

Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů v domovech pro seniory

Bc. et Bc. Martina Medková

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina MEDKOVÁ**
Osobní číslo: **H128173**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů v domovech pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na zjištění souladu duševní, tělesné a sociální pohody seniorů v domovech pro seniory;
- na problematiku stáří a stárnutí, aktivního využití volného času, efektivitu služeb, které domovy seniorům nabízejí;
- na význam víry, sociálních a rodinných vztahů, potřeby lásky a komunikace s druhými lidmi a intimní vztahy seniorů;
- na vnitřní klima domovů pro seniory, vztahy s personálem a ostatními obyvateli.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum zaměřený na zjištění a význam faktorů, které ovlivňují spokojenost a kvalitu života seniorů v domovech pro seniory.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, 407 s. ISBN 80-7038-158-2.

MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. Geragogika pro speciální pedagogy. 1.vyd. Brno: MU, 2001, 115 s. ISBN 80-210-2510-7.

PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. 1.vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

RHEINWALDOVA, E. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života. 1.vyd. Brno: MU, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

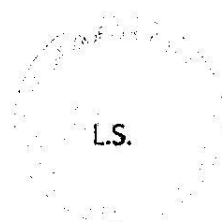
Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.**
Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

MARTINA MEDKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 13. 3. 2014



Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory. Práce vychází ze studia odborné literatury a z informací, které byly o dané problematice zjištěny. Cílem diplomové práce je zjistit, jak vnímají svůj život senioři žijící v domovech pro seniory. Teoretická část se zabývá tématy dotýkající se problematiky seniorské populace a přibližuje obory, které se danou oblastí zabývají. Dále definuje kvalitu života, věnuje se komunikaci v seniorském věku a domovům pro seniory jako životní alternativě. Praktická část se snaží pomocí kvalitativního výzkumu, prostřednictvím rozhovorů a zúčastněného pozorování objasnit faktory, které senioři považují za důležité při hodnocení kvality svého života.

Klíčová slova

Kvalita života, stáří, domov pro seniory, životní úroveň

ABSTRACT

The diploma thesis is dealing with the issue of seniors' quality of life, who live in the senior rest home. The thesis draws from the special literature and from the information, which was found about that issue. The goal of the thesis is to find out, how the seniors from the rest home perceive their life. The theoretical part is focused on the issues, that refer to senior population problems and approaches the fields, that are dealing with it. Moreover, this part defines the seniors' quality of life, deals with the communication between them and proposes senior rest home as an alternative for life. The practical part clarifies the factors, that are important for seniors in their quality life appraisal by qualitative research, interviews and shared observations.

Keywords

Quality of life, old age, senior rest home, living standard

Motto: „Zestárnout není umění, umění je to snést.“

Johann Wolfgang von Goethe

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce doc. PhDr. Miloslavu Jůzlovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky v průběhu psaní diplomové práce. Poděkování za ochotu a spolupráci patří také mým respondentům.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 13. března 2014

.....

Martina Medková

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PROBLEMATIKA SENIORSKÉHO VĚKU	11
1.1 SENIORSKÁ POPULACE	11
1.2 VYMEZENÍ TERMÍNŮ GERONTOLOGIE, GERIATRIE, GERONTOPELAGOGIKA	13
1.3 DEFINICE POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	15
1.4 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	16
1.5 TEORIE STÁRNUTÍ.....	18
2 KVALITA ŽIVOTA V SÉNIU	21
2.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	21
2.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	24
2.3 HIERARCHIE POTŘEB	26
2.4 ZMĚNY VE STÁŘÍ OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA	29
2.5 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ A UMÍRÁNÍ.....	33
3 DOMOVY PRO SENIORY JAKO ŽIVOTNÍ ALTERNATIVA	37
3.1 DOMOV PRO SENIORY	37
3.2 ADAPTACE NA PŘÍCHOD DO DOMOVA PRO SENIORY	38
3.3 FUNKCE A AKTUÁLNÍ RIZIKA ÚSTAVNÍ PĚČE O SENIORY	40
3.4 VOLNÝ ČAS A AKTIVIZACE SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY	42
4 KOMUNIKACE A SENIORSKÝ VĚK	45
4.1 KOMUNIKACE A JEJÍ FORMY	45
4.2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST	47
4.3 PORUCHY ŘEČOVÉ KOMUNIKACE VLIVEM STÁRNUTÍ ORGANISMU	50
4.4 SPECIFIKA V KOMUNIKACI SE SENIORY	53
II PRAKTICKÁ ČÁST	55
5 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY	56
5.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	56
5.2 CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OKRUHY A OTÁZKY	57
5.3 METODY A TECHNIKY VÝZKUMU.....	58
5.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	60
5.5 VYBRANÉ ROZHOVORY S RESPONDENTY	63
5.6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	77
ZÁVĚR	83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	85
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	89
SEZNAM OBRÁZKŮ	90
SEZNAM TABULEK	91
SEZNAM PŘÍLOH	92

ÚVOD

Problematika seniorů žijících v domovech pro seniory a jejich životní spokojenost získává v dnešní době na aktuálnosti. Nejen u nás, ale i v zahraničí vzrůstá počet lidí, kteří se dožívají vysokého věku, což nám také neustále dokazují demografické prognózy. Je to zejména kvalitou zdravotní péče, která je dnes na velmi vysoké úrovni. Také lepšími životními a pracovními podmínkami, sociálním rozvojem. To vše přispívá k tomu, že lidé žijí déle, než tomu bylo v minulosti. „*Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typickým prvkem, který bude i v dalších letech pokračovat. Tato situace, byť je pozitivní pro osoby, které prožívají delší život než předchozí generace, s sebou nese pro společnost potřebu se touto skutečností zabývat a přizpůsobit se jí, protože procento starých osob se brzy ještě podstatně zvýší v důsledku zestárnutí silných ročníků z poválečného období*“ (Malíková, 2011, s. 26). V souvislosti s tím však vyvstává otázka, kdo bude schopný a ochotný se o stárnoucí lidi postarat, když nebudou soběstační?

Mnoho seniorů se dostává do situace, kdy z různých důvodů odchází ze svých domácností. Většina spoléhá na to, že se o ně postarají sociální instituce. A právě domovy pro seniory se pak stávají tím posledním místem, kde tito lidé tráví závěr svého života. Proto je nutné zaměřit pozornost i na zmíněnou oblast, na místo, kde v klidu a v bezpečí dožijí. Spokojený život seniorům nezajistí pouze uspokojení elementárních potřeb, důležité je také pěstování a udržování rodinných vztahů, setkávání s vrstevníky, podpora či vzdělávání. Také umožnění seniorům se realizovat a rozvíjet. Důležitým aspektem je též zařazení logopedické péče u osob ve stáří. S prodlužujícím se věkem se vyskytuje více nemocí, z nichž některé mají na svědomí i omezení hybnosti mluvidel či ztráty schopnosti se vyjádřit.

Určitá část seniorů, která se dostane do této péče, bývá také mnohdy v relativně dobré zdravotní kondici a získává poměrně hodně volného času. Ten však mnozí klienti nedokážou smysluplně využít. Proto je nutné ptát se samotných seniorů, jak si představují trávení volného času a z jejich požadavků a přání vytvořit aktivizační plány. Také je zapotřebí zvyšovat kvalitu programů a služeb, které domovy pro seniory svým klientům nabízejí a co nejvíce jim zpříjemnit poslední fázi jejich života.

Je nemožné vytvořit obecně platnou definici, která vyjádří a zajistí kvalitní a spokojený život všem seniorům. Můžeme se však zaměřit na hledání faktorů, které ovlivňují kvalitu života a porozumět potřebám, které se subjektivním vnímáním kvality života seniorů úzce

souvisejí. Stáří a stárnutí se netýká jen samotných seniorů, ale dotýká se každého člověka. I v dnešní době se můžeme setkat s označením, že období stáří je spojováno s nesoběstačností a odkázáním na pomoc druhých. Každá etapa v životě člověka však s sebou něco dobrého přináší. Platón „*chválí stáří, protože vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit své kvality života, lépe jej umí prožít, má zdravý úsudek*“ (Mühlpachr, 2004, s. 8).

Cílem diplomové práce je zmapovat, zda jsou senioři v domovech pro seniory spokojení, a poukázat na oblasti, které jejich spokojenost zvyšují, nebo naopak snižují. Diplomová práce se rozděluje na část teoretickou, která obsahuje čtyři kapitoly, a část praktickou. Teoretická část je věnována vymezení stáří a stárnutí, oblasti kvality života, dále domovům pro seniory a komunikační schopnosti seniorů. Praktická část je zaměřena na výzkumný problém. Jsou zde zpracovány výsledky rozhovorů s klienty domova pro seniory a následně je uvedena jejich interpretace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA SENIORSKÉHO VĚKU

1.1 Seniorská populace

Seniorská populace je velmi heterogenní skupina, která se neustále vyvíjí. Je to dáno zejména tím, že každý senior je individuální a jedinečná osobnost, která již velkou část svého života prožila a která si odnáší své vlastní životní zkušenosti, hodnotový systém i životní styl, sociální zázemí, ale také očekávání do budoucna a má i své vlastní potřeby. Jsou zde také rysy, které však mají senioři společné a které je charakterizují a odlišují od ostatních generací. Dle Kalvacha (1997) jsou charakteristické rysy seniorské populace dány především:

- *„obecně platnou jedinečnost vloh a osobnostních rysů, které se s věkem neztrácejí,*
- *různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku (vrcholná míra tělesného i duševního rozvoje),*
- *interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,*
- *různou mírou chorobných změn,*
- *událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem,*
- *hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací, expektací,*
- *různým sociálně ekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a rodinné situace (osamělost, ovdovění, počet dětí a vztahy mezi nimi)“* (Kalvach, 1997, s. 122).

Je důležité si uvědomit, že senioři jsou nejdříve sami sebou a až poté starými lidmi. Každý z nich se liší ve svých potřebách, nárocích i očekáváních do budoucna. V dnešní době je seniorská populace ohrožena např. pauperizací, ekonomickým zbídačováním, vytěšňováním, generační intolancí, předsudky, osamělostí, zanedbáváním, týráním či věkovou diskriminací (Kalvach, 1997, s. 122–123).

Věková diskriminace je nazývána termínem „ageismus“, jež byl převzat z anglického slova age, které označuje věk, ale také stáří. Tento pojem je v dnešní době pojímán jako negativní představa o seniorech spojená s předsudky. Vztah společnosti k seniorům je však důležitým ukazatelem, který má velkou výpovědní hodnotu o společnosti a její morální úrovni (Malíková, 2011, s. 34).

Ageismus může nabývat různých podob, může jít o „*hrubé podoby diskriminace (např. odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku), ale také o „pouhé“ předsudky, myšlenkové stereotypy (tzv. mýty o stáří), nevhodné jednání podmíněné přisuzováním negativních vlastností či chorobných projevů všem starým lidem*“ (Kalvach, Onderková, 2006, s. 10).

V dnešní době se průměrná délka života zvyšuje. Seniorský věk také charakterizuje nerovnoměrné rozložení žen a mužů. Z čísel vyplývá, že dožití žen a mužů se liší. „*Poměr mezi pohlavími hovoří jasně ve prospěch žen. Ve věkové kategorii 60 let připadá na 100 mužů zhruba 145 žen a tento poměr se dále zvyšuje. U osob starších 85 let připadají na jednoho muže tři ženy*“ (Haškovcová, 2010, s. 23).

Dalším problémem, který seniorskou populaci provází, je ekonomická limitovanost, jež je dána odchodem do důchodu a špatnou situací na trhu práce. „*Senioři jsou ohroženi ekonomickou nedostupností aktivit potřebných ke smysluplnému, kvalitnímu stáří a mnohdy přímo chudobou*“ (Kalvach, 1997, s. 124). S odchodem do důchodu se také pojí problematika volného času a životního programu. Mnozí senioři si nedokážou poradit s touto novou situací a stávají se bezradní. Řešení se ovšem nedá spojovat pouze s dostatkem financí, je nezbytné seniorům nabídnout dostatek smysluplných aktivit, začít včasnou přípravou na stáří (Kalvach, 1997, s. 125).

Často je období seniorského věku, zejména pozdějšího, spojováno i s odchodem seniora z domova do institucionalizované péče. Přesto je nutné si uvědomit, že u každého jedince probíhá tento proces odlišně. Každý člověk stárne svým vlastním tempem. I když je tento proces nevyhnutelnou perspektivou každého jedince, neznamená to, že se musí se stejnými problémy setkat každý.

Podle Nakonečného (2011) je v dnešní době „*proces stárnutí dosud ne zcela prozkoumaný průběh involuce s charakteristickými příznaky zhoršování zrakového a sluchového vnímání, hybnosti, často i paměti a pružnosti myšlení. Soudí se však, že stáří je geneticky naprogramováno, což znamená, že proces stárnutí nelze nijak zásadně změnit, i když jistá míra vhodného životního stylu („model aktivního stáří“)* snad může někdy proces stárnutí zpomalit“ (Nakonečný, 2011, s. 688).

Všeobecně je stáří a stárnutí pojímáno s obavami. „*Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace*“ (Malíková, 2011, s. 14). Obavy provází také

strach ze ztráty důstojnosti, která je spojována se sníženou soběstačností, kdy je člověk odkázán na pomoc druhých i v těch nejvíce intimních věcech. Strach ze stárnutí a staří však není fenoménem moderní doby. To, že se lidé začali dožívat vyššího věku a stáří se na nich začalo projevovat, s sebou přinášelo také strach, obavy, ale i zvědavost.

Již „*Terentius vyslovuje příkrý, negativní výrok na stáří: Senectus ipse est morbus (samo stáří je nemoc) a Seneca tento výrok ještě prohlubuje: Stáří je nevléčitelná nemoc*“ (Mühlpachr, 2004, s. 8). Sokrates se „*obává prodloužení života, neboť má strach, že bude muset zaplatit daň stáří, oslepne, ohluchne, nebude schopen se učit a bude rychle zapomínat*“ (Mühlpachr, 2004, s. 8).

1.2 Vymezení termínů gerontologie, geriatrie, gerontopedagogika

Věda, která se problematikou stárnutí a staří zabývá, se nazývá gerontologie. Vychází z řeckého gerón, jež znamená starý člověk a logos neboli nauka. Tato vědní disciplína je multidisciplinárního charakteru. Využívá poznatků z různých vědeckých disciplín a zahrnuje soubor poznatků o stáří a stárnutí. Vyučuje se také na vysokých školách jako obor i jako předmět.

„*Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří*“ (Kalvach, 2004, s. 48). Gerontologie má svůj specifický obsah, vymezený předmět zájmu, zvláštní metody poznávací a konečný cíl (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 13).

Mühlpachr (2008) člení gerontologii do tří hlavních kategorií:

- Gerontologie experimentální (biologická) – hledá odpovědi na otázky proč a jak živé organismy stárnou.
- Gerontologie sociální – předmětem jejího zkoumání je vzájemný vztah starého člověka a společnosti. Zabývá se tím, jak stárnoucí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj, ale také tím, co potřebují od této společnosti staří lidé.
- Gerontologie klinická – jež je v širším slova smyslu označována jako geriatrie, se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu. Také klinickým obrazem, průběhem, vyšetřováním, léčením i sociálními souvislostmi (Mühlpachr, 2008, s. 10 – 11).

Dle Gruberové (1998) ji můžeme rozdělit na tři části:

- 1) Gerontologie teoretická – která zkoumá příčiny stárnutí, koncipuje teorie stárnutí, soustřeďuje a třídí poznatky o stárnutí a stáří a provádí jejich syntézu. „*Vytváří teoretický základ pro praktickou činnost kolem starého člověka*“ (Pacovský, 1988, s. 6).
- 2) Gerontologie klinická – jež se zabývá starým člověkem jako jedincem a hodnotí ho komplexně a to jak ve zdraví, tak nemoci. Respektuje přitom biologické, psychologické a sociální zvláštnosti stáří (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 13). Ta část klinické gerontologie, která se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří, je nazývána geriatrie.
- 3) Gerontologie sociální – se věnuje vztahům starého člověka a seniorské populace vůbec ke společnosti jako celku (Gruberová, 1998, s. 5).

Pojmem geriatrie, jak již bylo řečeno, označuje v širším slova smyslu klinickou gerontologii, „*shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštností ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří*“ (Kalvach, 2004, s. 47). V užším slova smyslu můžeme hovořit o specializačním oboru, který vychází z vnitřního lékařství a v různých státech je vymezován odlišně (Kalvach, 2004, s. 47).

Gerontopedagogika je věda zabývající se v užším slova smyslu výchovou a zděláváním seniorů. Vzdělávání a vychovávání se již neomezuje pouze na dětský věk, ale je chápáno jako celoživotní proces a tudíž se dotýká dospělých i seniorů. V širším slova smyslu je pojímána jako teoreticko-empirická disciplína, která zabezpečuje komplexní péči, pomoc a podporu seniorů při uspokojování jejich potřeb. (Mühlpachr, 2008, s. 11). Gerontopedagogiku dále můžeme označit i jako výchovu metodiků pro problematiku volného času seniorů, jejich seberealizaci. Dále také pro činnost seniorských center, klubů aktivního stáří, dokonce i akademií třetího věku. Také výchova terapeutů pro práci s handicapovanými seniery, zejména s pacienty s demencí nebo kombinovaným postižením. V neposlední řadě jako větev andragogiky, která se zabývá osobnostním rozvojem seniorů, dosažením konceptu celoživotního vzdělávání ve formalizované podobě až do posledních fází ontogeneze (Kalvach, 1997, s. 131).

1.3 Definice pojmů stáří a stárnutí

Stáří je pojímáno jako poslední či závěrečná etapa života člověka. „*Stáří je obecným označením posledních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí*“ (Mühlpachr, 2004, s. 18). Dle Gruberové (1998) v sobě stáří nese „*pečeť období předcházejících, tj. odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to biologický proces, který je charakteristický tím, že je nezvratný a končí smrtí*“ (Gruberová, 1998, s. 5).

Na charakteru stáří se podílí řada činitelů jako například vliv prostředí, zdravotní stav, životní styl, ale také vlivy ekonomické či psychické. Dvořáčková (2012) pojem stáří uchopuje ve smyslu „*bilancování uplynulého života a jeho přijetí se vším pozitivním i negativním. V důsledku snížených kognitivních schopností a vnímání konečnosti lidského života se může u mnoha lidí objevit pocit zklamání, opuštěnosti, zbytečnosti a marnosti života*“ (Dvořáčková, 2012, s. 7).

Stárnutí je nevyhnutelný proces, který provází člověka po celou dobu jeho života. „*Člověk vlastně stárne od chvíle, kdy se objeví na světě jako živý jedinec, tj. od momentu narození*“ (Křivohlavý, 2002, s. 137). Stárnutí je podmíněno zejména biologickými změnami, podílí se však také na změnách v psychice a je ovlivněno velkým množstvím vnitřních i vnějších vlivů, které na tento proces působí.

Gruberová (1998) pojímá stárnutí jako poslední přechodné období „*v životě člověka a tedy také poslední možností, kdy lze aktivně ovlivnit kvalitu stáří*“ (Gruberová, 1998, s. 5). Langmeier, Krejčířová (2006) vidí pod pojmem stárnutí „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202). Stárnutí považujeme za přirozený proces, jehož průběh je u každého jedince individuální. Působí na něj vnitřní i vnější síly jako dědičnost, dosavadní životní styl, zdravotní stav, psychická odolnost. Mění se vzhled, ale také psychika a osobnost člověka. Stárnutí můžeme rozlišovat na úrovni jednotlivce, kdy se jedná o biologický proces, jež organismus modifikuje od narození až po smrt.

Na stárnutí se však můžeme dívat i v demografickém smyslu, kdy se tento pojem týká celé populace. „*Demografické prognózy zpracované pro Česko odhadují, že v roce 2050 zde bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Pro srovnání – v roce 2007 žilo v Česku v této věkové kategorii 124 937 osob*“ (Malíková, 2011, s. 26–27).

1.4 Periodizace stáří

Život jedince probíhá od narození do úmrtí v určitých vývojových etapách. „*Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je*“ (Malíková, 2011, s. 13). Každé vývojové období tedy přináší určité výhody a naopak některé kompetence odebírá. Výjimkou není ani stáří, přestože je poměrně často spojováno spíše s negativními vlivy. Představa stárnoucího člověka s sebou přináší nepříjemné pocity ze ztráty soběstačnosti a tím závislosti na ostatních osobách. Stáří se určuje věkem, ten „*je považován za jednu ze základních charakteristik člověka. Je důležitým ukazatelem. Samotný věkový údaj však nemá dostatečnou vypovídající hodnotu, a to zejména ve stáří*“ (Malíková, 2011, s. 14).

Biologické stáří považujeme za nejdůkladněji prozkoumané. Křivohlavý (2002) uvádí, že nejprůkaznějšími ukazateli jsou změny pružnosti na pokožce a reakce na akustické podněty různé výšky a intenzity (Křivohlavý, 2002, s. 138). Biologické stárnutí je „*hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza)*“ (Mühlpachr, 2004, s. 19).

Sociální stáří poukazuje na změnu rolí a okolností, se kterými se musí senior vyrovnat. „*Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus)*“ (Kalvach, 2004, s. 47). Sociální stáří v sobě kombinuje určité sociální změny či kritéria, které člověk za svůj život prožije jako odchod do důchodu ze zaměstnání. To představuje pro mnohé velké trauma a nepříjemné pocity. Někteří odborníci se domnívají, že deteriorace sociálního a ekonomického postavení, vznikající

nuceným odchodem do důchodu přispívá k vysoké morbiditě v raném penzijním věku (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 42).

S pojmem sociální stáří spojujeme také sociální periodizaci života, která klasifikuje život člověka do tří někdy i čtyř období (Mühlpachr, 2004, s. 19).

- První věk (předproduktivní) zahrnuje období dětství a dospívání. Hlavními znaky jsou vývoj, růst, získávání znalostí a zkušeností. Také příprava na povolání a vzdělávání.
- Druhý věk (produktivní) charakterizuje období dospělosti, jež v sobě mísí životní produktivitu biologickou, kam patří založení rodiny. Dále produktivitu pracovní a sociální.
- Třetí věk (postproduktivní) evokuje představu poklesu zdatnosti a odpočinku. Období, které již nic nepřenáší. Toto označení však až příliš lpí na pracovní roli jedince a zanedbává podstatnou složku celoživotního osobnostního rozvoje jedince. Tento věk „*reprezentují mladí senioři, kteří mají celou řadu možností, jak přizpůsobit své činnosti aktuálnímu fyzickému i psychickému stavu*“ (Haškovcová, 2010, s. 170).
- Čtvrtý věk někdy také nemístně používán pro označení fáze závislosti, jež se staví do opozice s ideou, že senior může být až do nejpokročilejšího věku samostatný a soběstačný (Mühlpachr, 2004, s. 19–20).

Kalendářní (chronologické) stáří lze vymezit nejjednodušším způsobem, protože je dáno datem narození jedince. S tímto věkem jsou spojeny určité společenské, ale i právní normy, které jej provází. Například věk, kdy se člověk stává plnoletý, začíná či končí školní docházku. Výhodou kalendářního stáří je jeho jednoduchost, průkaznost a snadné srovnání s ostatními.

Problém však nastává v tom, že čísla nelze dokonale postihnout interindividuální rozdíly. „*Dnes je za začátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod*“ (Kalvach, 2004, s. 47). I organizace spojených národů považuje za „*vstup do stárnutí*“ věk 65 let. *Největší změny stáří se začínají vyskytovat u osob ve věku nad 75 let*“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 25).

Je velké množství členění věkových kategorií, Haškovcová (2010) člení věkové kategorie následujícím způsobem:

45–59 let	střední nebo též zralý věk
60–74 let	vyšší věk nebo rané stáří

75–89 let	stařecký věk neboli senium, vlastní stáří
90 let a výše	dlohověkost (Haškovcová, 2010, s. 20).

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozděluje věk dle patnáctiletých cyklů:

30–44 let	dospělost
45–59 let	střední věk (nebo též zralý věk)
60–74 let	senescence (počínající, časné stáří)
75–89 let	kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
90 let a více	patriarchum (Malíková, 2011, s. 14)

V dnešní době se dle Mühlpachra (2004) mnohdy setkáme s tímto členěním chronologického věku:

65–74	mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),
75–84	staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob),
85 a více	velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení). (Mühlpachr, 2004, s. 8).

Dlohověkostí můžeme označit pokročilý věk. Lidé, kteří se dožili devadesátého roku, někdy již senioři, kteří překročili hranici 85 let, jsou považováni za dlohověké. „*Dlohověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá (zvyšováním životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, medicínský pokrok)*“ (Kalvach, 1997, s. 22). Existují také věkové kategorie extrémní dlohověkosti a to 110 let a více let (supracentenarians), kde převažuje velké množství žen nad muži 8:1. 125 let je pak považováno za maximální délku života (Kavlach, 2008, s. 40).

1.5 Teorie stárnutí

V dnešní době nalezneme spoustu teorií, které se snaží vysvětlit příčiny stáří a stárnutí. Dle Mühlpachra (2009) se vyskytují dva základní trendy:

- snaha o prodloužení života
- snaha o prodloužení věku, kdy je člověk aktivní, a o zmírnění příznaků stáří (Mühlpachr, 2009, s. 27).

Přestože odborníci neustále shromažďují další a další poznatky, ať již pro potvrzení stávající teorie či nalezení zcela nové, žádná dosud známá teorie však doposud plně nevyhovuje, protože stárnutí je multifaktoriální, složitý děj. „*Teorie o příčinách stárnutí jsou vysvětlovány a charakterizovány z pohledu biologických změn, sociálních a psychologických vlivů*“ (Malíková, 2011, s. 16).

Pacovský a Heřmanová (1981) rozdělili teorii stárnutí na tři skupiny:

1. Teorie o působení zevních vlivů (ekologické podmínky, vliv bakterií a virů, radioaktivního (ionizačního) záření)
2. Teorie o působení vnitřních vlivů (genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze, metabolické změny – volných radikálů, lipofuscinu, stařeckého pigmentu, stárnutí makromolekul čili příčných vazeb)
3. Teorie porušené integrace a organizace (biokybernetická teorie) (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 65–72).

Zde jsou rozepsány některé teorie, které se tímto tématem zabývají. Teorie genetická vychází z představy, že stárnutí je geneticky naprogramováno a zakódováno. Každý jedinec stárne v souladu se svým vlastním programem. „*Vycházejí z poznatků, že věk kalendářní se často nekryje s věkem funkčním* (Gruberová, 1998, s. 6). Její poznatky jsou ověřeny statistickými údaji. Pokud se rodiče dožijí vyššího věku, je zde předpoklad, že na tom budou podobně i jejich děti. Tuto teorii podpořilo i zjištění, že jednovaječná dvojčata se dožívají prakticky stejného věku. „*Tato teorie předpokládá tedy, že primárním základem určení věku je molekulární genetický materiál*“ (Jedlička, 1991, s. 6). Problém je však v tom, že tato teorie opomíjí působení zevních vlivů na stárnutí.

Teorie metabolických omylů předpokládá, že stárnutí je nahromaděním metabolických omylů, jež se objevují v buněčném metabolickém cyklu, především v syntéze proteinů (Gruberová, 1998, s. 6). „*V centru pozornosti stojí DNA, která přenáší genetické informace. Porucha sekvence jednotlivých nukleotidů při syntéze nukleových kyselin v buňce může urychlovat stárnutí*“ (Gruberová, 1998, s. 6). Teorie volných radikálů vychází z představy, že stárnutí je typické tím, že organismus již není schopný odstraňovat účinným způsobem tzv. volné radikály, ty představují „*vysoce aktivní látky, především oxidační povahy, vznikající jako běžný produkt endogenního metabolismu*“ (Jedlička, 1991, s. 6).

Teorie působení zevních vlivů poukazuje na to, že zevní prostředí nepochybně ovlivňuje zdravotní stav člověka a působí přímo či nepřímo na délku života. Můžeme sem zařadit obezitu, kouření, znečištěné ovzduší, dlouhodobou a nadměrnou psychickou zátěž a další. Těmito vztahy se zabývá ekologie stáří (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 65).

Člověk je jedinečná bytost se svou vlastní osobní životní dráhou. Příprava na stáří je celoživotní úkol. Můžeme říci, že každý člověk je více či méně za své stáří zodpovědný. „*Ve středním věku se v mnoha směrech rozhoduje o tom, jaké bude budoucí stáří. Zvláště důležité je období mezi 40. a 50. rokem*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 41). Toto období je významné pro muže i pro ženy. Je to čas změn v profesní sféře, v osobním životě z pohledu jedince i jeho rodiny. Je to také doba závažných životních rozhodnutí, které určují, jakým směrem se bude ubírat druhá životní polovina.

Je to také fáze změn z hlediska zdraví člověka a fyzické kondice. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 41). „*Příprava zahrnuje zdravý životní styl, podporu zdraví (salutogenezi) ve středním věku s eliminací rizikových faktorů epidemiologicky nejvýznamnějších příčin disability (nezpůsobilosti) ve stáří*“ (Kalvach, 1997, s. 134).

Dle Mühlpachra (2004) můžeme pro přehlednost rozlišit tyto hypotézy, které se snaží vysvětlit příčiny stárnutí a stáří. Jako první je epidemiologický přístup, který označuje stárnutí a umírání za děje, které jsou nahodilé. Podle tohoto přístupu neexistuje přirozená smrt stářím, ale jde pouze o nehodu. Pokud se docílí optimálních podmínek, může být život velmi dlouhý. Druhý přístup je gerontologický, jež pojímá tyto procesy svou povahou za zákonité. Naopak soudí, že přirozená smrt stářím existuje (Mühlpachr, 2004, s. 19).

2 KVALITA ŽIVOTA V SÉNIU

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Vymezit pojem „kvalita života“ (QOL – Quality of life) není jednoduchý úkol. S tímto termínem se můžeme setkat v nejrůznějších oblastech života. Kvalita života je multidimenzionální pojem a existuje mnoho přístupů a snah o jeho vymezení. Pod tímto termínem se také skrývá řada dalších pojmů, které v různé míře ovlivňují život člověka a jeho subjektivní pocit spokojenosti.

Poprvé tento pojem použil v roce 1920 ve své práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením, Pigou. V této době se však neseťkal s ohlasem a až po druhé světové válce byl znovu objeven (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 7). Ve společenských vědách se začal užívat ve druhé polovině 20. století. (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 32).

V sociologii slouží tento termín k „*odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Do této doby je rovněž datováno první použití termínu kvalita života pro výzkumné účely, a to v souvislosti se sociologickým trendem zaměřeným na monitorování dopadu společenských změn na život lidí, známý pod názvem „Social Indicators“*“ (Campbell, 1976, in: Payne, 2005, s. 205–206). V něm je zdůrazňováno, že určité specifické prostředí, ve kterém se odehrává život lidí, nelze popsat pouze pomocí objektivních, často ekonomických ukazatelů, ale je nutné přihlížet k souboru dalších sociálních ukazatelů, které lépe postihují kvalitu života lidí v určitém sociálním kontextu (Payne, 2005, s. 206).

Pojem kvalita života se dostal do popředí zejména ze dvou příčin a to díky ekonomickému růstu a rozvoji vědy a techniky, jež vytváří pro občany uspokojování primárních materiálních potřeb. S tím však souvisí také druhá příčina, která odhaluje dopad zmíněného ekonomického růstu, který s sebou přináší ohrožení zdraví a lidské existence (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 8). Světová zdravotnická organizace (WHO) původně koncepci QOL zaměřovala více na zdravotní stránku. Později však bylo toto pojetí modifikováno stejně jako zdraví samotné. WHO definuje pojem kvality života jako „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními*

vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

Kvalitu života můžeme označit jako „*dynamicky se měnící proces, který je ovlivněn mnoha činiteli*“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 8). Nagal vychází z definice zdraví dle WHO a kvalitu života pojímá jako „*komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou*“ (Nagal, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). Cambellova a Conversova definice označuje kvalitu života jako „*subjektivně pociťované zdraví*“ (Cambell, Convers, in: Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). Dle Hudákové a Majerníkové (2013) můžeme kvalitu života vnímat jako:

subjektivní a individuální	Definována je tak, jak ji vnímá jednatel, to znamená, že je reprezentována různými komponenty u různých lidí a v různém čase a její obsah se nedá arbitrálně vymezit.
v rozporu mezi realitou a očekáváním	Vyjadřuje rozpor mezi očekáváním a realitou, možnostmi a skutečností a tento rozpor můžeme redukovat adekvátní (ošetřovatelskou) intervencí.
s dynamickým charakterem	V různých životních obdobích a životních situacích se může obsah pojmu kvalita života značně lišit, a tedy lze hovořit i o specifických aspektech kvality života člověka z hlediska jeho životní etapy nebo situace.
hodnotově orientovanou	Je hodnotově orientovaná, spojuje spokojenost s hodnocením významu, resp. důležitosti, a zdůrazňuje význam individuálních hodnot a preferencí, souvisí tak s uspokojováním potřeb.
reflektující	Reflektuje hodnocení vlivu všech oblastí života na všeobecnou pohodu a spokojenost jednotlivce a nejen těch oblastí, které se vztahují ke zdraví (health related aspects of life).
komplexní pojem	Je komplexní pojem, který má širší, resp. více generalizovaný význam per se, tzn., objevuje se jako samostatně používaný pojem bez vztahu ke konkrétnímu onemocnění a vyjadřuje tak kombinaci prožívání osobní pohody, spokojenosti a často též určitého postavení v sociální stratifikaci.

Tab. č. 1. Oblasti vnímání kvality života (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 39–40).

Měření kvality života není jen doménou jednotlivce. Engel a Bergsma (1988) vymezují celou problematiku v hierarchicky odlišných rovinách:

- makro-rovina – kvalita života je posuzována z hlediska velkých společenských celků např. dané země, kontinentu a stává se součástí základních politických úvah.
- mezo-rovina – týká se kvality života v malých sociálních skupinách např. škola, domovy pro seniory. Zabývá se o respekt k morální hodnotě života člověka, sociálním klimatem, vzájemnými vztahy mezi lidmi, saturací základních potřeb atd.
- osobní (personální) rovina – věnuje se životu jednotlivce. Jde o osobní pocit, subjektivní hodnocení bolesti, spokojenosti, zdravotního stavu a dalších faktorů, které ovlivňují vnímání kvality života.
- rovina fyzické (tělesné) existence – roli zde hraje pozorovatelné chování druhých lidí, jež lze objektivně měřit a porovnávat např. chůze před operací a po ní (Engel, Bergsma, 1988, in: Křivohlavý, 2002, s. 163– 164).

Kvalita života se nedotýká pouze toho, co je nyní, ale je také otázkou budoucnosti. Vnímání kvality života můžeme z hlediska:

- statického, kdy jde o vnímání daného stavu k určitému časovému údaji
- dynamického, kdy je kvalita života chápána v průběhu vývoje posledních let. (Prokešová, 2008, s. 17).

Kvalita života seniorů je silně spjata s tím, v jaké jsou zdravotní kondici. Je zde snaha udržet seniory co nejdéle soběstačné. „Indikátory kvality jsou určitá měřitelná kritéria, která jsou pak porovnána s určitým, předem stanoveným standardem nebo jinou normou. Výsledek provedeného srovnání nám poskytuje informaci o tom, zda bylo standardu či jiné normy dosaženo nebo ne“ (Malíková, 2011, s. 145). Porovnávají se s něčím a díky tomu získávají význam.

Indikátory struktury	Zahrnují prostorové technické vybavení pracoviště, personální obsazení, kvalifikační požadavky.
Indikátory procesu	Měří se efektivita a úroveň poskytované péče, dodržování stanovených standardů.
Indikátory výstupů	Počet stížností, náklady na lůžko/den aj.

Tab. č. 2. Indikátory kvality (Malíková 2011, s. 145).

2.2 Dimenze kvality života

Ke kvalitě života a jeho pojetí je možné přistupovat ze dvou hledisek a to z hlediska objektivního, kterým označujeme souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které v sobě sdružují materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví.

Za druhé z hlediska subjektivního, k němuž se v dnešní době začíná čím dál více přistupovat. To sleduje jedincovo vnímání, jeho postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Přičemž výsledná spokojenost se odvíjí od osobních cílů, očekávání a zájmů jedince (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17). „Kvalita života je pojem, kterým vyjadřujeme subjektivní pocit zdraví a životní spokojenosti, odvíjející se od uznávaných hodnot (hodnotových orientací), probíhajících v průběhu času“ (Prokešová, 2008, s. 17).

Tyto dimenze přinášejí odlišný pohled na kvalitu života i na jiné výsledky, pro celkové zhodnocení jsou však obě nezbytné. Důležité pro kvalifikované hodnocení kvality života jsou také její činitelé. Dle Jesenského (2001) je kvalita života velmi obsáhlá oblast, jež umožňuje handicapovaným lidem jednat v intaktní společnosti (integrovane), ale také uvnitř minoritní skupiny (segregovane), která je pro život handicapovaných lidí uzpůsobena. Tyto činitele pak rozdělil do dvou skupin na vnitřní a vnější (Jesenský, 2001 in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18). Dle Vaňurové (2005) lze tyto činitele aplikovat na celou populaci. Vnitřní činitelé, do nichž patří veškeré aspekty, které ovlivňují rozvoj a integritu osobnosti. Do této skupiny spadá somatické a psychické vybavení, jež je ovlivněno onemocněním, defektem, poruchou (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18).

Vnější činitelé svým obsahem odpovídají objektivní kvalitě života a představují podmínky jejich existence v oblastech přírodně ekologických, společensko-kulturních, výchovně vzdělávacích, materiálně technických, pracovních a ekonomických (Jesenský, 2000, s. 81).

Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje čtyři základní dimenze kvality života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení:

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti, kam zařazuje energii, únavu, bolest, mobilitu, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, atd.
- psychické zdraví a duchovní stránka obsahuje sebepojetí, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, víru atd.

- sociální vztahy, kam spadají osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.
- Prostředí, do kterého patří svoboda, bezpečí, finance, fyzikální prostředí jedince (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 19–20).

Metod, které lze použít na měření kvality života, je velké množství. Dle Křivohlavého (2002) lze tyto metody rozdělit na tři skupiny:

- I. *„Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.*
- II. *Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.*
- III. *Metody smíšené, vzniklé kombinací typu I. a II“ (Křivohlavý, 2002, s. 165).*

Z praktického hlediska existují tři přístupy ke zkoumání kvality života a to z pohledu medicínského, psychologického a sociologického. *„Přístup ke kvalitě života ve stáří vyžaduje komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních i společenských oborů. Pokud nemá příští vývoj vést ke snížení kvality života seniorů, je nutné usilovat o lepší pochopení jejich potřeb“ (Dvořáčková, 2012, s. 7).*

Psychologický přístup rozlišuje tři kategorie, do kterých zařazuje kvalitu života. Je to spokojenost se životem, kde je snahou vysledovat to, co činí lidi spokojenými nebo k jejich spokojenosti přispívá. Dále také jak ovlivňují jednotlivé instituce tuto spokojenost.

Jako další můžeme označit prožívání subjektivní pohody a štěstí, kde je hlavní všeobecné hodnocení kvality života. *„Cílem zájmu psychologického přístupu je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).* V rámci tohoto přístupu se setkáváme také s pojmem „well-being“ nebo také spokojenost či pohoda.

U fyziologického (medicínského) přístupu ke kvalitě života se v návaznosti na sebe objevují pojmy kvalita života a zdraví. Zdraví popisuje WHO pomocí stavu *„úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 24).* Světová zdravotnická organizace také nabízí z hlediska medicínského výzkumu projekt WHOQOL, který se domnívá, že kvalitu života ovlivňuje šest oblastí s různým počtem indikátorů. Jedná se o fyzickou stránku, psychickou stránku, stupeň samostatnosti. Dále oblast sociálních vztahů, životního prostředí a spirituality (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 27). *„Soudobé poznání i úsilí směřují k posilování funkční zdatnosti seniorů, k jejich nezávislosti, k suverénní participaci na životě společenství, které obohacují“ (Kalvach, 1997, s. 126).*

Každý má svá vlastní kritéria pro hodnocení kvality života. „ *Může vzniknout rozdíl: i při dodržení všech kritérií nemusí být služby uživatelem hodnoceny jako kvalitní a to ze dvou důvodů:*

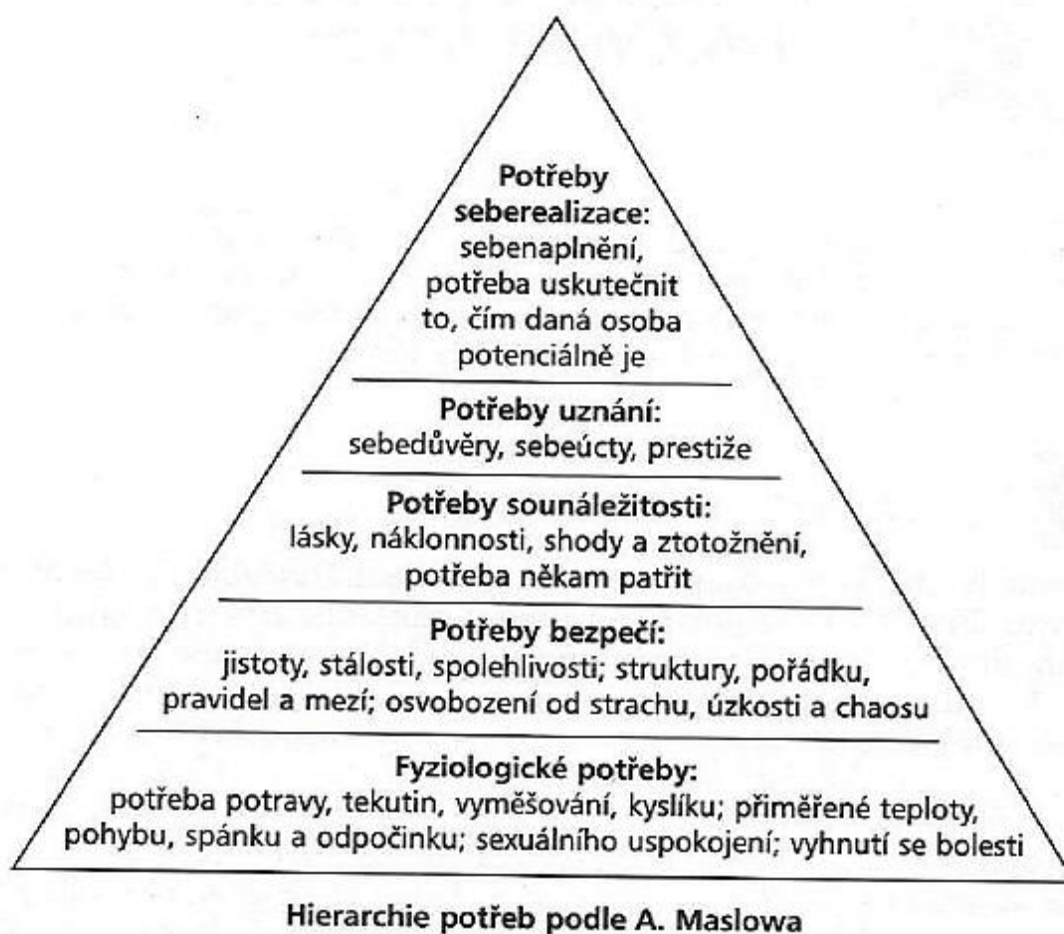
- *Standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb bez rozdílu a nerozlišují jejich specifické odlišnosti.*
- *Existují odlišnosti v chápání významu pojmu kvalita. Až budou splňovat standardy všichni poskytovatelé, budou jako „kvalitní“ hodnoceny ti, kteří budou poskytovat nadstandardní služby“ (Malíková, 2011, s. 134).*

Sociologický přístup ke kvalitě života lze definovat z pohledu sociologie vzhledem k životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu. Životní úroveň se určuje reálnými příjmy a vyjadřuje především materiální a ekonomické podmínky. Způsob života lze charakterizovat ve společenských vědách jako život člověka zachycující jeho charakter, obsah a strukturu. Ovlivňuje také životní styl. Sičák (2001) „*definuje životní styl jako specifický druh chování jednotlivce, resp. sociální skupiny se specifickými způsoby chování, zvyky a sklony. Na životní styl jedince má vliv materiálně-technická úroveň společnosti*“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 30–31).

2.3 Hierarchie potřeb

V souvislosti s pojmem kvalita života je třeba připomenout teorii lidských potřeb. Lze konstatovat, že kvalita života úzce souvisí právě s uspokojováním potřeb člověka. „*Atributy kvality života nevyhnutelně souvisí s hierarchií potřeb člověka a jeho hodnotami. Jde o faktory jako fyzická schopnost, soběstačnost, autonomie, absence negativních pocitů, zachování smyslu života, pocity užitečnosti a podpory okolí, sociální kontakty a jiné*“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 65–66).

Zejména v seniorském věku se potřeby mění vzhledem k vývoji člověka a aktuálnímu stavu. Potřebu lze označit jako projev jistého nedostatku či nadbytku, který je žádoucí odstranit, přičemž toto odstranění povede k tomu, že se zlepší či zvýší spokojenost jedince nebo jeho dosavadní stav. Autorem hierarchie potřeb je americký psycholog Abraham Harold Maslow, který se tímto tématem zabýval a v roce 1943 vytvořil škálu potřeb ve tvaru pyramidy, která obsahuje pět úrovní, kdy nejnižší představuje nejzákladnější potřeby a musí být uspokojena jako první a postupuje až k nejvyšší.



Obr. č. 1 Maslowova pyramida, VÁCLAVÍK, Vladimír. Otevřené vyučování.
[online] [cit. 28-12-2013].

Za základní považuje Maslow fyziologické potřeby jako potřebu dýchání, příjmu potravy, tekutin či regulaci tělesné teploty. Následují potřeby bezpečí, které zahrnují například potřebu jistoty, pořádku, pravidel. Dále se v pyramidě nachází potřeby sounáležitosti, kam patří láska, náklonnost. Předposlední stupeň tvoří potřeby uznání, sebeúcty, prestiže a na úplném vrcholu se nachází potřeby seberealizace a sebenaplnění.

Od teorie potřeb se vyvinulo stanovení obecně platných priorit v geriatrických programech a všeobecně přístup ke starým lidem. Přičemž se nehledí na zdravotní a funkční zdatnost seniorů. Tyto principy zahrnují zabezpečení jako zajištění přístřeší, potravy, čisté vody, ošacení. Dále autonomie obsahující zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad dním či soukromím. Důstojnost, jež charakterizuje respektování osobnosti, soukromí, studu, vyloučení takových forem péče a chování, které senior vnímá jako ponižující. Dále smysluplnost jako pomoc při hledání životní náplně, podřízení zdravotní péče sociální roli,

animační programy či prevence komunikační a senzorické deprivace. Jako poslední je uveden princip participace, zapojení do života komunity, sdílení problémů nebo podíl na rozhodování (Kavlach, Onderková, 2006, s. 12–13).

S potřebami je také propojen termín „zájem“, který označuje schopnost trvalejšího zaměření na určitou činnost a potřebu s výrazným emočním doprovodem. Dále také postoj, který utváří značnou část osobnosti a souvisí s realizací cílů a chování (Jesenský, 2000, s. 90). *„Jsou součástí hodnot, zaměření osobnosti vůči světu; vyplývají z jejich zkušeností a sociálních pozic; jsou také základem hodnocení světa a jeho objektů, vytvářejí tak relativně trvalou disponovanost reagovat na svět určitým způsobem a určitým způsobem se chovat i jednat“* (Jesenský, 2000, s. 90).

Při péči o seniory je důležité, aby pečující osoba dokázala uspokojovat všechny jeho potřeby. *„Zjištění pořadí potřeb uživatele, míra deficitu v jejich saturaci a nalezení vhodného způsobu jejich doplnění je základním úkolem klíčových pracovníků“* (Malíková, 2011, s. 170). Při tvorbě individuálního plánu a dosažení spokojenosti má uspokojení potřeb zásadní význam. Aby bylo možné úspěšně uspokojovat potřeby, musí klienta detailně poznat, jeho zájmy hodnoty, požadavky. To provádí v domovech pro seniory zejména sociální pracovník či sociální pedagog. Ten musí být velmi všímavý a ohleduplný. Jeho úkolem je respektovat přání seniorů a uvědomovat si rozdílné hodnoty, přání a s tím související také potřeby, které senior má. *„Znovu je třeba zdůraznit, že k závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob (zdravotníků i laiků) převážně, ba výlučně na základní potřeby“* (Kalvach, Onderková, 2006, s. 12).

Nejde jen o to uspokojit potřeby fyziologického rázu jako jídlo či spánek. Zejména u seniorů je důležité uspokojovat také potřeby psychologické, jeho pocit bezpečí, jistoty. Neméně důležitá je láska a potřeba někam patřit. Všechny tyto potřeby jsou od sebe neoddělitelné a vytváří celek. Pokud jsou uspokojeny jen potřeby základní, je život seniorů *„redukován na přijímání potravy, vyměšování a „čekání na smrt“*. *Kvalita života souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb“* (Kalvach, Onderková, 2006, s. 12). *„Zjištění pořadí potřeb uživatelů, míra deficitu v jejich saturaci a nalezení vhodného způsobu jejich doplnění je základním úkolem klíčových pracovníků. Uspokojení potřeb má zásadní význam při tvorbě individuálního plánu a dosažení spokojenosti uživatele během pobytu v zařízení nebo při jakémkoliv jiném způsobu poskytování sociální služby“* (Malíková, 2011, s. 170).

Důležitým aspektem z hlediska kvality života je sociální síť. Hustota a kvalita této sítě má význam pro osamělost, izolaci a nezabezpečenost. Její funkce jsou informační, aktivně emoční a intervenční. Dokonce je sociální síť nadřazena rodině. Ta sice může být pečující a podpůrná, ale i dysfunkční až nebezpečná (Kalvach, 2008, s. 105). *„Způsob, jak člověk vnímá druhé lidi, jak se vciťuje do jejich prožívání, jak chápe pohnutky jejich chování a jednání, je v kterémkoliv věku podstatným činitelem optimálního nebo neuspokojivého začlenění do rodinných, pracovních a jiných společenství“* (Kalvach, 1997, s. 75).

Také pohlavní život seniorů stále patří mezi témata, která jsou opředena nepříjemnými pocity. Přitom je zcela chybné uvažovat o tom, že sexuální aktivita je ve vyšším věku něco nenormálního či směšného. *„Uvádí se, že běžného pohlavního života je schopen každý rekonvalescent, který vyjde do prvního patra či obejde dva bloky domů“* (Kalvach, 1982, s. 7).

2.4 Změny ve stáří ovlivňující kvalitu života

V souvislosti s moderními přístupy k seniorské populaci se začíná mnohokrát objevovat pojem kvalita života. Tato kategorie je velmi subjektivní a individuální. *„Kvalita života je mnohorozměrný pojem, který je podmíněn biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními činiteli. Je důležitým ukazatelem seniorského věku, i když v porovnání s jinými funkcemi se hodnotí náročně“* (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 65). Pro každého jedince představuje odlišné věci v odlišném čase. *„Ve hře jsou faktory věku, zdravotního stavu jedince aj., nepočítaje vliv úrovně vzdělanosti, životních ambicí nebo hodnotové orientace“* (Javorská, in: Mühlpachr, 2005, s. 109).

Průběh stárnutí je ovlivněn celou řadou okolností, jako tělesných změn, psychických změn a sociálních vlivů. To všechno má dopad na to, jak u každého jedince stárnutí fyzicky probíhá a také na to, jak se s tím dotyčný člověk vyrovnává. Podle toho je možné rozlišit biologické, sociální a psychologické aspekty stárnutí (Malíková, 2011, s. 19). Některé z těchto změn mohou přispět k rozvoji nových schopností a vlastností, jiné naopak ke zpomalení a úbytku stávajících.

Stárnutí můžeme označit za soubor celé řady pochodů a procesů, které začínají dříve, než jsou nám vůbec zjevné. Některé pochody již dokážeme popsat, řada z nich však zatím zůstává neodhalená. *„Stárnutí je v podstatě vždy proces disociovaný, dezintegrovaný, asynchronní“* (Pacovský, 1988, s. 11).

Stárnutí rozlišujeme také jako fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí je přirozený proces, který je součástí každého života jedince. Jedná se o vývoj jedince od oplození po zánik. Patologické stárnutí se může projevovat několika způsoby jako předčasným stárnutím, nepoměrem mezi funkčním věkem a věkem kalendářním, který je oproti funkčnímu nižší. Také sníženou soběstačností (Malíková, 2011, s. 14). „Především dobré zdraví je podmínkou, aby senioři mohli i nadále přispívat společnosti a aby se mohl těšit uspokojivé kvality života“ (Javorská, in: Mühlpachr, 2005, s. 109).

U každého jedince však probíhají změny v jinou dobu a s jinou rychlostí. Tedy ani jednotlivé orgány nestárnou totožně a se stejnou rychlostí. Nemůžeme tedy podle izolované části určovat stáří celého organismu. Toto je také jedna z problémových příčin určování individuálního funkčního věku (Pacovský, 1988, s. 11). Přestože je stárnutí u každého člověka individuální, jsou určité mezníky, které můžeme považovat se stářím spojené. Jsou to změny tělesné, psychické a sociální, jež jsou vzájemně spjaté.

Nejpatrnější ze všech změn jsou změny v oblasti fyziologie a anatomie člověka. Tyto změny se navenek projevují změnou vzhledu, držení těla a dalších charakteristických rysů. V průběhu chronologického stárnutí se při sledování změn ukázalo, že některé probíhají pozvolna a jiné jsou naopak velmi rychlé. Křivohlavý (2002) uvádí nejvýraznější změny: „*sexuální aktivita mužů, rychlost reflexů na jednoduché akustické a vizuální podněty, vitální kapacita, srdeční kapacita, svalová síla, váha mozku, bazální metabolismus, rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny*“ (Křivohlavý, 2002, s. 139).

Za obecné biologické projevy stáří poté uvádí:

- změnami v pohybovém aparátu – atrofie svalových vláken, ubývání svalové síly
- změny v kardiovaskulárním systému a jeho činnosti – arterioskleróza, hypertenze
- Dýchání – snížení rychlosti dýchání i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu
- regulace tělesné teploty – obtíže v udržování tělesné teploty
- změny v zažívacím systému – změny v gastrointestinálním traktu, dyspeptický syndrom
- změny v činnosti štítné žlázy – poruchy funkce štítné žlázy
- změny na kostře stárnoucích lidí – osteoporóza, častější zlomeniny
- změny na chrupu – paradentóza

- celkový vzhled – vrásky, nejprve v oblasti očí, šedivění vlasů, plešatost u mužů, nežádoucí ochlupení u žen (Křivohlavý, 2002, s. 139–140).

Psychické aspekty nejsou až na situace patologického stárnutí považovány za negativně ovlivňující kvalitu života. Spíše je označována souvislost mezi změnami tělesnými a psychickými. Obecný předpoklad je ten, že by ani přes pokračující věk nemělo v psychické oblasti docházet k zásadním změnám (Malíková, 2011, s. 21). Dokonce jsou některé pozitivní jako trpělivost, pochopení, rozvaha a větší stálost ve svých názorech a vztazích. Velmi však záleží na povahových rysech daného jedince (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 81). Do dílčích psychických funkcí, ve kterých ve stáří probíhají změny, řadíme: změny v oblasti vidění, změny ve vnímání akustických podnětů, změny ve vnímání chuťových podnětů, změny v oblasti vnímání vůní a pachů a dále řeč a spánek. Ke kognitivním změnám ve stáří patří změny v intelektové oblasti, paměti, učení (Křivohlavý, 2002, s. 140–142).

Nejobecněji bývá stáří v oblasti psychických změn spojováno se zpomalením psychické činnosti. *„Obecně se předpokládá, že v psychické oblasti a rysech osobnosti by nemělo ani přes pokračující věk docházet k zásadním změnám. Změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna“* (Malíková, 2011, s. 21). *„Psychickou involuci můžeme chápat jako demontáž osobnosti, která probíhá více či méně spořádaně. Lidé produktivního věku vyklízejí pozice. Člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, nadosobním i osobním cílům“* (Mühlpachr, 2009, s. 26). Emoční změny jsou se stářím úzce spojeny. Senior již neprožívá tak intenzivně emoce, jako tomu bylo dříve, lze mluvit až o emoční oploštělosti. Na druhou stranu se však u seniorů objevuje také emoční labilita, jejímž důsledkem je obtížné zvládnutí emočních projevů.

Sociální aspekty poukazují na vztah jedince a společnosti. Odchod do důchodu znamená zrušení sociálních vazeb, tím se zvyšuje riziko izolování seniora. Tento fakt může mít za následek snížení imunity, zhoršení fyzické i duševní výkonnosti, kdy senior ztrácí zájem o dění kolem něj. U starších lidí nastává pokles samostatnosti a tím se úměrně zvyšuje závislost, což má dopad na sebevědomí seniorů. *„Věkové období počínající 61. rokem života znamená pro většinu lidí konec postproduktivního věku, tj. odchod do důchodu, jímž začínají nové každodenní stereotypy a který je prožíván pro mnohé s ulehčením, neboť se mohou konečně věnovat svým zálibám, ale pro mnohé jiné, zejména u nás, kde starobní důchod znamená také zkrácení finančních příjmů, nové starosti, jak udržet dosavadní*

úroveň, a tedy hledání nového, obvykle zcela odlišného a hůře placeného zaměstnání“ (Nakonečný, 2011, s. 688).

K dalším změnám můžeme řadit osamělost. Zejména u žen ve vyšším věku je nejčastější příčinou osamění ovdovělost. Také vyčleňování seniorů z mladší společnosti (věková segregace), ageismus, který je již v diplomové práci zmíněn v kap. 1.1. Řadit do této kategorie můžeme i špatné zacházení, které je v tomto věku velmi obtížné vystopovat. Pro přehlednost je zde uvedena tabulka shrnující změny provázející stáří dle Venglářové (2007):

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
- změny vzhledu	- zhoršení paměti	- odchod do penze
- úbytek svalové hmotnosti	- obtížnější osvojování nového	- změna životního stylu
- změny termoregulace	- nedůvěřivost	- stěhování
- změny činnosti smyslů	- snížená sebedůvěra	- ztráty blízkých lidí
- degenerativní změny kloubů	- sugestibilita	- osamělost
- kardiopulmonální změny	- emoční labilita	- finanční obtíže
- změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	- změny vnímání	
- změny vylučování moči (častější nucení)	- zhoršení úsudku	
- změny sexuální aktivity		

Tab. č. 3. Přehled změn ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12).

Zdravější životní styl a kvalitnější lékařská péče dosahují toho, že se více seniorů těší lepší fyzické i psychické kondici než tomu bylo v minulosti. To vede k tomu, že staří lidé zůstávají déle aktivní, zaplňují svůj volný čas různými aktivitami a zájmy, také udržují a rozšiřují své společenské kontakty. „Proces stárnutí je zákonitý a je třeba ho respektovat. Být starý na dobrý způsob je jistě zdrojem individuální radosti a spokojenosti a bylo by žádoucí, aby takovou radost prožívalo stále více osob“ (Haškovcová, 2010, s. 170).

Každý člověk se s těmito změnami vyrovnává svým způsobem. Je to způsobeno zejména tím, jak laděnou má osobnost, „*životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi*“ (Malíková, 2011, s. 18).

2.5 Příprava na stáří a umírání

Stárnutí je přirozený jev, který patří k lidskému životu. Seniorský věk je spojen s určitými specifickými změnami, které donutí člověka srovnat kvalitu života s tím, jak se mění jeho zdravotní stav, přístup okolí. Adaptace seniora na tyto skutečnosti jsou stěžejním bodem k tomu, aby tyto obtíže úspěšně zvládl. Určuje to kritérium k tomu, aby byla jeho životní spokojenost a tím i kvalita života vyšší.

Přípravu na stáří můžeme rozdělit do tří oddílů. Podle délky jako dlouhodobou, středně dlouhou a krátkodobou. Dlouhodobá příprava na stáří upozorňuje na to, že stáří je neoddelitelnou součástí života a že jeho kvalitu může člověk do značné míry určovat sám. Proto je nutné dbát na svou životosprávu a vyvarovat se negativním návykům jako je kouření či alkoholismus. Důležité je také vést lidi k harmonickému a smysluplnému životu, k rozvoji vzdělání, ke společenské aktivitě, rozvoji osobních zájmů a tvořivé činnosti. Neméně důležitá je také výchova k manželství a rodičovství a celoživotnímu úsilí o stabilní rodinné vztahy.

Středně dlouhá příprava na stáří by měla započít okolo 45. roku. Ta se soustřeďuje na tři problémové okruhy a to v biologické rovině, kdy si člověk osvojuje zásady správného životního stylu. Dále v psychické rovině, kde se jedinec učí praktikovat zásady duševní hygieny. Jako poslední v rovině sociální, kde člověk udržuje personální vztahy i mimo své pracoviště, věnuje se svým koníčkům a zájmům a pěstuje mimopracovní aktivity. „*I senioři, kteří už ukončili svoji ekonomickou činnost, mají a mohou úspěšně stárnout. To se jim bude dařit v případě, že si odpovědně zvolí svůj druhý životní program (jehož příkladem jsou třeba Akademie a Univerzity třetího věku) a budou pečovat o udržení praktické soběstačnosti tak, aby oddálili vrcholnou periodu stáří, ve které se už ke slovu přihlásí nejrůznější obtíže a nemoci*“ (Haškovcová, 2012, s. 24–25).

Krátkodobá příprava na stáří by měla odstartovat tři až pět let před odchodem do důchodu, který je pro mnohé jedince psychicky velmi náročný. Člověk ztrácí své dosavadní sociální postavení a často se na penzijní dobu špatně adaptuje. Zde je nutné nabídnout další

možnosti aktivního trávení volného času dle fyzických a psychických možností seniora (Pacovský, 1988, s. 18).

Dle Bromleye (1966) existuje pět způsobů, jak lidé reagují na stáří neboli pět strategií adaptace na stáří:

- 1. Konstruktivnost** označuje ideální standard adaptace na stáří. Stárnoucí člověk se těší ze života, je tolerantní a přizpůsobivý. Přestože si reálně uvědomuje svoji situaci, neztrácí optimistický nadhled, navazuje přátelské vztahy, je soběstačný. Při ohlédnutí do minulosti je se svým životem spokojený a ničeho nelituje.
- 2. Závislost** poukazuje na ztrátu soběstačnosti jedince, který se spoléhá na péči a podporu ostatních. Jedinec se lehce vzdal práce a odevzdal se pasivitě. Je snadno unavitelný a nerad chodí za hranice svého domova, kde má bezpečí a pohodlí. Nerad navazuje nové kontakty.
- 3. Obranný postoj** reprezentuje jedince, který se chce cítit soběstačný a odmítá pomoc druhých. Je pro něj potřebné druhým dokázat, že je nezávislý a pomyšlení na stáří a s ním spojené závislosti, špatně snáší. S tímto faktem se smíří, až když jej přinutí okolí.
- 4. Nepřátelství** je charakteristické pro jedince, kteří jsou naučení svalovat vinu za své neúspěchy na ostatní. Při jednání s lidmi bývali podezřívaví a agresivní. Je pro ně typické žít v ústraní, kde jim hrozí izolace. Reprezentanti této skupiny reagují na všechno nevrlo mrzutostí, nejsou schopni realisticky a konstruktivně reagovat na problémy, které přináší stáří. Vůči mladým lidem jsou nepřátelští.
- 5. Sebenávist** je typická tím, že oproti předešlé skupině jedinci obracejí nepřátelství vůči sobě samým. Svůj předcházející život hodnotí kriticky a netouží ho znovu prožít. Se stárnutím a stářím se sice smířují, ale nedokážou k němu přistoupit konstruktivně a optimisticky. Nepěstují své zájmy a koníčky, jsou spíše pasivní. (Bromleye, 1966, in: Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 83 – 84).

Na seniora působí také reakce okolí. Podle způsobu, jak se senior s těmito změnami vyrovnává, můžeme určit jeho model adaptace na stáří. Dle Venglářové (2007) konstruktivistický přístup zahrnuje přípravu aktivit, které má možnost v pozdějším věku senior rozvíjet. Senior se také snaží o udržení přijatelné fyzické kondice a udržuje sociální kontakty s ostatními osobami.

Další přístup může být ve formě závislosti na okolí, kdy je senior kvůli tělesným problémům odkázán na pomoc ostatních a zdravotní stav předchází sociální izolaci. Jako poslední přístup, který může senior zaujmout je nepřátelský postoj vůči ostatním lidem (Venglářová, 2007, s. 12). „*U skupiny seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení, nároků prostředí a sociální situace. Hlavní zdravotní riziko z funkčního hlediska ve stáří představují projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativních onemocnění mozku, osteoartrózy, smyslového postižení, deprese, malnutrice a dekondice*“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 22).

Psycholog Josef Švancar pro psychickou pohodu seniorů vypracoval doporučení, které nazval „Pět pé“:

- 1) mít životní perspektivu
- 2) usilovat o pružnost
- 3) pěstovat prozíravost
- 4) porozumění pro druhé
- 5) nezapomínat na potěšení (Haškovcová, 2010, s. 171).

Je tedy důležité, aby každý člověk měl někoho nebo něco, kvůli čemu má smysl žít. „*Evropská unie řeší dopady stárnutí obyvatelstva na hospodářství, zaměstnanost a společnost v rámci komplexní strategie vzájemně se upevňujících politik, kde se podporují praktiky aktivního stárnutí, včetně celoživotního vzdělávání, pozdějšího a vágnějšího odchodu do důchodu, udržení si aktivního způsobu života i během důchodu a zapojení se do aktivit na upevnění zdraví*“ (Stárnutí obyvatelstva, 2008, in: Hudáková, Majerníková, 2013, s. 18).

Téma, které je se stářím často spojováno, je umírání a následná smrt. Smrt je přirozenou součástí lidského života a nelze od něj oddělit. Jak již bylo zmíněno, většina lidí se v dnešní době dožívá relativně vysokého věku a umírání se stává povětšinou výsadou starších lidí. „*Člověk sice ve vysokém věku chápe, že smrt se blíží, ale nepadne se s tím smiřuje. Starci akceptují smrt jen tehdy, jsou-li břemena stáří příliš těžká a přináší-li život víc utrpení než radosti*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 267). Přestože si lidé uvědomují, že smrt je nevyhnutelná, pocítují z ní často strach. „*A téměř všichni vyjadřují obavy z krutého a bolestmi provázeného umírání*“ (Haškovcová, 2012, s. 36).

Dr. Horwitz (Křivohlavý, 1985) zveřejnil, po podrobné analýze více než 200 případů umírání pacientů, jak v nemocnicích, tak v rodinách, pět fází odchodu:

- **Výkřik** je typický pro pacienty, kteří se dozvěděli o tom, že jejich zdravotní stav je takový, že je nutné počítat s tím, že daná nemoc zřejmě povede k exitu. Reakce pacientů jsou většinou zděšení, výkřik, šok až panika.
- **Popírání** charakterizuje pacienty, kteří si vědomě či nevědomě zastírají skutečnost a nechťejí ji vidět. Dělají, jakoby se nic nestalo.
- **Intruze** představuje vtíravé, nutkavé myšlenky na to, co pacienta šokovalo. Ten musí neustále myslet na danou situaci a nemůže si pomoci.
- **Vyrovňávání** nastává u těch pacientů, kterým se občas podaří vymanit se z intruze a jsou schopni přemýšlet o jiných možnostech své neřešitelné situace. Často se obrací k alternativním formám léčení.
- **Smíření** vyjadřuje akceptaci situace a vyrovnání se s ní. Pacient je schopný o své situaci přemýšlet a příliš ho to nedeprimuje. Když však nechce, nemusí na ni myslet a zbytečně se netrápí. (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 40–42).

Velký problém provázející umírání je přesun tohoto aktu z vlastních domovů, kde byla při posledním čase přítomna rodina a nejbližší lidé, do institucí. Přestože si většina seniorů přeje zemřít právě doma v okruhu svých blízkých. Naše společnost nechce o umírání a smrti slyšet. Dříve přirozená věc se stává tabu.

V psychické sféře pacienta vyvolává proces odchodu výraznou odezvu. Změny lze pozorovat v oblasti myšlení, emocí i chtění. Nejčastějšími emocionálními reakcemi jsou strach a úzkost. Tento pocit je však zcela přirozený. Člověk ztrácí kontrolu nad sebou samým, stává se bezmocný a bezradný (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 25–27). Dobré je ventilovat úzkost a strach, nechat umírajícího pacienta vypovídat. Debatovat o všem, co ho trápí, z čeho má obavy. „*Přítom úlevou je zjištění, že tomu, komu se svěřuji, je též úzko, že cítí totéž, co já, a tak mi zřejmě rozumí*“ (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 27).

Důležitým úkolem je být tu pro umírajícího člověka až do posledního okamžiku, nelámat nad ním hůl a těšit se z jeho, byť i malých pokroků. Dát mu naději. „*Klinické zkušenosti nás poučily, že vážně nemocní geronti nepozbývají zpravidla naděje na zlepšení svého stavu. I před blížící se smrtí s námi spolupracují v rehabilitačních pokusech, potěší se malými zlepšeními, někdy přímo lpí na svém minimálním životě*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 268). Naše pomoc by měla vést k tomu, nechat každého důstojně zemřít.

3 DOMOVY PRO SENIORY JAKO ŽIVOTNÍ ALTERNATIVA

3.1 Domov pro seniory

Péče o osoby, které se z nějakého důvodu o sebe nedokážou postarat, patří k morálním povinnostem těch, kteří jsou zdraví a produktivní. Dříve bylo zvykem, že se o nesoběstačné členy společnosti postarala rodina, nejbližší lidé, a to zejména děti. Dnes je však situace rozdílná. V některých případech se děti o své rodiče chtějí postarat, ne všichni jsou toho však schopni jak po materiální, tak po psychické stránce.

Počet seniorů v České republice stále roste, je však otázkou, do jaké míry se prodlužující se doba dožití podepíše na zdravotním stavu seniorů a následně kvalitně stráveném životě. V současné době existují jak soukromé, tak státní organizace, které se specializují na služby pro seniory. „*Více než 85% pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi; zřizovatelem již není stát. Pobytové služby také poskytují nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, církve). Poskytované sociální služby v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které klientovi poskytuje sociální službu*“ (Malíková, 2011, s. 32– 33).

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory. Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách patří domovy pro seniory dle §34 do zařízení sociálních služeb, která jsou součástí sociální služby, jež zahrnují:

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §32).

Formy poskytování sociálních služeb jsou pobytové, ambulantní nebo terénní. Pro účely diplomové práce je přínosné zmínit pobytové služby, které jsou definované v §33 odst. 2 jako služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. Sem spadají, již zmíněné, domovy pro seniory, které poskytují v souladu s § 49 dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách „*pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,

- c) *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) *sociálně terapeutické činnosti,*
- g) *aktivizační činnosti,*
- h) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §49).*

Domovy pro seniory, dříve nazývané domovy důchodců, jsou dnes zástupci nejznámějšího typu rezidenčních sociálních služeb. Vývoj začal po 2. světové válce, kdy byly domovy důchodců zahrnuty do systému sociální péče. Představa jejich působení byla taková, že v nich senioři prožijí poslední fázi života klidně a spokojeně. Z potřeby zdravotní péče stárnoucích a nemocmi zužovaných klientů, začali být později zaměstnáváni také zdravotníci. Mezi těmito domovy však byly velké rozdíly, některé byly ve velmi špatném technickém stavu, chybělo vybavení atd. Od roku 2007 se s účinností zákona č. 108/2006Sb., který je výše zmíněný, transformovala většina domovů důchodců na domovy pro seniory. Systém péče je nyní přizpůsobován klientům, zlepšilo se materiální vybavení. Obavy však budí vysoké platby, i když jsou stále regulované. Další problémy vyvstávají se snížením počtu kvalifikovaných všeobecných sester (Haškovcová, 2012, s. 73).

3.2 Adaptace na příchod do domova pro seniory

Pro klienta, který nastupuje do domova pro seniory, začíná nová životní fáze. Životy klientů v domovech pro seniory se často velmi liší od života, na který byli dříve zvyklí. Každý z nich tuto etapu vnímá a prožívá jinak. Pro některé je velmi těžké přijmout a vyrovnat se s nadcházejícím obdobím. „*Starému člověku se životní prostor nevyhnutelně zužuje a nevyhnutelně více lpí na prostředí známém. Změny životních podmínek ho spíše ohrožují, než naplňují nadějemi. K přestěhování do ústavu svoluje nerad, protože ví, že ústavní prostředí ho bude omezovat a vykolejí ho z dosavadních zvyklostí“* (Matoušek, 1999, s. 84). Část z nich si také uvědomuje, že zde už zůstane po zbytek svého života a je jen malá naděje, že se domů ještě někdy vrátí.

Stěhování do domova pro seniory tak schvalují až tehdy, když se o sebe nedokážou postarat, někdy také pod silným tlakem příbuzných a rodiny. „*Po přestěhování do domova důchodců je možno pozorovat typické úzkostné reakce, útlum chování, spavost,*

nechutenství, zhoršení zdravotních potíží, též zvýšenou frekvenci úmrtí, což vše ukazuje na náročnost adaptace. Největší obtíž je ztráta vazeb na dřívější prostředí, na známé lidi, oslabení kontaktu s rodinou, omezené soukromí, dezorientace v novém prostředí, v nových vztazích k neznámým lidem“ (Matoušek, 1999, s. 84).

Proto je velmi důležité, aby domovy pro seniory připravili pro své klienty co nejméně stresové a co nejvíce plynulé přechody z původního prostředí do nových podmínek. Dále také, aby pro ně byla adaptace na toto prostředí co nejsnazší. Tuto péči ovlivňují tři hlavní okolnosti a to individuální požadavky klienta, harmonogramy práce pracovníků a také domácí a návštěvní řád (Malíková, 2011, s. 79). *„Domáci a návštěvní řád vypovídají hodně o životě v zařízení a rámcově naznačuje možnosti, protože také informují o zajištění individuálních odlišností v poskytovaných službách“ (Malíková, 2011, s. 79).*

„Každému přijetí nového klienta do zařízení je přítomen sociální pracovník, vedoucí zařízení, vrchní sestra, všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, fyzioterapeut a pracovník pro volnočasové aktivity. Všichni pracovníci se klientovi představí a objasní mu, jaké služby mu budou poskytovat“ (Malíková, 2011, s. 79). Při přijímání klienta do domova pro seniory hraje sociální pracovník významnou roli. Právě on by totiž měl předat seniorovi dostatek informací o zařízení, aby se klient mohl aktivně a dle svých přání zapojit do společnosti domova. Při příchodu je každému novému klientovi vypracován individuální plán, na kterém se sám klient podílí. Je v něm zhodnocen jeho zdravotní a duševní stav a následný průběh procesu, který tento stav může zlepšit. Senior, který se dostane do ústavní péče má dle Venglářové (2007) právo očekávat:

- že pro něj bude vypracován individuální plán péče, jež bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám,
- pokud to jeho zdravotní stav dovolí, bude rozhodovat o svém způsobu života, o tom, kdy si přeje soukromí a kdy naopak společnost,
- jeho pohyb mimo instituci nebude omezován, stejně tak jiné kontakty jako návštěvy, pošta, telefonáty,
- pokud bude jeho stav vyžadovat složitou lékařskou péči a ošetřování, bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem (Venglářová, 2007, s. 96).

„Péče o starého člověka by měla vycházet ze zásady, že je třeba jej udržet v jeho domácím prostředí tak dlouho, jak je to možné. Ústavní péče by měla mít tolik forem, aby byla

možnost volby a plynulého přechodu od bydlení až k ošetrovatelské péči na lůžku“ (Matoušek, 1999, s. 85–86).

3.3 Funkce a aktuální rizika ústavní péče o seniory

Ústavy můžeme odlišit od pobytových zařízení (hotel, klášter, internát) tím, že se v něm nachází profesionální zaměstnanci pečující o skupinu nějak handicapovaných lidí. Pro klienty se pak stává dočasnou, ale i trvalou náhradou domova. *“Tento rozdíl v očekáváních a postojích je ústředním problémem ústavní péče. Personál považuje klienty za objekty své práce, klienti chtějí být individuálními subjekty“ (Matoušek, 1999, s. 19– 20).*

Do jisté míry je ústav světem sám pro sebe. Život je v něm předvídatelnější než venku, ale také omezenější. Ústav se také pojí se třemi archaickými lidskými zkušenostmi, a to se zkušenostmi z rodiny, zkušeností obce a také se zkušeností vyhoštění, vyobcování. První dvě zkušenosti z rodiny a obce pojí společný zážitek domova. Každý jedinec má původní domov a rodný kraj. Prostředí domova je pro jedince to pravé, normální. To jeho, na co je zvyklý a ostatním je toto jeho prostředí cizí. Ústav však vždy reprezentuje domov umělý. Protichůdnou zkušeností je vyhoštění neboli vyobcování (Matoušek, 1999, s. 19– 20). Dle Matouška (1999) tedy lze hlavní funkce ústavů shrnout do tří bodů:

1. Podpora a péče – tato funkce je významná zejména v těch zařízeních, které poskytují náhradu za nefunkční či chybějící rodinu. Do této sekce spadají domovy pro seniory, ale také dětské a kojenecké ústavy, zařízení pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované a atp. V těchto zařízeních je klientům poskytována taková péče, bez které by byla jejich kvalita života nepřiměřeně nízká nebo bez které by dokonce nebyli schopni běžně přežít.
2. Léčba, výchova a resocializace – tato funkce se uplatňuje obzvláště v nemocnicích, rehabilitačních ústavech, léčebnách, zařízeních pro propuštěné vězně apod., kdy je předpoklad, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém přišel. Je zde společná snaha o změnu stavu.
3. Omezení, vyloučení a represe – tato funkce je podstatná hlavně ve věznicích, psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Bez existence těchto zařízení by byla společnost ohrožena kriminálními osobami, lidmi trpícími akutní psychózou, neznámými cizinci atd. (Matoušek, 1999, s. 2).

Nejzávažnějším rizikem, jež dlouhodobý pobyt provází, je hospitalismus, který představuje „stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázeny snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život“ (Matoušek, 1999, s. 118). V ústavu totiž klient dostane vše potřebné a je o něj plně postaráno. Stýká se s omezeným počtem lidí a pohybuje se ve stále stejném prostředí. Výsledkem je ztráta zájmu o lidi a svět, regrese, či zhoršení komunikativních kompetencí. Uzavřené a stereotypní prostředí vede ke zvyšování únavy, snižování tolerance a ponorkové nemoci (Matoušek, 1999, s. 118–119).

V domovech pro seniory všechny služby, které jsou klientovi poskytovány, směřují k podpoře nebo udržování seniorovi soběstačnosti. Cílem služeb je tedy podpora a pomoc, ale s důrazem na to, aby byl klient co nejméně závislý (Malíková, 2011, s. 33). „Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny“ (Malíková, 2011, s. 33). Klientům by měla být také nabízena rozmanitá činnost, nové akce a aktivity a v neposlední řadě také podpora sociálních kontaktů. Domovy pro seniory jako forma ústavní péče poskytuje svým klientům péči v tělesné, psychické i sociální oblasti. Přestože je o seniory postaráno po všech stránkách, jen malá část z nich považuje domov pro seniory za svůj skutečný domov. Dosažení této identifikace značně komplikují rizika ústavní péče. Friedmann (Friedmann in: Mühlpachr, 2005) představuje problémové oblasti, které provází ústavní péči. Toto členění je velmi rozsáhlé. Proto jsou zde uvedeny pouze vnitřní problémy, které provází klientelu v ústavech pro seniory a poskytovatele služeb v ústavech pro seniory.

Klientela v ústavech pro seniory	Poskytovatelé služeb v ústavech pro seniory
ztráta vazeb s rodinou	nevyváženost zdravotnického a sociálního modelu péče
ztráta společenských vazeb	práce ve stresu při zajištění péče
omezení soukromí	absence kontinuálního sociálního vzdělávání
dezorientace v novém prostředí	malá spolupráce s rodinou
komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb	rivalita mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb
ztráta plnoprávné občanské pozice	nízká motivace poskytovatelů
ztráta motivace a vůle k nezávislému chování	identifikace služby s budovou

Tab. č. 4 Vybrané vnitřní problémy (Friedmann in: Mühlpachr, 2005, s. 99– 101).

Na základě vypracování individuálního plánu, který je vytvořený společně s klientem, jsou poskytovány služby. *„Individuální plánování a sociální standardy jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů“* (Malíková, 2011, s. 33). Bez ohledu na funkční zdatnost a zdravotní stav seniorů, od péče o nesoběstačné pacienty, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko, po projekty, věnující se aktivně zdatným seniorům žijících v domácím prostředí, jsou celosvětově zdůrazňovány následující principy, a to zabezpečení, autonomie, důstojnost a smysluplnost, participace. Pokud nejsou respektovány všechny tyto složky, tak nelze uvažovat o komplexní kvalitní péči (Kalvach, Onderková, 2006, s. 13– 14). *„Cílem pracovníků v gerontologii je pomáhat v tom starým lidem kvalitní, novátorskou a stimulující péčí, která respektuje individualitu a hodnotu každého jedince“* (Rheinwaldová, 1999, s. 13).

3.4 Volný čas a aktivizace seniorů v domovech pro seniory

V dnešní době začala být věnována větší pozornost náplni dne seniorů v domovech pro seniory, než tomu bylo v minulosti. Klienti jsou totiž po příchodu do tohoto zařízení najednou zbaveni povinností jako je vaření, úklid, praní a žehlení a mají spoustu volného času. Dá se říci, že volný čas mají senioři v podstatě celý den. Za volnočasové aktivity můžeme označit všechny společenské, kulturní a sportovní aktivity, kterým se ve svém volném čase lidé věnují (Haškovcová, 2012, s. 170).

Volný čas má v životě člověka svůj význam a plní určité funkce. *„Funkce, které volný čas má, jsou navíc také důležité vzhledem ke kvalitě života a přispívají k její určité míře uvědomění“* (Prokešová, 2008, s. 56). Dle Prokešové (2008) jsou důležité vzhledem ke kvalitě života následující funkce volného času:

- Kompenzace – hněv, neúspěchy či zlost člověk může vybijet jinou činností, takovou, která ho baví, ve které je úspěšný.
- Komunikace – v rámci volného času se jedinci učí komunikovat s lidmi na různých úrovních.
- Regenerace – dochází k obnovování fyzických i psychických sil.
- Rekrece – znovuzrození.
- Kontemplace – člověk se uzavírá do sebe a otevírá se světu
- Vzdělávání a poznávání nového – získání nových informací, poznávání nových míst, osob.

- Kultivace – zdokonalování sebe sama na základě nových prožitků, zkušeností (Prokešová, 2008, s. 56).

Pro seniory není kvalitní program jen doplňkem péče, ale je důležitý a vysoce terapeutický i pro jejich duševní a fyzický stav. „*Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný*“ (Rheinwaldová, 1999, s. 12). Rheinwaldová (1999) rozděluje programy, které by v domovech pro seniory měly být nabízeny na:

- „*rukodělné práce, tvořivé činnosti,*
- *společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec,*
- *cvičení, sporty, sportovní hry,*
- *činnosti venku v přírodě,*
- *náboženské programy,*
- *vzdělávací činnosti*“ (Rheinwaldová, 1999, s. 23).

Důležité je, aby kvalitní péče nevycházela z potřeb personálu, ale zejména z potřeb obyvatel či pacientů. Podstatný je také týmový přístup k vypracování plánu péče pro každého jedince, který se má zaměřit především na jeho silné stránky, které má podporovat. „*Sportovně pohybová aktivita představuje jeden ze základních fenoménů lidského bytí a podílí se na všech složkách dění moderní společnosti. Představuje jeden ze základních elementů přispívajících ke kvalitě života a zdraví. Součástí tohoto procesu je harmonicky vyrovnaná osobnost ve sférách bio-psycho-socio-spirituální pohody každého jedince*“ (Blahutková, Dvořáková, in: Mühlpachr, 2005, s. 123).

Vhodně zvolené terapeuticko-zábavné činnosti pak snižují úzkost, depresi a frustraci ze zdravotních nebo sociálních institucí, ve kterých daný člověk žije. V každém domově pro seniory by tedy měly být programy, které obsahují jak terapeutickou, tak i zábavní složku. Všechny tyto činnosti by pak měly být upraveny nejen pro obyvatele, kteří vyžadují minimální péči, ale i pro ty, kteří jsou již na nejnižším stupni funkčnosti. (Rheinwaldová, 1999, s. 13).

Pro seniory je přínosné udržovat sportovní aktivity i v pokročilém věku, přestože jejich fyzické síly ubývají. Část nemá vyhraněné zájmy a pasivně přijímá nabízené možnosti. Většina domovů pro seniory organizuje volnočasové aktivity pro své klienty (Matoušek, 1999, s. 84–85). „*Uvedení kvalitních programů do života obyvatel a jejich správná organizace jsou důležité pro jejich zdraví, ať již jsou aktivity hodnoceny zlepšením*

fyzického a duševního stavu seniorů, nebo udržováním stavu aktivního stárnutí, místo vegetování“ (Rheinwaldová, 1999, s. 13). Ve většině případů jsou zajišťovány sociálními pracovníci. Aby byl program úspěšný, závisí dle Rheinwaldové (1999) na třech požadavcích:

1. *„nadšení personálu,*
2. *tvořivé přípravě programů,*
3. *připravenosti obyvatel“* (Rheinwaldová, 1999, s. 21).

Smyslem aktivizačních činností je *„nalezení vhodných stimulačních a aktivizujících podnětů, které pomohou klientovi probudit zájem o sebe, uvědomit si sebe a své potřeby, mobilizovat své síly a iniciativně se zapojovat do sebepéče, a zabránit tak vzniku rozvoji závislosti. To podporuje zachování pocitu vlastní důstojnosti, radosti, uspokojení a naplnění důstojného prožívání stáří“* (Malíková, 2011, s. 122). Účast seniorů na aktivitách podporuje navazování nových vztahů a budování sociálních kontaktů. Obyvatelé domova pro seniory mají lepší možnost se společně seznámit, nové téma k hovoru a důvody se opětovně setkat. Proto, aby byly tyto programy úspěšné, je důležitý vhodně motivovaný personál, který se o své klienty zajímá, vychází z jejich potřeb a zájmu a efektivně tyto činnosti vede a plánuje. Také dokáže motivovat seniory k tomu, aby se nějakým způsobem zapojily. Třeba jen tím, že se přijdou podívat a postupem času se zbaví strachu a zapojí se.

Kalvach (1982) doporučuje seniorům, aby se snažili aktivně, cílevědomě a s dostatečným předstihem udržet životní rytmus. Zajímat se o vše okolo, vyhledávat společnost a snažit se pochopit své blízké. Staří lidé by také měli učinit vše proto, aby jejich stáří bylo plnohodnotným a spokojeným obdobím (Kalvach, 1982, s. 7). *„Člověk nikdy nemůže být příliš starý na život“* (Kalvach, 1982, s. 7).

4 KOMUNIKACE A SENIORSKÝ VĚK

4.1 Komunikace a její formy

Komunikace je jedna z nejdůležitějších vlastností, které člověk má. „V životě člověka je komunikace aktivitou, jíž avizuje svůj příchod na svět a kterou se později – během svého života – neustále projevuje. Komunikace je i poslední aktivitou, jíž se nakonec z tohoto světa „odhlašuje“ (Lechta, in: Škodová, Jedlička, 2003, s. 17).

V literatuře nemá tento pojem jednotnou definici. Pochází z latinského slova *communicatio*, které můžeme chápat ve významu sdělování či spojování, ale také jako přenos, společenství, participace (Klenková, 2006, s. 25). Slouží k předávání informací, pocitů, názorů, přání druhým lidem a to jednotlivci i skupině. Umožňuje nám sociální interakci, sbližovat se s okolním světem, sdílet svou radost i starost. „Za normálních okolností je navazování a udržování kontaktu zcela přirozené, aniž by si byl člověk vědom toho, jak tento proces probíhá a mezi rodiči a novorozencem jde o instinkt“ (Janovcová, 2010, s. 15).

Potřeba komunikovat nás tedy provází celým životem a je stejně důležitá v dětství, dospělosti i stáří. „Na naší komunikaci s druhými lidmi je pozoruhodné, že ji vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme, přispíváme k ní a zároveň jsme její součástí, jsme jí ovlivňováni“ (Vybíral, 2000, s. 18). Ke komunikaci a sdělování dochází všude tam, kde se lidé setkávají. Každý člověk neustále vysílá signály do okolí a komunikuje, ať si to již přeje nebo ne. Protože i tím, že odmítá komunikovat, nám dává signál a v podstatě komunikuje. „Člověk tedy komunikuje už samotnou existencí, svojí vlastní podstatou“ (Lechta, in: Škodová, Jedlička, 2003, s. 17).

Cesta, která vede k předávání informací, se nazývá komunikační kanál. Dle Klenkové (2006) tvoří komunikaci složitý proces výměny informací, jež je možné rozdělit na čtyři stavební prvky, které se vzájemně ovlivňují:

- „Komunikátor (osoba sdělující něco nového, zdroj informace),
- Komunikant (příjemce informace, který na ni nějakým způsobem reaguje),
- Komuniké (nová informace, obsah sdělení),
- Komunikační kanál (nezbytná podmínka úspěšné výměny informace, aby si obě strany rozuměly, musí používat předem dohodnutý kód)“ (Klenková, 2006, s. 26).

Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Verbální komunikace používá verbální prostředky, což jsou slovní výrazy v mluvené a v širším pojetí i psané podobě. Přesto však nemluvíme slovy. „*Je to teprve seřazení slov ve větu, co dává slovu jeho úplnější a přesnější význam*“ (Křivohlavý, 1988, s. 18). Může jít o formální komunikaci jako např. přijímací pohovor. Častěji se však jedná o neformální komunikaci např. nezávazné povídání. „*Řeč je jedním z nejdůležitějších prostředků socializace. Je klíčem k vývoji v oblasti nejen sociální, ale také intelektové, citové, kognitivní a ve hře*“ (Janovcová, 2010, s. 13).

Dle Křivohlavého (1988) lze rozlišit formy řeči:

- a) řeč mluvená a psaná
- b) dyadický dialog (rozhovor mezi dvěma lidmi)
- c) řeč v malé skupině
- d) řeč k velké skupině
- e) samomluva (Křivohlavý, 1988, s. 15– 16).

Neverbální komunikace, někdy označována jako řeč těla, mimoslovní komunikace či nonverbální komunikace, je s verbální těsně spojena, napomáhá mluvené řeči, vyjadřuje postoje, emoce, rozpoložení, v určitém případě ji může i nahradit. „*Očima toho říkáme tolik, že bychom to nebyli schopni vyjádřit slovy, ani kdybychom na to měli desetkrát tolik času Podobně je tomu s naší mimikou, s výrazy našeho obličeje*“ (Křivohlavý, 1988, s. 18).

Výrazové prostředky nonverbální komunikace dle Janovcové (2010):

- mimika (vyjadřování emocí, pohyby obličejových svalů)
- pohledy (navazování kontaktu)
- proxemika (fyzická blízkost, oddalování či přibližování, význam vzdálenosti)
- posturika (sdělování prostřednictvím postoje, pozice celého těla, konfigurace jednotlivých částí těla)
- kinestetika (komunikace pomocí pohybů rukou, nohou, hlavy, způsob chůze)
- gestika (sdělování kulturně normalizovanými výrazy, pohyby, postoji)
- haptika (bezprostřední dotyk a jejich význam) (Janovcová, 2010, s. 15).

Wahlstorm (1992) dále do neverbální komunikace řadí:

- chronemiku (zacházení jedince s časem)

- zacházení s předměty (např. způsob řazení auta, uspořádání věcí na pracovním stole, zařízení bytu) (Wahlstorm, 1992, in: Vybíral, 2000, s. 65).

Neverbální řeč tedy slouží k tomu, aby podpořila mluvenou řeč nebo ji zcela nahradila. Je využívána také k vyjádření emocí, interpersonálních postojů a sebereprezentaci (Vybíral, 2000, s. 70). Přesto však existuje ještě další forma a to komunikace činem. Dle Křivohlavého (1988) lidé to nejzávažnější sdělují právě činem a jeho dopadem na nás. Člověk sice může něco tvrdit, ale vzápětí pak udělat něco jiného (Křivohlavý, 1988, s. 18).

Vybíral (2000) uvádí čtyři funkce komunikování:

1. **Informovat** – informativní funkce (např. předat zprávu, doplnit jinou, oznámit, prohlásit);
2. **Instruovat** – instruktážní funkce (např. navést, zsvětít, naučit);
3. **Přesvědčit** – persuasivní funkce (např. zmanipulovat, ovlivnit, přemluvit);
4. **Pobavit** – funkce zábavní (např. rozveselit druhého, rozveselit sebe, „jen tak“ si popovídat) (Vybíral, 2000, s. 23).

Komunikovat tedy znamená „*poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci (aktéři) komunikace vzájemně porozuměli*“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 9).

4.2 Narušená komunikační schopnost

Narušenou komunikační schopností se zabývá vědní obor logopedie, tento obor je interdisciplinárního charakteru. Zaměřuje se na příčiny vzniku poruch komunikace, jejich prevenci a eliminaci. Dále se zabývá projevy a následky řečových poruch, možnostmi diagnostiky a terapie. „*Logopedie je tedy věda, která zkoumá narušení komunikační schopnosti u člověka z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy*“ (Lechta, in: Škodová, Jedlička, 2003, s. 22).

O narušené komunikační schopnosti mluvíme tehdy, když některá rovina, nebo několik rovin současně, působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru jedince. Může být narušena rovina foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická a pragmatická. Může jít o narušení verbální i neverbální, mluvené i grafické podoby komunikace. Její expresivní i receptivní složky. V celku tedy zahrnuje jazykové i nejazykové prostředky komunikace (Lechta, 1990, s. 19).

Dle stupně hovoříme o úplném (totálním) či částečném (parciálním) narušení komunikační schopnosti. Svůj nedostatek si osoba může, ale také nemusí uvědomovat. „*Narušená komunikační schopnost se může promítat do sféry symbolických procesů (např. dysgramatismus) i do procesů nesymbolických (např. dyslalie)*“ (Klenková, 2006, s. 55). Symptomatická klasifikace narušené komunikační schopnosti dle Lechty (1990,2003):

1. vývojová nemluvnost
2. získaná orgánová nemluvnost
3. získaná psychogenní nemluvnost
4. narušení zvuku řeči
5. narušení fluence řeči
6. narušení článkování řeči
7. narušení grafické stránky řeči
8. symptomatické poruchy řeči
9. poruchy hlasu
10. kombinované vady a poruchy řeči (Lechta , 1990, 2003, in: Klenková, 2006, s. 55).

Logopedická diagnostika u seniorů je důležitá zejména z toho důvodu, že může doplňovat diagnostiku provedenou lékařem a psychologem. Tím umožní přesnější poznání obtíží v oblastech poruch řečové komunikace a poskytne návrhy, jak tyto obtíže řešit či kompenzovat (Neubauer, in: Škodová, Jedlička, 2003, s. 72). Neubauer (2007) uvádí, že pro „*rozvoj efektivní diagnostiky a terapeutické pomoci osobám s neurogenními poruchami komunikace se v klinické praxi osvědčuje psycholingvisticky orientovaný přístup zaměřený na zjištění dominantní příčiny poruchy, který rozlišuje poruchy na bázi postižení:*

- *motorických řečových mechanismů (dysartrie, řečová dyspraxie);*
- *individuálního jazykového systému (afázie);*
- *kognitivně- komunikačních funkcí (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí na bázi traumatu CNS);*
- *primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfagie, orální dyspraxie)“ (Neubauer, 2007, s. 17).*

Afázie je získaná porucha, kdy řeč jedince již byla plně vyvinuta a na základě poškození dominantní hemisféry mozku např. při úrazech, nádorech, při krvácení do mozku, náhlých mozkových příhodách, dojde k porušení komunikačních schopností (Venglářová, 2007,

s. 76). „*Dominující bývá zejména nemožnost srozumitelně se vyjádřit verbální řečí, narušení schopnosti chápat signální význam slov, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií*“ (Neubauer, 2007, s. 53).

S lidmi trpícími afázií pak může být obtížné se domluvit, což vede k bouřlivým reakcím, nervozitě, hněvu až agresivitě nebo naopak k rezignaci ke komunikaci. Vhodným přístupem je zachování vlídného přístupu, trpělivosti či hledání alternativních možností (Venglářová, 2007, s. 76).

Úměrně k tomu, jak roste počet lidí dožívajících se vyššího věku, roste také počet pacientů trpících demencí. „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí)*“ (Venglářová, 2007, s. 26). Syndrom demence tvoří jednotlivé symptomy. Ty se však nemusejí objevit všechny. Zároveň se každý ze symptomů vyvíjí různě co do rychlosti i hloubky. Demence může vzniknout kdykoliv po vytvoření základů poznávacích funkcí, což je po 2–4 roce života. Demence však není onemocnění pouze konkrétního člověka. Ovlivňuje pacientovu rodinu a klade i značné požadavky na celou společnost (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 42).

Výkony v běžných úkonech se postupně zhoršují až tak, že je pacient závislý na pomoci druhých a často se dostává do trvalé ústavní péče. „*Demence je choroba, u níž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí*“ (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 42). Zhoršení kognitivních funkcí totiž často provází také snížená kontrola emocí, sociálního chování či motivace. K diagnostice demence je využíván Mini-Mental State Examination. (Venglářová, 2007, s. 26). Dle Venglářové (2007) je komunikace pacienta s demencí provázena:

- problémy v komunikaci, nedorozumění,
- neporozumění myšlence,
- chybějící slova, rozsáhlé opisování, špatné seřazení vět,
- chybí možnost předem naplánovat a vyhodnotit činnost, situaci (Venglářová, 2007, s. 19).

V minulosti „*Seniorům s demencí a nekomunikujícím jedincům nikdo nerozuměl. Nikdo ani netušil, že existují možnosti a způsoby, jak jim porozumět a přiblížit se jim*“ (Malíková, 2011, s. 30). V dnešní době víme, že lidé trpící demencí potřebují specifický přístup a pro zlepšení komunikace můžeme udělat určité pozitivní kroky. Uvědomit si, jaké oblasti jsou demencí zasaženy a jakými obtížemi se to u klienta objevuje a ty se snažit kompenzovat. Vždy se musíme snažit zachovat důstojnost člověka s demencí (Malíková, 2011, s. 77).

Dysartrie je porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození nervové soustavy. Tato porucha je nejtypičtějším narušením komunikační schopnosti, která souvisí s poruchou artikulace. Nejtěžším stupněm dysartrické poruchy je anartrie, která se projevuje neschopností verbálně komunikovat. Anartrie i dysartrie mohou vzniknout v jakémkoliv období života. Problémy vznikají v důsledku ochrnutí, ochabnutí nebo špatnou koordinací řečového svalstva (Klenková, 2006, s. 117). „*Strádá tempo řeči, síla hlasu, problémy jsou s hláskováním, protože dochází k narušení svalstva respiračního a hrtanového. Špatná rezonance je díky narušení činnosti svalstva měkkého patra a hrtanu a je narušen soulad činnosti svalstva rtů, jazyka a čelisti*“ (Klenková, 2006, s. 117).

Dysfagie neboli porucha polykání se projevuje ztížením až znemožněním příjmu potravy a tekutin. Pacientů s těžkostmi s polykáním a komplikacemi s tím souvisejících s věkem narůstá. „*Poruchy polykání jsou součástí celé řady neurologických poruch, nejčastěji bývají součástí klinických příznaků u nemocných s cévní mozkovou poruchou*“ (Tedla, Chrobok, 2009, s. 168).

Při poruchách polykání je kvalita života pacientů velmi narušena, dostávají se do sociální izolace, protože nejsou schopni společenského stravování s rodinou či přáteli. Tito pacienti mohou trpět také depresí z důvodu narušení obvyklého životního rytmu. Komplikací, která dysfagii provází, je aspirace. Jde o stav, kdy potrava pronikne do dýchacích orgánů a dostane se pod úroveň hlasivek. Dále dysfagii provází dehydratace a podvýživa (Tedla, Chrobok, 2009, s. 19).

4.3 Poruchy řečové komunikace vlivem stárnutí organismu

Stárnutí přináší celou řadu změn a každý jedinec tyto změny silně vnímá. „*V tomto věkovém období citlivě registruje úbytek zraku, sluchu, zhoršování zvukových rozlišovacích schopností, zpomaluje se motorika a psychická aktivita*“ (Horáková, in: Mühlpachr, 2005, s. 112). Faktory ovlivňující komunikaci seniorů můžeme rozdělit na dva a to na fyzické

faktory, kam řadíme smyslové poruchy, aktuální fyzický stav, poruchy motoriky, stavy po cévních mozkových příhodách a další. Dále na psychické faktory, kam patří osobnost seniora, emocionální labilita, aktuální psychický stav a další. „*Další trvale nedocenenou skutečností je souvislost vzniku poruch řečové komunikace a procesu stárnutí organismu*“ (Neubauer, in: Škodová, Jedlička, 2003, s. 77).

„*Vliv stárnutí se projevuje v oblasti řeči různorodě. Na jedné straně zůstává řeč věkem relativně nedotčena. Týká se to zvláště obsahové stránky řeči. Ta zůstává v dobrém stavu až do vysokého stáří. Na druhé straně latence odpovědi (tzv. lag), tj. doba, která uplyne do chvíle, kdy dozní otázka, po začátek odpovědi, se v průběhu stáří prodlužuje*“ (Křivohlavý, 2002, s. 141). Velmi častou komplikací, která se u seniorů vyskytuje, je nástup percepčních obtíží. Významná je zejména stařecká nedoslýchavost, neboli presbyakusis, sluchové ztráty různé etiologie, jež v dlouhodobějším časovém horizontu nepříznivě ovlivňují řečovou komunikaci. Dalším problémem mohou být ušní šelesty.

Fyziologická stařecká nedoslýchavost se stává v podstatě civilizační chorobou. V dnešní době můžeme ve vyspělých zemích pozorovat nedoslýchavost už u mládeže. Prostředí kolem nás je velmi hlučné, průmyslové škodliviny a všudypřítomný stres snižují úroveň sluchového vnímání. Tudíž místo pojmu presbyakusis se používá socioakusis. Sluchovou poruchou můžeme nazvat každé snížení sluchové ostrosti či změnu kvality sluchového vjemu, jež se odchyluje z mezí normálního sluchu. Pokud není sluchová ztráta při audiometrickém vyšetření v žádné frekvenci větší než 20dB, považuje se sluch za normální. Pokud je však na některé frekvenci sluchový práh vyšší než 20dB, jedná se o nedoslýchavost (Horáková, in: Mühlpachr, 2005, s. 112–113).

Omezení sluchové funkce se projeví zejména v oblasti komunikace s okolím a dále v orientaci v akustickém prostředí. Díky zhoršené komunikaci jsou narušeny vztahy s okolím. Senior může podřídit sluchové poruše i svůj dosavadní životní styl a změnit svoje návyky (Horáková, in: Mühlpachr, 2005, s. 115).

Při komunikaci s nedoslýchavým pacientem dbáme na to, aby na nás senior viděl a mohl nám odezírat z úst, gest a neverbální komunikace. Nezakrýváme si tedy ústa a snažíme se mluvit zřetelně. „*Sluchově postiženým je doporučen sluchový trénink na rozvíjení sluchové diferenciacce a nácvik porozumění akustickým signálům v komplexních zvukových situacích*“ (Horáková, in: Mühlpachr, 2005, 116). Při reedukacích je dobré, aby byli přítomni nejbližší a podporovali seniora.

Problematické z hlediska komunikačního procesu jsou také vzniklé těžké zrakové poruchy. Ty mají za následek omezené využití písemné formy verbální komunikace. Dále také zraková porucha znemožní seniorovi číst neverbální komunikaci jedince, s nímž komunikuje. Komplikovaný stav nastává zejména tehdy, pokud se zraková porucha vyskytuje ještě v kombinaci s dalšími poruchami. *„Zde se často omezují možnosti obnovy řečových schopností těchto osob pro eliminaci zásadních metod terapeutické práce. Těžká zraková porucha prakticky znemožňuje intenzivní užití řady metod obnovovací terapie, které jsou založeny na propojení zrakové a sluchové zpětné vazby“* (Neubauer, in: Škodová, Jedlička, 2003, s. 77).

„Nekomunikující osoby mají výrazně omezené možnosti, jak svému okolí sdělit, co potřebují, jak se cítí a zda jim určité situace vyhovují nebo ne“ (Malíková, 2011, s. 175). Zde nastupují na řadu komunikační způsoby, které klientovi vyhovují a s jejichž pomocí se dokáže vyjádřit. Alternativní a augmentativní komunikace (užívaná zkratka AAK) je určena pro osoby, u nichž je verbální komunikace značně omezena nebo je zcela nemožná. AAK má za cíl *„umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání, to je zprostředkování, usnadnění a rozšíření komunikace těm osobám, jejichž mluvená řeč je jen málo srozumitelná nebo je jim znemožněna“* (Janovcová, 2010, s. 16).

Alternativní systémy komunikace se využívají jako náhrada za mluvenou řeč. Augmentativní systémy jsou zaměřeny na podpoření už existujících komunikačních schopností. Díky využívání těchto způsobů se jedinci stanou aktivními v komunikaci, mohou se pomocí nich vzdělávat a používat je i při dalších aktivitách (Janovcová, 2010, s. 16– 17).

Pokud je AAK efektivně využívána, jsou výsledkem změny ve vývoji i v sociální interakci. Jedinec se z pasivní role stává aktivním, narůstá u něj sebedůvěra. Slouží také jako prevence proti rozvoji frustrace. Systém AAK můžeme u seniorů využít např. po úrazových stavech mozku, cévních mozkových příhodách, Alzheimerovi, Parkinsonovy choroby. Metody AAK lze rozdělit na metody bez pomůcek, kdy se využívá neverbálních prostředků komunikace. Dále na metody s pomůckami, které využívají předměty, fotografie, symboly atd. Jako poslední na jiné typy, kam patří např. doplňky ke snadnějšímu ovládní počítače atd. U seniorů lze využít MAKATON, Bliss, znak do řeči, piktogramy a další (Janovcová, 2010, s. 16– 17).

4.4 Specifika v komunikaci se seniory

Schopnost komunikovat je důležitá pro každého jedince v každém věku. S přibývajícím věkem se mohou u seniorů objevovat různé změny a specifické zvláštnosti, které proces komunikace mohou ohrozit, narušit nebo úplně znemožnit.

Starší lidé většinou reagují pomaleji. Objevují se u nich poruchy paměti, kdy mají problém s tím si vybavit určité situace, jména, fakta a také často opakují to, co již bylo řečeno. V důsledku s nedoslýchavostí také nemusí správně pochopit a porozumět tomu, co jim bylo řečeno a z toho důvodu neadekvátně reagovat. *„Při transgenerační komunikaci se může dostavovat řada stereotypizovaných generalizací a předsudků, úzkost z nepochopení, even. úzkost z „odejmutí lásky“ („že mě nebude mít starší rád“)* (Vybíral, 2000, s. 35). Do komunikačního procesu také vstupují bariéry. V domovech pro seniory, ale i jiných zařízeních můžeme tyto bariéry dle Venglářové (2007) rozdělit do tří oblastí.

- a) **Bariéry na straně klienta** provází různé zábrany. Od neochoty komunikovat, přes nedůvěru a obavy klienta, jak bude s informacemi naloženo. Rozdílnost v komunikaci také provází generační specifika, protože dříve se o určitých věcech otevřeně nemluvilo. Vzájemnou komunikaci ovlivňuje také aktuální stav seniora či oblíbenost nebo neoblíbenost určitého pracovníka.
- b) **Bariéry na straně pracovníka** mohou vznikat zejména ze strachu komunikovat na závažné téma např. o umírání. Do komunikace se promítají i osobnostní sympatie a nepříjemné zkušenosti s klientem, či pracovní vyčíženost a nedostatek času.
- c) **Bariéry prostředí** mohou být technického rázu, kdy komunikaci stěžuje např. hlučné prostředí, nedostatek soukromí apod. (Venglářová, 2007, s. 74– 75).

Dobré komunikační kompetence všech pracovníků patří ke kvalitnímu poskytování sociální služby seniorům v pobytových zařízeních. *„Nedostatek znalostí a dovedností vede k nedorozumění, problémům a nespokojenosti, a to většinou na obou zúčastněných stranách“* (Malíková, 2011, s. 228). Tato nedorozumění pak vedou k tomu, že je snížena ochota k další komunikaci.

Narušené komunikační schopnosti u seniorů často nebývá věnován dostatek pozornosti. Přitom je víc než jasné, že toto téma je velice podstatné. Až v posledních desetiletích 20. století byly blíže definovány obtíže u stárnoucích osob. *„Právě rozvoj péče o stárnoucí*

osoby je pro všechny humanitní obory, včetně logopedie, jednou z nejzávažnějších výzev do tohoto tisíciletí“ (Neubauer, in: Škodová, Jedlička, 2003, s. 77).

Bagatelizování vlivu komunikace a neposkytnutí alternativních forem může mít negativní dopad na celou osobnost jedince. V domovech pro seniory mohou vztahy personálu s klienty trvat i několik let. Špatenková, Králová (2009) v souvislosti s tím upozorňují na základní principy, které by neměly být opomíjeny:

- *„respekt (bezpodmínečné kladné přijetí,*
- *autentičnost,*
- *empatie,*
- *aktivní naslouchání,*
- *důvěra,*
- *důvěrnost“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 22).*

Při komunikaci se seniory je tedy dobré vědět, jaké komunikace je jedinec schopen a podle toho pak vzájemnou interakci uzpůsobit. *„Podpora dobré komunikace spočívá především v ochotě naslouchat. Lidé jsou velmi citliví na zájem. Pokud budou mít pocit, že neposloucháme nebo jen předstíráme zájem, ztrácí chuť pokračovat“ (Venglářová, 2007, s. 77).*

Jako základní nástroj kvalitní péče o pacienty patří zájem, respekt a maximální vůle ponechání kontroly nad děním. Také je kladen důraz na nepodceňování pacientových schopností, posilování zodpovědnosti, empatie, naslouchání, u kterého nejde o to, že pacienta slyšíme, ale o to, že ho vnímáme, že mu rozumíme (Kalvach, Onderková, 2006, s. 14). Komunikace se seniory by měla probíhat důstojně a s vědomím, že senior je rovnocenný partner. Pokud by cítil ošetřující personál, že v komunikaci klienta se vyskytují jakékoliv zvláštnosti, měl by se obrátit na odborníka, aby byla zahájena včasná logopedická péče.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVECH PRO SENIORY

5.1 Kvalitativní výzkum

Vzhledem k charakteru diplomové práce byl vybrán kvalitativní výzkum, který je charakteristický tím, že jeho výsledky nejsou dosaženy pomocí statistických procedur či jiných způsobů kvantifikace, ale můžeme jím označit výzkum, který se týká života lidí, příběhů, chování, chodu organizace či vzájemných vztahů (Strauss, Corbin, 1999, s. 10). „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswell, 1998, in: Hendl, 2005, s. 50).

Klíčovým znakem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a důkladný záznam. Je zkoumán menší počet případů. Výzkumník však proniká co nejvíce do hloubky, odhaluje nové souvislosti. Gavora (2000) uvádí, že nejlepším nástrojem, který můžeme pro kvalitativní výzkum použít, jsou vlastní zkušenosti výzkumníka a jeho úsudek. (Gavora, 2000, s. 148). „Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvalitativními metodami obtížně podchycují“ (Strauss, Corbin, 1999, s. 11).

Ve většině situací je výzkumník se zkoumanou osobou v přímém kontaktu, vstupuje do jejího prostředí a probíhá zde vzájemná interakce. Pozice výzkumníka a účastníka výzkumu je rovnocenná. „Je rovnocenná v tom smyslu., že o jednotlivých účastnících uvažujeme jako o osobách nadaných vůlí a vlastním způsobem seberealizace, přestože samozřejmě zohledňujeme také biologické determinanty lidského chování atd.“ (Miovský, 2006, s. 73) Respektujeme přitom individuální odlišnosti každého jedince. Účastníkům také nevnučujeme svoji představu o výzkumu, ale pojímáme ji jako spoluvytvářenou oběma stranami. (Miovský, 2006, s. 73). „Úkolem badatele je tedy vypátrat, jak sami aktéři rozumí sociálním situacím, a které důvody je vedou k určitému jednání“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 19).

Vzniklé teorie či hypotézy nelze zobecňovat, jsou platné pouze pro ten vzorek, na kterém byla data získána. Výzkumník by se tedy měl vyvarovat zobecňujících tvrzení (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 26). Tím se odlišuje od kvalitativního výzkumu, kde si výzkumník naopak drží odstup, používá tvrdá, numerická data, zabývá se velkým množstvím případů a výsledky je snazší generalizovat. „*V metodologických úvahách nad výzkumem provedeným v rámci kvalitativního přístupu je nadmíru důležité vědět, kdo provádí výzkum, jaká jsou jeho výchozí stanoviska, za jakým účelem realizuje výzkum a jak prováděl analýzu dat*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 12).

Pro kvalitativní zkoumání je typické, že výzkumník na začátku vybere téma výzkumu a poté si zvolí výzkumné otázky, které je možné v průběhu výzkumu měnit a doplňovat. Výzkumník pracuje v terénu (Hendl, 2005, s. 50). „*Výzkumná otázka je v případě kvalitativního přístupu terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy v případě výzkumu kvantitativního. Zatímco však výzkumné hypotézy testujeme, při aplikaci kvalitativního výzkumu odpovídáme na výzkumné otázky, neboť žádné hypotézy testovat kvalitativními metodami samozřejmě nelze*“ (Mioviský, 2006, s. 88).

5.2 Cíle výzkumu, výzkumné okruhy a otázky

Cílem výzkumu bylo s využitím výzkumných metod objasnit faktory, které z pohledu seniorů, žijících v domovech pro seniory, ovlivňují kvalitu jejich života a tím odpovědět na základní výzkumnou otázku:

Jaké nejčastější faktory se z pohledu seniorů, žijících v domovech pro seniory, podílejí na kvalitě jejich životů?

„*Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě. Kvalitativní výzkumníci se soustředí spíše na subjektivní svět osob, na ten, který existuje v jejich mysli*“ (Gavora, 2000, s. 148).

Dílním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zodpovězení výzkumných otázek:

- **O1:** Z jakého důvodu odcházejí senioři do domovů pro seniory?
- **O2:** Jaké kritérium hraje roli při výběru domova pro seniory?
- **O3:** Zapojují se senioři aktivně do vytváření svého denního režimu?
- **O4:** Navazují po sociální stránce senioři v domovech pro seniory přátelství či partnerství?
- **O5:** Ovlivňují návštěvy rodinných příslušníků příznivě spokojenost seniorů?

- **O6:** Má úspěšná komunikace vliv na životní spokojenost seniorů?
- **O7:** Jsou v dnešní době novodobé domovy pro seniory dobře situovány, zařízeny a vybaveny?
- **O8:** Má víra pro seniory hluboký význam?
- **O9:** Je v současné době z hlediska kvality i kvantity stravování označováno seniory za vyhovující?

5.3 Metody a techniky výzkumu

Diplomová práce čerpala z obsahové analýzy dostupné literatury, jež se vztahuje k danému tématu. Bylo důležité hlubší pochopení seniorů s detailním zaměřením na jejich vlastní prožívání, specifické potřeby a problémy. Proto byl pro výzkumnou část práce zvolen právě kvalitativní výzkum. *„Kvalitativní výzkumníci používají zejména tyto tři typy dat: data z rozhovoru, data z pozorování a data z dokumentů“* (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 15).

Vzhledem k charakteru výzkumu bylo zjišťování informací provedeno metodou řízeného polostrukturovaného rozhovoru, otázky byly otevřené, formulovány podle zvoleného tématu. *„Otevřené otázky obvykle „navádí“ k podrobnějšímu vysvětlování vlastních názorů, umožňují větší vhled do způsobu, jakým jedinec zpracoval nebo pochopil určité skutečnosti“* (Ferjenčík, 2000, s. 177).

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že dokáže pracovat s nevýhodami nestrukturovaného a plně strukturovaného rozhovoru. Umožňuje pružnější reakce na aktuální skutečnosti, kdy je výzkumníkovi dovoleno zaměřit se na zajímavé poznatky a jejich objasnění. Může se doptávat a nechat si vysvětlit ty jevy, které ho zajímají nebo kterým nerozumí. Má však také předem stanovenou strukturu, kolem které se pohybuje. A díky předem stanovenému schématu má výzkumník jistotu, že na nic důležitého nezapomene.

Polostrukturovaný rozhovor je *„prováděný podle předem připraveného schématu, ale je zde také určitý volný prostor k doplnění informací, které jsou pak zahrnuty do vyhodnocení. Správně vedený strukturovaný rozhovor probíhá pro respondenta spontánně, přirozeně a nenásilně. Tento způsob se ve zdravotnictví a ošetrovatelství často používá a je využitelný a vhodný i v oblasti poskytování sociální služby“* (Malíková, 2011, s. 149).

Zde jsou uvedeny výzkumné okruhy, které byly použity při provádění výzkumu a sloužili jako struktura, kolem které se pokládaly otázky.

Okruh 1: trávení volného času,

Okruh 2: sociální oblast,

Okruh 3: úroveň ubytování a zázemí,

Okruh 4: kvalita stravování,

Okruh 5: aktivizační činnosti,

Okruh 6: víra,

Okruh 7: komunikace.

Aby se předešlo porušení etických norem, musel respondent souhlasit s nahráváním. Bylo to podmínkou pro vstup do výzkumu, protože nahrávky byly důležité pro zpracování dat a následné vyhodnocení. Celkem tedy bylo sestaveno sedm okruhů, kolem kterých byly otázky pokládány. Následně proběhla analýza získaných údajů. *„Informace získané z rozhovoru jsou nezpracovanou surovinou, kterou je třeba utřídit, analyzovat a pečlivě vyhodnotit“* (Ferjenčík, 2000, s. 182).

Dle Miovského (2006) byly provedeny fáze interview:

- a) Přípravná a úvodní část interview
- b) Vzestup a upevnění kontaktu
- c) Jádro interview
- d) Závěr a ukončení (Miovský, 2006, s. 163–168).

Dále bylo využito nestrukturované pozorování, které se u tohoto typu výzkumu používá z důvodu jeho pružnosti, odhalování skrytých či nových realit. (Gavora, 2000, s. 149). Neopomenutelný znak při provádění interview je ten, že jej nelze provádět bez metody pozorování. *„Bez kvalitního pozorování není možné provádět kvalitní interview. Přitom nelze pozorování redukovat pouze na extrospekci, neboť schopnost sebereflexe tazatele a jeho vlastní práce v průběhu rozhovoru se ukazuje být stejně důležitá jako schopnost pozorovat dotazovaného“* (Miovský, 2006, s. 156). Zjišťování informací bylo realizováno pomocí rozhovoru. *„U nestrukturovaného pozorování se nepoužívají předem stanovené pozorovací systémy, škály nebo jiné přesné nástroje. Určeny jsou jen konkrétní události, jevy a osoby, které se mají pozorovat“* (Gavora, 2000, s. 149). Bylo využito terénních

zápisů, kde nejsou zaznamenávána přesná sdělení, ale jsou vybrány ty, které jsou výzkumníkem vyhodnoceny za důležité a kterým věnuje pozornost. Záznamy se obvykle vyhotovují až na konci pozorování. (Gavora, 2000, s. 151–152).

Výzkum s názvem *A Nation for All Ages? A Participatory Study of Canadian Seniors' Quality of Life in Seven Municipalities*, z roku 2002 byl založen na poznání, že kvalita života seniorů je ovlivňována individuálními, komunitními a společenskými faktory neboli determinanty zdraví. Z tohoto výzkumu vyplývá, že přestože se výsledky lišily v závislosti na daných oblastech, našla se témata, která byla zmiňovaná opakovaně. Na interpersonální úrovni senioři hodnotili za důležitou sociální síť, sociální kontakty, potřebu asistentů, ale i sociální aktivity. Naopak jako problém se jeví přístup k seniorům, zejména nedostatek respektu, infantilizace a vůle naslouchání jejich názorům. Na úrovni organizace se do popředí dostala zdravotní péče, její kvalita, dostupnost a také domácí péče. (Vaňurová, in: Mühlpachr, 2005, s. 45).

5.4 Výzkumný vzorek

V úvodu výzkumu byly vytipovány domovy pro seniory v krajském městě České republiky a osloveni ředitelé, vedoucí pracovníci nebo sociální pracovníci s žádostí o spolupráci. Výzkum probíhal v období září 2013 až prosinec 2013 ve vybraných domovech pro seniory, jež souhlasily s provedením výzkumu, tedy celkem ve třech zařízeních.

Výzkumný soubor byl vybrán pomocí záměrného výběru. Tato metoda výběru je při kvalitativním výzkumu nejrozšířenější. Na základě stanoveného kritéria vybíráme účastníky podle jejich určitých vlastností a zároveň zde musí být splněno kritérium, zda jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006, s. 135) „*Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak mohou podat informačně bohatý a pravdivý obraz o něm*“ (Gavora, 2000, s. 144).

Výzkumu se celkově zúčastnilo 11 seniorů, kteří jsou klienty domovů pro seniory v krajském městě České republiky. Byli vybráni senioři starší 75 let, kteří bydlí v domově pro seniory déle než 3 měsíce. Současně souhlasili s účastí na výzkumu a současně byli v relativně dobré kondici, resp. klienti, kteří neměli žádné závažné fyzické či psychické problémy, které by jim zamezily účast na výzkumu.

Účastníci byli předem vybráni pracovníky z důvodu ochoty účasti na výzkumu, také dle toho, jaký je jejich aktuální psychický a zdravotní stav. Dále s ohledem na jejich vlastní program, aby byl co nejméně narušen jejich denní harmonogram. Byla vybrána obě pohlaví. Při výzkumu byl větší zástup žen nejen jako demografický ukazatel, ale také kvůli ochotě komunikovat. Kontakt se seniory byl navázán prostřednictvím osobních setkání v jejich přirozeném prostředí. Byl prováděn v dopoledních hodinách, kdy byli seniři odpočatí. Každý z nich byl obeznámen s výzkumným záměrem práce. Při výzkumu bylo dbáno na zásady kvalitativního výzkumu.

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka pobytu	Typ pokoje	Zdravotní poznámky
1. Alois	muž	94	21 měsíců	jednolůžkový	embolie
2. Beáta	žena	84	10 měsíců	dvoulůžkový	Parkinsonova choroba
3. Cyril	muž	90	50 měsíců	jednolůžkový	
4. Dana	žena	86	77 měsíců	jednolůžkový	cukrovka, omezená pohyblivost
5. Eva	žena	80	15 měsíců	jednolůžkový	
6. Felix	muž	81	24 měsíců	dvoulůžkový	
7. Gita	žena	86	4 měsíce	dvoulůžkový	prodělaná mrtvice
8. Helena	žena	94	24 měsíců	jednolůžkový	nedoslýchavost a slabozrakost
9. Ilona	žena	86	8 měsíců	dvoulůžkový	artróza
10. Jarmila	žena	90	12 měsíců	jednolůžkový	žena
11. Květa	žena	79	18 měsíců	dvoulůžkový	prodělaný kolaps

Tab. č. 5 Detailní struktura respondentů.

Přestože cílem diplomové práce není popsat kvalitu života seniorů v konkrétních vybraných domovech pro seniory a porovnávat domovy pro seniory mezi sebou, je nutné se o nich okrajově zmínit a popsat obecné informace, jelikož i ty mají na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory podíl. Domovy pro seniory zajišťují služby dle §49

zákona č. 108/2006 Sb. Odmítnutí služby je možné v souladu s odst. 3 § 91 zákona č. 108/2006 Sb. a § 36 č. 505/2006 Sb. Následující tabulka uvádí obecný přehled.

Domov pro seniory	Domov č. 1	Domov č. 2	Domov č. 3
Kapacita	do 400 lůžek	do 70 lůžek	do 90 lůžek
Cena za ubytování	den/160-166 Kč	den/200Kč	den/200kč
Cena za stravování	den/124 Kč	den/130Kč	den/138-147Kč
Jednolůžkové pokoje	ano	ano	ano
Dvoulůžkové pokoje	ano	ano	ano
Sociální zařízení	na chodbě pro více osob	vlastní na pokoji	vlastní na pokoji
Společenská, odpočinková místnost	ano	ano	ano
Zahrada, altánek, terasa	ano	ano	ano
Vybavení pokojů nábytkem	nábytek domova	lze mít vlastní nábytek	nábytek domova
Aktivizační činnosti	ano	ano	ano
Bezbariérový přístup	ano	ano	ano
Kulturní a společenské akce	ano	ano	ano
Veřejná hromadná doprava	zastávka v blízkosti domova	zastávka v blízkosti domova	zastávka v blízkosti domova
Služby	lékařské, duchovní, kadeřnictví, pedikúra, poštovní, bankovní, matriční	lékařské, rehabilitace, masáže, aromaterapie, kadeřnictví, pedikúra, kroužky	lékařské, rehabilitace, zájmové kroužky, canisterapie

Tab. č. 6 Popis domovů pro seniory.

5.5 Vybrané rozhovory s respondenty

Vzhledem k tomu, že rozhovory byly prováděny s 11 respondenty, byly dle soudu autorky vybrány ty nejvhodnější k celkovému dokreslení situace. Při přepisu rozhovorů z nahrávacího zařízení, tedy převodu mluveného slova do textu, byl využit prostředek nezachování plného znění. Při transkripci byla vypuštěna zejména zahajovací a závěrečná část. Úvodní část, která byla vypuštěna, obsahovala přivítání, nastavení raportu, ujištění o anonymitě, souhlas s nahráváním, seznámení s účelem a průběhem rozhovoru. Ze závěrečné části bylo vynecháno poděkování a rozloučení. Pro výzkum byla důležitá zejména hlavní část, která obsahovala potřebné informace pro účely diplomové práce. V textu byly zachovány slangové výrazy pro autenticitu.

Po přepisu rozhovorů následovalo opakované studování a hledání společných znaků v rozhovorech všech účastníků výzkumu. Ty byly dále pozorně prozkoumány a utříděny do kategorií., aby mohly být následně vyhodnoceny a mohlo být vytvořeno závěrečné zhodnocení výsledků výzkumu. Tyto výsledky byly porovnány se stanovenými cíli z úvodní části výzkumu.

Respondent č. 1

Pan Alois, 94 let. V domově pro seniory žije necelé dva roky. Pan Alois pobývá v jednolůžkovém pokoji, který má zařízený částečně i svým nábytkem. Do domova pro seniory odešel jako doprovod své manželky: *„My sme bezdětní a manželka nebyla schopná už jako samostatně chůze nebo samostatně nějaké činnosti, jakékoliv. Vaření nepřicházelo v úvahu. Ona měla špatnou stabilitu a padala hodně, a když si jednou rozbila hlavu, tak jí to sešili v nemocnici a zjistili, že tam má sraženinu a od té doby se jí to úplně zhoršilo, chůze, mysl. Od té doby sme nebyli schopni být samotní doma.“* Místo měl pan Alois vybrané už dlouhou dobu dopředu: *„My sme bydleli tady a už sme měli sedm roků žádost do domova důchodců a my sme neměli děti, tak sme věděli, že se o nás nebude mít kdo starat, takže tak.“* Věděl, že chce jít přímo sem: *„No do tohoto domova, protože tady byl můj spolužák ze školy, chodili sme ho sem navštěvovat. Z té třídy už su sám na světě a su už jedinej.“*

Respondent dostal nabídku i od jiného domova pro seniory, ale tam to pro něj a jeho manželku nebylo vyhovující: *„Dostali sme nabídku i jinam a tam byla společná sociálka a manželka už nemohla chodit, tak to sme nemohli vzít, tak zas ještě byla možnost jinam. Tam taky ne, tak sme se nakonec dostali do dvoupokojového bytu a po umření manželky*

sem se dostal sem, do jednopokojového.“ Pan Alois uvádí, jaké se mohou při soužití objevit komplikace: „My sme měli takovou nevýhodu, že já jsem sportovní typ a manželka zas o tohle nemá vůbec zájem. Tak doma sme měli dva televizory a tady taky. Manželka v noci nespala a já sem zase spavej. Takže takový rozdílný vlastnosti a tady nám vyhověli. Člověk má ten zájem, určitej, zaměřenej, tak je rači sám. Ten by zase chtěl něco jinýho. Tak je to lepší.“

Za panem Aloisem pravidelně dochází jeho neteř: *„A neteř chodí sem každý týden, co tady dostala ten byt. Je sama, tak má možnost, je v důchodě. Všecko je to v důchodovém věku.“*

V současné době je pan Alois zapojen do velkého množství aktivit, které domov pro seniory nabízí: *„Když byla manželka, jak byla po tom úrazu, tak se strašně bála, to je jasný, to ona nemohla a ona se bála sama, tak sem musel být skoro pořád s ní. A teď su zapojenej do těch sportovních her, tady chodím.“* Pan Alois ukazuje složku svých osobních věcí, kde má diplomy, fotky, básně a další dokumenty: *„Tady mám diplom za šipky, tady měla paní narozeniny. Jak sem se stěhoval, to mám tady taky sepsaný. Soutěž v petasu, to byl tady u nás. Toto je naše výchovná pracovnice, ta tam organizuje věci. Tady sem se vítal se zpěvákem, co tady zpíval. Tady sme byli v soutěži druzí.“* Respondent také domov pro seniory reprezentuje v různých soutěžních disciplínách: *„Soutěžíme tady čtyřčlený družstva, jezdíme každý pondělí na nějaký sport, kuželky, kuželky na stolech, nějaký ty sportovní hry, to bývá. Velmi se tím vyžíváme.“*

Pan Alois také chodí na posezení s přáteli a další aktivity: *„Posezení v kavárničce, kdo má zájem, tak to bývá venku, chodíme si zazpívat, já sám nezpívám teda, nemám vůbec hudební sluch. Tady se organizují zájezdy, třeba i maličký auto, jeden tam může se skládacím chodítkem, jinak šest až sedm na ten autobusek. Myslím, že příští týden bude zájezd na víno. Nebo sem chodí jedna paní na zpívání, když si ji zavolají, tak přijde. No a ještě se hrají karty nebo se luští křížovky. Někteří teda.“*

Aktivity si klienti vybírají společně: *„To voni třeba řeknou, dostali sme autobus, větší auto a budou zájezdy, tak vymyslete, co byste. Bude pár nabídek, dvě, tři se vyberou a pak se lidi nahlásí. A zase na ty hry, tam chodí každěj. Sestra je tam přivede na chodítku, tam si hodí na stole nějak nebo na něco takovýho.“*

Sám pan Alois se na volnočasových aktivitách podílí. Nyní objevil v televizi hru, kterou by si rád zahrál: *„Sem objevil nějakou hru, finskou, takový číslovaný kuželky. Se to rozhodí*

a potom se to klackem shazuje a podle těch čísel nebo něco, tak to sem objednal, že by to mohlo být.“

Pan Alois v domově pro seniory objevil svou novou vášeň k psaní. V současné době rád přispívá do místního časopisu, píše básně k narozeninám, ale i příběhy a postřehy, které ho v běžném životě zaujmou: *„To bude zveřejněno v časopisu, tady ty kvízy a to všechno. Když byl tady pan údržbář venku, tak sem mu napsal, jak mě vyděsil, jak tam lez. Dřív sem to nedělal, až tady píšu.“*

Respondent je s ubytováním velmi spokojený: *„Perfektní ubytování, to se řekne, ale takový ty drobnosti k tomu. Nahoře je kaple, přesně taková je kavárnička dole, tak je tam kaple a každý pátek sou tam bohoslužby a dokonce se připojují i lidi z okolí. I ten parčík tady venku, že tady je. Autobusy a obchody jsou taky blízko. Zajišťují tady i nákupy, jednou za týden. Léky sou až sem dodávány, takže žádný obtíže někam chodit. Takže je to tady perfektní.“* I s vybavením vlastního pokoje je pan Alois spokojený: *„No a tady sou dvě možnosti. Bud' to si vezme člověk svoje nebo si sem brát nic nemusí. Já toho mám teda málo. Třeba toto křeslo nebo slunečník. Jedna paní má celej sekretář. Nebo povlečení, to je moje, ale nemusím mít. Taky mám svoje obrázky.“*

S jídlem nemá pan Alois problém, naopak si ho chválí: *„Mám výběr, týden dopředu jídelníček. Máme snídaně, dvakrát týdně je teplá večeře a jinak je studená a zase, můžu chodit do jídelny nebo si ho nechat nosit na pokoj, zase ty možnosti tady jsou bezvadný.“*

Pan Alois si v domově pro seniory našel i přátele: *„No tak tím, že chodím do tělocviku, tam chodí skoro stále stejná skupina a na ty akce, to taky. Tak to sou převážně ti, co můžou chodit a známe se vzájemně, pořád taková skupina, kteří sou na to zaměřeni. No včera tady zrovna seděl pán z dolnějšího poschodí, taky je sportovního ducha, seděl tady dvě hodiny. Tak to se většinou scházíme, třeba jdeme do kavárničky, děvčata přijdou a uvaří kafe, nebo se ptají, jestli si dáme vodu, čaj. A za mnou na návštěvu může přijít normálně kdokoliv. Sestřičky teda nemají na povídání čas, ale i tak přiběhnou i v noci, zkontrolují nás.“*

Respondent uvádí i problematickou stránku: *„Ten stav se za poslední roky zhoršil tím, že neberou schopný. Neměl sem sociální příspěvky na tu kartu, tak mě nechtěli vzít. Manželka měla, tak jako jo. Ale já si myslím, že věk 93 by měl být považován za takový, aby mohl být člověk přijat bez toho. Protože v těchto letech je to pomalejší, všechno i uvažování. A starý člověk už si neporadí sám, zvláště když třeba nikoho nemá.“*

Pan Alois působí spokojeně a velmi energicky, po celou dobu rozhovoru doplňuje své povídání fotkami z akcí, které navštívil, diplomy a oceněními, které získal. Jak již bylo zmíněno, sám objevil v domově pro seniory novou vášeň k psaní a veškeré dění nyní komentuje prostřednictvím vlastních básní. Pan Alois navštěvuje velké množství akcí a často v rozhovoru zmiňuje, že nemá ani čas, aby si roztřídil osobní věci, protože je stále někde. Rozhovor s panem Aloisem byl velmi příjemný a nesl se v pozitivním duchu.

Respondentka č. 4.

Paní Dana, 86 let. V domově pro seniory je již šestým rokem. Místo si vybrala sama a to ze dvou důvodů: „*Já sem chtěla sem, přímo sem. Bydlí tady blízko moji, hned tady sem bydlela aji já. A chodila sem sem za kamarádkou.*“ Jako důvod stěhování uvádí paní Dana potíže s vlastním bytem, který nebyl přizpůsobený jejímu zdravotnímu stavu: „*Protože mě bolí kolena, my sme bydleli ve čtvrtém patře bez výtahu. Já do schodů těžko, těžko. Nemůžu zvedat nohy, ani do trolejbusu, musím ho nechat ujet. Tak sem musela najít řešení.*“

V domově se paní Daně líbí a udržuje si zde i kamarádství: „*Jo, já su tady spokojená. Je to tady pěkný, je tady ticho. Když chcu být sama, tak su sama. Když chcu společnost, tak navštívím jiný důchodkyně.*“ „*Jo, zrovna dneska tady byly. Ale byla sem mokrá, měla sem mokrou hlavu. Tak sem nemohla dolů.*“ S ostatními obyvatelkami navštěvuje paní Dana i volnočasové aktivity: „*Co sedím s nima u stolu. Tak s nima dem, když je nějaký program, tak sme spolu. Sedíme zase spolu a držíme se tak nějak po hromadě. Ale nechodím k nim do pokoje, to já nemám ráda.*“

Kvůli zdravotním problémům je paní Dana dopoledne většinou na pokoji. Hodně času také tráví u televize nebo venku: „*Já mám ráno potíže, že nikam nemůžu, tak se jako dívám na televizi a odpoledne už mám svý programy. Na všechno se nedívám, jenom to, co se mně líbí.*“ Klientka také velmi ráda pozoruje kočky, které v domově pro seniory žijí: „*Chodím na zahradu, máme tady kočičky, ty sleduju furt z okna. Ty se tady narodily a od malička sou tady. Každý den ráno, když vstávám, tak se dívám, kde sou.*“ „*Je to veselý s nima, oni skotačijou a to, všude vlezou.*“

Paní Dana chodí o holi, kvůli tomu je nejistá, a tak na akce i ven chodí raději v doprovodu jiné osoby: „*Já chodím, aji když někde, tak jedu. Ale dopoledne mám takový blbý potíže. No když je člověk starší, tak těžko, těžko.*“ „*Já za bránu nemůžu, to se bojím, nosím berle a jen s někým, když se mnou jde, tak jo.*“ Kvůli ranním obtížím paní Dana vynechává i část

aktivit, na které dříve docházela: „*Já sem chodila víc, ale teď poslední dobou už ne, mám ty potíže, já nevím, z čeho to je.*“

Ohledně komunikace má paní Dana, dle svých slov, problémy s vyjadřováním a zapomináním: „*Vyjadřování mě zlobí a zapomínám. Kolikrát je to trapný, že když dojdu tam, tak nevím, co chcu. Tudle aji sem si spletla byt.*“

S jídlem je respondentka spokojená, trápí ji však finanční potíže. Peníze ji nevystačí na celý oběd: „*Se stravou dobře, já беру dvojku, sem spokojená, všechno sním. Ale já mám jenom obědy, protože na snídane a večere mi chybí peníze. Tak mám jenom obědy, ale s těma su spokojená. Opravdu, vaříjou dobře.*“ „*Nevím, nestačí mně to, tak sou ty příplatky za to udělání, za tu přípravu a to a to a přijde to dráž, než když si to koupím sama.*“ Paní Dana si tedy musí snídane a večere připravit sama z peněz, které jí zůstanou: „*Já si něco udělám sama, oni mně nakoupíjou a já si to rozdělím na ráno na snídani a na večeri.*“

Respondentka uvádí, že finanční problémy trápí i ostatní klienty: „*Já nésu sama, je nás tady víc, ty to zas dělají tak, že si vezou celou stravu, všechno aji snídane a večere, ale zase se na dva nebo tři dny odhlásí. Aby ty peníze dostali zpátky. No nedá se nic dělat. Obyčejně se odhlašujú na sobotu a nedělu.*“ U paní Dany nepřichází v úvahu ani finanční pomoc z rodiny: „*Já mám dceru a ta má menší důchod jak já, vod ní nemůžu nic žádat. Oni nepřidávají a jak se to zvedlo, tak mně to akorát vyšlo no teď už ne.*“

Paní Dana uvádí i problémy, které jí toto stravování přináší: „*A já mám cukrovku, já bych měla mět jídlo pravidelně, já to teda nějak dodržuju, ale není to ono. Když mně nakupujú jednou za týden, tak mám týden starý rohlíky nebo chleba. A o tu čerstvost taky jde, že nemám tu čerstvost, je to týden starý. Musíte platit léky, to je jedna věc. Už nemám, abych si koupila něco sama. Tady je pedikúra nebo něco a nemůžeš jít na pedikúru, už ti nezbyvá.*“

Finanční problémy nutí paní Danu neustále přemýšlet, co si ještě může dovolit: „*Furt musím počítat, aby mně zbylo. Každou korunu, tudle sem vysypala všechny drobný, mně donesla léky. Povídám, jesi na to budu mít? Naštěstí to bylo akorát. No kdyby mně nestačilo, musela bych asi někomu říct, aby mně na to dal. Musím platit televizi jako inkaso.*“ Respondentka také uvádí, jak s financemi zachází: „*Já dostanu peníze, ty si dám stranou a musím vyjít. No, rozumíte, na to nešáhnu, ty už sou na něco. Podle toho, jak mám peněz navíc, tak je nákup.*“

Paní Dana využívá cvičení, a pokud jí pan doktor předepíše nějaké rehabilitace nebo masáže, tak i to: „*Jo, cvičení tady je, to chodím a pak doktor to kdyžtak aji napíše. Chodila sem na to zahřívání (baňkování), sou tady různý ty. A na cvičení, ale co mám ty potíže, tak dopoledne těžko a odpoledne teda ještě s obavami. Jak je člověk starší, tak to nestojí za nic.*“

O akcích pořádaných domovem se dozvídá klientka z nástěnky: „*Oni to dycky mají napsaný, tam zase je nějaký zájezd, ale nepojedu na to. Byli jsme na lodi, tak to mě přemluvili, to sem jela. Sem se musela připravit, vzít prášky, vždycky musím předem. A prášky teda nerada беру, to není dobrý. Nebo v jídelně míváme všelijaký takový setkání se zpěvákama a muzikanti přijdou zahrát a různý takový akce, když je nějaký výročí nebo oslavy, tak to je pěkný tady.*“

Ohledně vztahů s personálem paní Dana uvádí: „*Jo, sou milí, když můžou, tak vyhovijou. Já su se sestřičkami spokojená, dneska mě vykoupala, pomáhá mně, mydlí mě, já těžko stojím. No, su spokojená.*“

Paní Dana udržuje vztahy se svými potomky, ostatní sociální kontakty již neudržuje z toho důvodu, že jí všichni blízcí zemřeli: „*Né, já mám takovou smůlu, všecko mně to pomřelo. Akorát ta dcera a syn a ostatní přízně sestřenice nebo to, tak to pomřelo. Tak už sem zůstala taková osamocená. Oni mě teda berou děti, když je nějaká slavnost nebo hody, tak du vždycky k nim. Ale už tam nikoho neznám.*“

Paní Dana žije v domově nejdéle, ze všech dotazovaných respondentů. Je zde již zvyklá a také tu má svoje známé, se kterými se vídá. Velmi pozitivně hodnotí paní Dana přítomnost koček, které sleduje a přináší jí to radost. Největší problém u respondentky jsou finanční obtíže, které ji provází, a úskalí s tím spojená. Paní Dana má v současné době zdravotní problémy, které ji limitují v účasti na akcích v takové míře, v jaké by si přála.

Respondentka č. 8.

Paní Helena, 94 let. V domově pro seniory je dva roky. Bydlí sama v jednolůžkovém pokoji. Do domova pro seniory odešla, protože se už o sebe nedokázala postarat. S obstaráním místa jí pomohl její synovec: „*No protože já sem si nemohla už nic obstarat, když nevidím a málo slyším a ten můj synovec mně to vyřídil.*“ „*Vybrali jsme podle místa. No je to všechno, co potřebuju, tak tady je. Tak prostě musí to stačit, už jako vím, kde co je, takže je to jako lepší trochu. Už vím, že tady mám sedm obrázků, ty mám z domu.*“ (ukazuje na obrázky)

Se stravováním je klientka spokojená: „*Ano, ano Je ho dost, já to ani nesním.*“

Svůj volný čas tráví většinou na pokoji, protože má vzhledem ke svému zdravotnímu stavu strach někam jít: „*Ale už je to smutný, jednak špatně vidím, taky míň slyším, takže já nemůžu třeba nikam jít na procházku nebo jen sem jít na tu chodbu, abych nikde nezabloudila. Ty oči, to je, ničím je nenahradím. Ty oči.*“ Velmi ji bavilo číst, ale kvůli tomu, že vidí pouze obrysy, to není již možné: „*Já sem tak ráda četla, tak bych na to měla čas, ale nemůžu, ty oči, já nevidím.*“ Ráda poslouchá alespoň rádio, to jí zaplňuje většinu volného času: „*No ale mám aspoň to rádio.*“ To poslouchala i v době, než začal náš rozhovor. Paní Helena čas od času poslouchá televizi: „*Na televizi se dívám, aspoň vidím ty obrysy. Já ráda poslouchám ty zprávy z přírody a tohle z takového života ráda poslouchám. A večer bývá nějaký program, to si taky poslechnu.*“

Kvůli oční vadě a tomu, že nechodí ven, nenavazuje moc přátelství: „*Tady nemám kamarádky, tak to přijde, ale jedna taková známá, ale jednou za čas, taky né pořád. Ale jinak sedí každý sám. Je to zlý, no. Já kdybych viděla, tak se můžu někam vydat, no ale takto.*“ Také jí provází strach z toho, že by někoho obtěžovala: „*Já bych si ráda povídala, ale su tady sama a já nechci nikoho obtěžovat.*“ „*Já nevím, já si zase myslím, že každého obtěžuju, tak je to takový zlý. Někdy přijde jedna paní, jednou za čas.*“

Pokud se konají nějaké akce, tak ji personál vezme s sebou. Ovšem opět vzhledem ke zdravotnímu stavu, dle jejího tvrzení, to není tak přínosné, jako pro ostatní: „*No vždycky mě vemou a já stejně nevidím a špatně slyším, tak to pro mě nemá takový význam. Vždycky pro mě někdo přijde, já bych nikam nedošla, tak aspoň tak se dostanu mezi lidi a jinak je to rádio a televize.*“ Pokud se chce paní Helena dostat ven na vlastní žádost, je jí to umožněno. Vzhledem k tomu, že nechce být na obtíž, tak to moc nevyužívá: „*To sem si musela zavolat, tak přišla a šla se mnou, já bych zakopla nebo něco takovýho.*“

Velmi často při rozhovoru zmiňuje zklamání z toho, že vidí jen obrysy a díky tomu je více závislá na okolí: „*Sama nemůžu nic, je to zlý, velice zlý, já opravdu nemůžu.*“ „*Hlavně poslouchám rádio nebo tu televizi, tu slyším. A jinak ten život je příliš takový úzkostlivý, takový, protože se bojím někam vyjít ven i na tu chodbu.*“

Paní Helena je věřící, ovšem nikam, ani do kaple, nechodí: „*Já věřím.*“ K Bohu se obrací většinou, když je jí smutno: „*A to je zajímavý, když je člověku zle, tak se obrátí k pánu Bohu. A mně bývá tak nějak smutno, tak já se i pomodlím.*“

Velice pozitivně na ni působí kanárek, kterého dostala od synovce, a vedení dovolilo jeho umístění do pokoje: „*No to mám, to su hrozně ráda, protože on ted'ka mlčí, ale jinak hodně zpívá.*“ Je pro ni příznivé, že ho slyší zpívat, může si na něj sáhnout a necítí se tak sama: „*Tak aspoň mám tohohle ptáčka, že mně není tak smutno. Ale ráda bych, kdyby lítal, kdyby byl ochočený, ale to nejde. Já dám ruku do klece, on si sedne na ruku a pozobe mě trošku.*“ „*Je takový malinký, ale hlas má dost silný.*“

Velmi ráda vzpomíná na manžela a co spolu prožili. Trápí ji však, že nemohla mít děti a tak se realizovala alespoň v práci: „*Já sem byla vdaná, ale neměli jsme děti, což mě strašně mrzelo a zkusila jsem kvůli tomu strašně moc.*“ „*Já mám ráda děti, tak sem aspoň učila, abych je měla u sebe.*“

Paní Helena je kvůli své oční vadě v hodně věcech odkázaná na pomoc ostatních. Nemůže si zajít na zahradu, nemůže si číst, luštit křížovky nebo si prohlížet fotky. I když ví, že je možné zavolat pro pomoc, doprovod, nechce být na obtíž a tak raději sedí sama v pokoji a čeká, než někdo přijde za ní. Nejčastěji poslouchá rádio, ale v současné době se jí zhoršuje i sluch. Takže je otázka, jak dlouho ještě může využívat tento smysl a co by dělala, kdyby ztratila i ten. Dlouho se rozhovor zaobíral minulostí a tím, že nemohla kvůli nemoci otěhotnět. Velmi ji to mrzí a vzpomíná aspoň na práci a svoje žáky. Hezké vzpomínky má také na manžela, který byl moc hodný, a prožili spolu spoustu hezkých věcí. Paní Helena působila u rozhovoru smutně a odevzdaně. Velmi ji trápí, že kvůli ztrátě zraku nemůže dělat ty věci, které ji baví. Tím, že nechce být na obtíž je velmi omezená a její působnost je pouze na pokoji.

Domnívám se, že u této klientky by měl být vypracován individuální plán trávení volného času. Zejména by se měl zaměřovat na hmatové podněty. Využity by mohly být různé pomůcky, které se používají u zrakově postižených lidí. Dále by mohla být vhodná metoda canisterapie, kdy se využívá k terapii pes. Paní Helena by použila smysly, které ji dobře souží jako hmat, čich. Také si myslím, že by jí pomohl fyzický kontakt, hlazení psa, hraní her se psem atd. Jistě by mohlo být využito i jiné zvíře. Dále předpokládám, že pokud klientka ráda čte a ještě využívá zbytky sluchu, mohla by upotřebit audionahrávky knih oblíbených spisovatelů. Důležité u ní je, aby neměla pocit, že svým jednáním ostatní obtěžuje. U této klientky bych využila dobrovolného pracovníka, který by jí pomohl překonat úzkost a učil by ji, jak se správně pohybovat, aby nabyla sebevědomí a také se dostala ven z pokoje. Pokud by se našlo více lidí, které mají stejné obtíže, jako paní

Helena, mohla by být vytvořena určitá skupinka, pro kterou by se dělaly speciální akce jako návštěva stezky pro nevidomé či navštěvovat společně akce pro tyto osoby.

Respondentka č. 9

Paní Ilona, 86 let. V domově pro seniory je osm měsíců. Na pokoji je paní Ilona se svou dcerou. Toto ubytování si vybrala právě kvůli dceři, se kterou dříve žila i ve společné domácnosti.: *„Já sem měla hezkej byt, všechno zařízený, dcerka u mě byla. Ona mi všechno nakoupila, uvařila a bezva. A říkala, až jednou odejdeš, já se odstěhuju do Prahy.“*

Dcera se o ni také starala. Pak však ochrnula na půl těla a o paní Ilonu se již neměl kdo postarat: *„Slavili sme, nepili sme. Ona šla nakoupit a každej po ní něco chtěl. Nikdy neřekla ne. Třeba v létě sme si dali kapra a pustili sme si koledy a pak se smály, že sme blbý obě dvě.“* „A ona se nemohla oblíct a dostala na půl těla mrtvicu. Tak si mě mladí vzali na tři měsíce, jako ze začátku to šlo, ale pak sem jim šla na nervy, protože, když nemůžete a musíte se nechat obsloužit.“ Poté odešla za svým vnukem, kde to však podle jejich slov nebylo ideální: *„Nejhorší byla ona, babičko, ty seš vetřelec, já si nemůžu volat s klukama ani s kamoškama nic, to říkala. Všechno ju rušilo.“* „Starej člověk je na obtíž, já musím aspoň jednou za den na záchod, no, tak to rušilo, já to беру.“ „No nebylo to ono. On mě obsluhoval, jako vnuk a ona si myslela, snacha, že nechcu dělat, ale ono mně to nešlo, já sem měla strach, abych něco nerozbila, neudělala. A ptal se, chceš něco a vozil mě po Praze.“ „Já říkala, to není ono, zavez mě zpátky a vzala sem si ošetřovatelku, to mně zase sestřenice zařídila. Byla hodná, všechno, ale brala moc, takže to zas bylo neúnosný“ „Pomohla mně hlavně z koupelky, já sem měla strach, dvakrát sem sebou mázla na zem a nemohla se zvednout, to je krutý.“

Domov pro seniory vybrala právě s ohledem na dceru, i když již měla domluvený jiný: *„Ta tady byla první a to si nemůžete vybrat. Berou tam, kde je volno. Já měla deset roků slíbený v (nejmenovaný domov pro seniory), jenomže když se jí to přihodilo, mě by tam vzali, ale ju by tam nevzali. Tak když se to stalo, tak at' už jsme spolu.“* Ohledně stáří a svého stavu uvádí, že už nechodí k doktorům, protože jí vždy něco najdou: *„Ale že už su tak postižená, nic se s tím nedalo dělat. Je tady stáří, musím se s tím smířit, říkal doktor. Ale život to není pěkněj.“* „Já už k doktorce ani nechodím, srdíčko, žaludeční vředy, tak už tam nechodím, to je furt něco a ty prášky, to taky není vůbec dobrý.“ Trápí ji,

že nemůže chodit na procházky: „*Kdyby byl člověk chodící, tak je to ideální. Ale když ste taková, tak ste ráda, že vás někdo obslouží*“.

Negativně vnímá malý počet sester, které jsou neustále vyčerpány: „*Je jich málo, oni mají toto poschodí a ještě nahoře poschodí. A navíc k tomu mají takto postižený. A teď, když nás ráno vzbudí, tak to sme rády, když deme spát a za tu celou noc a ona to neudrží, tak chodí do plyneček.*“ „*Více sestřiček, kdyby bylo, tak by to bylo ideální. Každá má jedno poschodí a ještě jedno a jedna je noční sestra.*“ „*Nám je dlouhý, když ta se třeba, záleží taky, co sníte. Když se pokaká a teďka v tom musíte vydržet. A než dojdou a ona už v tom plave. No člověk to musí vydržet. Já trnu, co se mnou bude. No je jich málo, je to marný.*“ Jinak je však s personálem velmi spokojená: „*Každá sestřička je jiná, ale všichni vám pomůžou. Máme dva anděle ze zlata, ale aji když tady nést, tak sem ráda, že někdo pomůže.*“

Paní Ilona tráví svůj volný čas převážně na pokoji, ale dochází pravidelně na cvičení. Také ráda poslouchá od dcery, jak trávila čas. Ta nabízené programy využívá často: „*Byla v dílně, chválila si to. A když něco, vybere si dceru a ještě někoho. Takže s ňou byli v dílně a líbilo se jí to. Ale někdo ju musí dovést a zase přivést. Ten kdo může, tak je to ideální. Já bych šla na procházku, jak se tady chodí.*“ „*Ale podíváte, stačí, abych si musela sednout na židlu a to su ještě ráda, že pak jakš takš jdu.*“ (Paní Ilona předvádí, jak se jí těžce vstává). „*Já nevemu ani hřebínek, abych se učesala, tak sem se nechala ostříhat.*“ Také nevyužívá programy z toho důvodu, že se cítí být neužitečná: „*Já tam nechodím taky proto, protože su jim k ničemu, s ničem nemůžu pomoci. A já si natáhnu a ulevím si pravou nohu a opak tady čekám, co dcera řekne, tak se jí ptám.*“ Svůj volný čas tráví většinou u televize: „*Máme televizu, pustíme si televizu. Mám ráda dechovku.*“ „*Poslouchám dechovku, paní od vedlá mně donese časopis, já si musím vzít lupu, teďka vidím, nevidím.*“

Sociální kontakty nevyhledává, protože ji nebaví zejména témata, která se tu, dle její zkušenosti, probírají: „*Já osobně nikam nechodím, všechny pozdravím, každý úterý chodíme cvičit, ale mně de všechno na nervy. To je samá nemoc, samej starej.*“ Na pokoj k nim dochází také jeden klient, ale paní Ilona ho, dle svých slov, nebere jako bližšího člověka: „*Ten za náma chodí z vrchu, ale je to sedmilhář, nám vykládá nějaký bludy. On je teda taky postiženej, ale vymýšlí si, tak mu říkám, ať z nás nedělá hloupější, než sme.*“

Vztahy však udržují obě ženy se svými známými: „*My máme všude přátele, tak za náma jezdí, sestřenka, moja švagrová každou sobotu, té je 81 roků a říká, proč ste si holky*

nevybraly penzion, a já říkám, budeš ráda, když ti utřou zadek a je jedno, jesi to bude v penziónu nebo tady.“

Paní Ilona měla očekávání, že se tu bude starat o dceru, ale sama na to již nestačí: *„A tak sem si říkala, že budeme chodit na procházku, že jí budu pomáhat a já su jak zpomalenej film.“* *„Nejhorší je, když tam musí na nočníku dlouho sedět a já ju nemůžu zvednout a když ju to chytne přes oběd, to vony musí zrovna pro obědy.“* *„No a já ju neuzvednu na tom vozíku. A já bez hůlek ani rana.“*

S pokojem není paní Ilona spokojená, přijde ji malý a špatně vybavený: *„Je to maličký a nelíbí se mně. A když já se musím nachystat každý pondělí, kdy se koupeme a do naha musím být a nemůžu si podat župan, pak tady sedím jak Eva a čekám, než mi pomohou. Je to úzký a vysoký a kdo to vymyslel, tak je blbec.“*

Často se také zmiňuje o tom, že už se jí nechce žít: *„Já sem říkal, dejte mně něco, ať du do kyttek.“* Také ji trápí zdravotní stav a s ním spojená omezení: *„Chválí mě tady, jakej tady mám výhled, že je krásnej. Co mám z toho výhledu, když se nedostanu ven. Kdyby člověk mohl, tak je to ideální.“* *„Je to krutý, jak nemůžete, tak...“* *„Já nerada jím prášky, ale musíte to dělat. A ono to za chvíličky vyprchá a je to pryč.“* Má pocit, že by byla na obtíž: *„Ale mě musí někdo doprovázet, a kdo prosím vás, já nemůžu požadovat po sestřičkách a musím čekat, než mě někdo odvede a dovede. Někoho furt obtěžovat a musíte i na záchod a to je problém.“* *„Já na to oko teda taky moc nevidím. Jak člověk stárne, tak je to všechno horší. A ještě ta mysl.“*

Se stravováním je celkem spokojená: *„Máme ho moc, já vždycky křičím málo, málo. Někdy je to velice dobrý, ale včera byla rajská, přesolená a někdy je to zase bez chuti a bez zápachu. Ale hlad tu není.“* *„Doma sme taky neměli zle, ale tady paštika, půl párku, kolečka salámu. Někdy chcete něco jinýho, my sme masový. A nepřejídáme se.“*

Paní Ilona se sama ráda pomodlí a to jí stačí: *„Jako já se pomodlím, ale zas takovej fanatik nejsu.“* Dříve chodila se sousedkami i do kostela: *„Já sem chodila se sousedkama, tak sme si udělali pohodu do toho kostelíčka. Ale to sem ještě mohla a nejsu fanatik. A pak byl u nás kněz v bytu.“* *„A ona mně furt vykládala, že duša letí, že je to v Bibli. Já říkám, když ste hmota, žádná duša a ta mně furt vykládala, že duša letí a de do pekla nebo do nebe.“* *„No když ste mrtvá, tak co? Tak nic.“*

Paní Ilona byla velmi komunikativní. Začátek rozhovoru se zaměřoval především na její komplikovaný příchod do domova pro seniory. U svých příbuzných, kde trávila tři měsíce,

se cítila velmi nepříjemně, ale chápe, že to se starším člověkem není lehké, a tak sama požádala, zda může odejít. Snažila se potom zůstat s ošetřovatelkou, ale bylo to pro ni finančně náročné. Po umístění dcery se rozhodla, že půjde za ní. Paní Ilona ráda povídá o minulosti, rozhovor byl také o jejím manželovi, který ji náhle opustil, a dlouho jí trvalo, než se z toho vzpamatovala. Trávení volného času omezuje její tělesná pohyblivost. Na kterou také často přijde řeč. Ráda tráví čas u televize a skrz dceru čerpá nové zážitky.

Paní Ilona je se svým stavem spokojená. Po diskuzi mi řekla, že by dobrovolníka neocenila, protože je vlastně ráda, že už moc nemusí chodit. Ráda si však povídá, a protože neudrží moc vztahy s ostatními obyvateli, mohl by zde být pokus ji s někým seznámit, kdo je podobně naladěný. Díky své dceři a tomu, že si spolu povídají a tráví čas, žádný kontakt nevyhledává. Problém vidím v tom, že když se na sebe dva lidé fixují, mohl by v případě úmrtí jednoho vzniknout problém.

Respondentka č. 11

Paní Květa, 79 let, přišla do domova pro seniory před rokem a půl. Žije ve dvoupokojovém bytě. Stěhování z vlastního obydlí do domova jí bylo ze zdravotních důvodů nařízeno ze strany lékařů.: *„No, já sem si to nevybrala, já sem musela, protože sem měla kolaps a byla sem úplně jak ochrnutá a nesměla sem být doma. Protože mě prášky poškodily“* (respondentka si ukazuje na hlavu). *„Já sem spadla, jako nevím, jestli sem spadla. Já vím, že sousedka mě nemohla probudit. Já sem si nevařila, tak sem měla dva obědy za dveřma a ona prej pak na to přišla, že se vlastně něco děje, tak volala dceru.“* Konkrétní domov si paní Květa nemohla vybrat, protože nebyla volná místa: *„A já už sem byla aji zmatená a tak sem nesměla být doma. Tak sem musela někam jít, tak mně to tady z nemocnice sehnali a tohle bylo jediný, kde bylo vlastně volno. Já si vybrat nemohla. Dcera lítala po domovech a nikde nebylo volno.“*

Přestože byla paní Květa zvyklá na vlastní soukromí, bydlí nyní s další obyvatelkou na pokoji: *„Já si tadyk zvykám. Kdybych byla sama, tak je to lepší, ale nemožu být. Ale tak já se snesu s každým. Já to беру tak, že su v domově důchodců, né v nějakým altrónu. A každej je jinej a musí si zvykat, že sou tady staří a né mladí.“* Navzájem se však s druhou klientkou respektují: *„My si celkem vyhovíme, když telefonuju, tak uteče nebo já uteču. Nebo když máme návštěvy, tak deme sem“* (kantýny).

Paní Květa také vzpomíná na svoji předchozí spoluobyvatelku, která již zemřela: *„Já mám už druhou paní. Jedna mně umřela. Tak mám druhou. S ní těžko vyjdu, když se mně*

to nelíbí, tak uteču. Pokud můžu chodit, tak je to dobrý. Až nebudu moct, tak to bude horší.“

Kamarádké vztahy respondentka v domově moc nevyhledává. Bližším člověkem je pro ni klient, kterému byla při příchodu přiřazena a dle jejich slov ji na začátku velmi pomohl: *„Mám tady jednoho pána, kterýho mně dala staniční, teda mě jemu na starost. Ted' je to právě obráceně, že se o něho starám já. Mu se motá hlava, mohl by spadnout. My si děláme jeden druhému doprovod. Ale on nechce chodit ven, takovej protiva. Se ženskýma nevyjdu, nevěřím ženskejm. Já sem se spálila a ne, ne. Ten můj je takovej neruda, ale je můj.“*

S rodinou se paní Květa stýká velmi často a zaplňuje tím podstatnou část volného času: *„Mám celou velkou rodinu. Ted' jsem byla čtyry dny doma, ted' zase znovu. Byla jsem na pohřbu, tak další dny. Jezdím s děčkama, já su pořád někde pryč. S dcerou se sebereme a jedeme nakupovat. Nebo si du s nima do kavárny, mně to takhle uteče. Mám taky vnoučata a neteře.“* Většinu času tedy tráví respondentka aktivně: *„No abych pravdu řekla, já su většinou venku nebo jdu do čítárny na nějakej film nebo něco. Ale jinak čtu, pletu, ted' louskám ořechy na Vánoce. Mám problémy s očima, tak na televizu moc čučet nemůžu.“*

Okolí se paní Květě velmi líbí. Již ho celé prošla a přírodu zde velmi oceňuje. Přestože se mohla stěhovat do jiného domova, vybrala si zde zůstat: *„To můžu klidně zůstat tady. Můžu si zajet do města, tady je zahrada. Jezdím s pánem. Drapneme kabát a deme. Už sem to celý prochodila“.* Využívá také akce pořádané domovem: *„Na cvičení chodím, mě teda málokdy volá, já su pořád pryč, tak nemusím. Jinak jezdím na zájezdy, ted' jsme byli na výstavě. Já moc nemůžu, mám potíže s močením, tak moc nemůžu, na kratší cesty leda.“* Informace pak klientka získává z nástěnky a osobního kontaktu s pracovníci, která má tyto akce na starosti.

Jídlo hodnotí paní Květa jako průměrné: *„Někdy je to dobrý, někdy ne. Tak jak všude. Jen mě štve tvrdý hovězí maso. To mě teda rozčiluje. Nevím, co ti kuchaři dělaj. Jinak já si beru málo, ale je toho dost. Někomu nechutná kaša, když udělají vločkovou, tak nadávají. Já nemám ráda vařený večeře, rači si vemu chleba s máslem.“*

Paní Květa nemá na pokoji vlastní toaletu a v souvislosti s tím se již setkala s problémy: *„My tam máme jednoho blázna, kterej chodí na ženský, ale on je střelenej. Nebo babky starý, hnedka je něco podělanýho. Ale nemůžu říct, že by tam byly fronty.“* Zároveň však

uvádí důvody, proč nemít toaletu na vlastním pokoji: „*Já po tym netoužím, abych měla pořád na pokoji smrad, tohle mě jako neláká, tohle mně nevadí.*“

Respondentka je věřící. Na místní mše v domově nechodí, protože se jí nelíbí vzhled: „*My zajdeme jinam ve městě, ale tady ne. Mně to nepřipadá jako kostel. Jako bych si tam sedla a pouštěli mně nějaký film.*“ „*Já se modlím každé den, chodíme do kostelů ve městě, tam se pomodlíme a to je všechno. Já věřím, ale sem nepudu. Mě to tady nebaví, připadá mně to jak v čekárně. Tady přijdu a ty vozičkáři a to všechno, to člověka tak deprimuje.*“

S problematickou komunikací u klientů domova se paní Květa již setkala: „*Tam máme zrovna tři. Nerozumíme paní, pak jeden chlap a ještě s jedním se nemůžu domluvit. Ty špatně mluví. Musí se zeptat třikrát a ta jedna, ta je postižená v obličeji, ta je vůbec hrozná.*“

Paní Květa citlivě vnímá ostatní klienty, kteří na tom, dle jejich slov, již nejsou dobře: „*Je to hrozný, tady tohle, ty lidi, to všechno mě tak deprimuje. Já když to vidím, tak bych brečela. Tak rači utíkám za mladýma, no...*“ (paní Květa obrací hovor k rodině).

Vylepšení, které by klientka uvítala, je více kulturního vyžití. S ostatním je spokojená: „*Jediný, co bych tak chtěla, zájezdy do divadla. Tak to je jediný, co bych tak. Já strašně ráda chodím do divadla, su šťastná jako blecha. To mně vadí, to mně chybí.*“

Domů by se paní Květa již vrátit nechtěla. Jako hlavní důvod udává, že vlastní domov již nemá a svým potomkům nechce být na obtíž: „*Šla jsem sem, tak sem tady. Už nemám ani kam jít dom, k děčkám nepudu, nechcu je otravovat. A tak já su adaptabilní, říkám, kde mám postel, tak su doma.*“

Respondentka se vrací k tomu, jak je pro ni nepříjemné vidět kolem sebe těžce nemocné seniory a jak pro ni byly začátky příchodu těžké: „*To člověku nepřidá. Takhle můžu taky dopadnout. Člověk si musí uvědomit, že člověk s sebou škrábne a buď se neprobudím, nebo na tom budu tak nějak.*“ „*Já sem chodila o hůlkách a paní staniční mu řekla, že mě má doprovodit do jídelny. Já sem hodně brečela, a tak jsme si hodně vykládali, nechtěla sem tady být. On mně hodně pomohl, hodně a já mu to oplácím, že se mě tady ujal. Já sem celý dny probrečela.*“ Paní Květa opět vzpomíná i na svoji předchozí spolubydlící, která její příchod také pozitivně ovlivnila: „*Naštěstí sem dostala babku, ta pořád mluvila a mluvila. Ta byla tak plná optimismu, že tady bude do sta let a ta všude*

chodila, na mše, na procházky sem s ní musela. Plná elánu, že mě nabíjela. Ale tadle druhá, ta je spíš opak, tu musím nabíjet já.“

Paní Květa se hned v úvodu představila jako „upovídaná“ a dlouze popisovala, jaké zdravotní komplikace ji přiměly k bydlení v domově pro seniory. Přestože pro ni byl začátek velmi těžký, již se zde zabydlela. Pokud je možnost, svůj volný čas tráví aktivně a plánuje si ho sama. V domově si také našla přítele, se kterým tráví podstatnou část svého dne a se kterým si vzájemně pomáhají. Významná je pro ni také rodina, se kterou se často navštěvuje a díky které, dle jejich slov, utíká za mladšími, se kterými si lépe rozumí. Důležitý je pro ni také pocit, že je užitečná a tak např. v období prosince louská ořechy na cukroví a tím pomáhá své dceři.

5.6 Interpretace výsledků výzkumu

Jaké nejčastější faktory se z pohledu seniorů žijících v domovech pro seniory podílejí na kvalitě jejich životů?

Nejčastěji zmiňovaným faktorem je **aktuální zdravotní stav**. Od něj se odvíjí další faktory jako je svoboda, a to v tom smyslu, že senior může kdykoliv kamkoliv zajít a nemusí žádat o doprovod a čekat, kdy mu někdo vyhoví. Pokud seniora netrápí zdravotní problémy, tak může navštěvovat všechny aktivity, které domov pro seniory nabízí. Častou komplikací také bývají smyslové vady, které znemožňují některým klientům např. číst knihy, nebo se dívat na televizi a díky kterým ani z nabízených aktivit nemají takový zážitek, jako ostatní.

Aktuální zdravotní stav je tedy pro hodnocení kvality života stěžejní. Respondenti, kteří na tom byli zdravotně špatně, častěji uváděli, že je stáří velmi těžké a někteří by dokonce raději nežili. Hovor byl více negativní a převážně zaměřený do minulosti. Naopak soběstační senioři více zmiňovali akce, které je čekají, vykládali o svých rodinách a také plánech, které mají. S tím se také pojí druhý faktor a tím je **navazování sociálních kontaktů**. Pokud je senior izolovaný ve svém pokoji, nemůže s ostatními obyvateli trávit čas, a tudíž je o tyto vztahy ochuzen. Mnoho z nich se pak cítí osamocené. „*Největší obtíž stáří není nemoc ani úbytek sil, ale samota a prázdnota*“ (Kalvach, 1982, s. 7). Klienti, kteří si našli v domovech pro seniory spřízněnou duši, tráví značnou část s touto osobou a společně se rozhodují, jak vyplní svůj volný čas. Tyto dvojice si také navzájem pomáhají jak po fyzické stránce, kdy se např. podpírají na procházce, tak i po psychické stránce.

Také **kontakt s rodinou a přáteli** je pro mnohé seniory velmi důležitý. Udržuje je stále ve spojení s lidmi, které mají rádi. Návštěvy jsou pak pro ně zpestřením dne, kdy se mají na co těšit a také jistým únikem z všedního dne. Důležitý je také pocit užitečnosti, kdy mohou pro své blízké něco udělat. Některé domovy pro seniory pořádají různé akce, na které mohou zavítat i ostatní lidé, kteří nejsou obyvateli a tím je pro seniory otevřena možnost navázat nová přátelství. Jedná se např. o mše, společné stravování a další.

Soběstační senioři tráví svůj **volný čas** dle svého uvážení. Zapojují se do akcí, které je baví a většina z nich na ně dochází pravidelně. Zajdou si na nákup nebo do města. Mohou se potkávat se známými uvnitř i venku. Spousta z nich tráví čas v přírodě, rádi chodí na procházky a jezdí na výlety.

Respondenti se zdravotním omezením netráví svůj čas dle svého uvážení. Uvádí, co by rádi dělali, ale nemohou, nebo pouze v doprovodu jiné osoby. Často zůstávají na pokoji, protože se bojí vyjít ven. Mají strach, že se ztratí nebo někde upadnou. Také nechtějí působit problémy nebo být na obtíž a raději si zapnou televizi nebo rádio. Tito klienti jsou díky tomu omezeni jak na společenském, tak i na sociálním životě. Nenavazují tolik přátelství s ostatními spolubydlíci. Zvláště u respondentů, kteří byli na jednolůžkovém pokoji, bylo cítit osamění a touha po kontaktu. Zejména u těžce postižených by měl být volen individuální plán, který jim umožní využít zbylé smysly a zapojit se do společenského dění. Respondenti, kteří se mohou svobodně pohybovat a nejsou omezeni žádným zdravotním ani jiným problémem, často uvádí své obavy nad tím, co se stane, až nebudou moci. Uvědomují si, jaké problémy s tím spojené přichází.

Důležité je, aby volný čas trávili senioři podle svých představ a tak, jak jim to vyhovuje. Zaměstnanci by měli pouze nabízet a motivovat klienty k zapojení, ale v žádném případě je k účasti nutit. Proto je vhodné seniora poznat, ptát se a zjišťovat, co má rád a co ne a podle toho upravit individuální program. Velmi pozitivně je hodnocena také **přítomnost zvířat** v domovech pro seniory. Většina respondentů se shodla, že zvířata rádi pozorují, hrají si s nimi a hladí je. To jim přináší radost.

Často zmiňovaný problém je, zejména u aktivnějších seniorů to, že do domova pro seniory jsou přijímány stále **horší případy**. Tento fakt je hodnocen negativně a seniory tíží psychickou nepohodou, protože je to konfrontuje s tím, jak mohou dopadnout. Také to pro seniory znamená, že ti schopnější se drží více pospolu a tvoří uzavřenou skupinu. Někteří klienti pak uvádí, že si s ostatními seniory moc nerozumí a pohled na nemocné jim nedělá

dobře, a tak raději utíkají za brány domova a vyhledávají mladší společnost, ve které se cítí dobře.

O1: Z jakého důvodu odcházejí senioři do domovů pro seniory?

Nejčastějším důvodem, proč klienti odešli ze svého domova, je ztráta soběstačnosti. Senioři již sami cítili, že nejsou schopni se o sebe postarat a nezvládají každodenní běžné činnosti. Zejména ti, co neměli děti a věděli, že se o ně nemá kdo postarat, měli tuto otázku vyřešenou v předstihu, když ještě nebylo nutné svoji domácnost opouštět. Dva respondenti uvedli, že odešli jako doprovod se svými manželkami, které byly po úraze, a péči o domácnost již nezvládali. Jedné klientce bylo doporučeno lékařem, aby z důvodů své nemoci nebyla sama doma. Dále k odchodu přispělo také špatné přizpůsobení a umístění vlastního domova, kdy bylo pro seniora těžké, někdy v důsledku nemoci až nemožné, např. vyjít schody do patra.

O2: Jaké kritérium hraje roli při výběru domova pro seniory?

Část respondentů si domov pro seniory vybrala z toho důvodu, že do něj chodili navštěvovat své známé. Byli seznámeni s tím, jak domov pro seniory vypadá, jaké nabízí aktivity či vybavení pokojů. Tito klienti se častěji zmiňují o tom, že se jim zde líbí a jaké mají štěstí, že zde pro ně bylo místo. Většina z nich se snažila, aby byl domov pro seniory v blízkosti jejich rodiny či místa, kde bydleli. Druhá část seniorů odešla tam, kde pro ně bylo volné místo. Jedna respondentka si vybrala domov pro seniory z toho důvodu, že v něm již byla její dcera.

O3: Jak se senioři aktivně zapojují do vytváření svého denního režimu?

Nejčastěji si senioři sami plánují svůj den podle toho, co se jim chce dělat. V různých frekvencích využívají všichni respondenti akce, které jim domov pro seniory nabízí. Akce se plánují se seniory společně. Mohou navrhnout, kam by se chtěli podívat nebo co by chtěli dělat. Tuto možnost využívají zejména zdatnější klienti, kteří těchto akcí také nejvíce využívají. Další možností jsou akce vyvěšené na nástěnce, na které se klienti mohou libovolně přihlašovat. K seniorům, kteří nevycházejí z pokojů, chodí zaměstnankyně, které je na pořádání akcí upozorňují. Pokud má klient zájem, naplánují s ním i možnosti doprovozu či dopravy na místo atd. Senioři také mnohdy jezdí na návštěvy domů, kde se účastní rodinných nebo místních akcí.

O4: Navazují po sociální stránce senioři v domovech pro seniory přátelství či partnerství?

Snaha navázat přátelství byla u většiny dotázaných respondentů patrná. Nelze však mluvit o tom, že by byla i snaha o navázání partnerství. Jde spíše o to najít spřízněnou duši, která by měla stejné koníčky a zájmy, a s tou trávit čas, sdělovat si zážitky, poznatky i trápení. Tři respondenti uvedli, že si spřízněnou duši našli v klientovi opačného pohlaví. Zajímavostí je, že dva jsou klienty jednoho domova pro seniory. Funguje zde totiž mechanismus, kdy zaměstnankyně požádá seniora, aby se o nově příchozího v začátcích postaral a vše potřebné mu ukázal. Ze začátku je tento navázaný kontakt brán jako úkol, ale z rozhovorů vyplývá, že spolu i nadále tyto dvojce zůstávají. Tyto vztahy byly také hodnoceny jako velká psychická podpora v začátcích. Byli zde i jedinci, kteří kontakt s jinými lidmi nevyhledávali, což je ale z toho důvodu, že tito klienti mají zdravotní obtíže, které jim brání v podílení se na běžných věcech jako jsou společné stravování či kulturní akce pořádané domovem. Také se bojí, že jsou ostatním na obtíž, což jim také značně brání.

O5: Ovlivňují návštěvy rodinných příslušníků příznivě spokojenost seniorů?

Návštěvy rodinných příslušníků působí na respondenty kladně. Je to pro ně zpestření běžného dne a také je to jistá forma kontaktu s okolním světem. Pozitivní vliv rodiny také dokazují všudypřítomné fotky, které mají klienti rozvěšeny po pokojích. Každý klient, který má vlastní rodinu, ji v rozhovoru zmínil a pochlubil se, kolik má vnoučat a co všechno jeho potomci v životě dokázali. Společné akce s rodinou jsou potom pro seniory velmi důležité z toho důvodu, že se mají na co těšit. Někteří respondenti již neměli nikoho, kdo by je navštěvoval, a byla patrná lítost nad tímto stavem.

O6: Má úspěšná komunikace vliv na životní spokojenost seniorů?

Senioři, kteří se do výzkumu zapojili, neměli osobně téměř žádné problémy v komunikaci. Občas se zmiňovali o tom, že je pro ně obtížné pojmenovat určité předměty či jména. Pouze u jedné respondentky bylo patrné, že je její komunikace následkem nemoci omezená. Ta uvedla, že nikdo nejeví zájem o rozhovor s ní a nikdo se jí na nic neptá. Jak z personálu, tak ostatních obyvatel. Tato klientka je na pokoji se svou přítelkyní, která za ni všechno vyřizuje. Pokud se respondenti dostali do kontaktu s člověkem, který má problémy s komunikací, hodnotí ho jako „chudáčka“ nebo „co už to nemá v hlavě v pořádku.“ Při rozhovoru s takto postiženým pacientem jsou dokonce schopni všechno

odkývat, i když mu vůbec nerozumí, a snaží se rychle odejít pryč. Uvědomují si také, jaké nepříjemnosti toto omezení přináší a většina doufá, že je to nikdy nepotká.

O7: Jsou v dnešní době novodobé domovy pro seniory dobře situovány, zařízeny a vybaveny?

Současné domovy pro seniory, které se účastnili výzkumu, nabízejí svým klientům moderní a funkční vybavení. Nachází se v nich jednolůžkové či dvoulůžkové pokoje. Vícelůžkové pokoje se v současné době v domovech vyskytují pouze ojediněle, aby bylo zajištěno větší soukromí každého seniora. Část nabízí také vlastní vybavení pokojů či určité věci, které si senior může přinést z vlastního domova. To je klienty velmi pozitivně hodnoceno. Jedna respondentka uvádí, že je pro ni nábytek nevhodně vyřešený a nedosáhne tak na svoje věci. To podporuje závislost klientky na pomoci ostatních a určitě by bylo vhodné se zamyslet nad tím, jak nábytek co nejlépe přizpůsobit potřebám seniora.

Dále jsou v domovech pro seniory zajištěny specializované místnosti, kde se provádí různé formy rehabilitací, cvičení, dílen, odpočíváren., terapeutické a zábavné činnosti. Výlety, akce, kulturní činnosti. Možnost chovat zvíře. Služby jako kadeřnictví, holiče, pedikúru, manikúru, masáže, kosmetiku. Zájezdy firem s různým druhem zboží. Kavárny, bufety. Domovy pro seniory také nabízí možnost připojení na wifi, připojení telefonu pro komunikaci s personálem a ostatními obyvateli. Dále je zde podpora dobrovolníků pro jejich činnosti se seniory.

O8: Má víra pro seniory hluboký význam?

Část respondentů věří, nicméně někteří jedním dechem dodávají, že nejsou žádnými fanatiky, a stačí jim, když se jednou za čas pomodlí. V domovech pro seniory jsou zařízeny kaple, které vedou bohoslužby. Nicméně většina respondentů říká, že možnost pomodlit se v této kapli nevyužívá. Pro některé je obtížné, dostat se do kaple, a tak raději volí možnost pomodlit se na pokoji. Jiným připadají tyto kaple jako běžné pokoje, ze kterých nejde cítit tu pravou atmosféru, a tak raději volí návštěvu kostela poblíž domova pro seniory. Je také možné využít služby, která umožní klientům návštěvu pastora na pokoji, kde se mohou soukromě pomodlit.

O9: Je v současné době z hlediska kvality i kvantity stravování označováno seniory za vyhovující?

Ohledně stravování jsou senioři relativně spokojeni. Množství jim přijde dostatečné, někteří dokonce uvádí, že ani celou porci nesní a stačila by jim poloviční. Jedna klientka, kterou trápí finanční potíže, si plnou stravu nemůže dovolit, a tak odebírá pouze obědy. Zbytek stravy jí jednou týdně kupují zaměstnankyně. V tomto případě je však problém v tom, že strava již není ke konci týdne čerstvá. Kvalita jídla je, dle hodnocení klientů, dobrá. Někteří uvádí, že čas od času jim nějaké jídlo nechutná, ale je to zejména tím, že na něj zrovna nemají chuť. Část z nich se shoduje na tom, že jídlo je dobré, ale není to „jako doma.“

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem kvality života seniorů, kteří v současné době žijí v domovech pro seniory. Práce je členěna na dvě části a to část teoretickou a část praktickou. Na základě studia odborné literatury byly shromážděny poznatky, ze kterých čerpá teoretická část diplomové práce. První kapitola je věnována problematice seniorské populace, vymezení vědních oborů, které se touto tematikou zabývají a také periodizaci stáří. Druhá kapitola se zabývá kvalitou života, jejími dimenzemi a změnami ve stáří, které kvalitu života ovlivňují. Není opomenuta také kapitola popisující přípravu na stáří. Třetí kapitola pojednává o domovech pro seniory, funkcích a rizicích ústavní péče či aktivizaci seniorů v domovech pro seniory. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na komunikaci a problematiku, která v této oblasti provází seniorský věk.

Z teoretické části vychází část praktická, která popisuje vlastní průběh výzkumu. V úvodu je popsán kvalitativní výzkum, metodika výzkumu. Jsou zde uvedeny metody a techniky, které jsou použity. Je stanoven výzkumný cíl a zvoleny výzkumné okruhy a teze. Je zde charakterizován výzkumný soubor dotazovaných osob účastnících se na výzkumu. Následně na něj navazuje další část, jež popisuje rozhovory s respondenty. V závěru kapitoly je uvedeno vlastní zkoumání. Cílem diplomové práce bylo zjistit spokojenost klientů domovů pro seniory a zmapovat oblasti, které přispívají nebo naopak snižují jejich spokojenost.

Senioři, kteří jsou z nějakého důvodu nuceni odejít ze svého domova, ztrácí část ze své historie. Obyčejný stůl může představovat vzpomínky, kde obědvali se svou rodinou, s dětmi psali domácí úkoly a místo, kam chystali vánoční cukroví. Nyní se ocitají v novém prostředí a musí si zvyknout na určitý režim, nové lidi i věci.

Domov pro seniory by měl být bezpečným místem, kde budou senioři spokojeně a důstojně žít. Nejde jen o uspokojení elementárních potřeb a zajištění zdravotní péče. Domov pro seniory by měl poskytovat mnohem víc. Svým klientům by měl vrátit smysl života a nabídnout jim takové smysluplné činnosti, které jim budou dělat radost. Plány, na které se budou těšit. Jinak by se mohlo stát, že senioři se stanou pasivními příjemci a budou v takové pozici, kdy už jen čekají na smrt. Proto je důležitá maximální podpora a využití všech mechanismů, které seniora udrží co nejdéle a co nejvíce soběstačné. *„Všichni pracovníci v domovech důchodců musí mít na mysli, že jejich cílem je pomáhat všem obyvatelům žít podle svých maximálních možností, bez ohledu na stupeň funkčnosti.*

Ve zkratce možno říci, že každý, kdo je naživu, by měl žít a ne živořit“ (Rheinwaldová, 1999, s. 13).

Zejména u seniorů s určitým zdravotním omezením, které jim brání v zapojování se do aktivit, které by rádi dělali, je důležité promyslet individuální plán a snažit se o to, aby byl čas těchto klientů naplněn činnostmi, které je dělají spokojené. Je důležité zabývat se názory a postřehy seniorů, nezlehčovat jejich trápení a obavy. Senioři sami nejlépe vědí, jak se cítí a co prožívají. Je vhodné zachovat empatický přístup a zacházet se seniory důstojně a chápavě.

„O životě člověka je možno hovořit jako o cestě. Každá cesta-ať jde o výlet nebo o návštěvu známého či neznámého – má svůj začátek (start), svůj průběh a konec (cíl)“ (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 3). Podobně je na tom i život každého člověka. Na začátku života je narození, poté probíhá dětství, dospívání, dospělost a jako poslední přijde závěr (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 3). A našim úkolem je, aby tento úsek života i jeho závěr byl co nejvíce kvalitní.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DVORÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 112s. ISBN 978- 80- 247- 4138- 3.
2. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 255 s. ISBN 80- 7178- 367- 6.
3. GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80- 85931- 79- 6.
4. GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998, 86 s. ISBN 80- 7040- 286- 5.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd.2. podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 356 s. ISBN 978- 80- 87109- 19- 9.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978- 80- 7262- 900- 8.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367- 040- 2.
9. HUDÁKOVÁ, Anna, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 115 s. ISBN 978- 80- 247- 4772- 9.
10. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 52 s. ISBN 978- 80- 210- 5186- 7.
11. JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie: učební text*. Vyd. 2. přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, 128 s.
12. JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2000, 354 s. ISBN 80- 7184- 823-9.
13. KALVACH, Zdeněk. *Co vás zajímá o stáří*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1982, 7 s.
14. KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80- 7184- 366- 0.
15. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80- 247- 0548- 6.
16. KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44s. ISBN 80- 7262- 455- 5.

17. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336s. ISBN 978- 80- 247- 2490- 4.
18. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 228 s. ISBN 80- 247- 1110- 9.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1988, 235 s.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, KACZMARCZYK, Stanislav. *Poslední úsek cesty*. Vyd. 1. Praha: Návrat domů, 1995, 93 s. ISBN 80- 85495- 43- 0.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80- 247- 0179- 0.
22. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2. aktualiz. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 978 -80- 247- 1284- 0.
23. LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitorium: teoretické východiska současnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Vyd. 1. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990, 278 s. ISBN 80- 08- 00447- 9.
24. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 328s. ISBN 978- 80- 247- 3148- 3.
25. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. ISBN 80- 85850- 76- 1.
26. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80- 247- 1362- 4.
27. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 203 s. ISBN 978- 80- 210- 5029- 7.
28. MÜHLPACHR, Pavel. *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008, 203 s. ISBN 978- 80- 7392- 072- 2.
29. MÜHLPACHR, Pavel. *Schola gerontologica*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 314 s. ISBN 80- 210- 3838- 1.
30. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80- 210- 3345- 2.
31. MÜHLPACHR, Pavel, STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 115 s. ISBN 80- 210- 2510- 7.

32. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 863 s. ISBN 978- 80- 7387- 443- 8.
33. NEUBAUER, Karel. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 227 s. ISBN 978- 80- 7367- 159- 4.
34. PACOVSKÝ, Vladimír. *Gerontologické minimum*. Vyd.1. Praha: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1988, 60 s.
35. PACOVSKÝ, Vladimír, HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1981, 298 s.
36. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80- 7254- 657- 0.
37. PROKEŠOVÁ, Miriam. *Volný čas z hlediska kvality života*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, 68 s. ISBN 978- 80- 7368- 555- 3.
38. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80- 7169- 828- 8.
39. STRAUSS, L. Anselm, CORBIN, M. Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody Zakotvené teorie*. Vyd. 1. Brno: Albert, 1999, 126 s. ISBN 80- 85834-60-X.
40. ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Jan. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 612 s. ISBN 80- 7178- 546- 6.
41. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978- 80- 7262- 599- 4.
42. ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978- 80- 7367- 313- 0.
43. TEDLA, Miroslav, CROBOK, Viktor. *Poruchy polykání: Poruchy prehl'tania*. Vyd. 1. Havlíčkův Brod: Tobiaš, 2009, 312s. ISBN 978- 80- 7311- 105- 2.
44. VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80- 210- 3754-7.
45. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96s. ISBN 978- 80- 247- 2170- 5.

46. VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 263 s. ISBN 80- 7178- 291- 2.
47. ZÁKON č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAK Alternativní a augmentativní komunikace

QOL Quality of life

WHO World Health Organization

.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Maslowova pyramida, Václavík, Vladimír. Otevřené vyučování. [online][cit. 28-12-2013] Dostupné z: <http://otevrene-vyucovani.cz/ov/vychodicka/masl.jpg>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Přehled změn ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12)

Tabulka č. 2 Oblasti vnímání kvality života (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 39–40)

Tabulka č. 3 Indikátory kvality (Malíková, 2011, s. 145)

Tabulka č. 4 Vybrané vnitřní problémy (Friedmann in: Mühlpachr, 2005, s. 99–101)

Tabulka č. 5 Detailní struktura respondentů

Tabulka č. 6 Popis domovů pro seniory

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

PŘÍLOHA P I: DESATERO KOMUNIKACE SE SENIORY (GERIATRICKÝMI PACIENTY) SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

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

Problémy v komunikaci zdravotnických pracovníků s pacienty se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006, www.nrzp.cz [online][cit. 10-2-2014] dostupné z <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/355-desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim.html?tmpl=component&print=1&page=>