

Senioři a jejich pohled na kvalitu života v domovech důchodců

Erika Veselá

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Erika VESELÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Senioři a jejich pohled na kvalitu života v domovech důchodců**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části: Vymezení pojmů stáří a stárnutí, procesy spojené se stárnutím, postavení seniora ve společnosti, sociální, zdravotní a ekonomické aspekty stáří, úroveň a rozsah poskytovaných služeb seniorům v DD z pohledu jejich zaměstnanců i seniorů samotných, sociální vztahy zaměstnanců DD se seniory.

Zpracování praktické části - za použití sestaveného dotazníku a řízených rozhovorů odpovědět, jaké jsou hlavní vlivy na kvalitu života seniorů v DD.

Zpracování výsledků nashromážděných dat.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Panorama 1990

HOGENOVÁ, A. Kvalita života a tělesnost. Praha: Karolinum 2002

JANEČKOVÁ, H. Bydlení seniorů-kvalita domova jako podmínka kvality života. Gerontologické aktuality, 2005

KALVACH, Z. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada 2004

PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton 2005

Vedoucí bakalářské práce:

prof. PhDr. Hana Vykopalová, CSc.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

4. prosince 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

12. ledna 2009

Ve Zlíně dne 4. prosince 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.

děkan

L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.

vedoucí katedry

ABSTRAKT

Práce s názvem „Senioři a jejich pohled na kvalitu života v domovech důchodců“ zaměřuje svoji pozornost na problematiku kvality života v období stáří ve specifickém prostředí domovů důchodců. Teoretická část práce sestává ze tří kapitol. První kapitola vymezuje pojmy „stáří“ a „stárnutí“, uvádí periodizaci stárnutí a přehled věd, které se stárnutím zabývají. V závěru této kapitoly jsou specifikovány potřeby starých lidí. Druhá kapitola se blíže zabývá různými aspekty stárnutí, tj. jeho aspekty biologickými, psychickými, sociálními, jakož i nemocností stárnoucí populace. Třetí kapitola definuje pojem „kvalita života“ a ozřejmuje determinanty, které ovlivňují kvalitu života u seniorů. Součástí této kapitoly je též výklad k péči o seniory a k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která je základní normou, jíž se poskytování sociálních služeb seniorům řídí. Praktická část práce shrnuje výsledky výzkumu, který zjišťoval pohled seniorů na kvalitu života v daném domově pro seniory.

Klíčová slova:

stáří, stárnutí, domov důchodců, kvalita života, péče o seniory, sociální služby

ABSTRACT

The thesis called „The quality of elderly people's lives at residential homes“ is focused on problems of life quality for the elderly within environment of care homes. A theoretical section of the work has three chapters. Chapter one describes definitions and periodization of the old age and its process including applied sciences. The close of this chapter specifies the elderly's needs. Chapter two analyses aspects of biological, mental and social factors and diseases affecting an elderly population. Chapter three defines the elderly's life quality highlighting significant influencing factors. A section of this chapter interprets the legal implications of the elderly's care and social services as set out in law number 108/2006 Sb. A practical chapter draws results from researching the views of the elderly about life quality in residential homes.

Keywords:

the age, aging, senility, residential homes, life quality, the elderly's care, social services

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Senioři a jejich pohled na kvalitu života v domovech důchodců“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Zlín 26. května 2008

.....
Erika Veselá

Motto: „*Nejen obohatit život o léta, ale i obohatit léta o život*“.

Mezinárodní gerontologická společnost

Poděkování

Děkuji paní prof. PhDr. Haně Vykopalové, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat mému manželovi Martinu Veselému za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Erika Veselá

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	10
1.1 PERIODIZACE STÁRNUTÍ.....	11
1.2 VĚDY, KTERÉ SE ZABÝVAJÍ STÁŘÍM A STÁRNOUCÍMI LIDMI	13
1.3 POTŘEBY STARÝCH LIDÍ.....	16
2 ASPEKTY STÁRNUTÍ	18
2.1 BIOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ	18
2.2 PSYCHICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	21
2.3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	24
2.4 NEMOCNOST STÁRNOUCÍ POPULACE	28
3 KVALITA ŽIVOTA	31
3.1 DETERMINANTY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA SENIORŮ.....	31
3.2 PÉČE O SENIORY	35
3.3 PRÁVNÍ NORMA UPRAVUJÍCÍ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
4 METODIKA VÝZKUMU	42
4.1 CÍL PRÁCE.....	42
4.2 HYPOTÉZY	43
4.3 METODA ŠETŘENÍ A SBĚRU DAT	43
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	44
4.5 ZPRACOVÁNÍ DAT	45
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO DISKUSE	46
5.1 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	46
5.2 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	54
5.3 NĚKTERÉ NÁVRHY NA ZLEPŠENÍ KVALITY ŽIVOTA V DOMOVĚ DŮCHODCŮ.....	58
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM GRAFŮ	64
SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Pokud není člověk vlivem určitých událostí během života vržen třeba až na samé pomyslné dno společnosti, není mu většinou jedno, jakým způsobem žije, jak se mu daří, jaká je celková kvalita jeho života. Tento určitý společenský standard v našem životě již od narození ovlivňuje celá řada faktorů. V dospívání a v dospělosti můžeme ovlivňovat náš život současný, ale i budoucí, který na všechny čeká ve stáří.

Díky stárnoucí populaci by tento fakt měl zajímat každého z nás. Nejen současná sociální politika našeho státu ale i společnost sama nás nutí přehodnotit přístup ke svému životu, zejména pak ke svému stáří. Včasná a zodpovědná péče o sebe samé, o své zdraví, ale také jistá příprava ekonomická či materiální má celkový dopad na kvalitu života v seniorském věku.

Do života vstupujeme s určitým kreditem geneticky předaným od našich rodičů a prarodičů. Na jedinci samotném potom záleží, jak tento kredit během života navýší. Čím aktivněji a zároveň šetrněji bude se svým tělem zacházet, tím kvalitněji může ve stáří žít. Aktivní by měl být nejen po tělesné, ale také po duševní stránce. To však samozřejmě ještě nemusí znamenat zdravotní bezstarostnost v pokročilém věku. Právě již zmíněné genetické předpoklady mohou v průběhu stárnutí významně zasáhnout do životní úrovně člověka. Jak se v následujících kapitolách této práce dočteme, soběstačnost je totiž jednou z nejvýznamnějších priorit seniora zásadně ovlivňující život.

Ve své práci se budu dále zaměřovat na zjišťování kvality života seniorů v domově důchodců. Toto téma jsem si vybrala proto, neboť se domnívám, že s největší pravděpodobností čeká i nás v seniorském věku pobyt tam, kde končí drtivá většina této populace, tedy v domově důchodců či jiném zařízení sociální péče. Ať si to již přiznat chceme či nikoliv, současným trendem naší společnosti je odsunutí stáří a starých lidí z každodenního života. Proto chci ve své práci zhodnotit kvalitu života v takovém zařízení a to zejména z pohledu těch, kterých se to nejvíce týká. Z pohledu seniorů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je přirozenou a zároveň poslední etapou ontogenetického vývoje. Stejně jako jiná vývojová stádia, má i stáří specifické znaky, které je odlišují od předcházejících životních etap. Stárnutí v úzkém slova smyslu je přechodnou vývojovou periodou mezi dospělostí a stářím. Stárnutí a stáří jsou geneticky naprogramovány, řídí se druhově specifickým časovým zákonem. Podléhají formativním vlivům prostředí. Strukturální i funkční změny vzniklé při fyziologickém stárnutí a stáří mají převážně regresivní charakter, jsou nevratné, neopakují se (Pacovský, 1990, s. 29).

Jinými slovy, člověk se neustále mění a vyvíjí již od svého narození. Vzhledem k tomu, že každý jsme jiný, jinak vypadá i náš životní vývoj včetně stárnutí. Stárnutí je neodvratný proces vedoucí ke stáří. To, že je tento proces neodvratný, je přirozeně dáno. Snad nic hmotného na tomto světě zde není donekonečna. Vše, co je kolem nás, ať už jsou to živé organismy či neživé předměty. Všechno podléhá onomu „zubu času“, který je neúprosný ke všemu a ke všem. Ovšem do každého z nás, i do těch neživých předmětů, se zakousne trochu jinak a v jinou dobu. Naším celoživotním přáním je, aby se tento zub času do nás zakousnul co nejpozději a pokud možno co nejšetrněji. Jak rychle zestárne jakýkoliv neživý předmět kolem nás, záleží na tom, jak kvalitní bude mít materiální základ, jaké prostředí na něj bude působit a také jak šetrně se s ním bude zacházet. Stejně je to i s námi lidmi. Jdeme do života s daným genetickým základem, žijeme a vyrůstáme v prostředí, které nás do jisté míry ovlivňuje. A stejně tak na nás působí, jak jsme sami k sobě během života a také ve stáří šetrní a to nejen ke své tělesné schránce, ale i naší duši.

Od pradávna je v myslích lidí zakořeněná touha po nesmrtelnosti. Člověku je ovšem v tomto světě vymezen čas a v tomto čase se člověk nejen vyvíjí, ale současně i stárne. Stáří se v našich představách stalo obávaným, nepříjemným, ale pouze zdánlivě vzdáleným. Jde nám především o to, aby člověk prodloužil svůj život tak, aby mohl předat své zkušenosti a nastřádané vědomosti mladším generacím a pokud to zdraví dovolí se dívat, jak to mladí dělají (Tvaroh, 1971, s. 15).

Neboť jedním z hlavních cílů našeho bytí na tomto světě je snaha předat dalším generacím co největší počet poznatků z našeho života. Každý jednou zestárne a bude se sám sebe ptát, jaký byl jeho smysl života, co vlastně po sobě zanechal, zda je v čem pokračovat a hlavně jestli má kdo v jeho odkazu pokračovat. Pokud totiž člověk zjistí, že

není v čem a ještě hůře, že není, kdo by pokračoval po jeho odchodu v tom, co on zde po sobě zanechal, stává se jeho poslední etapa života, stárí, smutnou konečnou kapitolou. Tato je naplněna pocity osamocení, nepotřebnosti, zbytečnosti, smutku a čekáním na smrt.

V dřívějších dobách nebyl prostý člověk vlivem nižší vzdělanosti tolik provokován k tomu, aby se intenzivněji zamýšlel nad svým minulým, přítomným a budoucím bytím, nad možnostmi ztracenými a nevyužitými, nad možnostmi, které se ani nevyskytly nebo které by snad ještě v jeho životě mohly přijít. A pokud se jimi zabýval, bral je většinou osudově dané, které on jako jednotlivec stejně nemůže nijak změnit. Tento postoj byl odrazem jeho víry v Boha, která mu umožňovala věřit, že to co mu bylo v pozemském životě odepřeno osudem, to mu bude nahrazeno v životě posmrtném. Takový člověk se stárí z tohoto pohledu bát ani nemusel. To však neznamená, že ze stárí neměl žádné obavy. V dřívějších dobách se člověk bál především toho, že nebude schopen vlastními silami zabezpečit svoji materiální existenci. Například byl-li v životě rolníkem, bál se, že již v ruce neudrží těžký výrobní nástroj a pokud neměl majetek či hodné děti, mohl počítat s tím, že skončí o žebrácké holi. Zkrátka tehdy byla ve stárí největší obava z toho, že pro svoji fyzickou nemohoucnost a nemocnost bude starý člověk ekonomicky závislý na svém okolí a že se naplní pro něj pořekadlo a zároveň jakési srovnání či synonymum „staroba – chudoba“. (Wolf, 1982, s. 15-16)

V dnešní době je tomu přece jen jinak. Je nepochybně vyšší vzdělanost, životní úroveň a také úroveň zdravotní péče se mnohonásobně zvýšila. To se pochopitelně začalo odrážet ve stále se zvyšujícím věku, kterého se člověk dožívá. Člověk se oproti dřívějším obavám, více zabývá tím, jak hodnotně svůj život naplnit, co dělat, aby mohl i v seniorském období kvalitně a plnohodnotně žít.

1.1 Periodizace stárnutí

Existují různé názory na to, kdy nastává stárí. V mnoha publikacích zaměřených na problematiku stárnutí a stárí se lze dočíst, že biologické stárí a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech.

„Věk je jednou ze základních charakteristik člověka a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně“ (Jarošová, 2006, s. 11).

Jednou z užívaných periodizací je dělení sénia (stáří) takto (Příhoda, 1977, s. 14):

- Od 60 do 75 let – senescence;
- Od 75 do 90 let – kmetství;
- Od 90 let – patriarchium.

V poslední době je však velmi často uváděno i následující členění stáří (viz např. Mülpachr, 2004, s. 21 aj.):

- 64 až 74 let - mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace);
- 75 až 84 let - staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob);
- 85 a více let – velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Nejběžnějším měřítkem stárnutí je chronologický (kalendářní) věk. Je dán datem narození. Tento věk více či méně koreluje s tělesnými změnami.

Kalendářní věk je rozčleněn takto (Pacovský, 1990, s. 16):

- 45 až 59 let - střední věk;
- 60 až 74 let – vyšší (starší) věk, rané stáří;
- 75 až 89 let – pokročilý, stařecký věk, vlastní stáří, sénium, opravdu staří lidé;
- 90 a více let – dlouhověkost.

Dále rozlišujeme věk funkční. Tento odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka a zahrnuje biologické, psychologické a sociální charakteristiky. Funkční věk se samozřejmě od věku kalendářního liší. Člověk je starý tak, jak se starý cítí. Prodlužování věku bylo již v minulosti přirozeně cílem celé společnosti.

Staří Egypťané umírali většinou v takovém věku, v jakém se dnešní člověk teprve chystá vstoupit do aktivního života a založit rodinu. Pětadvacetiletý otrok na stavbě pyramid měl život téměř za sebou. Situace se potom začala měnit s příchodem novověku a s velkými zámořskými objevy. Vznikala nová a velká města, kvetl obchod a nebyť dlouhých a krutých válek i morových ran, mohl již tehdy člověk žít lépe a déle. Výraznější zlepšení nastalo až koncem 19. století. Například v roce 1900 umírali naši pradědové kolem čtyřicátého roku života a v roce 1910 se dožívali už čtyřiceti pěti let. Prodlužování

věku zbrzdila 1. světová válka. Pak se vývoj opět prohluboval a v polovině minulého století se tak člověk dožíval průměrného věku kolem šedesáti tří let. (Wolf, 1982, s. 52)

Průměrný věk, kterého se dožíváme dnes, se stále prodlužuje. Porodnost v 90. letech minulého století rapidně klesala a teprve v posledních dvou letech zaznamenáváme opět nárůst počtu narozených dětí. Díky tomu populace stárne a tak kromě zkvalitňování života lidí v produktivním věku by se měly zvyšovat životní podmínky i pro seniory.

1.2 Vědy, které se zabývají stářím a stárnoucími lidmi

Díky prodlužování věku člověka a mezidobému úpadku porodnosti naše společnost stále více a rychleji stárne. To pochopitelně vede k tomu, že se tímto problémem začíná zabývat stále více profesí, například lékaři, psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, ale také ekonomové a další.

Věda, která se zabývá vysloveně stárnutím a stářím se nazývá **gerontologie**. „Gerontologie jako věda soustřeďuje různé poznatky z jiných vědních disciplín a syntetizuje je ve prospěch starého člověka. Zároveň však vytváří a používá vlastní specifické metody poznávání, jejich aplikace je podmínkou dalšího úspěšného rozvoje vědy o stárnutí a stáří.“ (Pacovský, 1990, s. 15)

Pacovský (1990, s. 15) klasifikuje gerontologii na teoretickou, klinickou a sociální. První uvedená - *teoretická gerontologie* - vytváří teoretický základ pro praktickou činnost starého člověka. Hledá, třídí a řadí do systému poznatky o hlavních mechanismech stárnutí. Dalším oborem je *gerontologie klinická*, která se zabývá organismem stárnoucího a starého jedince, jeho komplexním hodnocením a posuzováním ve zdraví, hlavně však v nemoci. *Gerontologie sociální* se orientuje na vzájemné vztahy mezi starou populací a společností jako celkem.

Úkolem současné gerontologie je charakterizovat zdraví a nemoc starých lidí a vytvořit tak hranici či normu mezi fyziologickým (přirozeným stárnutím) a patologickým (předčasným stárnutím) stářím pomocí objektivních kritérií.

Samostatným specifickým lékařským oborem, který se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorobami ve stáří je **geriatrie**. Tento obor se zabývá „... problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikování a léčení u starých lidí. Obor vychází z vnitřního lékařství, které obohacuje

především poznatky neurologie, psychiatrie, fyzioterapie, ergoterapie a ošetrovatelství. Geriatrická práce je typicky týmová a vychází z komplexního geriatrického hodnocení pacienta (*comprehensive geriatric assessment, CGA*). (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Geriatricie>)

Kalvach (1997, s. 25) rozlišuje geriatrii v širším a užším slova smyslu (klinická gerontologie). V užším slova smyslu se jedná o obor vycházející z vnitřního lékařství a zabývající se také problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče). Hlavním cílem tohoto oboru je zachování a obnova soběstačnosti seniora.

O vzájemné provázanosti gerontologie a geriatrie vypovídá skutečnost, že oba obory pracují s poznatky z příbuzných vědních oborů. Gerontologie soustřeďuje poznatky o různých příčinách stárnutí, které pak zpracovává pro jejich další využití. Geriatricie s těmito poznatky dále pracuje, kdy je aplikuje na individuální potřeby stárnoucích lidí.

Za nejdůležitější charakteristiky tohoto oboru lze považovat globální léčbu. Starý člověk trpí více nemocemi najednou a tak je obor geriatrie orientován na diagnostiku. Péče je zaměřena na provádění každodenních úkonů. Důraz je přitom kladen na autonomii. Tedy léčit a zároveň respektovat autonomii seniora. Obor je rovněž orientován na prevenci, kdy se seniorům dávají různá doporučení, například vyhýbat se nějaké činnosti či jídlu. (Pichaud, Thareaunová, 1998, s. 58-59)

Při pomoci starým lidem se běžně stává, že pomáhající velice často nevědomky zaměňuje starého člověka za dítě. Senior, který se už nedokáže tak rychle a pružně hýbat a někdy potřebuje asistenci při denních úkonech, může na své okolí působit nesoběstačným dojmem. I při komplexní geriatrické péči je důležité nezapomínat na to, že se pracuje s člověkem, který zná a umí všechny úkony denní potřeby.

Medikamenty, které vedou, nebo mají vést, ke zlepšení jeho kvality ve stáří se nazývají geriatrika. Za geriatrika se dají označit ty léky, kterými se ovlivňují procesy stárnutí a projevy stáří.

Geriatricie se dělí na dvě skupiny. První skupinu tvoří nepravá geriatrika. Zde patří léky, které léčí příznaky chorob ve stáří. Jsou to zejména vitamíny, anabolika, aminokyseliny, preparáty železa, enzymy, stopové prvky. Dále různé chemické sloučeniny, které zlepšují koncentraci, psychickou a fyzickou výkonnost, odstraňují únavu a

povzbuzují aktivitu, ovlivňují poruchy spánku atd. Druhou skupinu tvoří pravá geriatrika. Tyto léky mají působit na příčiny stárnutí, tj. přímo zasahují do procesu stárnutí. Jelikož však nejsou známy jednoznačné příčiny stárnutí, mohou být účinky těchto léků jen částečné. Patří sem antioxydanty (např. vitamín C a E – účinek není jednoznačný, dávka vitamínů by musela být obrovská, což se vylučuje s vedlejšími účinky), nukleové kyseliny, jež mají vliv na intelektové a paměťové funkce, ale jejich přesný účinek je stále předmětem zkoumání, ribonukleová kyselina podána přímo do organismu. Centrofenoxin – látka, odstraňující z organismu lipofuscin, jehož tvorba v těle bývá pokládána za příčinu stárnutí.

Gerovita – obsahuje procainhydrochlorid, kyselinu benzoovou, ale i látky anorganické, kdy tyto látky účinkují povzbudivě na paměť, snižují krevní tlak, tlumí bolesti různého původu. (Jedlička, 1991, s. 39)

Výsledky podávání uvedených léčiv však nejsou jednoznačné, což odpovídá teorii, že příčina a proces stárnutí je komplexní povahy.

Dalším oborem, jenž se dotýká problematiky stárnutí a stáří je například **gerontopsychologie**. Jedná se o vědní obor zabývající se stárnutím a stářím z hlediska individuálních zvláštností řeší řadu témat týkajících se generačních a intergeneračních vztahů, psychických změn spojených s odchodem do důchodu, vývojem partnerských, manželských a rodinných vztahů, náplní volného času seniorů, schopností přizpůsobit se různým změnám atd. Gerontopsychiatrie je speciální podobor psychiatrie a zároveň se stává prvním specializovaným podoborem geriatrie. Gerontopsychiatrie je věda zabývající se duševními poruchami souvisejícími s procesem stárnutí a stáří, jejich prevencí, diagnostikou, léčbou a péčí o duševně nemocné staré lidi. (Jedlička, 1991, s. 121)

Existuje celá řada dalších vědních oborů a podoborů, které rovněž s problematikou seniorů úzce souvisejí. Jsou to například **gerontoergonomie**, což je obor zabývající se kvalitou bydlení starých lidí, metodikou organizace práce a pracovními podmínkami seniorů. **Gerontoekologie** je vědní obor, jehož podstatou je vztah mezi starými lidmi a prostředím, ve kterém žijí, vztah mezi seniory navzájem, problematika intergeneračních vztahů atd. Důležitou skutečností pro lepší budoucnost seniorů je a bude stále větší vzájemná provázanost jednotlivých vědních oborů. Odborníci těchto jednotlivých oborů by si měli vzájemně sdělovat a aktualizovat svoje poznatky, které by pak lépe aplikovali do svých vědních disciplín. Společným úsilím pak hledat nové metody, prostředky a postupy

vedoucí ke zpomalování procesu samotného stárnutí a tím i k prodlužování dlouhověkosti. V neposlední řadě i ke zvyšování počtu tělesně i duševně zdravých seniorů, zkvalitnění zdravotní i sociální péče o nemocné a nemohoucí jedince. Toto společné úsilí všech vědních oborů, zabývajících se problematikou stárnutí a stáří musí vést ke společnému cíli, a to kvalitnějšímu životu seniorů.

1.3 Potřeby starých lidí

„Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti“. (Pichaud, Thareaunová, 1998, s. 36)

Člověk má v průběhu života různé potřeby, které se mu daří nebo nedaří určitým způsobem naplňovat, uspokojovat. Každá potřeba, kterou člověk má, je projevem nedostatku, jehož odstranění je žádoucí.

Potřeby jsou u jedinců individuální, každý má svůj hierarchicky uspořádaný systém motivů a potřeb, které se mohou měnit v závislosti na aktuální životní situaci. (Jarošová, 2006, s. 32).

Naprostá odlišnost všech lidí se odráží na odlišnosti jejich potřeb. Vzájemná rozdílnost má vliv i na důležitost dané potřeby, kterou dle její úrovně uspokojuje.

Pichaud, Thareaunová (1998, s. 37-41) rozčlenili základní **lidské potřeby** do těchto kategorií.

1. *Fyziologické potřeby* – jsou zcela základní, neuspokojení jedné z nich se může negativně projevit na celkovém stavu a zdraví. Patří sem strava (jídlo, pití), vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, pohyb, hygiena, správná teplota těla, zdraví, tišení bolestí, smích, pláč, fyzické kontakty.
 - Potřeba jistoty a bezpečí – u každého člověka je individuální, mít pocit jistoty, necítit se ztracený, osamělý.
 - Potřeba ekonomického zabezpečení – vědomí člověka, že má dost peněz na obživu.
 - Potřeba fyzického bezpečí – senioři se hůře pohybují a mají často obavy z pádu, proto se tuto potřebu snaží posílit kompenzací v podobě pomůcek (chodítka nebo hole), popř. přítomností člena rodiny nebo ošetřovatelky.

2. *Sociální potřeby* – člověk je tvor sociální, společenský (zoon politikon), potřebuje kontakt, být s druhými. Zahrnují několik druhů potřeb:
 - Potřeba informovanosti – mít přehled o dění ve světě, ve městě, kde žije, mít zprávy o blízkých lidech.
 - Potřeba sounáležitosti – jedná se o potřebu k někomu a někam patřit (např. rodina, skupina přátel, klub, atd.).
 - Potřeba lásky – mít někoho rád a přijímat tento cit i od druhého.
 - Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut – možnost komunikace s okolím, s někým mluvit, vyjádřit svůj názor, sdělit své myšlenky a pocity.
3. *Potřeba autonomie* – jedná se o potřebu zůstat i ve věku seniora v určitých věcech svobodný, tzn. rozhodovat sám za sebe. Součástí této potřeby je i potřeba uznání, vážnosti a pocitu užitečnosti.
4. *Potřeba seberealizace, sebenaplnění* – člověk touží po sebeuplatnění, po nalezení smyslu svého života. To může být spojeno s rodinou, prací, zájmem o nějakou aktivitu, s vírou, atd.

Výše popsané potřeby člověka patří mezi ty jeho nezákladnější. Hierarchie těchto potřeb se ve stáří pochopitelně mění dle toho, které z daných potřeb je starý člověk schopen uspokojit sám.

Ve stáří se tedy mění hodnotová orientace potřeb. Senior se více fixuje na rodinu, potřebuje neustálé uspokojování potřeb lásky a sounáležitosti. Do popředí vystupují také fyziologické potřeby – příjem potravy, vyprazdňování, spánek a odpočinek. Naopak je oslabeno uvědomování si potřeby hydratace. (Jarošová, 2006, s. 33)

Člověk má obecně tendence si v průběhu celého života se vším poradit sám. Nejinak tomu je v případě uspokojování potřeb starého člověka. Zde však závisí na jeho celkovém zdravotním stavu a míře soběstačnosti. Někteří totiž potřebují pomoc např. při hygieně, oblékání, přípravě jídla apod. Avšak i při asistenci jiné osoby je důležité, aby co nejvíce úkonů zvládli sami. Neboť právě zde platí víc než kde jinde rčení amerického prezidenta A. Lincolna: „*Nikomu nepomůžeš, budeš-li za něho dělat to, co může udělat sám.*“

2 ASPEKTY STÁRNUTÍ

Jelikož je člověk vždy jedinečný naprosto ve všem, co k němu patří, je také proces stárnutí u něj individuální. Stárnutí a stáří je charakteristické svými jednotlivými aspekty. Člověk se mění po biologické, psychické i sociální stránce. Jednotlivé aspekty se v tomto procesu přirozeně prolínají a ovlivňují.

To, co je v člověku po genetické stránce zakódované je neměnné a nese si to sebou již od narození. To má pak vliv na biologické změny v průběhu života a hlavně ve stáří.

Mezi další vlivy patří výchova, kterou je člověk veden k určitému způsobu života. Výchovou se v člověku od dětství formuje osobnost. Ta má potom významný vliv v průběhu celého života i ve stáří na psychické změny, které jsou s procesem stárnutí spojeny.

Se stárnutím a stářím projde člověk i změnami v oblasti sociální. Sem patří například odchod ze zaměstnání do starobního důchodu, penzionování vlivem ztráty soběstačnosti, úmrtí partnera, vrstevníka, rodina, přátelé, kolegové apod.

Člověk nesmí zapomínat ani na zdravý životní styl, především stravu, sport, kulturu a jiné. S geneticky daným původem a s tím, do jaké míry si vezme k srdci všechny dobré rady směřující ke zdravému způsobu života, je už pouze na člověku samotném, jak s tímto kreditem ve svém životě naloží. Měl by si včas uvědomit, že proces stárnutí a zejména rychlost nastupujícího stáří nezávisí jen na přibývajícím věku, ale také na tom, do jaké míry bude schopen svým přístupem k vlastnímu zdraví a životu tento proces ovlivnit.

2.1 Biologické aspekty stárnutí

S přibývajícím věkem se u člověka objevují *biologické změny*, u nichž je obtížnější odlišovat, zda jsou přímým nebo nepřímým následkem nějaké nemoci. V podstatě lze hovořit o celkové opotřebovanosti celého těla. První pocity opotřebovanosti začínáme pociťovat okolo 30. roku života. V tomto období si však člověk těchto změn pro svoji životní a profesní vytíženost nestačí na sobě všimnout.

Biologické změny při stárnutí mění funkce jednotlivých smyslů a v souvislosti se změnami jednotlivých tělních orgánů dochází rovněž k samotným tělesným změnám. Svaly od dvaceti do sedmdesáti let vlivem úbytku svalových vláken částečně ztrácejí na

pružnosti, síle, mohutnosti i vytrvalosti. Tím se tělo člověka stává méně hbitým, chůze je nejistá, rychleji se projevuje svalová únava. Kostí se zužují, jsou křehčí a tím vzniká větší nebezpečí zlomenin. Zkracuje se páteř o jeden až pět centimetrů, zmenšuje se objem hrudníku, což vede ke snížení kapacity dýchání. Díky postupným ztrátám minerálů v kostech dochází ke špatnému držení těla, ztrátě rovnováhy a mohou se dostavit i dýchací či srdeční potíže. Vlivem úbytků minerálních solí může docházet k vypadávání zubů. U kloubů dochází k poškozování chrupavky a uvnitř kloubů se šíří kostní výrůstky, což postupně vede k artróze. Vazy vápenatí a kostnatí. Snižuje se pružnost, činnost kloubů je výrazně omezena. Změny pohlavních orgánů mají u mužů i žen souvislost s dalšími, většinou psychickými změnami. Zpomalení činnosti jater se projevuje obtížemi při požívání tuků. Snižuje se filtrační schopnost ledvin a to díky jejich sníženému prokrvení. Snižuje se trvalý stupeň napětí (neboli tonus) u močového měchýře, rovněž tak u močové trubice, což má za následek obtížnější zadržování moči, zvyšuje se frekvence vyměšování. Klesá výkonnost srdce, při jeho činnosti se zvyšuje spotřeba energie, obtížněji se vyrovnává s reakcemi na stres a námahu. Zpomaluje se průtok krve tepen, žil a cév a to v důsledku zužování průměru cév, čímž se zvyšuje krevní tlak. Snižuje se pružnost, kapacita a účinnost plic. Rovněž se snižuje vylučování slin v trávicím traktu. (Dessaintová, 1999, s. 22-24)

Uvedené změny by se daly rozdělit na změny v pohybovém aparátu a změny vnitřních tělesných orgánů. Tyto změny mají vliv na celkovou rovnováhu organismu. V důsledku toho dochází i ke změnám metabolismu, například regulace tělesné teploty, kdy starším lidem bývá stále zima, jejich tělo se nedokáže zahřát a daleko hůře snášejí výrazné teplotní rozdíly. Změna se nevyhne ani zažívacímu systému. Starší lidé trpí častěji zácpou. Mění se i funkce štítné žlázy.

Každý tělesný orgán tedy prochází proměnou, která potom způsobuje fyzické, fyziologické, duševní a estetické změny, které nejsou příliš příjemné, avšak pro stáří jsou typické.

Po 60. roce života je svalová kapacita v průměru poloviční ve srovnání se svalovou kapacitou, kterou má člověk ve svých 20. letech. O 25 % se zvyšuje podíl tuků ve tkáních, což vede k nárůstu hmotnosti. Po překročení 65. let dochází více či méně k omezení běžných denních aktivit vlivem srdečních chorob, chronických zánětů kloubů, vysokého krevního tlaku, nemocí páteře a nohou. Po dalších pěti letech je častá polymorbidita, tzn.

současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Tělo takto starého člověka již není navíc tolik odolné k infekcím a ke zhoubnému bujení. (Říčan, 1990, s. 371)

Pohybový aparát i vnitřní tělesné orgány projdou ve stáří změnami, které nelze odvrátit. Myslím si však, že tyto změny může člověk do jisté míry zpomalit. Na zpomalení procesu opotřebování tělesných orgánů a pohybového aparátu může mít vliv několik faktorů. Jedním z nich je způsob života, jaký člověk vede. Sem nepochybně patří zdravý životní styl, tedy způsob a skladba stravování, dostatek aktivního a přesto šetrného pohybu, snaha vyhýbat se dlouhodobějším stresům, poctivá léčba všech nemocí. Dalším z faktorů je čas. Přesněji řečeno doba, ve které člověk začne s procesy vedoucí ke zpomalení opotřebování tělesných orgánů. Pokud chce člověk k takovým procesům přistoupit až v samotném stáří, je už pozdě. Je třeba začít co nejdříve například v dětském věku, kde ve školském zařízení probíhá výchova o zdravém životním stylu. Člověk ale samozřejmě musí neustále zohledňovat svůj aktuální zdravotní stav a fyzické možnosti, kterými disponuje, a které se s přibývajícím věkem neustále mění.

Kromě pohybového aparátu a vnitřních tělesných orgánů dochází v rámci biologických změn při stárnutí i k proměnám ve smyslových orgánech, o které se člověk celý život opírá. V důsledku postupného ztrácení pružnosti čočky slábne zrak. Se zvyšujícím se věkem se snižuje citlivost našeho sluchu k vyšším frekvencím akustického spektra. Vyskytuje se nedoslýchavost, která je způsobena proměnami v oblasti středního ucha, chuťové papily hůře rozeznávají chuť sladkých a slaných potravin, čímž se tak strava seniorům zdá být fadní a bez chuti. Oslabení čichu je minimální. Díky pozměněnému vnímání hmatem (hmatový práh citlivosti je vyšší) je třeba větší stimulace kůže, aby byl dotyk zaregistrován (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27-30)

Změna některého smyslu nebo dokonce i změna několika smyslů má značný vliv na psychiku člověka. Člověk, který náhle částečně nebo i zcela ztratí některý ze svých smyslů, se pak s tímto stavem může hůře vyrovnávat. Důležitá je pak spolupráce s odborníky, kteří starému člověku pomohou s adaptací na novou změnu a s ní spojenou i jistou úpravu způsobu vykonávání denních činností.

Stárnutí se snad nejvíce dotýká nervové soustavy, zejména pak mozku a míchy. Mozek začíná sice stárnout již od dvacátého roku života, avšak teprve po sedmdesátce se změny v něm začínají dotýkat každodenního života. Pro starší lidi je pak v souvislosti

s těmito změnami typická jejich pomalejší reakce na různé podněty okolí., zapomínání, ale i pomalejší chůze, obtížnější držení těla a rovnováhy (Jarošová, 2006, s. 23).

Změny probíhající v nervovém systému se dále dotýkají změn v oblasti řeči. Obsahová stránka řeči bývá většinou nedotčena. Změna nastává v prodloužení latence odpovědi, tedy doby od doznění otázky po začátek odpovědi.

Starší lidé se v průběhu spánku častěji budí, spánek jim nepřináší takové osvěžení a odpočinutí, jako v mládí. Změna nastává také v paměťové oblasti. Klesá schopnost pamatovat si nové věci, nové podněty. U starého člověka se mění logické uvažování, jinak se vypořádává s intelektuálními problémy.

Stárnutí nervového systému postihuje nejdříve paměť, zatímco například komunikační dovednosti odolávají mnohem déle. I zde však ke změnám postupně dochází. Starší lidé používají více slov k vyjádření jedné jednoduché myšlenky a mají větší obtíže s porozuměním abstraktních či neobvyklých vět. Inteligence poškozena není a zůstává po celý život stejná (Dessaintová, 1999, s. 25).

Biologických změn je v procesu stárnutí člověka a v jeho samotném stáří nejvíc. Jak jsem již uvedla výše, vzhledem k individuálnosti každého jedince, nastávají biologické změny u každého z nás v jiné intenzitě, v odlišném kalendářním věku a v rozdílném průběhu. Před tímto procesem stojíme všichni na zcela jiné startovní čáře života.

2.2 Psychické aspekty stárnutí

Nezpochybnitelným faktem je, že ve stáří se zvyšuje počet zdravotních potíží. S psychickými těžkostmi je tomu obdobně. Lidé se s těmito projevy stárnutí různě vyrovnávají. Změny v oblasti biologické v procesu stárnutí jsou u každého jedince individuální. Někomu je dopřáno bezbolestného stáří, bez větších zdravotních obtíží. Někdo se zas právě pro narůstající bolesti spojené s poruchami jednotlivých tělesných funkcí nedokáže po psychické stránce se stárnutím vyrovnat. Některým však k nevyrovnaní se se stářím stačí jen typické příznaky a symboly stárnutí, jakými jsou například estetická stránka jejich vzhledu či obavy s „odsunutím“ jejich osoby na okraj společenského života. Naproti tomu lidé, kteří ke svému stavu přistupují realisticky a snaží se se svou novou úlohou, která jim je tímto ve společnosti přidělena vyrovnat, jsou i přes tyto negativní změny fyzicky i duševně veselí a čilí, aktivní a těší se výbornému zdraví.

Z těchto uvedených reakcí na projevy stárnutí vyplývá, že jasným podílem na kvalitě psychiky ve stáří je úroveň osobnosti člověka. Dle této úrovně člověk ve stáří mění pořadí potřeb, hodnot a cílů. Starý člověk je díky zhoršenému celkovému vnímání spojeném s pohybovou koordinací natolik omezen, že to může vést až k obtížím při snaze o sociální začlenění. Snížený příjem zevních informací může vést k pozvolnému odtrhnutí od reality každodenního života, omezení činností může vyvolat stavy nudy až deprese, které jsou doprovázeny pocity úzkosti, méněcennosti, nejistoty, strachu, často dochází také k sebepodhodnocování. Objevuje se poměrně razantní pokles psychické adaptability. Staří lidé se v neznámém prostředí nebo mezi cizími lidmi cítí nejistí a úzkostní. Projevují nedůvěru a nechut' ke všemu novému (Jarošová, 2006, s. 25-26).

Má-li se člověk se stárnutím po psychické stránce lépe vyrovnat, měl by si uvědomovat své kvality i přes zvyšující se věk. Neboť některé jeho funkce či schopnosti i přes narůstající věk zůstávají či se dokonce rozšiřují - například slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt, vytrvalost, zkušenosti apod.

Podle Pacovského (1990, s. 39) staří lidé karikují svoji povahu. Například dříve citlivý člověk má sklon k depresím, introvert se může stát samotářem, extrovert povrchním, šetrný člověk lakotou apod. Člověku tak zůstanou negativní vlastnosti, vytrácí se jejich zábavnost a společenské kouzlo.

Změny se nevyhýbají ani citové stránce života seniorů. Klesající tendenci mají především city sociální a estetické. Typickým projevem ve stáří je tzv. emoční labilita. Tato je způsobena změnami nervové soustavy. Její stárnutí vede ke snižování odolnosti seniora na přicházející zátěžové a krizové situace. V důsledku toho pak staří lidé své emoční projevy hůře ovládají.

„Prožívání stárnutí a stáří závisí na individualitě každého seniora. Osobní přístup jedince k vlastnímu stáří závisí především na jeho osobnosti a povahových rysech, na jeho celém předchozím životě a na jeho životních zkušenostech“ (Jarošová, 2006, s. 28).

Haškovcová (1989, s. 114-116) hodnotí prožívání stárnutí a stáří podle **pěti strategií adjustace**:

1. *Strategie konstruktivnosti* – senior se i nadále těší ze života a je otevřený, přizpůsobivý a tolerantní.

2. *Strategie závislosti* – senior spoléhá na druhé a věří, že se o něho postarají, jak po stránce citové, tak po stránce hmotné.
3. *Strategie obranného postoje* – týká se celoživotně aktivních lidí, kteří se ve stáří bojí závislosti na druhých.
4. *Strategie nepřátelství* – senior ve stáří tak jako v celém dosavadním životě svaluje své neúspěchy na nepřízeň osudu.
5. *Strategie sebenávisti* – senior hodnotí sebe i svůj dosavadní život s pohrdáním, je lítostivý a má sklon k depresím.

Uvedené strategické modely se během života různě modifikují nebo prolínají. Záleží na předchozích životních zkušenostech člověka a jeho samotné povahy.

Změny v psychice člověka úzce souvisejí se změnami biologickými v procesu jeho stárnutí. Těžší průběh biologických involučních změn ve stáří znamená pro člověka větší zátěž na jeho psychiku. Jinými slovy i co se týče psychických změn v procesu stárnutí, také zde je průběh těchto změn zcela individuální. Pokud někdo ve svém životě citově strádal, vyrůstal například v dětském domově, nezažil rodičovskou lásku, nebo byl v dětství třeba i rodiči týrán, pak je u takového člověka ve stáří předpoklad, že bude po psychické stránce méně odolný na průběh a biologické projevy stárnutí. Takový člověk pak může ve stáří zaujímat některou z uvedených negativních strategií v prožívání stárnutí. Naproti tomu člověk, který byl celý život milován, dostalo se mu vzorné výchovy a i sám vyvíjel aktivity, které upevňovaly jeho charakterové vlastnosti, se bude lépe ve stáří psychicky srovnávat se všemi změnami.

Psychika člověka a psychické změny rovněž úzce souvisejí i se sociálními změnami, které nastanou v souvislosti se změnami biologickými. Člověka může v individuální míře psychicky poznamenat různé sociální změny v průběhu stárnutí. Například člověk, který neměl v životě více přátel, nestýkal se s rodinnými příslušníky (sourozenci, jejich děti, svoje děti) se po smrti svého partnera může stáhnout do sebe, uzavře se před okolním světem a pokud mu někdo psychicky nepomůže, může zabřednout do role „samotáře“ natolik, že to zcela změní jeho dosavadní životní postoje.

Negativní psychické změny způsobené výraznými biologickými změnami a s tím spojenými i nepříznivými sociálními změnami může u člověka vést až ke vzniku řady psychických obtíží a duševních poruch. Tyto se mohou objevovat jako doprovodné procesy

v případě závažných tělesných omezení v průběhu stárnutí. V takovém případě je pak velmi důležité včasné rozpoznání, zda v jednotlivých příznacích stárnutí nejde spíše o příznaky spojené například s demencí, depresivním syndromem apod.

2.3 Sociální aspekty stárnutí

Stárnutí je doprovázeno i řadou sociálních změn. Jednou z nich je odchod z pracovního života do starobního důchodu. Senior vnímá snižování své autority a celkové společenské prestiže, neboť důchodce bývá společenským okolím označován za méně hodnotného, méněcenného až zbytečného. Tato změna má vliv na prožívání člověka. Jeho sociální role ve společnosti se mění. Ke změnám dochází také v rodinných rolích např. nová role prarodiče. Senior tak může tyto změny vnímat jako jasně přijímané signály od okolí, kterými tak bývá nepřímo označován za již neaktivního a neproduktivního člena naší společnosti. Zdravým přístupem seniora by mělo být ztotožnění se s jeho novou sociální rolí, kterou by neměl považovat za něco podřadného.

Navíc tím, že stárnoucí člověk skončí ve své dosavadní pracovní činnosti, neznamená přece, že musí z pracovního života odejít úplně. Existuje celá řada povolání, ze kterých odcházet nemusí, vytvoří-li mu zaměstnavatel pro něj přijatelné podmínky k tomu, aby ve své činnosti pokračoval. Pokud však má člověk vydržet déle aktivním a pro společnost produktivním jedincem, je třeba, aby mu byly vytvořeny vhodné podmínky. Tyto se však v naší společnosti vytváří jen pozvolna. Týká se to hlavně podmínek, které by měli zaměstnavatelé vytvářet zaměstnancům vyššího věku. Ovšem to spolu se vzrůstajícími nároky současné doby nejde zrovna dohromady. Proto by stárnoucí člověk neměl spoléhat pouze na své okolí a brát jako samozřejmost určitou toleranci. Ačkoliv se poměry ve světě v tomto směru hodně zlepšily, zatím se nedají globálně označit za naprosto vyhovující a ideální pro staré lidi. Člověk se musí sám v průběhu života snažit o to, aby jej neblahé důsledky stárnutí a stáří v jeho životě dostihly co nejpozději.

V minulosti byla motivem k prodlužování věku člověka pouze jeho co nejdelší pracovní produktivita. V dnešní době při zohlednění skutečnosti, že seniorů přibývá, by se společnost měla snažit hledat a vytvářet nové možnosti a podmínky k uplatnění starých lidí, kteří i přes svůj důchodový věk ještě nechtějí odejít na pracovní odpočinek. Současně by měla hledat a vytvářet i nové možnosti ke smysluplnému naplnění volného času seniorů, kteří po celoživotní odvedené práci mají právo k důstojnému prožití stáří.

Byly také provedeny studie, zaměřené na zjištění vlivu určité profese na délku života. Například je známá studie, kde respondenty bylo 435 bývalých a činných dirigentů, ve věkovém složení od čtyřadvaceti do jedenadvadesáti let. V rámci celé dirigentské skupiny byla zjištěna celková úmrtnost o třicet osm procent nižší, než u široké veřejnosti. Navíc v kategorii od padesáti do devětapadesáti let bylo zjištěno, že skupina měla oproti široké veřejnosti úmrtnost nižší o padesát šest procent. Tato studie poukazovala na to, že jedním z předpokladů dlouhověkosti může být vysoké pracovní nasazení. Jiné studie zaměřené na jiné profese, například prosté hudebníky, umělce a herce dopadly s opačnými výsledky, tedy s vyšším procentem úmrtnosti oproti široké veřejnosti. (Hayflick, 1994, s. 373)

Pokud člověk dosáhne věku, ve kterém má nárok na pobírání starobního důchodu a rozhodne se skutečně ze svého zaměstnání odejít, většinou jeho pracovní aktivity ještě zcela neutichnou. Opustí sice někdy i celoživotní zaměstnání, které bylo po většinu života jeho hlavním finančním zdrojem a snaží si najít nějaké zaměstnání na zkrácený úvazek. V této pracovní „náhradě“ pak nehledá finanční zdroj, ale hlavně způsob naplnění svého volného času, a také uspokojení potřeby seberealizace. Navíc spousta jedinců-seniorů nachází po odchodu do důchodu příležitost věnovat se konečně činnostem, které je skutečně baví a naplňují, a na které neměli po většinu pracovního života čas.

Další významnou sociální změnou v životě stárnoucího člověka je odchod ze svého domova do některého sociálního zařízení pro ztrátu své soběstačnosti. Lidé, kteří se stanou obyvateli, klienty různých zařízení, mají za sebou dlouhý život v řadě jiných rolí. Byli zvyklí fungovat určitým způsobem a nemají zkušenost s rolí obyvatele nějakého sociálního zařízení. Při vstupu do takového zařízení pak senior používá svůj zažitý vzorec chování a jednání, se kterým může mít v novém prostředí určité problémy. Jeho chování, které mu dříve od okolí přinášelo ocenění, zde najednou neplatí, jedinec je tímto stavem zaskočen a tak potřebuje podporu personálu i blízkých, aby i zde našel svoje místo (Venglářová, 2007, s. 15).

Odchod do některého ze sociálních zařízení je pro člověka značnou sociální změnou. Ví, že oproti odchodu ze zaměstnání, kam se klidně může vrátit nebo si najít jiné, které by vyhovovalo jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a možnostem, jde o změnu, která bývá ve větší míře již trvalá. Pokud se stárnoucího člověka, který vlivem biologických a sociálních změn ztratil potřebnou míru soběstačnosti, neujme někdo z rodinných

příslušníků či přátel, je odchod do takového zařízení v podstatě nevyhnutelný. Člověk nemá jinou volbu. V dnešní době se naštěstí síť nabízených sociálních služeb rozrůstá a tak má alespoň na výběr, které služby využije, popřípadě do kterého zařízení by chtěl být umístěn. Senior tak dopředu může provést potřebná opatření k tomu, aby byl do vybraného zařízení přijat, až přijde jeho čas. Vzhledem k tomu, že se jedná o citlivou změnu v životě každého člověka, při výběru určitého sociálního zařízení vychází seniorům při jejich výběru personál vstříc a ochotně je seznámí s celým režimem, včetně všech možných aktivit, které k danému zařízení patří.

Další sociální změnou v procesu stárnutí je odlišné postavení seniora v rodině. Rodina vždycky byla základní stavební jednotkou společnosti. Její role se však v mnohém oproti minulosti významně změnila. V dřívějších dobách byla rodina považována za základní výrobní jednotku. Rodinu tvořil jen otec, matka, děti a staří. Šlo o velkou rodinu, do jejíhož uceleného kruhu patřilo i širší příbuzenstvo. Hlavou celé velké rodiny byl otec, muž nabytý životními zkušenostmi, zastávající většinou ty nejtěžší práce, například na poli, v kovárně apod. Ženy vedly chod domácnosti, děti jim pomáhaly. Starý otec, jak se dříve starému člověku v rodině říkávalo, vypomáhal například prodáváním vyrobených produktů po jarmarcích či pomáhal s drobnými pracemi v domácnosti, dle jeho zdravotních možností. Nemusel se bát toho, že o něj nebude postaráno. Rodina v té době vykonávala i funkci „instituce sociálního zabezpečení“. O starého člověka a nejen o něj, bylo ve všech směrech postaráno. Rodina pečovala o všechny své členy v době nemoci, ve stáří, přejímala odpovědnost za nezletilé děti... V rodině byl starý člověk váženým a uctívaným za jeho celoživotní práci, majetkový a zkušenostní přínos pro rodinu.

Naproti tomu dnes známe model malé (jádrové) rodiny, která se skládá pouze z rodičů a dětí, žijících odděleně od ostatního příbuzenstva, soustředěná sama na sebe. Tento typ rodiny je výsledkem předcházejících změn velké rodiny vlivem postupného ztracení jejích rolí a funkcí. Převážně šlo o ztrátu funkce výrobní a hospodářské. To vše nástupem mechanizace tovární výroby a úpadkem výroby rodinné. Přispěl k tomu i proces urbanizace, kdy se stále více lidí stěhovalo z malých vesnic do větších měst za většími pracovními možnostmi. S tím ruku v ruce postupně oslabovala vzájemná sociální závislost a soužití členů velké rodiny. Staří lidé přestali být sociálním pojátkem, jejich specifické vlastnosti dané věkem přestaly být významné, neboť již nebyly takovým materiálním a

zkušenostním přínosem. Vlivem toho se vytrácelo jejich významné postavení v rodině. (Wolf, 1982, s. 32-34)

Díky stále více uspěchané době a zvyšujícím se pracovním nárokům senior většinou nemůže takovému tempu stačit. Pracovní společností je pomalu odsouván na její pomyslný okraj. Navíc technologická revoluce dvacátého století znamenala naprostý převrat ve výrobních a pracovních aktivitách, díky čemuž dnešní senior nemůže nastupujícím generacím předat své zkušenosti, načerpané ve zcela jiné technologické dimenzi pracovních činností. Jeho úloha je tak nejen ve společnosti, ale i v rodině, která na něj často díky pracovnímu vytížení nemá čas, zcela odlišná. Dědečkové i babičky, dle jejich zdravotního stavu dnes v rodině mají spíše úlohu hlídací, rozmazlovací, hýčkáci, ale také zkušenostní s výchovou dětí a jejich péčí o ně. Neboť ať už si to někteří chtějí přiznat či nikoliv, tak naši rodičové a prarodičové nám i přes tento někdy až příliš přetechnizovaný svět mají stále co dát a předat. Něco, co nikde nevyčteme ani se jinak nedovíme. Onu životní moudrost, zkušenost, elegantní nadhled. Navíc právě díky dnešnímu rychlému životu se právě s nimi můžeme alespoň na chvíli zastavit, zpomalit a odpočinout si od našeho každodenního shonu.

Díky všem uvedeným sociálním změnám se obavy seniora v jeho nové sociální roli týkají především těchto následujících oblastí (Jarošová, 2006, s. 30-31):

- Ekonomické zajištění – odchodem ze zaměstnání je senior omezen v hmotném zabezpečení a zažitých kulturních a společenských aktivitách.
- Ztráta životního programu – špatná adaptace na penzionování se změnou společenského postavení, nadbytek volného času, osamělost.
- Závislost fyzická – obava z neschopnosti vlastními silami zajistit péči o svou osobu a domácnost.
- Závislost citová – na životním partnerovi, na dětech, jejichž úmrtí může vyvolat traumatické stavy.
- Handicap sociální integrace – vlivem postupných biologických a psychických změn nemožnost účasti na obvyklých sociálních vztazích.
- Strach z osamělosti a opuštěnosti – především u lidí izolovaných od společnosti a společenského dění.

- Stěhování – při dysfunkčnosti či nezájmu rodiny, popř. ztráty soběstačnosti, obava z adaptace na nové prostředí.

Přáním každého stárnoucího člověka je zůstat po co nejdélší dobu aktivním a soběstačným. Nikdo z nás, starých lidí nevyjímaje, netouží být na někom závislý, být někomu na obtíž. Proto již během celého života by se měl člověk ke svému životu stavět aktivně, aby zůstal aktivním i ve stáří.

2.4 Nemocnost stárnoucí populace

I přes mnohé biologické a psychické změny v procesu stárnutí, nelze stáří považovat za nemoc. I když mnoho faktorů může ukazovat na to, že stáří nemocí je. Člověk se snaží před stářím utéct, jakoby to bylo něco nakažlivého, vyhýbá se kontaktům se starým člověkem.

V mnoha domovech důchodců a jiných obdobných zařízeních to vypadá spíše jako v nemocnicích. Naše zdravotnictví totiž není adaptováno na druh péče, kterou vyžadují staří lidé. Jeho hlavní náplní je léčit, zatímco u starých lidí by bylo důležitější poruchám organismu předcházet. Lékařům by tedy nemělo jít u starých lidí o uzdravování „stáří“, ale o to, jak této generaci pomoci lépe žít (Pichaud, Thareaunová, 1998, s. 58).

Nemoci u seniorů se vyznačují několika zvláštnostmi. Lidský organismus starého člověka reaguje na některá onemocnění oproti mladšímu věku poněkud nevýrazně.

Příznaky různých onemocnění jsou ve stáří jiné, například infekce mohou probíhat bez teplot nebo jen s nízkými teplotami. U nemocí, které se jinak vyznačují akutními příznaky, ve stáří tyto chybí (Tvaroh, 1971, s. 63).

Jen zkušený lékař, který má s ošetřováním starých lidí praxi tak může včas rozeznat tyto skryté příznaky vážných onemocnění. Zvláštností je také skutečnost, že u seniorů probíhá několik chorobných procesů najednou.

Jedlička (1991, s. 34-35) tuto zvláštnost nazývá multimorbiditou. Při tomto procesu navazuje jedna choroba na druhou, aktivují se dosud latentní onemocnění a vzniká řetězová reakce. To platí nejen pro srdeční a oběhová onemocnění, ale také pro infekční, endokrinní a metabolické choroby.

Díky tomu, že se ve stáří řada chorob úplně nevyléčí, dochází k jejich nakupení a vzhledem k jejich stále protahovanějšímu průběhu přecházejí do chronického stádia.

Mezi nejčastější choroby starých lidí dle Pichaud, Thareaunová (1998, s. 59-60) patří cévní mozková příhoda, která je způsobena zastavením oběhu nebo prasknutím cévy. Mohou způsobit lehčí nebo těžší následky (částečné či úplné ochrnutí končetin, ztráta paměti, neschopnost vyjádřit se – porucha řeči, sluchu a zraku). Demence je jednou z nejčastějších duševních poruch, kdy je důsledkem mozkového poškození zhoršena paměť, řeč a všechny rozumové schopnosti. Další duševní poruchou ve stáří je deprese. Dochází k ní často po vážné události (úmrtí, nehoda nebo nemoc). Člověk se při ní uzavírá do sebe před okolním světem (špatně spí, je smutný, unavený). Osteoporóza nastává v důsledku úbytku kostní tkáně a následnému řidnutí kostí, což vede k jejich křehkosti (zvýšené nebezpečí zlomenin). Parkinsonova choroba se projevuje třesem, svalovou ztuhlostí a nepohyblivostí a v poslední době je se stářím dost často spojována.

Při tomto stručném výčtu onemocnění, která mohou člověka stářím provázet, by se dalo říci, že starý člověk ve svém pokročilém věku je pouze v péči zdravotníků. Tak tomu ale ve skutečnosti není. Starý člověk se svou nemocností sice zabývá, ale rozhodně ji neřadí na první místo svých zájmů. Pro něj je většinou prioritou nebýt sám. Takže i v různých návštěvách lékařů a terapeutů vidí možnost sociálního kontaktu. Další velice významnou prioritou, která je zcela jistě před zájmem o svou nemocnost, je u starých lidí potřeba být soběstačný. Teprve když ztrácí vlivem určitého onemocnění možnosti sociálních kontaktů a snižuje se míra jeho soběstačnosti, začíná se svou nemocností zabývat.

V situaci, kdy se člověk začne zabývat svým zdravotním stavem, postupně projde několika etapami procesu boje s nemocí. Tyto etapy se dají označit jako fáze šoku – ustrnutí a zděšenost v důsledku zjištění vážného onemocnění či úrazu, fáze usebrání – po fázi šoku se pacient vrací do skutečnosti, které jsou však obohaceny o pocity strachu, zármutku, žalu, bezmoci a nedostatku pomoci, fáze stažení se ze hry – vědomě odchází do mentálního osamění, je mu dána možnost popření a tím ulehčení duševní tíhy. V této fázi se může připravovat na plán dalšího postupu ve svém životě. Další fází je tvorba programu k řešení krize – pracuje se s teorií krizové intervence – jde o udržení celkové rovnováhy člověka. Nemoc je chápána jako narušení rovnováhy, kterou je nezbytné obnovit (Křivohlavý, 2002, s. 38).

Každý člověk se se svými nemocemi vyrovnává po svém. Je třeba dbát na to, aby nemocný propadal naprosté beznaděži a apatii. Neboť právě u stárnoucího člověka má dobrý zdravotní stav obrovský vliv na celkovou kvalitu jeho dalšího života.

3 KVALITA ŽIVOTA

Jak jsem popsala výše, aspekty biologického, psychického a sociálního stárnutí ovlivňují organismus jako celek. Mají nesporný vliv na kvalitu života seniora. S jakýmkoliv zdravotním či sociálním znevýhodněním totiž automaticky klesá celková životní úroveň. Zdravotní stav a s ním spojená míra soběstačnosti, sociální zázemí spolu s psychickým vyrovnáním. To jsou stěžejní ukazatele míry kvality života seniora.

Pokud máme hovořit o kvalitě života jako takové, musíme jasně definovat dílčí oblast, o které budeme mluvit. Kvalitu života lze mapovat v těchto hierarchicky odlišných rovinách (Křivohlavý, 2002, s. 57):

- Makro-rovina – jde o otázky kvality života velkých společenských celků, např. země, kontinenty atp. V této rovině jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života, o absolutní smysl života, kde je život chápán jako absolutní morální hodnota
- Mezo-rovina – jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, např. ve škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domě atp.
- Osobní rovina – zde jde o otázky kvality života jednotlivce, individua, týká se každého z nás

S termínem kvalita života se v poslední době setkáváme stále častěji. Stárnoucích a starých lidí stále přibývá, což má vliv na stále více projektů, které se na dané téma realizují. Jejich cílem je zkvalitnění komplexní péče o seniory, důkladné zmapování jejich rozmanitých potřeb, zajištění maximální důstojnosti jejich života ve stáří, ale také jejich zapojení do veřejného života.

3.1 Determinanty ovlivňující kvalitu života seniorů

Stáří je zrcadlem dosavadního způsobu života. Nicméně především adaptace a vyrovnání se s faktem přibývajících let a s tím spojených starostí je jakýmsi prvním krokem směřujícím k ovlivnění procesu stárnutí a tím i kvality dalšího života. Jedinec se v prvé řadě musí vnitřně smířit s tím, že stárne. Stává se, a to jak u mužů, tak i u žen, že si nechtějí jednotlivé aspekty stárnutí a stáří přiznat. Muži mají tendence například přeceňovat svoje fyzické síly, ženy se snaží obelstít čas i okolí někdy až přehnanou péčí o svůj zevnějšek. A právě přijetí a smíření se s tím, že již patří ke starší generaci, může být

odrazovým můstkem k méně bolestnému osvojování si veškerých skutečností a změn, které k vyššímu věku patří.

Kalvach (1997) zkoumá adaptaci ze dvou hledisek. První hledisko poukazuje na to, že vlivem věku se mění schopnost vyrovnat se s životními situacemi. Druhé hledisko poukazuje na to, že vlivem změn vlastního organismu lze modifikovat způsob života. K prvnímu hledisku lze v podstatě říci, že poukazuje na zvláštnosti adaptace ve stáří. Druhé hledisko zachycuje změny, které přináší např. odchod do důchodu.

Dále ve své typologii adaptace rozlišuje jedince na aktivní, pasivní, rezignované a frustrované (provinilí, vyčítaví).

S přibývajícím věkem totiž rostou individuální rozdíly a každý takový jedinec potřebuje jiný přístup okolí, jiný program každodenního života a odlišné záchytné body pro osobní budoucnost. V jiném slova smyslu, musíme chápat a respektovat, že starý člověk potřebuje více času na to, aby se vyrovnal s jakoukoliv závažnou změnou ve způsobu jeho života.

Hlavně ve vlastním zájmu by se měl starý člověk adaptovat na vše, co mu stáří přináší. Musí akceptovat svoje tělo, svůj zdravotní stav. Stanovovat si jen takové cíle, které jsou s přihlédnutím na jeho schopnosti dosažitelné a uskutečnitelné. Pokud se mu toto podaří, může předejít zbytečným komplikacím a být tak i nadále co nejvíce užitečným a potřebným, hlavně pro svoje nejbližší.

Nesporným kritériem ovlivňující životní úroveň seniora je udržování různých aktivit v průběhu celého života.

Aktivita mobilizuje psychickou i fyzickou stránku člověka. Příznivě vždy působí zájem o konkrétní činnost, o to více ve stáří. Nečinnost totiž může být v pokročilém věku počátkem nezadržitelného úpadku. Vede k depresím, zrychluje se fyziologický proces stárnutí a rozpadá se osobnost. Aktivním přístupem k životu dochází k vytváření nových vztahů s lidmi a překonávání pocitů osamění. Senior je psychicky méně odolný a přizpůsobivý. Může se snáze dostat do stavu beznaděje a izolace, proto by měl více posilovat zájmovou činnost a sociální kontakty. Pasivita a opuštěnost způsobí, že jedinec se více soustředí na své zdravotní problémy a zhoršuje se jeho duševní stav. Aktivita navíc posiluje pocit užitečnosti a uznání. Takový člověk snáze udržuje pocit vlastní hodnoty, jeho život je smysluplný a orientovaný na budoucnost. Ačkoliv má starý člověk právo na

odpočinek, tak pouze aktivitou může procesy stárnutí zpomalit. Mělo by se jednat o takové aktivity, které budou uzpůsobené k jeho možnostem a schopnostem. Senior by si měl zařídit ve stáří život tak, aby nejlépe odpovídal individuálnímu zaměření a tomu, co dovoluje jeho zdravotní stav. (Holásková, 2005, s. 147)

Udržením aktivit nejen v průběhu celého života, ale hlavně ve stáří se nesporně pozitivně projeví na kvalitě každodenního žití seniora. V současné době se rozšiřují formy vzdělávání, především Univerzita třetího věku. Vzdělávání je na vysokoškolské úrovni, kde si rozšiřují své vědomosti v nejrůznějších oborech. Využívají také aktivity spojené s prací na PC, internetu, jazykové kurzy, poznávací zájezdy apod.

Jak již bylo řečeno, ve stáří by si měl senior vzhledem ke svých snižujícím se fyzickým a psychickým schopnostem druhy aktivit přizpůsobit. Některých se musí vzdát, naproti tomu nové objevit. Vzhledem k individualitě každého jedince bude i skladba aktivit poněkud odlišná a v podstatě bude nastiňovat to, co měl starý člověk rád ve svém produktivním věku. Neboť pouze aktivitou, ať už jakoukoliv, může během dne zapomenout na svoje zdravotní problémy a starosti se svoji tělesnou schránkou a pozitivně tak ovlivnit svoje každodenní bytí.

Kromě různých aktivit, kterými si člověk ve stáří pomáhá udržovat určitý životní standart je další nedílnou součástí této snahy, která pozitivně ovlivňuje jeho kvalitu života, prevenci zdraví, aktivní život spojený s pravidelným odpočinkem.

Pokud zabrousíme do historie prevence zdraví, dozvíme se, že např. v 19. století většina lidí umírala na infekční nemoci, jako tuberkulóza, chřipka, záškrta, zápal plic. Zkoumalo se co se děje v nemocném lidském těle. V této době se plně osvědčoval tzv. biomedicínský model lékařské péče, který však byl bezradný tam, kde se mělo odpovědět na otázku, jak těmto nemocem předcházet a zvládat je. Dnes je situace jiná. Dle statistik u nás lidé nejčastěji umírají na infarkt myokardu, rakovinu a na následky úrazů (srovnej např. na http://www.demografie.info/?cz_umrtnostpriciny=).

Dle Štilce (2004) z toho jasně vyplývá, že biomedicínský model zde přestává být nejučinnějším faktorem. Při pozorování příčin zrodu nejběžnějších nemocí, na které lidé dnes nejvíce umírají, se ukazuje, že spouštěčem často bývá stres. To dává podnět k vytvoření nového modelu, jež lze nazvat biopsychosociální. Biomedicínský model zkoumal původ a příčiny nemocí. Biopsychosociální je orientován na prevenci, neboli

hledání faktorů, které člověka udržují v dobrém zdravotním stavu a tento stav dále pozitivně ovlivňují. Již dle názvu biopsychosociální model je patrné, že na zdravotní stav člověka nemají vliv jen biologické a psychologické faktory, ale také oblast sociální. Jedná se hlavně o vzájemné vztahy mezi lidmi, o uspokojení nebo frustraci sociálních potřeb.

Tento biopsychosociální model považují v preventivní péči o seniora za velmi účinný až rozhodující. Neboť posílením aktivního přístupu k životu lze v budoucnu zlepšit zdatnost a zdraví celé populace.

Součástí péče o své zdraví by mělo být i správně vyvážené zdravé stravování. Již Hypokrates kdysi pravil: „*Necht' je jídlo vaší medicínou a medicína vaším jídlem.*“ Spojitost jídla se zdravím a životem je patrná již ze slov výživa, živina. Tato slova mají jiný význam než slovo jídlo, pokrm. Vyjadřují nutnost kvality výživy pro růst a obnovu sil organismu. To, co člověk jí, jej značně ovlivňuje. Lidé s nadváhou, kteří nerespektují zásady zdravé výživy, nemusí ve svém životě nikdy poznat celý svůj potenciál vitality a energie. Změnit stravovací návyky není snadné a rychlé. Tato změna by měla být spojena s celkovou obměnou životního stylu (Štilec, 2004, s. 27).

Strava by tedy měla být u každého jedince individuální, sestavena dle jeho tělesné aktivity a momentálních zdravotních aspektů. Starý člověk, který je ve svém věku vitální natolik, že během dne obhospodará svůj domek, si zaslouží stejný příděl kalorií, jako plně aktivní člověk v produktivním věku. Zdravé a výživné jídlo je účinnou zbraní proti např. únavě, zácpě, bolestem páteře apod. Také díky přísunu některých vitamínů, stopových prvků a látek výrazně snižuje riziko výskytu různých onemocnění (horních cest dýchacích, chřipky a nachlazení atd.) a klesá nebezpečí zlomenin. Správně zvolená skladba každodenní stravy je tedy opravdu dobrou prevencí proti mnoha nemocem, které se ve stáří častěji vyskytují (Pichaud, Thareaunová, 1998, s. 100).

Ke správnému stravování nepochybně patří i správný pitný režim. Ve stáří člověk ztrácí pocit žízně. Dehydratace by pak mohla způsobit nemalé, zdravotní komplikace. Proto je dodržování pitného režimu hlavně ve stáří důležitější, než kdy jindy. Zdrojem tekutiny pro tělo je i čerstvé ovoce a zelenina, které se zároveň podílejí na přirozené detoxikaci organismu.

Nedílnou součástí péče o zdraví jsou pravidelné preventivní zdravotní prohlídky. S přibývajícím věkem stoupá i nutnost dbát pravidelnosti lékařských prohlídek. Neboť

některé projevy můžeme mylně považovat za projev stáří a přitom se může jednat o počátek onemocnění. Pravidelnost prohlídek je zcela evidentně přímo úměrná včasnému podchycení závažné choroby s následným uspokojivým léčebným efektem.

3.2 Péče o seniory

Se změnou zdravotního a/nebo sociálního stavu seniora se mění i míra potřeby péče o něj. Starý člověk se ve stáří nedobrovolně stává méně soběstačným, kdy přímo úměrně se snižováním jeho soběstačnosti stoupá nutnost vyšší péče k uspokojení všech jeho životních potřeb. Pokud míra soběstačnosti u seniora klesne na takovou úroveň, že již nemůže sám zcela uspokojit některou z životně důležitých základních potřeb a nemůže se v daném případě obrátit na péči ze strany rodiny, měl by začít využívat některou ze sociálních či zdravotních služeb.

Péči o seniory se zabývají sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a fyzické i psychické pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti.

Jarošová (2006, s. 45-47) ve své publikaci *Péče o seniory* rozděluje **zdravotní služby** takto:

- *Geriatrické ambulance* – koordinace návaznosti akutní a následné péče,
- *Geriatrická oddělení* – akutní oddělení nemocničního typu zaměřené na péči o seniory,
- *Zařízení následné péče* (rehabilitační a doléčovací odd.) – rehabilitace pacientů ve stabilizovaném stavu,
- *Ošetřovatelská oddělení* – je zde poskytována ošetřovatelská péče, a to jak dlouhodobá, tak i krátkodobá,
- *Hospice* – forma ošetřovatelského ústavu,
- *Geriatrická denní centra* – léčebné, ošetřovatelské a rehabilitační výkony,
- *Domácí péče* – spolupráce s rodinou nebo sociálními službami, obsahem je ošetřovatelská péče kvalifikovanou sestrou v domácím prostředí.

V našich podmínkách jsou sociální a zdravotní služby terénního typu vykonávány formou pečovatelské služby a domácí zdravotní péče.

Sociální služby pro seniory u nás zajišťují:

- Ústavní péče pro seniory – domovy důchodců, domovy pro seniory, domovy-penziony pro seniory,
- Terénní služby pro seniory – denní stacionáře, pečovatelská služba,
- Komunitní péče pro seniory – podpora bydlení pro seniory-domy s pečovatelskou službou, poradenství pro seniory a jejich rodiny, sledování kvality poskytovaných služeb, služby domácí péče, osobní asistence a další.

Domovy důchodců jsou určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu nebo jsou plně invalidní, a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče. Do domova důchodců nemohou být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Většina domovů důchodců je zřizována městským úřadem (ve větších městech magistrátem města), sociálním odborem.

V domově důchodců mají obyvatelé celoročně zajištěnou celodenní komplexní pečovatelskou, ošetrovatelskou a zdravotní péči. Ošetrovatelskou péči, tedy celodenní zajištění pomoci či asistence při poskytování základních hygienických potřeb (umývání, oblékání apod.), pravidelné podávání léků, převazy apod. zajišťuje ošetrovatelský personál (ošetrovatelé, zdravotní sestry). Zdravotní péči zajišťuje buď stálá, nebo pravidelná přítomnost lékaře v prostorách domova důchodců. Na objednání může do domova docházet také zubní, kožní lékař, urolog a jiní specialisté. O pečovatelskou službu se starají sociální pracovníce, instruktorky pracovních a volnočasových činností. Tyto dále vytvářejí podmínky pro dobrovolnou pracovní činnost v rámci ergoterapie (ruční práce v dílnách – pletení, tkání, šití, keramika apod.), možnosti využití nabízených pravidelných či nepravidelných kulturních a společenských akcí a jiné činnosti v rámci naplnění volnočasových aktivit seniora.

Ergoterapie je nejrozšířenější formou psychoterapie, která je využívána při práci se seniory. Jedná se o jakoukoliv vhodně zvolenou tělesnou nebo duševní činnost, jejímž cílem je procvičování získaných pohybových, ale i duševních schopností v praktických činnostech každodenního života u starého člověka. Pokud senior vykonává smysluplné činnosti, dává mu to pocit užitečnosti a radost z dobře vykonané práce. Nabídka

ergoterapeutických technik je široká a každá má svá specifika. Další psychoterapeutickou technikou je arteterapie. Tato využívá výtvarného umění k vyjadřování pocitů jednotlivých účastníků, podporuje vzájemnou aktivní komunikaci. Je vhodná pro všechny osoby, které mají potíže s komunikací, tedy i pro staré lidi.

Muzikoterapie je další formou psychoterapie, která jako léčebného prostředku využívá hudbu. Hudba pomáhá snižovat psychické napětí a příznivě ovlivňuje řadu procesů v našem těle. Například vnímání, sociální chování, pohybové zkušenosti, rozvoj osobnosti, racionální schopnosti. Hudba má při této terapii poskytovat klientům radost a uspokojení, odstraňovat agresivitu a pozitivně ladit jeho další chování a jednání. Muzikoterapie se provádí s jednotlivci nebo skupinou, může mít podobu aktivní či pasivní z hlediska účasti osob. Při aktivní se používají nejrůznější hudební nástroje i předměty běžné denní potřeby jako například nádobí, nebo i vlastní ruce. Při pasivní muzikoterapii jde zejména o poslech hudby a její prožívání jednotlivými osobami.

Mezi novou formu psychoterapie, u které se využívá pozitivního působení psa na člověka je canisterapie. Tato je vhodná pro všechny věkové skupiny. Od setkání seniorů se psem si terapeutové slibují, že v tu danou chvíli senior zapomene na svoje každodenní starosti, napomáhá adaptaci na nové prostředí.

Pokud má být poskytována péče co nejkvalitnější, musí mezi personálem a seniory fungovat dobrá komunikace a to ve všech jejích podobách. Ačkoliv se totiž může zdát, že vše podstatné ze sdělovaných informací probíhá verbální formou, tak právě tou neverbální formou člověk nejvíce přijímá. Ten, kdo umí dobře naslouchat druhým, může lépe pochopit podstatu sdělovaného. Je nutné mít na paměti, že vnímavým a trpělivým přístupem ovlivňujeme nejen seniorovo vnímání okolní společnosti, ale i sebe sama.

Při komunikaci se seniorem musíme pamatovat na to, že starý člověk může komunikovat pomaleji např. při únavě či stresu a je třeba mu nechat více časového prostoru na odpovědi a reakce na komunikační podněty. Dobré komunikaci mohou bránit bariéry na straně seniora i na straně personálu. Ze strany seniora může jít např. o neochotu komunikovat s konkrétním pracovníkem domova důchodců, ve kterého nemá z určitých příčin důvěru. Navíc o řadě věcí se může senior stydět před personálem mluvit. Týká se to třeba oblastí sexuality, intimních záležitostí, ale také například potíží v rodině apod. Bariéry v komunikaci mohou být i na straně personálu. Sem mohou patřit obavy

pracovníka domova, že s ním senior bude chtít mluvit o závažných tématech jako je umírání, nevyléčitelné choroby. Dalším důvodem zábran zdravotníka při komunikaci může být i antipatie ke konkrétnímu seniorovi. Oboustrannou bariérou pak bývá nevhodné prostředí ke komunikaci (hlučné prostředí, bez soukromí, ve spěchu). V komunikaci se seniorem je třeba brát v zřetel tato další specifika jako poruchy smyslů (například nedoslýchavost, špatný zrak), poruchy řeči a demence. (Venglářová, 2007, s. 75-76)

Při komunikaci je důležité vybrat klidné, nehlukné prostředí, mluvit pomalu a zřetelně a zvolit vhodnou vzdálenost mezi komunikujícími tak, aby nebyla narušena osobní zóna seniora (40 cm), ale zároveň senior dobře slyšel a vnímal rozhovor. Při rozhovoru je dobré využívat neverbální stránku komunikace a při rozebírání složitějších situací je možné toto doplnit i psaným slovem.

Vlivem prodělaných různých neurologických onemocnění může mít senior sníženou schopnost mluvit i problémy řeči rozumět. Nastávají konfliktní situace provázené podrážděním, bouřlivým chováním až agresivitou a to vše díky neschopnosti se s ostatními dorozumět. Opačnou variantou může být naprostá rezignace na komunikaci. Zde pomůže hlavně trpělivý přístup personálu. Ten by měl hledat alternativy, jak se s takovým seniorem domluvit (obrázky, počítač, posunky apod.).

Zcela specifický přístup vyžaduje komunikace se seniory trpící demencí. Demence má vliv na psychické funkce. Průběh komunikace ovlivňují zejména poruchy paměti. Pro zlepšení komunikace s dementními seniory je třeba znát, jaké oblasti jsou demencí zasaženy.

Není snadné najít správný přístup ke vhodné komunikaci se starým člověkem. Každý z nich má jiné potřeby, jinou komunikační dovednost a techniku. Někomu nedělá problémy o svých starostech s personálem hovořit. Jiný má v sobě různé zábrany. Senioři žijící v domově důchodců se často pro svůj subjektivní pocit nepotřebnosti cítí být ze strany personálu zanedbávání, přehlížení a nevyslechnuti. Pokud to někdo z personálu vůči nějakému seniorovi dopustí, následuje u tohoto stažení se do sebe a nemožnost tak zjistit jeho skutečné potřeby, jejichž uspokojení by vedlo k celkovému zvýšení kvality klientova života v domově důchodců.

3.3 Právní norma upravující poskytování sociálních služeb

V kvalitě života každého seniora se odráží jeho momentální zdraví a s tím spojená míra soběstačnosti, dále ekonomické a sociální zázemí. Také úroveň poskytované péče má na spokojenost života seniora nesporný vliv. To, na který druh poskytované služby či péče má senior nárok, je upraveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Poskytovateli sociálních služeb jsou územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu.

Dle uvedeného zákona jsou senioři řazeni do čtyř stupňů závislosti na druhých osobách a dle toho se liší i výše poskytovaného finančního příspěvku. U 4. stupně, kde je úplná závislost, je příspěvek nejvyšší. Zákon o sociálních službách vymezuje tyto čtyři **stupně závislosti na druhých osobách**:

- *1. stupeň – lehká závislost* – senior potřebuje každodenní pomoc při více jak 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, nebo u osoby mladší 18 let při více jak 5 úkonech péče o vlastní osobu,
- *2. stupeň - středně těžká závislost* – senior potřebuje každodenní pomoc při více jak 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, nebo u osoby mladší 18 let při více jak 10 úkonech péče o vlastní osobu,
- *3. stupeň – těžká závislost* – senior potřebuje každodenní pomoc při více jak 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby mladší 18 let při více jak 15 úkonech péče o vlastní osobu,
- *4. stupeň – úplná závislost* – senior potřebuje každodenní pomoc při více jak 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby mladší 18 let při více jak 20 úkonech péče o vlastní osobu.

Při posuzování péče o vlastní osobu a míry soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti jedince se hodnotí do jaké míry je či není schopen jedinec zvládat běžné úkony

každodenního života, jak je schopen orientovat se v čase a prostředí, komunikovat s okolím a jak je schopen udržovat sociální aktivity.

Zákon dále uvádí **formy poskytovaných sociálních služeb**:

- *Pobytové* – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb,
- *Ambulantní* - jedinec dochází nebo je odprovázen do zařízení sociálních služeb (jde tedy o službu bez ubytování),
- *Terénní* – služby jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí.

První uvedená forma poskytovaných sociálních služeb, tedy pobytová patří u nás mezi nejrozšířenější a seniorskou populací nejvyužívanější. Jedná se právě o pobyt např. v domovech důchodců. Zde se převážná část činností a dalších poskytovaných služeb klientům řídí právě tímto zákonem. Zaměstnanci by měli znát potřebná ustanovení tohoto zákona ke své práci. Ani všechny zákony či jiné právní normy však nemohou obsáhnout a hlavně zajistit vše ke spokojenému a řádnému chodu a životu v takovém zařízení. Je to především o lidském přístupu zaměstnanců ke klientům. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovat lidskou důstojnost osob. Musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a svobod osob. Jedině tak může být naplněno ustanovení čl. 3 Listiny základních práv a svobod, podle níž se základní práva a svobody zaručují všem bez rozdílu jiného postavení.

Pokud sociální pracovníci budou ke klientům přistupovat ochotně, vstřícně a snažit se naslouchat jejich potřebám, není už pak tolik důležité mít hlavu plnou paragrafů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Metodika výzkumu obecně popisuje cíl, k němuž chceme výzkumem dospět, uvádí stanovené hypotézy, k jejichž verifikaci v průběhu výzkumu dochází, metodu (metody) sběru dat a případně i jejich zpracování, jakož i charakteristiku výběrového souboru, v jehož rámci jsou získávány relevantní informace. Jak je zřejmé z následujícího výkladu, nejinak tomu bude i v případě této práce.

Pokud se týká samotného prostředí, v němž výzkum probíhal, jednalo se o Domov pro seniory Kociánka. V Domově pro seniory na Kociánce je v současné době ubytováno 331 klientů včetně těch na uzavřených odděleních. Tento je rozdělen na Domov pro seniory, kde je šest oddělení a dále Domov se zvláštním režimem, kde jsou další dvě oddělení. Tato dvě oddělení byla z výzkumného vzorku předem vyloučena, neboť se jedná o uzavřené oddělení s psychicky sledovanými osobami. Klienti zde ubytovaní trpí většinou stařeckou demencí, Alzheimerem, jsou zde i alkoholici, lidé trpící schizofrenií a dalšími psychickými poruchami či nemocemi.

Na ostatních odděleních jsou potom ubytováni ostatní klienti, senioři, kdy tato oddělení nejsou rozdělena na obyvatele mobilní, částečně mobilní a imobilní. Rozlišeno je to pouze po pokojích tak, aby nebyl částečně nebo zcela mobilní jedinec na pokoji s jedincem zcela imobilním, a to samozřejmě kvůli jejich psychice. Na každém oddělení je umístěno v průměru 40 obyvatel domova. Jednotlivá oddělení nejsou v domově rozlišena dle věkových kategorií.

Oddělení nejsou rozdělena na muže a ženy. Takto jsou rozlišeny pouze jednotlivé pokoje, které jsou všude stejné kapacity dvou lůžek. Výjimkou jsou pouze manželské páry, které jsou spolu na pokoji. Další výjimku tvoří případy, kdy matka v důchodovém věku má na pokoji v opatrování svého mentálně postiženého syna.

4.1 Cíl práce

Hlavním cílem praktické části této práce bylo zjistit, jaké je subjektivní hodnocení kvality života ve vybraném domově důchodců právě z pohledu obyvatel tohoto domova. V návaznosti na tento hlavní cíl byly stanoveny cíle dílčí, a to zmapovat život obyvatel v domově pro seniory, zjistit jejich běžný denní režim, jak jsou spokojeni s poskytovanou úrovní zdravotní a sociální péče, jak jsou spokojeni s úrovní ubytování, stravování i

nabízených aktivit, jaké jsou interpersonální vztahy mezi nimi a personálem i jaké jsou interpersonální vztahy mezi obyvateli domova navzájem.

4.2 Hypotézy

Na základě studia teoretických materiálů jsem stanovila celkem tři hypotézy, jejichž smyslem bylo postihnout pokud možno v co nejširší míře subjektivní prožívání kvality života při pobytu v domově důchodců. Tyto hypotézy byly následně na základě zjištěných výsledků verifikovány.

Hypotéza č. 1: Kvalita poskytované péče v domově důchodců odpovídá představám seniorů.

Při formulaci této hypotézy jsem vycházela ze skutečnosti, že domov pro seniory Kociánka je považován za patrně nejlepší zařízení svého druhu na území města Brna. Z toho důvodu předpokládám, že kvalita zde poskytované péče by měla odpovídat představám seniorů.

Hypotéza č. 2: Náročnost seniorů na poskytované služby v domově důchodců je tím vyšší, čím vyšší je jejich dosažené vzdělání.

Při stanovení této hypotézy jsem vycházela z premisy, že čím vyšší je dosažené vzdělání, tím vyšší jsou nároky jedince na aktivity, jimž se věnuje.

Hypotéza č. 3: Náročnost seniorů na poskytované služby v domově důchodců je tím vyšší, čím nižší je jejich věk.

Zde jsem předpokládala, že respondenti nižšího věku mají menší zdravotní handicap, což jim umožňuje se více angažovat v aktivitách, jež jsou v domově důchodců realizovány. Naopak s přibývajícím věkem by se měl zvyšovat počet zdravotně handicapovaných, kterým jejich omezení znemožňují se do volnočasových aktivit zapojovat.

4.3 Metoda šetření a sběru dat

Pro sběr dat jsem zvolila v rámci kvantitativního výzkumu anonymní dotazník. Staří lidé patří mezi nejméně důvěřivé věkové kategorie lidí. Mají obavy z toho, že jejich názoru může být zneužito proti nim.

Vzhledem k tomu, že někteří z dotázaných nebyli schopni sami tento dotazník vyplnit a přesto se tohoto výzkumu chtěli zúčastnit, po dohodě s nimi jsem individuálně s každým z nich dotazník vyplnila osobně.

Dotazník je vlastního sestavení. Obsahuje celkem 24 položek. Otázky jsem se snažila formulovat co nejsrozumitelněji. Při odpovědích na otázky v dotazníku se nejvíce preferovaná možnost odpovědi kroužkovala. Jednalo se převážně o otázky uzavřené, některé otázky nabízely více odpovědí (šlo tedy o otázky výběrové). U těchto položek byla respondentům dána možnost uvést více variant odpovědí. V těchto případech byl u relativních četností považován za 100% celkový počet uvedených variant.

4.4 Výzkumný vzorek

Respondenty pro můj výzkum se stali obyvatelé Domova pro seniory Kociánka v Brně. Tento domov pro seniory jsem si vybrala pro jeho výborné reference a svým výzkumem jsem chtěla zjistit úroveň kvality života v tomto domově přímo z pohledu seniorů. Výzkum v domově probíhal od března 2008 do května 2008.

Sestavený anonymní dotazník jsem zde rozdala mezi celkem 70 klientů domova v šesti odděleních. Jejich výběr byl zcela náhodný. Dotazování bylo provedeno na šesti odděleních, kde na každém z nich bylo dotázáno v průměru 10 lidí. Návratnost byla 58 vyplněných dotazníků. Z těchto 58 dotazníků muselo být 8 vyřazeno pro jejich neúplnost či nečitelnost. Nakonec bylo tedy pro můj výzkum vyhodnocováno 50 dotazníků. Z 50 respondentů, jejichž dotazníky byly vhodné k vyhodnocení, jich vyplnilo 38 % mužů (19) a 62 % žen (31). Respondenty byli muži i ženy ve věku nad 60 let. Z celkového počtu 50 dotázaných respondentů bylo 58 % z nich (29) starších osmdesáti let, 28 % (14) bylo ve věkové kategorii 70 až 79 let a pouze 14 % dotázaných (7) bylo ve věkové kategorii 60 až 69 let. Pro úplnost dodávám, že průměrný věk klientů v domově je 83 let. Pokud se týká nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů, tak 44 % z nich uvedlo, že mají pouze základní vzdělání, většinou obecnou školu. Dalších 42 % dotázaných uvedlo, že mají výuční list, někteří dokonce i dva. Dalších 6 % respondentů uvedlo, že mají ucelené středoškolské vzdělání s maturitou a konečně 8 % dosáhlo vysokoškolské vzdělání.

K otázce pobytu seniorů v domově důchodců bylo zjištěno, že 58 % z nich zde žije méně než tři roky. Dalších 40 % respondentů dle svých odpovědí žije v domově více jak tři

ale méně jak šest let. Nikdo z dotázaných nespadal do kategorie délky pobytu šest až osm let a pouze u 2 % dotázaných bylo zjištěno, že zde v domově žijí více jak osm let. Jednalo se o ženu, které bylo 94 let a žije zde již 13 let. Z rozhovorů se sociálními pracovníci domova a dle jejich zpracovaných statistik z výroční zprávy vyplynulo, že ročně se v domově obmění přibližně jedna třetina všech ubytovaných. Toto číselné zjištění korespondovalo i s tím, že nejvíce obyvatel z celkového počtu dotázaných spadalo právě do kategorie délky pobytu méně než tři roky.

Ve vztahu ke zdravotním omezením respondentů bylo zjištěno, že u 38 % z nich jejich zdravotní omezení spadá do pohybové oblasti (špatná chůze nebo zhoršená ovladatelnost jiné části těla). Pětina respondentů (20 %) uvedla, že má problémy se zrakem či sluchem, 8% respondentů uvedlo omezení psychického rázu, 30% z dotázaných uvedlo omezení kombinované a 4% respondentů uvedlo, že nemají žádné zdravotní omezení.

Právě se seniory, kteří měli problémy dotazník přečíst pro svůj slabý zrak, jsem osobně spolupracovala při jeho vyplňování. Patřili sem i ti jedinci, kteří některým otázkám nerozuměli. Při této spolupráci jsem záhy zjistila, že o pomoc při vyplňování mého dotazníku požádali také senioři, kterým v jeho samostatném vyplnění nebránilo žádné zdravotní omezení. Za jejich žádostí se skrývala obyčejná zvědavost a hlavně touha po tom si s někým novým popovídat.

4.5 Zpracování dat

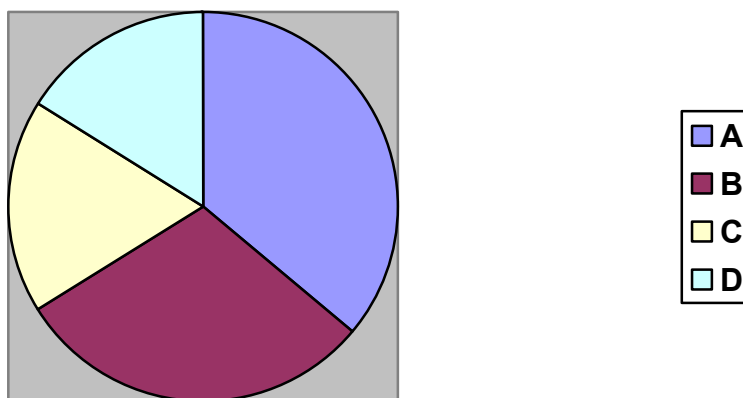
Nashromážděná data byla zpracována a analyzována do tabulek s absolutní a relativní četností, které prezentují výsledky dotazníkového šetření. Relativní četnost byla dále zpracována graficky v podobě obrázků a to u otázek, které se přímo vztahují k daným hypotézám výzkumu. Ke zpracování dat bylo použito počítačových programů Microsoft Word a Microsoft Excel.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO DISKUSE

5.1 Vyhodnocení výsledků výzkumu

První skutečností, kterou výzkum zjišťoval, byla délka adaptace seniorů na nové podmínky, čili na podmínky domova důchodců. Při dotazu respondentů na to, jak dlouho si na pobyt v domově zvykali, bylo u 36 % z nich zjištěno, že si na pobyt v domově zvyklo ihned, 30 % respondentů uvedlo, že si zvykli do půl roku, 18 % respondentů uvedlo, že si zvykli po roce a zbytek dotázaných (16 %) uvedlo, že si na pobyt v domově doposud nezvyklo. Ve všech případech se jednalo se osoby, které zde byly méně než jeden rok.

Graf 1: délka adaptace na pobyt v domově



Legenda:

- A ... Zvykl(a) jsem si hned
- B ... Do půl roku
- C ... Po roce
- D ... Doposud jsem si nezvykl(a)

Při mém působení v domově a při rozhovorech se samotnými seniory jsem se od nich dozvěděla, že ve většině případů si na pobyt v domově zvyknou buď hned, nebo do půl roku. Z jejich odpovědí vyplynulo, že většina z nich je smířena s pobytem v domově jako s něčím, co k tomuto věku v dnešní době neodmyslitelně patří.

O respondentech do určité míry leccos napovídá i to, z jakého důvodu se přestěhovali do domova pro seniory. K tomuto bylo zjištěno, že pro 44 % z nich byla hlavním důvodem přestěhování jejich neschopnost se o sebe postarat. Další velká skupina (34 % respondentů) uvedla jako hlavní důvod přestěhování zdravotní problémy, 16 % dotázaných uvedlo, že se přestěhovali do domova kvůli problémům s bydlením a 6 % proto, aby už nebyli sami. U některých dotázaných jsem se setkala s názorem, že i kdyby jejich důvodem pro přestěhování do domova pro seniory nebyly zdravotní problémy či jejich nesoběstačnost, i tak by se sem dobrovolně přestěhovali. Jako důvod takového počínání byla buď touha po kontaktu se svými vrstevníky, kterého se jim v domácím prostředí nedostávalo, nebo aby nepřekáželi „mladým“.

První otázkou, která se bezprostředně týkala kvality života seniorů v domově důchodců, byla zaměřena na spokojenost seniorů s úrovní ubytování. Výzkum ukázal, že drtivá většina respondentů (84 %) s úrovní ubytování spokojena je. Pouhých 16 % respondentů uvedlo, že s úrovní ubytování spokojeno není. K tomuto zjištění je možné doplnit, že v Domově pro seniory Kociánka je 165 dvoulůžkových pokojů a jen jeden jednolůžkový. Ten je určen pro ty, kteří mají větší a dlouhodobější problémy s adaptací na nové prostředí po přestěhování. Na pokojích patří do základní výbavy dvě postele, noční stolek, skříň na šatstvo a oblečení, stůl a dvě židle. Na pokojích jsou hygienické kouty s umyvadlem. Koupelna se sprchou, vanou a toaletou je společná pro více pokojů a nachází se na chodbě daného oddělení. Dále se zde na každém oddělení nachází i malá kuchyňka, kde je rychlovarná konvice, lednička na potraviny a vařič. Na každém oddělení je společenský prostor s posezením před televizí. Po vstupu hlavními dveřmi do domova je zde pro klienty velké atrium s pultovou kantýnou a posezením, kde se pořádají společenské akce. Je zde i terasa s venkovním posezením a velká krásná zahrada, kde mohou obyvatelé domova chodit na procházky či pracovat. Ti, kteří nebyli s úrovní ubytování spokojeni, jako důvod uvedli, že by chtěli být na pokoji sami a měli tak více soukromí.

Za poměrně významný ukazatel kvality života v domově důchodců považují spokojenost s úrovní stravování. Z dotázaných respondentů jich 84 % uvedlo, že jsou spokojeni s úrovní stravování. I k tomuto ukazateli bylo tedy zjištěno, že je s ním spokojena převážná část dotazovaných. Pouze 12 % respondentů uvedlo, že s úrovní stravování není spokojeno. Zbytek oslovených (4 %) uvedlo, že jsou se stravováním spokojeni jen někdy.

Pro ilustraci uvádím, že v Domově pro seniory Kociánka je klientům během dne strava poskytnuta celkem 5x. V 08:00 hodin ráno se podává snídaně, během dopoledne dostávají na pokoj malou svačinku (většinou v podobě ovoce nebo sušenky) oběd je ve 12:00 hodin, během odpoledne dostanou na pokoj opět malou svačinku (ovoce, jogurt, sušenka) a večere se podává v 17.00 hodin.

Snídaně, obědy a večere se podávají v jídelně. Těm, kteří jsou nemobilní nebo nechtějí na jídlo do jídelny, donese personál stravu přímo na pokoj. Personál se řídí dle seznamů, kde jsou uvedeni ti, kteří do jídelny nedocházejí stabilně. Je zde možné, aby personál donesl jídlo na pokoj i těm, kteří do jídelny běžně chodí. To se týká případů, kdy je dotyčnému například neudělá dobře, má nějaký momentální zdravotní či psychický problém.

U všech dotázaných jsem se setkala s názorem, že porce jídel jsou zde více než dostatečné. Jídla jsou pro ně velmi chutná a kvalitně zpracovaná. Mezi nedostatky ve stravování řadí občasnou tvrdost masa, nedovařenou rýži anebo nízkou teplotu hotových jídel a polévek. Na teplotu jídla si obyvatelé stěžovali v případě, kdy jim bylo doneseno přímo na pokoj.

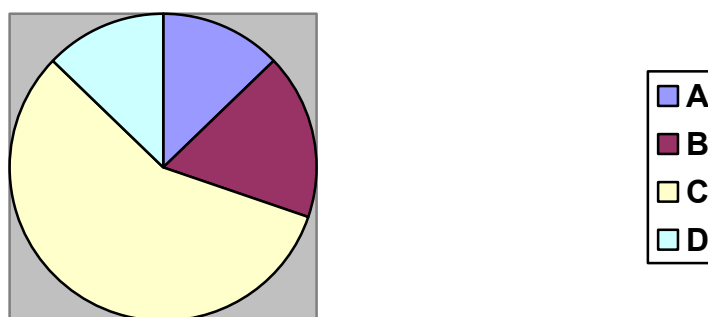
Pro seniory je s ohledem na jejich zdravotní stav velmi důležitá též zdravotní péče, proto ve výzkumu nemohla chybět otázka, která by směřovala na její úroveň. Zde bylo zjištěno, že 52 % z respondentů je s poskytováním zdravotní péče spokojeno jen částečně. Dalších 28 % respondentů uvedlo, že jsou s lékařskou péčí v domově velmi spokojeni a pětina (20 %) respondentů uvedlo, že není spokojena s poskytovanou zdravotní péčí. Pro dokreslení opět uvádím, že v Domově pro seniory Kociánka je denně v pracovní době přítomen praktický lékař. Kromě jeho na požádání klientů docházejí do domova i specializovaní odborníci, jako zubař, kožař, urolog a další. Seniorům v domově nejvíce ze zdravotní péče chybí stálá přítomnost těchto lékařů – specialistů, neboť dle jejich názoru někdy trvá dlouho, než je takový odborný lékař navštíví. Dále by uvítali přítomnost více zdravotního personálu. Současně se téměř všichni shodují na tom, že přítomný personál se snaží každému věnovat se dle svých možností a schopností, bez rozdílu, komu ze seniorů je daná zdravotní péče zrovna poskytována.

S ohledem na předpokládanou potřebu sociální péče byla v dotazníku zařazena otázka, která zjišťovala její úroveň. Spokojenost s poskytováním sociální péče vyjádřilo

50 % respondentů, kteří uvedli, že jsou s ní velmi spokojeni. O něco méně respondentů (44 %) s poskytováním sociální péče bylo spokojeno částečně a pouze 6 % respondentů uvedlo, že s poskytováním sociální péče spokojeni nejsou. Senioři vyjádřili uznání nad snahou sociálních pracovníků, které jsou na celý domov pouze čtyři. Není a nemůže být v jejich silách dostatečně uspokojit všechny klienty domova tak, aby byli naráz všichni spokojeni. Sociální pracovníci by uvítaly, kdyby jich bylo v jejich řadách víc. Asi největší pomocí by pro ně byla přítomnost brigádníků – dobrovolníků, kteří by se seniory trávili více času a pomáhali jim tak jejich volný čas plnohodnotně naplnit.

Výzkum se též zaměřil na slabší stránky péče poskytované v domově důchodců. V tomto směru nejvíce respondentů (74 %) uvedlo, že jim chybí více personálu. S tímto aspektem spojují vliv na míru ochoty, vyšší profesionalitu i lidský přístup. Shodně po 4 % respondentů uvedlo, že jim v poskytované péči chybí větší míra ochoty a vyšší úroveň profesionality. Přibližně jedna pětina dotázaných (18 %) uvedla, že jim v poskytované péči nechybí nic. Jako potěšující je možno jednoznačně hodnotit zjištění, že si nikdo ze seniorů nestěžoval na absenci lidského přístupu ze strany personálu.

Graf č. 2: Nejvíce postrádané v činnosti personálu domova



Legenda:

- A ... Větší míra ochoty
- B ... Vyšší úroveň profesionality
- C ... Více personálu
- D ... Nic

Více personálu by ostatně uvítali mezi sebou i zaměstnanci, zejména sociální pracovníci. Lidem nejvíce chybí čas, který jim pečující personál každému poskytuje. Mívají často pocit, že jsou ze strany personálu odbýváni. Současně však senioři potvrzují, že případná nižší míra ochoty a lidského přístupu ze strany pečujících je dána právě jejich absolutní vytížeností.

Senioři se rovněž vyjadřovali k tomu, co by na poskytované péči změnili. Aby se mohli vyjádřit co nejlépe, byla tomuto problému v dotazníku věnována otevřená otázka, na kterou tak senioři mohli libovolně odpovídat. Jednalo se v podstatě o doplňující otázku k otázkám, které zjišťovaly názory respondentů na jednotlivé složky poskytované péče. V odpovědích na otázku, co by v poskytované péči změnili, se senioři rozdělili na dva tábory, kdy jeden (46 %) uváděl, že by na poskytované péči neměnili nic, druhý (rovněž 46 %) uváděl, že by chtěli, aby se jim personál více věnoval, tedy aby bylo i více personálu na oddělení. Zbýlých 8 % respondentů uvedlo, že by chtěli mít na oddělení zajištěnou celodenní lékařskou péči.

Další skupina otázek byla zaměřena na způsob trávení volného času seniorů. První z této skupiny otázek zjišťovala, jaké byly záliby respondentů před jejich nástupem do domova důchodců. Tato otázka nabízela možnost odpovědi na větší množství odpovědí, které někteří respondenti skutečně využili. Odpovědi jsou vyhodnoceny tak, aby každý z respondentů měl v součtu jeden hlas. Pro 36 % respondentů patřila příroda mezi nejoblíbenější zálibu. Následovala kultura s rodinou, pro kterou se shodně vyjádřilo po 22 % dotázaných. Pro četbu se vyjádřilo 12 % dotázaných a pro pracovní činnosti 4 % respondentů.

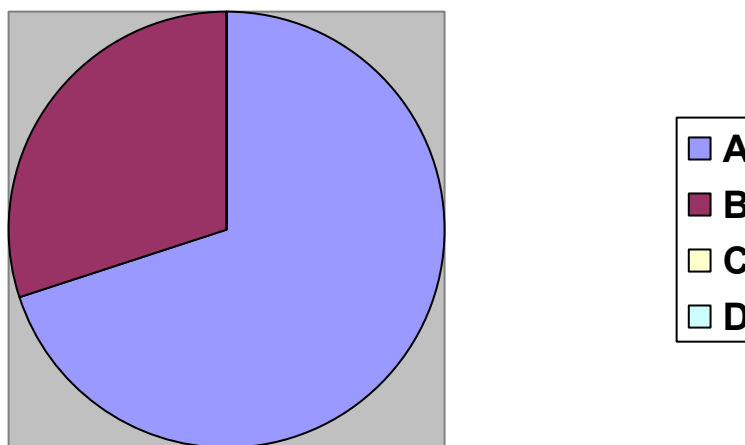
Další otázka byla zaměřena na způsob trávení volného času v domově důchodců. Tato otázka opět respondentům nabízela více možností odpovědí. Odpovědi jsou vyhodnoceny tak, aby každý z respondentů měl v součtu 1 hlas. Nejčastěji dotázaní senioři uváděli, že tráví svůj volný čas četbou. Četbou tráví volný čas 36 % respondentů. Druhou nejčastější aktivitou, kterou senioři využívají je sledování televize a poslech rozhlasu. Takto si krátí volné chvíle 28 % respondentů. Ručními pracemi rádo tráví svůj volný čas 18 % dotázaných, 8 % respondentů chodí na vycházky, po 4 % uvedlo, že využívají terapie a zajímají se o vzdělávání. Pouze 2 % z dotázaných se podle svého vyjádření nezabývá žádnou z aktivit. Nikdo z dotázaných respondentů nevedl, že by se zajímal o práci na zahradě či pomáhal ostatním. Při rozhovoru s některými respondenty jsem se dozvěděla, že

o práci na zahradě by mělo zájem celkem dost klientů, ovšem pouze za předpokladu, pokud by jim to umožnil jejich zdravotní stav.

U respondentů bylo zjišťováno i to, jaké volnočasové aktivity jim v domově důchodců schází. Opět se jednalo o otevřenou otázku, na kterou mohli senioři libovolně odpovídat. Převážná část respondentů (82 %) odpověděla, že jim v domově důchodců nechybí žádné aktivity. Ostatních respondentů (18 %) ve svých odpovědích uvedli, že jim chybí častější výlety a zájezdy mimo domov, například za kulturou nebo do přírody. Tento výsledek svědčí o tom, že v daném domově důchodců je o seniory opravdu dobře postaráno.

To souvisí bezpochyby s přístupem personálu k osazenstvu domova důchodců, což byl další ukazatel, který byl výzkumem sledován. Při odpovědi na otázku, která zkoumala přístup personálu k seniorům, dotázaní respondenti volili pouze dvě možnosti z možných čtyř odpovědí. Přitom 70 % z nich uvedlo, že personál k nim přistupuje velmi ochotně, příjemně a vstřícně. Ostatních 30 % respondentů uvedlo, že personál k nim přistupuje své nálady. Tento výsledek je možno považovat za velmi dobré hodnocení přístupu personálu k seniorům.

Graf 3: Přístup personálu k seniorům



Legenda:

A ... Jsou velmi příjemní, ochotní a vstřícní

B ... Podle jejich nálady

C ... Podle toho, komu je péče poskytována

D ... Velmi nepříjemní, neochotní

Z rozhovorů se seniory jsem se od těchto zde v Domově pro seniory Kociánka dozvěděla, že personál nedělá v poskytované péči mezi obyvateli žádných rozdílů a ke všem přistupují stejně ochotně. Na každém oddělení se o péči klientů stará čtyři až pět pracovníků, které obstarává každodenní péči, do které spadá asistence seniorům při ranním vstávání a večerním ukládání do postele, oblékání, hygieně, poskytnutí stravy, úklidu apod. V dopolední směně je zde čtyři až pět pracovníků, v odpolední zří až čtyři a v noci je zde jedna pracovnice.

Další otevřená otázka byla zaměřena na to, zda se obyvatelé domova cítí v nynějším prostředí dobře a zda jim zde něco nechybí. Respondenti tak mohli opět volit opět více odpovědí. Otázky byly znovu vyhodnocovány tak, aby každý z respondentů měl v součtu 1 hlas. Největší skupina dotázaných respondentů (42 %) uvedla, že se zde cítí dobře a nic jim tu nechybí. Jedna pětina oslovených (20 %) se vyjádřilo pro touhu jít domů k rodině. Další jedna pětina dotazovaných (20 %) uvedla, že jim schází přátelé. Dalším 8 % schází partner, 6 % schází jejich oblíbená činnost a 4 % respondentů si zde nemůže zvyknout. Nikdo z dotázaných neuvedl, že by mu zde bylo smutno a úzko.

Rovněž ve věci důležitého a nezbytného v současném životě byla zvolena otevřená otázka, na kterou mohli dotazovaní respondenti volit více odpovědí. Vyhodnocení bylo opět provedeno tak, aby každý z respondentů měl v součtu jeden hlas. Úplně nejvíc, 28 % respondentů uvedlo, že je pro ně nejdůležitější a nezbytné zdraví, 18 % uvedlo, že je pro ně důležitá a nezbytná soběstačnost, na stejné úrovni je pro dotazované důležitá rodina a peníze, kdy pro každou z těchto možností bylo 12 % respondentů. Pro 10 % respondentů je důležité jídlo, po dalších 6 % dotázaných se vyslovilo pro přátelství a spánek, 4 % dotázaných preferují vztahy s ostatními a pro 2 % dotázaných je důležité bezpečí. Pro nikoho ze všech 50 dotázaných (100%) není důležitý sexuální život. U uvedených hodnot nebylo přitom zjištěno, že by některá z nich byla více preferována s ohledem na určitou kategorii osob (např. podle pohlaví, vzdělání apod.).

Zdraví je bezesporu to nejcennější, co člověk v životě má. Ve stáří to platí dvojnásobně. Neboť právě zdraví je ve stáří spojnicí s okolním světem a jeho děním v něm. To vplynulo i z rozhovorů se seniory. Tito uváděli, že čím více je tu člověk omezován

svým zdravím, tím více vypadává z možností se aktivně podílet a zapojovat na chodu domova a stává se tak pouze jeho pasivním přihlížečem.

Další dvě otázky zjišťovaly, jak jsou na tom respondenti s interpersonálními vztahy. První z těchto otázek se dotazovala, zda jsou respondenti v kontaktu se svojí rodinou. Nejvíce respondentů (76 %) uvedlo, že se se svou rodinou stýkají často, dalších 10 % uvedlo, že se stýkají s rodinou zřídka, další jedna pětina (10 %) uvedla, že žádnou rodinu nemají a zbylá 4 % uvedli, že se se svou rodinou nestýkají. Druhá otázka měla za cíl identifikovat, jaké jsou vztahy respondentů s dalšími obyvateli domova. K této otázce většina respondentů (52 %) odpověděla, že vztahy s ostatními obyvateli domova mají dobré, přibližně třetina (34 %) respondentů uvedla, že mají vztahy s okolím velmi přátelské (z velké části to byly ženy a osoby žijící v domově pro seniory delší dobu), 10 % dotázaných uvedlo, že preferují samotu (vždy osoby se zdravotními omezeními) a 4 % dotázaných (byla to jedna žena z nejstarší věkové kategorie a pak také muži s nižším vzděláním) uvedli, že u nich ve vztahu k ostatním obyvatelům domova dochází ke konfliktům.

Jedna z posledních otázek dotazníku zjišťovala, jak se respondenti aktuálně cítí. Nejvíce dotázaných respondentů (62 %) uvedlo, že se právě cítí dobře, zbytek (38 %) se vyjádřil, že se momentálně cítí špatně. Nikdo se nevyjádřil pro psychickou či fyzickou únavu. Při osobních kontaktech s dotazovanými seniory jsem se od nich dozvěděla, že ti, co uvedli, že se cítí právě dobře, tak tito jsou vyrovnaní se svojí momentální životní situací. Naopak u těch, co uvedli variantu, že se právě cítí špatně, tomu bylo naopak. Byť spokojení s ubytováním, stravováním, péčí i vztahy s okolím, tak vnitřně nejsou smířeni s tím, že život pro ně končí a společnost s nimi již nepočítá. U těchto jedinců jde o jejich problém s adaptací na stáří.

Respondenti dostali kromě jiného i možnost vyjádřit se k tomu, co by chtěli v domově důchodců změnit. Opět se jednalo o otevřenou otázku, na kterou mohli senioři libovolně odpovídat. Polovina dotázaných (50 %) odpověděla, že by v domově neměnili vůbec nic (většinou se jednalo o ženy a osoby s nižším dosaženým vzděláním). Téměř jedna pětina (18 %) by si přála větší pokoje, o něco více, jak jedna desetina (12 %) by ráda uvítala lepší stravu (jednalo se o zpravidla respondenty s vyšším dosaženým vzděláním), 8 % dotázaných by si přálo lidštější přístup ze strany personálu, 6 % by uvítalo, aby na jejich odděleních fungovaly informační rozhlasové přístroje přímo na pokojích (zde se jednalo o seniory

s určitými zdravotními handicap) a 6 % respondentů by si přálo, aby v domově bylo pořádáno více kulturních a společenských akcí (jednalo se u muže s vyšším dosaženým vzděláním a osobu, která zde byla již delší dobu).

Při rozhovorech se seniory na tuto otázku jsem se často setkala se stejnými prvotními reakcemi. A sice, že oni sami stejně nic v domově nezmění a jejich přání stejně nikdo naslouchat nebude. K místnímu informačnímu rozhlasu mi bylo pro vysvětlenou sděleno, že na některých odděleních tyto fungují přímo na pokojích, kdežto na jiných jsou pouze na chodbě, odkud na pokoje není hlášení slyšet. Než však někdo z obyvatel pokoje dojde otevřít dveře na chodbu, hlášení skončí a oni se tak nedozví, nebo až zpětně o chystaných akcích či momentálních nabídkách domova.

Na kvalitu života seniorů v domově důchodců je možné usuzovat i podle jejich odpovědí na otázku, zda by raději žili v tomto domově nebo v dřívějším domově. K této otevřené otázce 64 % seniorů uvedlo, že by volili pobyt v tomto zařízení a zbylých 36 % respondentů by chtělo žít doma. Pokud senioři volili variantu žití v domově, bylo to z celé řady důvodů. Nejvýraznějším z nich byl jejich zdravotní stav, který jim možnost pobytu doma znemožňuje. Dalšími důvody pro pobyt v domově důchodců byly únik před samotou, problém s bydlením a v neposlední řadě také izolace od bydlení s mladou generací.

5.2 Vyhodnocení hypotéz

První stanovená hypotéza předpokládala, že kvalita poskytované péče v domově důchodců odpovídá představám seniorů. Pokud se týká této hypotézy, analýzou dotazníkového šetření bylo k této hypotéze zjištěno, že:

- 84% respondentů je spokojeno s úrovní ubytování, 16% respondentů spokojeno s ubytováním není;
- 84% respondentů je spokojeno s úrovní stravování, 12% respondentů není spokojeno s úrovní stravování, 4% respondentů je spokojena jen občas;
- 80% respondentů je velmi anebo částečně spokojeno s úrovní poskytované zdravotní péče, 20% respondentů spokojeno není;
- 94% respondentů je velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované sociální péče, 6% spokojeno není;

- 74% respondentů nejvíce v poskytované péči chybí přítomnost více personálu, 8% respondentům chybí větší míra ochoty a vyšší úroveň profesionality, 18% respondentům nechybí v poskytované péči nic.

Z uvedeného vyhodnocení vyplývá, že senioři jsou ve značné míře s úrovní služeb poskytovaných v domově důchodců spokojeni. Je tedy zcela jednoznačně zřejmé, že hypotéza č. 1 znějící: „Kvalita poskytované péče v domově důchodců odpovídá představám seniorů“, byla výzkumem potvrzena.

Pokud se týče procentuálního vyjádření položky, co seniorům v poskytované péči nejvíce chybí, k tomu nutno dodat, že z rozhovorů se seniory jsem se od těchto dozvěděla následující informace. Stávající zdravotnický i sociální personál se snaží všem seniorům poskytnout maximální všestrannou péči a tuto svoji službu a poslání plní víc než dobře. Více personálu by respondenti sice uvítali, ale nejen kvůli nim samotným, ale také kvůli personálu, aby nebyl tak vytížený. Z jejich sdělení dále zaznělo pochopení skutečnosti o nemožnosti vyhovět všem klientům ve stejnou chvíli. Za stávajících okolností považují senioři péči v domově za velmi dobrou.

Podle druhé formulované hypotézy by měla být náročnost seniorů na služby poskytované v domově důchodců tím vyšší, čím vyšší je jejich dosažené vzdělání. Pro připomenutí uvádím, že 44 % respondentů mělo základní/obecné vzdělání, 42 % respondentů bylo vyučeno, 6 % respondentů mělo ucelené středoškolské vzdělání a 8 % respondentů mělo vzdělání vysokoškolské. Pro účely vyhodnocení hypotézy jsem respondenty rozdělila do dvou skupin podle dosaženého vzdělání. Jelikož téměř polovinu respondentů tvořili senioři, kteří měli jen základní/obecné vzdělání, vytvořila jsem z nich skupinu A. Do skupiny B jsem potom zařadila respondenty, kteří mají neucelené i ucelené středoškolské a seniory s dosaženým vysokoškolským vzděláním. Skupinu A tak tvořilo 44 % respondentů (22 dotázaných), skupinu B pak 56 % respondentů (28 dotázaných).

Ve skupině A (tj. ve skupině respondentů se základním/obecným vzděláním) bylo zjištěno, že:

- 81,82 % z nich spokojeno s úrovní ubytování, zbylých 18,18 % spokojeno s ubytováním není;
- 100 % z nich spokojeno s úrovní stravování;

- 95,46 % z nich je velmi anebo částečně spokojeno s úrovní poskytované zdravotní péče, 4,54 % spokojeno není;
- 95,46 % z nich je velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované sociální péče, 4,54 % spokojeno není.

Ve skupině B (respondenti se středním a vysokým vzděláním) bylo dosaženo následujících výsledků:

- 85,71 % z nich je spokojeno s úrovní ubytování, 14,29 % spokojeno není;
- 71,43 % z nich je spokojeno s úrovní stravování, 21,43 % spokojeno není a 7,14 % je spokojeno občas;
- 68 % z nich je velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované zdravotní péče, 32 % spokojeno není;
- 100 % je velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované sociální péče.

Z vyhodnocení vyplynulo, že vzdělanější část respondentů je znatelněji náročnější v porovnání s respondenty se základním vzděláním, co se týče poskytované zdravotní péče a také stravy. Pouze nepatrně méně byla část vzdělanějších respondentů oproti respondentům se základním vzděláním náročnější v oblasti spokojenosti s ubytováním a sociální péčí. Rozdíly v náročnosti však nebyly zjištěny natolik výrazné, abychom mohli mít druhou formulovanou hypotézu za kladně verifikovanou. Nelze tedy jednoznačně konstatovat, že náročnost seniorů na poskytované služby je tím vyšší, čím vyšší je jejich dosažené vzdělání.

Třetí formulované hypotéza zněla následovně: „Náročnost seniorů na poskytované služby v DD je tím vyšší, čím nižší je jejich věk“. Opět pro připomenutí uvádím výsledky výzkumu v otázce věkového rozvrstvení respondentů. Podle odpovědí seniorů bylo zjištěno, že 58 % jich bylo starších osmdesáti let, 28 % jich bylo ve věkové kategorii 70 až 79 let a 14 % ve věkové kategorii 60 až 69 let. Vzhledem k formulaci hypotézy jsem pro její vyhodnocení respondenty rozdělila opět do dvou kategorií, tentokrát dle jejich věku. Jelikož mírnou nadpoloviční většinu tvoří respondenti mající nad 80 let věku, vytvořili pro toto vyhodnocení skupinu 1. Ostatní respondenti, tedy mladší osmdesáti let z věkových kategorií 60-69 let a 70-79 let, jejichž součet je 42% ze všech dotázaných, vytvořili skupinu 2. Skupina 1 tak zahrnovala 58 % respondentů (29 dotázaných), skupinu 2 tvoří 42 % respondentů (21 dotázaných).

Ve skupině 1 (tvořené respondenty nad 80 let věku) byly při analýze zjištěny následující výsledky:

- 100 % je spokojeno s úrovní ubytování;
- 93,11 % je spokojeno s úrovní stravování, 6,89 % spokojeno není;
- 96,56 % je velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované zdravotní péče, 3,44 % spokojeno není;
- 100% velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované sociální péče.

Ve skupině 2 (respondenti ve věku od 60 do 79 let) bylo naproti tomu zjištěno, že:

- 61,91 % dotázaných je spokojeno s úrovní ubytování, 38,09 % spokojeno není;
- 71,44 % oslovených je spokojeno s úrovní stravování, 19,04 % spokojeno není, 9,52 % je spokojeno jen občas;
- 87,15% seniorů je velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované zdravotní péče, 12,85 % spokojeno není;
- 85,72 % důchodců je velmi nebo částečně spokojeno s úrovní poskytované sociální péče, 14,28 % spokojeno není.

Z předchozího vyhodnocení poměrně výrazně vyplynulo, že věkově mladší skupina respondentů ve věkové kategorii od 60 do 79 let je ve srovnání s věkově starší skupině respondentů ve věku nad 80 let náročnější ve všech druzích služeb poskytovaných v domově důchodců. Zatímco ve skupině respondentů nad osmdesát let bylo s ubytováním spokojeno 100 % dotázaných, ve skupině zahrnující dotázané ve věku 60 až 79 let to bylo jen 61,91 %. Podobně tomu bylo i u spokojenosti se stravováním, kde starší věková skupina s ním byla spokojena z 93,11 %, mladší pak jen ze 71,44 %. Nejmenší rozdíl byl zjištěn ve spokojenosti se zdravotní péčí, kterou vyslovilo 96,56 % příslušníků skupiny 1 oproti 87,15 % příslušníků skupiny 2. O něco větší rozdíl byl ve spokojenosti se sociální péčí, která je dobrá podle 100 % respondentů ve věku nad osmdesát let, přičemž v mladší věkové kategorii to bylo 85,72 %.

Z těchto údajů je tedy patrné, že respondenti nad osmdesát let jsou méně nároční, v porovnání s mladšími respondenty ve věku od 60 do 79 let, a to ve všech službách poskytovaných v daném domově důchodců. Z toho důvodu je možné hypotézu, podle níž náročnost seniorů na služby poskytované v domově důchodců klesá s jejich věkem, za potvrzenou.

5.3 Některé návrhy na zlepšení kvality života v domově důchodců

Návrhů, jak zlepšit kvalitu života seniorů v domově důchodců by mohla být celá řada. Je však nutné si uvědomit, že některé z těchto opatření by si vyžádaly nemalé finanční prostředky, které si zřizovatel Domova pro seniory Kociánka, jímž je statutární město Brno, nemůže za stávajících podmínek dovolit poskytnout. Přesto v následujícím výkladu uvedu i ta opatření, která by si vyžádala určité finanční prostředky, a to pro případ, že by se tento stav v budoucnu změnil.

Jak vyplynulo z výsledků výzkumu, někteří senioři (pět seniorů; jednalo se jak o muže, tak i o ženy) by uvítali, kdyby v domově důchodců bylo k dispozici více personálu. Tento požadavek souvisí s názorem seniorů, podle něž se jim stávající personál věnuje méně, než by si oni představovali. Příčinou je nedostatečné množství personálu. Z něj pramení občasné problémy personálu se vstřícným a ochotným vystupováním vůči seniorům, k nimž však dochází dle mého zjištění pouze zřídka. Navýšený počet pracovníků personálu by například umožňoval, aby ti, kteří si nechávají ze zdravotních důvodů donášet jídlo na pokoj, dostávali jídlo vždy včas a dostatečně teplé. Více personálu by ostatně uvítali i samotní pracovníci v domově.

S počtem obsluhujícího personálu je do jisté míry spojen i další návrh na zlepšení kvality života v domově, jenž se týká úpravy denního řádu domova. V současnosti řadě seniorů totiž vadí, že již krátce po večeři se musí ti, kteří potřebují k obsluze svého těla asistence personálu, převléknout do pyžama (noční košile) a jít si lehnout. To je dáno tím, že odpolední směna končí před devatenáctou hodinou a potom je zde na noční směnu pouze jedna pracovnice na celé jedno oddělení.

Pro seniory aktivně se zapojující do realizovaných aktivit by bylo vhodné zvýšit jejich informovanost o dění v domově pro seniory. Z výsledků výzkumu je patrné, že většina seniorů se ve svém věku neuzavírá do sebe a že se zájmem sleduje dění kolem sebe, dění v domově nevyjímaje. Ke zlepšení informovanosti seniorů by tak bylo možné udělat to, že by byl nainstalován místní rozhlas nejen na chodbách, ale i na pokojích.

Přínosem pro seniory by bylo též to, kdyby byly ve větší míře pořádány různé kulturní a společenské akce, a to jak v domově samotném, tak i mimo něj. Poměrně žádané jsou v tomto ohledu různé výlety do města, za kulturou i kulturní představení pořádaná

přímo v domově. Pro tento návrh se vyslovovali jak muži, tak i ženy (bez rozdílu vzdělání) zejména nižšího věku, kteří nebyli handicapováni nějakým zdravotním omezením.

Zejména pro seniory s různými zdravotními problémy by bylo vhodné zkvalitnit zdravotní péči v tom smyslu, že by byla zajištěna stálá přítomnost praktického lékaře pro obyvatele všech oddělení domova. Za nedostačující je možno považovat časovou dostupnost odborných lékařů. Proto by bylo vhodné zajistit přítomnost vybraných odborných lékařů alespoň v takovém rozsahu, jak je v současnosti zabezpečena přítomnost lékaře praktického. Dostupnost lepší a častější zdravotní péče, více personálu i vybavenost domova závisí na ekonomických možnostech daného zařízení, kdy tyto možnosti jsou pochopitelně omezené.

Za stávajících podmínek je jen stěží realizovatelné další požadavky seniorů, které souvisejí s individuálními představami seniorů a podle nichž by bylo dobré, kdyby v domově byli k dispozici např. jízdní kolo, bazén, kulečnickový stůl apod. Dosti obtížně splnitelný je též požadavek na zajištění alespoň ještě jedné místnosti k provozování ergoterapeutických dílen. Ty v současnosti probíhají v místnosti, kde se nachází počítač, realizují se zde muzikoterapie a další aktivity. Někteří ze seniorů se totiž nabízených aktivit neúčastní také z toho důvodu, že v místnosti není dost místa pro všechny a nechtějí se zde tlačit. Tato skutečnost by měla být do budoucna minimálně námětem k zamyšlení při případné adaptaci či opravě stávajících prostor, při nichž by bylo vhodné zvážit i vybudování dalších prostor pro volnočasové aktivity seniorů.

Do jisté míry by bylo možné realizovat jiný požadavek seniorů, kteří by chtěli mít možnost vybírat si spolubydlícího či spolubydlící na pokoj. Prozatím nelze realizovat jiný požadavek respondentů, kteří by pro sebe chtěli jednolůžkový pokoj z důvodu většího soukromí.

ZÁVĚR

Stáří je vývojovým obdobím, k němuž dříve či později dospěje každý z nás. Se stárnutím a stářím souvisejí změny v oblasti biologické, duševní i sociální, přičemž tyto změny způsobují jak seniorům samotným, tak i jejich okolí celou řadu problémů, které je nutné řešit, poněvadž na většinu z nich sami senioři nestačí. Vzhledem k tomu, že se podíl starých lidí na celkové populaci neustále zvyšuje a je předpoklad, že tento trend bude pokračovat i nadále, je nezbytné, aby stárnutí a stáří byla věnována mimořádná pozornost již nyní. V opačném případě se můžeme připravit na to, že se v budoucnu vyskytnou poměrně značné problémy, které nebude možno s ohledem na tento demografický vývoj vyřešit v krátkém čase. Je proto nezbytné je začít řešit už dnes.

Tato práce se zabývala jedním z aspektů stáří, jímž je kvalita života seniorů z pohledu jich samých. Za tím účelem byl v praktické části proveden výzkum, který ověřoval tři hypotézy, které mají svůj vztah k uvedené problematice.

První formulovaná hypotéza konstatovala, že kvalita péče, která je poskytována v domově důchodců odpovídá představám seniorů. Výzkum v tomto směru ukázal, že senioři jsou ve značné míře s úrovní služeb poskytovaných v domově důchodců spokojeni, z čehož je tedy zcela jednoznačně zřejmé, že tato hypotéza byla výzkumem potvrzena.

Další hypotéza předpokládala, že náročnost seniorů na služby poskytované v domově důchodců je tím vyšší, čím vyšší je jejich dosažené vzdělání. Z výsledků výzkumu sice vyplynulo, že vzdělanější část respondentů byla znatelněji náročnější v porovnání s respondenty se základním vzděláním, co se týče poskytované zdravotní péče a stravy, avšak zjištěné rozdíly v náročnosti nebyly tak výrazné, aby bylo možno druhou hypotézu považovat za kladně verifikovanou. Z toho vyplývá, že nelze jednoznačně tvrdit, že náročnost seniorů na poskytované služby je tím vyšší, čím vyšší je jejich dosažené vzdělání.

Podle poslední hypotézy náročnost seniorů na služby poskytované v domově důchodců klesá s jejich věkem. Z analýzy sebraných dat vyplynulo, že ve skupině seniorů nad osmdesát let byla zjištěna podstatně vyšší míra spokojenosti se službami poskytovanými v domově důchodců v porovnání s věkovou kategorií respondentů 60 až 79 let. Z toho důvodu lze mít tuto hypotézu za potvrzenou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DESSAINTOVÁ, M.-P. *Nezačínajte stárnout. Jak žít co možná nejdéle, příjemně, samostatně a důstojně*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6
- Geriatricie*. Datum publikace neuvedeno. On line. [citováno 20. května 2008]. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Geriatricie>>.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2
- HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2002. ISBN 80-246-0457-4
- HOLÁSKOVÁ, K. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-953-0
- JANEČKOVÁ, H. *Bydlení seniorů - kvalita domova jako podmínka kvality života*. In Gerontologické aktuality, 2005, č. 8, s. 17-19. ISSN 1213-4074
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7638-110-2
- JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1991. ISBN 80-7013-109-8
- KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatricie. Integrovaný text pro interdisciplinární studium. Díl 1. Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1997. ISBN 80-7184-366-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova universita, 2004. ISBN 80-210-3345.2
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-8076-8
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- PICHAUD, C., THAREAUNOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3

Příčiny úmrtí. Datum publikace neuvedeno. On line. [citováno 20. května 2008]. Dostupné
<z: http://www.demografie.info/?cz_umrtnostpriciny=>.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky.* 4. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977

ŘÍČAN, P. *Cesta životem.* 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí.* 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory.* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8

TVAROH, F. *Všichni stárneme.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1971.

Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

WOLF, J. *Umění žít a stárnout.* 1. vyd. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1982

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Délka adaptace na pobyt v domově

Graf č. 2: Nejvíce postrádané v činnosti personálu domova

Graf č. 3: Přístup personálu k seniorům

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník kvality života

Příloha 2: Souhrnné výsledky výzkumu

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

Vážená paní, vážený pane,

dostáváte do rukou dotazník, jehož cílem je zjistit data k mé bakalářské práci na téma Senioři a jejich pohled na kvalitu života v domovech důchodců. Dotazník je přísně anonymní a v žádném případě nebude výsledků tohoto výzkumu zneužito. Proto Vás prosím o otevřené a pravdivé vyplnění všech otázek. Jen tak se může tento výzkum stát důležitým podkladem pro mou práci. Omlouvám se, že Vás vyplňování tohoto dotazníku připraví o Váš volný čas.

Při vyplňování dotazníku odpovězte, příp. zakroužkujte prosím dle znění otázky Vámi preferovanou odpovědí. U otázek č. 16, 18 a 19 můžete volit více odpovědí.

Děkuji Vám za jeho vyplnění a čas, který jste mu věnovali.

Erika Veselá

*studentka 3. ročníku Univerzity T. Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií, obor sociální
pedagogika*

1. Pohlaví

žena muž

2. Věk

- a) 60 – 69 let
- b) 70 – 79 let
- c) 80 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní, obecné
- b) vyučen
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

4. Jak dlouho žijete v tomto zařízení?

- a) méně než tři roky
- b) tři až šest let
- c) šest až osm let
- d) více jak osm let

5. Jaké máte zdravotní omezení?

- a) pohybové (zhoršená chůze, snížená ovladatelnost části těla)
- b) smyslové (zrak, sluch)
- c) psychické (paměť, řeč)
- d) kombinované
- e) žádné nemám

6. Jak dlouho jste si zvykal(a) na pobyt v tomto zařízení?

- a) zvykl jsem si hned
- b) do půl roku
- c) po roce
- d) doposud jsem si nezvykl

7. Co bylo hlavním důvodem přestěhování do domova?

- a) zdravotní problémy
- b) samota
- c) neschopnost se o sebe postarat
- d) problémy s bydlením

8. Jste spokojen(a) s úrovní ubytování?

- a) ano
- b) ne
- c)

9. Jste spokojen(a) s úrovní stravování?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

10. Co nejvíce postrádáte v poskytované péči?

- a) lidský přístup
- b) větší míru ochoty
- c) vyšší úroveň profesionality
- d) více personálu
- e) nic

11. Jak jste spokojen(a) s poskytováním zdravotní péče?

- a) jsem velmi spokojen(a)
- b) jsem spokojen(a) částečně
- c) nejsem spokojen(a)

12. Jak jste spokojen(a) s poskytováním sociální péče?

- a) jsem velmi spokojen(a)
- b) jsem spokojen(a) částečně
- c) nejsem spokojen(a)

13. Co byste v poskytované péči změnil?

14. Jaké byly Vaše záliby před nástupem do domova?

- a) četba
- b) sport
- c) kultura
- d) příroda
- e) rodina
- f) pracovní činnosti

15. Chybí Vám zde nějaké aktivity? Pokud ano, napište jaké.

16. Jak trávíte svůj volný čas? Uveďte 3 nejoblíbenější aktivity.

- a) ruční práce
- b) práce na zahradě
- c) četba
- d) vzdělávání
- e) vycházky
- f) terapie
- g) pomoc ostatním
- h) televize, poslech rádia
- i) žádné nevyužívám

17. Jak podle Vás personál přistupuje k Vám, obyvatelům domova?

- a) jsou velmi příjemné, ochotné a vstřícné
- b) podle nálady pracovnice
- c) podle toho, kterému klientovi je pomoc poskytována
- d) velmi nepříjemné, neochotné

18. Cítíte se zde dobře, chybí Vám zde něco? Uveďte max. 3 odpovědi.

- a) ano, cítím se zde dobře
- b) velmi se mi tady líbí
- c) ne, nic mi nechybí
- d) chtěl bych domů k rodině
- e) schází mi partner
- f) schází mi přátelé
- g) schází mi má oblíbená činnost
- h) je mi smutno a úzko
- i) nemohu si zvyknout

19. Co považujete ve Vašem současném životě za důležité a nezbytné? Uveďte max. 3 odpovědi.

- a) zdraví
- b) soběstačnost
- c) rodina
- d) přátelství
- e) spánek
- f) jídlo
- g) vztahy s ostatními
- h) bezpečí
- i) koníčky
- j) sexuální život
- k) peníze

20. Jste v kontaktu se svou rodinou?

- a) Ano, často
- b) zřídka
- c) ne
- d) žádnou nemám

21. Jaké máte vztahy s ostatními obyvateli domova?

- a) dobré, mám rád(a) společnost
- b) velmi přátelské
- c) preferuji samotu
- d) dochází ke konfliktu

22. Jak se právě cítíte?

- a) dobře
- b) psychicky/fyzicky unaveně
- c) špatně

23. Co byste zde chtěl(a) změnit?

24. Když byste měl(a) možnost výběru, zda žít doma nebo v tomto zařízení, co byste volil(a)?

Příloha P 2: Souhrnné výsledky výzkumu

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	31	62%
Muž	19	38%
Celkem	50	100%

Tabulka 2: Věk respondentů

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
60 let až 69 let	7	14%
70 let až 79 let	14	28%
80 let a více	29	58%
Celkem	50	100%

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní, obecné	22	44%
Vyučen(a)	21	42%
Středoškolské	3	6%
Vysokoškolské	4	8%
Celkem	50	100%

Tabulka 4: Doba pobytu v zařízení

Doba pobytu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než tři roky	29	58%
Tři až šest let	20	40%
Šest až osm let	0	0%
Více jak osm let	1	2%
Celkem	50	100%

Tabulka 5: Zdravotní omezení respondentů

Zdravotní omezení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pohybové (chůze, špatná ovladatelnost části těla)	19	38%
Smyslové (zrak, sluch)	10	20%
Psychické (paměť, řeč atd.)	4	8%
Kombinované	15	30%
Žádné	2	4%
Celkem	50	100%

Tabulka 6: Délka adaptace na pobyt v zařízení

Délka adaptace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zvykl(a) jsem si hned	18	36%
Do půl roku	15	30%
Po roce	9	18%
Doposud jsem si nezvykl(a)	8	16%
Celkem	50	100%

Tabulka 7: Hlavní důvod přestěhování do domova důchodců

Důvod přestěhování do domova pro seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní problémy	17	34%
Samota	3	6%
Nesoběstačnost	22	44%
Problémy s bydlením	8	16%
Celkem	50	100%

Tabulka 8: Spokojenost s úrovní ubytování

Jste spokojen s úrovní ubytování?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	42	84%
Ne	8	16%
Celkem	50	100%

Tabulka 9: Spokojenost s úrovní stravování

Jste spokojen(a) s úrovní stravování?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	42	84%
Ne	6	12%
Někdy	2	4%
Celkem	50	100%

Tabulka 10: Spokojenost s poskytováním zdravotní péče

Míra spokojenosti se zdravotní péčí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jsem velmi spokojen(a)	14	28%
Jsem spokojen(a) částečně	26	52%
Nejsem spokojen(a)	10	20%
Celkem	50	100%

Tabulka 11: Spokojenost s poskytováním sociální péče

Míra spokojenosti se sociální péčí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jsem velmi spokojen(a)	25	50%
Jsem spokojen(a) částečně	22	44%
Nejsem spokojen(a)	3	6%
Celkem	50	100%

Tabulka 12: Nejvíce postrádané prvky v poskytované péči ze strany personálu

Co nejvíc postrádá v poskytované péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lidský přístup	0	0%
Větší míru ochoty	2	4%
Vyšší úroveň profesionality	2	4%
Více personálu	37	74%
Nic	9	18%
Celkem	50	100%

Tabulka 13: Záliby před nástupem do domova

Záliby před nástupem do domova	Absolutní četnost	Relativní četnost
Četba	6	12%
Sport	2	4%
Kultura	11	22%
Příroda	18	36%
Rodina	11	22%
Pracovní činnosti	2	4%
Celkem	50	100%

Tabulka 14: Způsob trávení volného času v domově

Způsob trávení volného času	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ruční práce	9	18%
Práce na zahradě	0	0%
Četba	18	36%
Vzdělávání	2	4%
Vycházky	4	8%
Terapie	2	4%
Pomoc ostatním	0	0%
Televize+poslech rádia	14	28%
Žádné nevyužívám	1	2%
Celkem	50	100%

Tabulka 15: Přístup personálu k obyvatelům domova

Přístup personálu k seniorům	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jsou velmi příjemní, ochotní a vstřícní	35	70%
Podle jejich nálady	15	30%
Podle toho, komu je péče poskytována	0	0%
Velmi nepříjemné, neochotné	0	0%
Celkem	50	100%

Tabulka 16: Chybějící skutečnosti v domově důchodců

Cítíte se zde dobře, chybí Vám zde něco?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cítím se zde dobře a nic mi tady nechybí	21	42%
Chtěl bych domů k rodině	10	20%
Schází mi partner	4	8%
Schází mi přátelé	10	20%
Schází mi má oblíbená činnost	3	6%
Je mi smutno a úzko	0	0%
Nemohu si zde zvyknout	2	4%
Celkem	50	100%

Tabulka 17: Důležité a nezbytné v současném životě seniorů

Pro seniory v jejich současném životě důležité a nezbytné	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdraví	14	28%
Soběstačnost	9	18%
Rodina	6	12%
Přátelství	3	6%
Spánek	3	6%
Jídlo	5	10%
Vztahy s ostatními	2	4%
Bezpečí	1	2%
Koníčky	1	2%
Sexuální život	0	0%
Peníze	6	12%
Celkem	50	100%

Tabulka 18: Kontaktu seniorů v domově se svou rodinou

Jste v kontaktu s rodinou?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	38	76%
Zřídka	5	10%
Ne	2	4%
Žádnou nemám	5	10%
Celkem	50	100%

Tabulka 19: Vztahy s ostatními obyvateli domova

Jaké máte vztahy s obyvateli domova?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dobré, mám rád společnost	26	52%
Velmi přátelské	17	34%
Preferuji samotu	5	10%
Dochází ke konfliktům	2	4%
Celkem	50	100%

Tabulka 20: Aktuální stav dotázaných dle jejich subjektivního názoru

Jak se právě cítíte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dobře	31	62%
Psychicky/fyzicky unaveně	0	0%
Špatně	19	38%
Celkem	50	100%