačních partnerů byly v této oblasti velmi rozdílné, pozitivním zjištěním bylo však to, že se mezi seniory nevyskytují negativní vztahy či nenávisť. Ze získaných dat vychází, že záleží také na tom, zda je senior rád ve společnosti či radši tráví čas sám se sebou. Dalším důležitým prvkem ovlivňující úroveň vztahů s vrstevníky je zdravotní stav seniorů. Pokud hovoříme o tom, zda senior znal někoho z domova pro seniory již před svým příchodem, tak v tomto případě byly odpovědi z velké části shodné, a to takové, že přišli mezi neznámé lidi.

Většina komunikačních partnerů se shodla na tom, že vztahy s vrstevníky jsou ve velké míře omezeny, a s nikým nemají tak blízký vztah, jako měli dříve se svými vrstevníky. Příkladem může být komunikační partnerka 3, která uvedla, že vztahy s vrstevníky jsou na jiné úrovni než dříve a že nejsou takové jaké by být měly. Dále také uvedla, že si myslí,

že příčinou neblízkých vztahů může být to, že jsou mezi seniory velké věkové rozdíly. „*No prostě je to hodně omezený, každej má svoje a ty vztahy nejsou takový jaký by měly být. Je tady i velkej věkovej rozdíl, mně je 81, ale někomu je tady i 100 let*“ (KP3). Komunikační partner 3 však také uvedl, že pro něj však nebylo náročné se si vytvořit sociální vazby, ale říká, že to také ovlivňuje již zmíněný věkový rozdíl. Dalším příkladem může být komunikační partnerka 4, u které je patrné, že její vztahy ovlivňuje především již zmíněný zdravotní stav. „*Já se s nikým nemůžu moc dávat do řeči, takže se s nikým tady moc nebavím. Já špatně slyším, tak se nemůžu dávat do řeči, co je mi to platný, když nevím, co mi povídá*“ (KP4). Komunikační partnerka 4 také řekla, že právě z důvodu zhoršeného sluchu má větší problémy s vytvořením sociálních vazeb než dříve. V podobné situaci je také komunikační partnerka 5, která má omezené vztahy z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. „*Já se s tolika lidma nebavím, Já jako s těma hůlkama třeba ani sama za dveře nejdu. Já se bojím abych neklouzla nebo neupadla. Takže se s nikým moc nebavím*“ (KP5). Dále však uvedla, že ji v kontaktu s vrstevníky pomáhají aktivizační činnosti, kde se má možnost se sejít a popovídat si s dalšími seniory.

Naopak jsou zde také komunikační partneři, kteří jsou se vztahy s vrstevníky spokojeni a vyhledávají sociální vazby. Jednou z nich je komunikační partnerka 1, které má dobrý vztah nejen se svojí spolubydlící, ale i s ostatními seniory se kterými se setkává na aktivizačních činnostech. „*No, tak já mám spolubydlící a s tou mám velmi dobré vztahy, je jí sice 96 let, ale je moc hodná. A taky se bavím na těch aktivitách s ostatními*“ (KP1). Doplnila však, že se vzájemně s dalšími seniory nenavštěvují. Se vztahy je také spokojena komunikační partnerka 6, která uvádí, že má se všemi dobré vztahy a je spokojená. „*Jsme přátelé všichni, seznámíme se a podle povah se ve volném čase scházíme*“ (KP6). Komunikační partnerka 6 dále dodala, že v případě hezkého počasí si s dalšími seniory vyjdou ven na procházku a povídají si o svých životech.

### **6.9 Shrnutí výsledků**

Z provedených rozhovorů vyplývá, že u seniorů převládá spíše spokojenost s pobytem v domově pro seniory. U každého z nich se jistě může najít a našlo několik výtek o pobytu v domově pro seniory. Ze zjištěných dat však vychází, že samotný pocit spokojenosti a pocit kvality života je velmi subjektivní, a tak to každý jedinec vnímá rozdílně. Na začátek bych ráda také zmínila, že osobní a vnitřní pocit spokojenosti u seniorů ve velké míře ovlivňuje především jejich zdravotní stav.

Nejčastější výhodou pobytu v domově pro seniory bylo zmiňováno to, že je seniorům zprostředkována veškerá péče, a tak mají pocit bezpečí. Naopak často zmiňovanou nevýhodou byl určitý režim, který se v domovech pro seniory musí dodržovat a také absence pocitu domova. Co se týká spokojenosti seniorů s poskytovanými službami, tak ze získaných dat vychází, že poskytované služby jsou na velmi dobré úrovni a výtky se vyskytovaly pouze v nepatrném množství. Největší problém nastal v oblasti stravy, kde mnoho komunikačních partnerů projevilo svou nespokojenost. Pokud hovoříme o spojenosti seniorů s přístupem personálu, tak je důležité zmínit, že u žádného z komunikačních partnerů nedošlo k vyslovení odpovědi negativního charakteru, a tak se dá konstatovat, že jsou senioři s přístupem personálu spokojeni.

Další zkoumanou oblastí byla spokojenost seniorů s volnočasovými aktivitami. Ze získaných dat vychází, že volnočasové aktivity jsou na velmi dobré úrovni a jsou ve velké míře navštěvovány. To se dá také potvrdit tím, že senioři navštěvují tyto aktivity několikrát do týdne a na jejich návštěvu se těší. Nejčastěji zmiňovanou aktivizační činností byla muzikoterapie a poté trénink paměti. Ve velké míře se také u seniorů vyskytovalo nadšení v oblasti společenských her, protože to pro ně také znamenalo kontakt se společenským prostředím. Někteří komunikační partneři však vyslovili své přání na zvýšení počtu aktivit vykonávaných ve venkovním prostředí.

Poslední zkoumanou oblastí byla spokojenost seniorů v domově pro seniory se vztahy nejen s vrstevníky, ale také s rodinnými příslušníky. V této oblasti bylo zjištěno to, že vztahy seniorů s vrstevníky nejsou na takové úrovni jako v běžném životě mimo domov pro seniory. Nejčastější kontakt seniorů mezi sebou probíhá na aktivizačních činnostech, kde jim je zprostředkovan. Co se týká vztahů seniorů s rodinou, tak zde došlo k zjištění, že jsou v mnoha případech na velmi dobré úrovni a jejich rodinní příslušníci do domova pro seniory přicházejí na návštěvy. Četnost návštěv je však u jednotlivých komunikačních partnerů rozdílná. Na čem se však shodli všichni komunikační partneři bylo to, že upřednostňují osobní kontakt před kontaktem pomocí komunikačních technologií. Pokud však není možný osobní kontakt, tak došlo k zjištění, že nejčastější a jedinou formou kontaktu pomocí komunikačních technologií je mobilní telefon.

## 7. Diskuze

Podkladem pro tuto diskuzi jsou informace ze zdrojů použitých v mé teoretické části a výsledky mého výzkumu. Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jak hodnotí senioři žijící v domově pro seniory jejich kvalitu života. K dosažení tohoto cíle jsem si stanovila tři výzkumné otázky, na které jsem se snažila nalézt odpovědi pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory byly vykonávány s vybranými seniory žijícími v domově pro seniory. Následně jsem tyto rozhovory zpracovala pomocí metody otevřeného kódování. Z čehož jsem následně vytvořila 8 základních kategorií.

Výzkumná část mé bakalářské práce se soustředila na to, jak hodnotí kvalitu života senioři žijící v domově pro seniory. Domov pro seniory je dle Dvořáčkové (2012) pobytovým zařízením, které je určené především osobám se sníženou soběstačností a potřebou pomoci druhých osob. To se také potvrdilo v průběhu mého výzkumu, kde komunikační partneři uvedli, že se o sebe nedokáží již postarat sami a potřebují tak odpovídající péči. Dle Holmerové et al. (2014) se jedná o zařízení ve kterém je seniorům poskytována nepřetržitá péče, strava a již zmíněné ubytování. Na tyto oblasti jsem se také při rozhovorech se seniory zaměřovala a ze získaných dat vychází, že komunikační partneři si této péče velmi váží a uvědomují si, že by se bez této péče neobešli. Holmerová et al. (2014) je také toho názoru, že příchod seniora do domova pro seniory však neznamená to, že se senior již nemůže vrátit do svého přirozeného prostředí. Toto bylo také potvrzeno v mém výzkumu, kde jedna z komunikačních partnerek uvedla, že se do svého domácího prostředí bude vracet, a to především z důvodu pomoci rodiny.

Má první výzkumná otázka zněla: „*Jak jsou senioři spokojeni s poskytovanými službami v domově pro seniory*“? S ohledem na tuto výzkumnou otázku jsem se při rozhovorech zaměřovala nejen na to, jak jsou senioři spokojeni s poskytovanými službami, ale také jak jsou spokojeni s přístupem personálu. Dle Malíkové (2020) patří mezi služby poskytované v domovech pro seniory především ubytování, strava, pomoc při hygieně, poskytnutí klientovi pomoc se základními potřebami, aktivizační činnosti či zprostředkování klientovi kontakt se společenským prostředím. Ze získaných dat vychází, že všechny tyto služby jsou seniorům v domově pro seniory poskytovány. Také bylo zjištěno, že si komunikační partneři těchto služeb velmi cení a uvědomují si, že by se bez nich již neobešli. Komunikační partneři také uvedli, že právě díky pomoci personálu jsou schopni prožívat běžný život, a to především z důvodu poskytované péče či pomoci s běžnými činnostmi jako je například pohyb. Díky pomoci při pohybu se, tak

komunikační partneři mohou přemístit tam kam chtějí a sami nemohou, například z důvodu zdravotního stavu či strachu z pádu. Důležitost této pomoci uvádí i Malíková (2020) která říká, že právě pomoc klientovi při zvládnání základních činností jako je především pohyb a oblékání je velmi důležitým prvkem. Dále jsem se také zaměřovala na spokojenost seniorů v domově pro seniory se stravou. Dle Malíkové (2020) je velmi důležité, aby se při podávání stravy seniorům kladl důraz především na seniorův zdravotní stav a věk. Z mého výzkumu vychází, že právě tento prvek je splňován a klade se zvýšená opatrnost na zdravotní stav klientů, kdy řešením může být například dieta. Veškerá problematika stravy je konzultována s nutričními terapeutky a zdravotní stav jedinců ve spojení se stravou je tak pod kontrolou. Dle Malíkové (2020) je velmi důležitou úlohou personálu nabízet a poskytovat klientům kontakt se společenským prostředím a podporovat klientovo začlenění do společenského dění. Z mého výzkumu vychází, že tento fakt je splňován. To také pramení z rozhovoru s jednou z komunikačních partnerek, která uvedla, že se je aktivizační pracovníce snaží co nejvíce začleňovat do společnosti, a to především nabízením různých aktivizačních činností, či aktuálních akcí pořádaných na půdě domova pro seniory a podobně. Také však uvedla, že pokud z nějakých důvodů tyto aktivity či akce navštívit nechtějí, tak mají možnost odmítnout a nejsou dále přemlouvány či nuceny.

Druhou výzkumnou otázkou je: „*Jaké aktivity seniori v domově pro seniory navštěvují a jak jsou s nimi spokojeni*“? Dle Malíkové (2020) jsou aktivizační činnosti velmi důležitým prvkem v domovech pro seniory. Toto tvrzení bylo v mém výzkumu také potvrzeno. Komunikační partneři potvrdili to, že jsou pro ně právě aktivizační činnosti velmi důležitým prvkem, který nejen rozvíjí jejich schopnosti, ale také díky nim se jim zvyšuje kontakt se společenským prostředím. Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je hlavním cílem aktivizačních činností zlepšit nebo alespoň udržet kvalitu života seniorů na stejné úrovni. S tímto názorem se ztotožňuji nejen já, ale také komunikační partneři, kteří si uvědomují důležitost těchto aktivit a snaží se je navštěvovat co nejčastěji. Jednou nejčastěji zmiňovanou aktivizační činností komunikačními partnery byla muzikoterapie. Muzikoterapie je dle Gerlichové (2021) prospěšná pro rozvoj osobnosti jedince, zkvalitnění jeho života, ale také zlepšení vztahů a komunikace s ostatními. Toto tvrzení se mým výzkumem též potvrdilo. Komunikační partneři právě muzikoterapii uváděli jako jednu z nejvíce přínosných aktivizačních činností. Jedna z komunikačních partnerek také uvedla, že právě práce s hudbou je pro ni velmi důležitá a má příznivý vliv na její



psychickou pohodu. Další velmi častou zmiňovanou aktivitu byla arteterapie. Dle Holczerové a Dvořáčkové (2013) je hlavním cílem arteterapie osobní vyjádření a říká, že pro arteterapii není důležité výtvarné nadání. Z mého výzkumu vychází, že tato aktivita je pro komunikační partnery velmi uklidňující a že pomocí této aktivity dokáží vyjádřit své pocity. Komunikační partneři dokonce uvedli, že si uvědomují, že například kreslit neumí, ale i přesto je tato aktivita naplňuje.

Poslední výzkumná otázka zní: „*Jaké mají senioři žijící v domově pro seniory vztahy s ostatními vrstevníky a rodinou*“? V souvislosti s touto otázkou jsem se zaměřovala nejen na to, jaké má senior vztahy s rodinou a s vrstevníky, ale také na to, jak pro ně bylo náročné si tyto vztahy vytvořit či udržet. Dle mého názoru jsou právě vztahy seniora s rodinou a s vrstevníky jedním z nejdůležitějších prvků ovlivňující jejich kvalitu života. Právě takové vztahy, které jsou na dobré úrovni pozitivně ovlivňují kvalitu života seniorů. Důležitost vztahů v ohledu s kvalitou života také potvrzuje Dvořáčková (2012) která říká, že právě jedním z důležitých faktorů ovlivňující kvalitu života jsou vztahy seniora. Ze získaných dat vychází, že komunikační partneři si důležitost vztahů uvědomují a váží si jich. Také se shodli na tom, že především rodinné vztahy mají na velmi dobré úrovni a že návštěva jejich rodinných příslušníků jim dělá radost. Dle Dvořáčkové (2012) je také velmi důležité, aby se senioři pravidelně setkávali s vrstevníky a trávili s nimi čas. Výsledky mého výzkumu se s tímto tvrzením na jednu stranu ztotožňují, ale na druhou stranu jsou v rozporu, a to především z toho důvodu, že ti jedinci, kteří jsou introvertního založení, raději tráví čas sami se sebou a necítí se komfortně ve společnosti. Dle mého názoru, tedy záleží na tom, jak je daný jedinec založen a jaké jsou jeho priority. Jedním z příkladů může být odpověď jedné z komunikačních partnerek, která uvedla, že raději tráví čas sama se sebou a s mnoha vrstevníky není v kontaktu.

Dle Ondrušové (2011) má velký vliv na kvalitu života zdravotní stav jedince. Tento fakt byl v mém výzkumu potvrzen. Komunikační partneři si sami uvědomují, že jejich vnitřní pohodu a pocit kvality života ovlivňuje právě zdravotní stav. Ze získaných dat vychází, že u komunikačních partnerů dochází k negativnímu ovlivňování kvality života právě z důvodu přítomnosti nějakého onemocnění či bolesti. Dle Ondrušové (2011) je dalším velmi důležitým prvkem ovlivňující kvalitu života seniorů dostupnost jak zdravotních, tak i sociálních služeb. Toto tvrzení je totožné s názory komunikačních partnerů, kteří uvádějí, že si uvědomují potřebnost těchto služeb a náležitě si jich váží. Dle Mlýnkové (2011) je také velmi důležitým prvkem ovlivňující kvalitu života pocit bezpečí a jistoty.

Ze získaných dat vychází, že tento pocit je pro komunikační partnery velmi důležitý a je splňován především z toho důvodu, že je seniorům poskytována potřebná péče a pomoc, a tak se cítí v bezpečí. Z mého výzkumu také bylo zjištěno, že ve velké míře kvalitu života seniorů ovlivňuje jejich vztah nejen s rodinou, ale také se svými vrstevníky a okolní společností. Právě příznivé vztahy jsou jedním z nejdůležitějších prvků kvality života seniorů. Dle Pyšné (2009) je pro kvalitu života seniorů také velmi důležitým prvkem pohyb díky kterému se jedinec cítí více soběstačně a spokojeně. Ani tento fakt nebyl v mém výzkumu vyvrácen. Komunikační partneři si uvědomují důležitost pohybu a dělají vše pro to, aby pohybové schopnosti neztráceli. To, jak kvalitu života pohyb ovlivňuje si také uvědomuje jedna z komunikačních partnerek, která již samostatného pohybu není schopna a je tak závislá na pomoci druhých. Uvědomuje si tak důležitost samostatného pohybu a tento pocit postrádá.

## **Závěr**

Tato práce se zabývala tématem kvality života seniorů žijících v domově pro seniory. Práce byla rozčleněna na dvě části, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretická část byla rozdělena do 3 základních kapitol, které se dále rozčleňovali na další podkapitoly. První kapitolou byl fenomén stáří, ve kterém jsem se snažila charakterizovat stáří a stárnutí, popsat potřeby seniorů či změny ve stáří. Druhou kapitolou byla pobytová zařízení pro seniory. V této kapitole jsem se zabývala charakteristikou pobytových sociálních služeb pro seniory, tedy domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem. V této kapitole jsem také rozebrala témata týkající se aktivizačních činností, protože právě aktivizační činnosti byly velmi důležitým prvkem pro mou následující praktickou část. V poslední kapitole jsem se zabývala vymezením kvality života či jeho měřením. Teoretická část sloužila jako určitý úvod a podklad k mé praktické části.

V praktické části byly zprvu stanoveny cíle a výzkumné otázky, následně byla stanovena a sepsána metodika mého výzkumu. Další kapitola obsahovala výsledky výzkumu. Tyto výsledky byly následně porovnány s odbornou literaturou v kapitole s názvem diskuze.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit subjektivní hodnocení kvality života seniorů žijících v domově pro seniory. Prvním dílčím cílem bylo zjistit spokojenost a vnitřní pocity klientů žijících v domově pro seniory. Druhým dílčím cílem bylo zjistit spokojenost v aktivizačními činnostmi poskytovanými v domově pro senior. Posledním dílčím cílem bylo zjistit spokojenost seniorů se vztahy v domově pro seniory.

K zjištění těchto cílů byla stanovena kvalitativní výzkumná metoda a technika polostrukturovaných rozhovorů. Následně byly stanoveny tři výzkumné otázky vztahující se k výše uvedeným cílům.

Dle zjištěných výsledků vychází, že stanovené cíle této práce byly naplněny a výzkumné otázky byly zodpovězeny. Bylo zjištěno především to, že senioři jsou s poskytovanými službami a péčí v domově pro seniory spokojeni a této péče si náležitě váží a uvědomují si, že by se bez ní již neobešli. Jedním z důležitých prvků v domově pro seniory jsou pro ně právě aktivizační činnosti, díky kterým jsou rozvíjeny či zachovány jejich schopnosti a dovednosti. Právě návštěva aktivizačních činností je důležitou náplní jejich dne. Důležité je pro ně také to, že díky aktivizačním činnostem jsou v kontaktu se společenským prostředím. Také bylo zjištěno to, že jedním z důležitých prvků ovlivňující kvalitu života seniorů jsou vztahy s rodinou a jeho vrstevníky. Ze získaných dat vychází,

že komunikační partneři mají vztahy s rodinou na velmi dobré úrovni a uvědomují si jejich důležitost a váží si jich.

## Seznam literatury

1. Bicková, J., 2020. *Zooterapie v kostce, minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-1585-1.
2. Campellová, J., 1998. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-204-1.
3. Cankovic, S. et al., 2016. Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnosanitetski pregled. Exp. Ther* 73(1), doi: 10.2298/VSP131205126C.
4. Čevela, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie, úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3901-4.
5. Dvořáčková, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4138-3.
6. Gerlichová, M., 2021. *Muzikoterapie v praxi, příběhy muzikoterapeutických cest*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-271-1791-8.
7. Haškovcová, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN: 978-80-87109-19-9.
8. Haškovcová, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-900-8.
9. Holczerová, V., Dvořáčková, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4697-5.
10. Holmerová, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem, manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN: 978-80-204-3119-6.
11. Hrozenská, M. et al., 2008. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko – praktické východiská*. Martin: Osveta. ISBN: 978-80-8063-282-3.
12. Hrozenská, M., Dvořáčková, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4139-0.
13. Hudáková, A., 2013. *Kvalita života v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-7737-5.
14. Janečková, H. et al., 2021. *Reminiscence známá i neznámá – v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing. ISBN: 978-80-88290-81-0.
15. Kutnohorská, J., 2011. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-6654-6.

16. Lindsay, J., Anderson, L., 2004. Dementia/Alzheimer's Disease. *BMC Women's Health*. Exp. Ther 4(1), doi: 10.1186/1472-6874-4-S1-S20.
17. Macháčková, K. et al., 2019. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN: 978-80-204-5489-8.
18. Malíková E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-271-2030-7.
19. Matoušek, O., 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-002-X.
20. Mlýnková, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3872-7.
21. Motlová, L. 2019. *Sociální práce se seniory*. In: Mojžíšová, A. (ed). České Budějovice: ZSF JU. ISBN: 978-80-7394-761-3.
22. Muhlpachr, P., 2017. *Kvalita života seniorů*. Sládkovičovo: Fakulta sociálních studií, Vysoká škola Danubius. ISBN: 978-80-7392-260-3.
23. Ondrušová, J., 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova. ISBN: 978-80-246-1997-2.
24. Pacovský, V., 1990. *O stáří a stárnutí*. Praha: Avicenum. ISBN: 80-281-0076-8.
25. Palmore, B. E., 1999. *Ageism: Negative and Positive*. 2. vydání. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-7002-1.
26. Philipson, Ch., 2013. *Ageing*. Cambridge: Polity Press. ISBN: 978-0-7456-3085-4.
27. Pokorná, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-6603-4.
28. Ptáčková, H. et al., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-271-4464-8.
29. Pyšná, J. et al., 2009. *Kvalita života seniorů a pohyb*. Bratislava: Infopress. ISBN: 978-80-85402-98-8.
30. Reichel, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-6935-6.
31. Salajka, F., 2006. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-6307-1.
32. Scheltens, P. et al., 2021. Alzheimer's disease. *The Lancet*. Exp. Ther 397(1), doi: 10.1016/S0140-6736(20)32205-4.
33. Švaříček, R. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-313-0.

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Otázky k rozhovorům

Příloha 2: Informovaný souhlas

## **Příloha č. 1:**

### **Otázky k rozhovorům**

#### **Identifikační údaje:**

Pohlaví:

Věk:

#### **1. Spokojenost seniorů a jejich vnitřní pocity**

- Jak se vám daří, jak se cítíte?
- Jak jste spokojeni s poskytovanou péčí?
- Jak jste spokojeni s přístupem personálu?
- Jak jste spokojeni se stravou?
- Jaká jste měli očekávání o životě v domově pro seniory? Byla vaše očekávání naplněna či nikoliv?
- Jaké jsou podle vás výhody a jaké nevýhody pobytu v domově pro seniory?
- Co byste změnili či si přáli?

#### **2. Spokojenost s volnočasovými aktivitami poskytovanými v domově pro seniory**

- Jaké navštěvujete volnočasové aktivity?
- Jak často tyto aktivity navštěvujete?
- Jaká aktivita vás nejvíce naplňuje?
- Jaké volnočasové aktivity v domově pro seniory postrádáte?
- Navštěvujete nějaké volnočasové aktivity mimo domov pro seniory? Jaké?

#### **3. Spokojenost se vztahy v domově pro seniory**

- Jaké máte vztahy s vrstevníky, kteří také žijí v domově pro seniory?
- Zнала jste někoho z domova pro seniory již před svým příchodem? Či jste přišla mezi neznámé lidi?
- Jak pro vás bylo náročné si vytvořit sociální vazby v domově pro seniory?
- Jak je pro vás náročné udržovat vztahy z minulosti?
- Jaké máte možnosti komunikace s lidmi, kteří nežijí v domově pro seniory?
- Jaké máte vztahy s rodinou? Navštěvují vás? Jak často?



## **Příloha č. 2**

### **Informovaný souhlas**

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci, které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit subjektivní hodnocení kvality života seniorů v domově pro seniory pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

#### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne s účastí na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely zpracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníků výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

**Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu**

V \_\_\_\_\_

Dne: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_