

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta Humanitních studií
obor: Studium humanitní vzdělanosti

**ŽIVOT V DOMOVĚ DŮCHODCŮ Z GENDEROVÉ
PERSPEKTIVY: PŘÍPADOVÁ STUDIE**

Bakalářská práce

vedoucí práce:

Ing. Petr Pavlík, Ph.D.

vypracovala:

Karolína Bílá

Praha, 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne.....

Podpis.....

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu práce Ing. Petru Pavlíkovi, Ph.D. za ochotu, trpělivost, cenné připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji domovu pro seniory, kde jsem prováděla svůj výzkum za možnost výzkum realizovat a podporu při vypracování této práce.

OBSAH

1. Úvod.....	6
2. Teoretická část.....	8
2.1 Gender a stárnutí.....	8
2.2. Stáří jako komplexní fenomén.....	9
2.2.1 Stáří a stárnutí.....	9
2.2.2 Definice pojmu senior.....	10
2.2.3 Změny spojené se stárnutím.....	10
2.2.2.1 Biologické změny.....	11
2.2.2.2. Psychické změny.....	11
2.2.2.3 Sociální změny.....	12
2.2.4 Ageismus.....	13
2.2.5 Senioři a seniorky v naší společnosti.....	13
2.2.5.1 Historie postavení seniorů ve společnosti.....	14
2.2.5.2 Postavení seniorů ve společnosti dnes.....	14
2.2.6 Aspekty stárnutí z hlediska demografie.....	15
2.2.7 Potřeby seniorů.....	15
2.2.8 Soběstačnost seniorů.....	17
2.3 Sociální služby pro seniory.....	19
2.3.1 Historie sociálních služeb pro seniory.....	19
2.3.2 Ústavní péče.....	20
2.3.3 Domovy pro seniory.....	21
2.3.3.1 Historie domovů pro seniory.....	22
2.3.3.2 Přejchod do domova pro seniory.....	22
2.3.3.3 Adaptace na život v domově pro seniory.....	23

2.3.3.4 Život v domově pro seniory.....	24
3. Empirická část.....	27
3.1 Cíl výzkumu.....	28
3.2 Metodika výzkumu.....	29
3.2.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	29
3.2.2 Případová studie.....	30
3.2.3 Rozhovory.....	30
3.2.4 Výzkumné otázky.....	30
3.2.5 Zpracování výzkumných dat a jejich vyhodnocování.....	31
3.3 Výzkumný soubor.....	31
3.4 Výsledky empirického šetření.....	43
3.5 Výsledky analýzy výzkumu.....	43
4 Závěr.....	47
Seznam použité literatury.....	48

1. ÚVOD

Poslední stádium lidského života označujeme jako stáří. Nelze určit přesný okamžik nástupu stáří, jelikož stárnutí je celoživotní proces a u každého jedince dochází ke změnám spojeným právě se stářím individuálně. S vývojem doby se hranice stáří neustále mění, nicméně v České republice se dnes tato hranice nejběžněji stanovuje na 60 let. Jednotlivce, kteří dosáhnout této věkové hranice označujeme za seniory. Senioři tvoří nedílnou součást naší společnosti - v roce 2020 tvořili senioři a seniorky zhruba pětinu všech obyvatel České republiky (což je více než 2,13 milionů lidí) (Český statistický úřad, 2020). Nicméně již nyní se lze setkat s předpokladem, že v roce 2030 budou senioři tvořit v ekonomicky vyspělém světě až jednu čtvrtinu celého obyvatelstva. Tento předpoklad upozorňuje na skutečnost, že počet lidí ve věku nad 60 let se zvyšuje a to poměrně vysokým tempem, tudíž je důležité zaměřit pozornost právě na stárnutí.

Se zvyšujícím se počtem seniorů lze předpokládat, že se bude zvyšovat i poptávka po určitých sociálních službách pro lidi, kteří již nejsou ve svém věku schopni uspokojit své základní potřeby sami (ať už ze zdravotních, či sociálních důvodů). Mnoho seniorů stále žije aktivní život plný různých činností a společenských aktivit, nicméně spouště ostatních již jejich zdravotní stav tyto věci nemožňuje. Tito lidé jsou tak odkázáni na své rodiny. Pokud se o seniora nikdo z rodiny postarat nemůže, je odkázán právě na tyto sociální služby a pobytovou péči domova seniorů. Tyto domovy jsou potom pro takového člověka jedinou institucí, která je schopna se o něj dobře a spolehlivě postarat. Je ovšem nutné zmínit, že přechod do takového domova nemusí být pro seniora jednoduchou záležitostí - naopak to pro něj může být velmi psychicky náročné.

Tato práce se bude zabývat lidmi, kteří trvale žijí v domovech pro seniory. Z demografických a sociálních statistik za rok 2021 také vyplývá, že pouze 2,5 % všech seniorů žijících na území České republiky žije právě v domovech seniorů (tedy celkem asi 55 tisíc lidí) (Český demografický úřad, 2021). Život v domově seniorů by měl lidem zajišťovat poskytování vhodné zdravotnické péče, ale i by měl zajistit spokojenost života ve formě možností trávení volného času, aktivit, a obecnou pohodu seniorů žijících v tomto zařízení.

Jak už jsem zmínila výše, přechod do domova pro seniory může být pro někoho psychicky náročnou životní situací a je tedy podle mého názoru důležité zajistit, aby se senioři v domově cítili dobře a spokojeně i přes skutečnost, že třeba nemají možnost trávit poslední etapu svého života doma se svoji rodinou a blízkými.

Téma domova důchodců jsem zvolila především díky mé dobrovolné práci, kterou jsem v domově vykonávala od listopadu 2020 do května 2021. Umožnilo mi to nahlédnout do chodu takovéto instituce a vzbudilo to ve mně zájem výzkum uskutečnit.

Hlavním cílem této práce bude představit základní pojmy a problematiku v teoretické části, se kterými následně budu pracovat v empirické části. Mou snahou v této následné empirické části bude porozumět každodennímu životu seniorů v domově pro seniory, přístup zaměstnanců k osobám žijícím v takovémto zařízení a pokusím se skrze rozhovory zhodnotit spokojenost seniorů a seniorek žijících v takovémto zařízení.

Cílem této práce je tedy (1) představit problém genderových rozdílů ve věkové skupině seniorů a představit samotnou instituci domova pro seniory. Dále (2) se pokusím skrze rozhovory s obyvateli jednoho konkrétního domova pro seniory nahlédnout, jak oni sami vnímají život v tomto zařízení a zda-li zde dochází k určitým formám genderové nerovnosti (ať už v nabízených aktivitách, či v přístupu personálu domova).

2. TEORETICKÁ ČÁST

Tato práce se bude zabývat seniory a seniorkami žijícími v domově pro seniory a rozdílností jejich života na takovémto místě. V teoretické části nejprve definuji základní pojmy spojené s tímto tématem, zaměřím se zejména na pojem senior a stáří, dále představím změny spojené s přechodem do stáří a obecný postoj společnosti ke stáří jako takovému. Dále se budu věnovat převážně současným sociálním zařízením pro seniory, zejména tedy domovům pro seniory - představím běžnou nabídku aktivit pro seniory v domovech, i závažnost změn spojených s nástupem do takového domova. Nakonec se budu věnovat samotnému životu v domově pro seniory (jejich adaptaci na změnu prostředí a obecně na život v ústavní péči) a budu řešit i postoj společnosti k domovům pro seniory a ústavní péči jako takové.

2. 1 Gender a stárnutí

“Muži a ženy nestárnou podle stejných měřítek” (Sontag, 1979)

Se stárnutím přichází k mnoha změnám mezi které se řadí právě i změny fyzické. Každá společnost si vytváří určité standardy, které odpovídají obrazu přitažlivého a žádoucího těla (Hasmanová Marhánková, 2008). Stáří s těmito standardy často nebývá úplně spojováno. Každé tělo je genderováno a jsou mu připisovány znaky femininity či maskulinity. Specifické genderové role jsou připisovány i stárnoucím tělům. Od žen i mužů má společnost odlišná očekávání a některá z nich jsou spojena právě s genderem. Stárnutí ovlivňuje i samotné utváření jisté genderové identity (jisté role spojené s genderovou identitou mohou v různých životních obdobích měnit svou důležitost, či zcela vymizet - například reprodukční role).

Ideální představou femininity je často chápána fyzická přitažlivost a u maskulinity to může být například aktivita, či nezávislost (Sontag, 1979). Stárnutím se jak v případě femininity tak v případě maskulinity oddalujeme od jistých ideálů - u femininity od krásy a mládí, u maskulinity například od fyzické zdatnosti (Hearn, 1995).

2. 2 Stáří jako komplexní fenomén

2.2.1 Stáří a stárnutí

Hugo Příbyl (2015) ve své knize *Lidské potřeby ve stáří* definuje stáří jako: “poslední vývojovou etapu lidského života, která končí smrtí. Jedná se o důsledek stárnutí (involučních změn), které jsou formulovány geneticky, nebo dalšími faktory, jako jsou například nemoci, choroby, životní podmínky.” Podle této definice je tedy stáří poslední stádium lidského vývoje. Podle nějakých autorů je význačné tím, že se senioři orientují na mezilidské vztahy s tím, že mají staří lidé potřebu se cítit užiteční a prospěšní pro společnost (Vágnerová, 2007). Jiní zase poukazují na skutečnost, že se stářím může přicházet agresivita, či osamělost a deprese (Mlýnková, 2011). Stáří tedy probíhá u každého individuálně a jeho průběh záleží na mnoha různých faktorech.

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí stáří na **tři období**:

- rané stáří (60-74 let)
- vlastní stáří (75-89 let)
- dlouhověkost (90 let a více)

Dále lze stáří dělit na biologické (dle fyzické zdatnosti člověka) a kalendářní (dle data narození), nicméně kalendářní věk nemusí odpovídat věku biologickému (Mlýnková, 2011). Stárnutí by mohlo být definováno jako biologický proces, během něhož se zhoršují adaptační schopnosti lidského těla. Stárnutí jako takové probíhá již od početí, nicméně za skutečné projevy stárnutí je považován pokles funkcí, se kterým se lidé potýkají až po dosažení sexuální dospělosti (Kalvach a kol., 2004). Důležitá je adaptace na stárnutí, nebo-li zvládnutí přechodu z dospělosti do stáří. Jednou ze strategií je udržení si dosavadních aktivit a vztahů a naopak omezení aktivit, které seniora uzavírají do vlastního světa a tím ho odřezávají od okolí (Mlýnková, 2011). Pokud starší člověk netrpí závažnými chorobami, které ovlivňují délku jeho života, považujeme jej za stále aktivního. Toto období lidského života je označováno jako třetí věk (většinou se jedná o 60. až 74. rok života jedince). Po 75. roku jedince většinou dochází ke zhoršení zdravotního stavu a tím se omezují společenské aktivity člověka. V tomto věku se

na první místo dostává péče o zdraví (Ondriová a Fertal'ová, 2013).

2.2.2 Definice pojmu senior

Obecně přetrvává představa o seniorech jako o osobách, které dosáhly vyššího (blíže neurčeného) věku. Nicméně přesné a jasné označení pro jedince vyššího věku není v naší společnosti jednoduché. Český právní řád nezná pojem senior. Světová zdravotnická organizace definuje stařecký věk jako: *“období života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.* Zároveň uvádí, že toto vymezení lze použít jen na určitou věkovou skupinu seniorů - na ty, u kterých je stáří nepřehlédnutelné. Na tuto definici odkazuje také například autorka Haškovcová (2008) ve své knize Fenomén stáří (2010). Autorky Mahrová a Venglářová et al. definují pojem senior jako jakéhokoliv starého (či staršího) člověka, který je tedy starší šedesáti let (je v důchodovém věku).

2.2.3 Změny spojené se stárnutím

Se stárnutím přichází množství změn, na které si jedinec musí zvyknout. Během stárnutí se utvářejí podmínky pro zdravé stáří (zejména tedy pro udržení dobrého zdravotního stavu, dobré psychiky, funkční zdatnosti, apod.) Se stárnutím je také spojena řada nemocí, kterým jsou starší lidé náchylnější než lidé mladší. Mezi takovéto nemoci patří například Alzheimer, Parkinsonova choroba či různé typy rakoviny. Existuje několik strategií, které jsou uplatňovány během adaptace na tyto změny ve stáří. Jednou takovou strategií je například omezení aktivit, které seniora uzavírají do vlastního světa, dále třeba udržení si dosavadních aktivit a vztahů. Uplatnění těchto strategií samozřejmě závisí na zdravotním (fyzickém i psychickém) stavu člověka (Mlýnková, 2011).

Každý jedinec má odlišné osobnostní rysy a tudíž je obtížné je u každého člověka správně vystihnout. Stárnutí je individuální záležitost, která je ovlivněna mnoha faktory - biologickými a genetickými znaky, ale i výchovnými aspekty, stejně jako sociálním prostředím jedince.

Stáří a stárnutí je nevyhnutelnou součástí života, kterou je potřeba přijmout. Jak už bylo zmíněno výše, každý člověk je jiný a tudíž se musí každý naučit přijmout

tento proces podle svých individuálních potřeb a možností. Je důležité, aby lidé byli připraveni překlenout tento životní mezník a pokračovat dále (Klevetová & Dlabalová, 2008).

V dnešní době se objevují koncepty celoživotního vzdělání, seberealizace a osobnostního rozvoje, což jsou disciplíny, které nám mohou umožnit zůstat aktivní i když nám náš zdravotní stav nedovoluje tolik aktivit, jako dříve. Tyto koncepty nám umožňují zůstat alespoň v jisté rovině ve stáří aktivní (Ondrušová, 2011).

Jsou tři typy změn, kterými si člověk musí projít při přechodu do stáří - biologické, psychické a sociální.

2.2.3.1 Biologické změny

Jako první známky biologického stárnutí lze pozorovat změny v tkáních a buňkách, které nastávají již ve třiceti letech (Mlýnková, 2011). Obecně je z biologického hlediska stárnutí definováno jako kumulace patologických změn v organismu v důsledku narůstajícího věku, což vede ke změně barvy vlasů, vráskám v obličeji a celkově jinému postoji těla. Ve stáří je člověk také náchylnější chronickým onemocněním a často trpí několika chorobami naráz. Jedná se o zcela individuální proces, který je ovlivněn životním stylem, genetickou informací, prostředím, ve kterém člověk žije, a podobně (Ondrušová, 2011).

2.2.3.2 Psychické změny

Stejně jako proces biologických změn je proces změn psychických individuální. Většinou se zhoršují kognitivní funkce jednotlivce. Senioři mívají horší paměť, hůře se jim udržuje pozornost a obecně hůře vnímají (Mlýnková, 2011). Naopak některé vlastnosti (jako například trpělivost, vytrvalost) se s přibývajícím věkem zlepšují.

Slovní zásoba a jazykové schopnosti zůstávají stejné. S přechodem do staršího věku přichází mnoho změn a senioři se na tyto změny hůře adaptují. Adaptace je samozřejmě u každého jednotlivce individuální a každý si vytváří vlastní metodu jak přijmout změny spojené se stárnutím.

Někteří jednotlivci mohou na tyto změny reagovat špatně a hůře se jim přizpůsobují. To může mít za následek agresivitu vůči svému okolí, nebo úpadek do deprese. V tomto věku často dochází ke ztrátě partnera, což pro seniora znamená

osamělost, prázdnotu a pocit samoty, s čímž se senior většinou naučí žít. Pokud se přes tuto tragickou událost nepřenese, většinou dochází k urychlení vlastní smrti (Mlýnková, 2011).

2.2.3.3 Sociální změny

Se stářím je také spojena celá řada sociálních změn. Jednou z nejzásadnějších změn je přechod z pozice pracujícího člověka do pozice seniora. Lidé v tomto věku již zpravidla nechodí do zaměstnání, tudíž nevykonávají žádné povolání a nevydělávají peníze, což může vést k pocitu snížení autority a společenské prestiže. S ukončením pracovní činnosti se také senior může dostat do ekonomicky náročnější situace. Člověk si také musí najednou být schopný uspořádat čas (dříve byla většina času organizována prací) a zaměstnat se. Někteří senioři tento čas využívají například ke koníčkům a realizacím plánů, na které dosud neměli čas. Pro jiné ovšem může být přebytek volného času těžko přijatelný a je pro ně těžké se s tím vyrovnat (Pichaud & Thareauová. 1998).

Další zásadní změnou přicházející s nástupem stáří je snížená soběstačnost seniora, která ovlivňuje jeho účast ve společenském životě. Pro seniory bývá zpravidla těžší přijímat změny, což může vést k neschopnosti navázat nové kontakty. Jedním z projevů bývá to, že se jedinec zcela uzavře sám do sebe a tím se ocitá v izolaci. V takovémto případě je pro něj dost často obtížné požádat o pomoc, tudíž dochází ke ztrátě vlastní identity. Tato situace se stává ještě zásadnější, když zemře jeden z partnerů, s čímž samozřejmě přichází o to silnější pocity osamělosti a pozůstalý může ztratit chuť žít sám. Takovýto člověk musí přijmout novou roli vdovy, nebo vdovce.

Zásadním problémem se pro seniora stává situace, kdy je zcela nesoběstačný a tudíž závislý na pomoci druhých. S tím úzce souvisí pocit, že je na obtíž, s čímž se mohou pojít další negativní pocity (Klevetová & Dlabalová, 2008). V takovém případě se situace může pro seniora dostat až do fáze, kdy je pro něj nesnesitelná (a to tedy zejména pokud se jedná o dříve aktivního jedince, který by měl zájem vykonávat různé činnosti, které mu jeho momentální zdravotní stav nedovoluje).

2.2.4 Ageismus

Pojem ageismus vyjadřuje určitou diskriminaci založenou na věku a vychází z hypotézy, že zástupci určité věkové kategorie mají odlišné charakteristiky a jinou společenskou hodnotu (ageismus se tedy netýká výhradně populace seniorů, nicméně může postihovat jakoukoliv věkovou skupinu). Poprvé se objevil v USA koncem šedesátých let dvacátého století (Mlýnková, 2011). Tento přístup neuznává rovnost jednotlivců nebo skupin s ostatními a omezuje jejich práva.

Ageismus stereotypizuje a diskriminuje lidi na základě jejich věku. Zahrnuje negativní předsudky či diskriminaci vůči starým lidem (nebo skupině staších lidí). Projevuje se v životě více způsoby - diskriminace na trhu práce, ve zdravotnictví a jiných službách (Sýkorová, 2007). Problém ageismu se přesouvá stále do nižšího věku - stále mladší osoby jsou označovány za staré. Mnoho pracovních pozic je také limitováno věkem a v současnosti se již běžně setkáváme s tím, že jsou lidé už od padesáti let odmítáni na pracovní pozice z důvodu "moc vysokého věku" (Čeledová, 2010).

Ageismus vychází z několika různých zdrojů. Mezi tyto zdroje se řadí například důraz na fyzickou krásu, strach ze smrti (smrt a stáří jsou často považovány za synonymum), nebo produktivita (na staré lidi je nahlíženo jako na ekonomicky neproduktivní) (Tošnerová, 2002).

2.2.5 Senioři a seniorky v naší společnosti

Délka lidského života se stále prodlužuje, na čemž má podíl zejména pokrok v oblasti medicíny a techniky, zvýšení úrovně sociální péče a kvality životního prostředí, ale také jsou samozřejmě třeba brát v úvahu faktory, které ovlivňuje jednatel sám (jako například zdravý životní styl - kvalitní strava, pohyb, péče o své tělo, důraz na prevenci, apod.). Dalo by se říci, že je každý do určité míry zodpovědný za kvalitu svého stáří.

Se stále se prodlužující délkou života mluvíme o takzvaném "stárnutí populace". Zároveň se také prodlužuje délka věku, kdy senioři zůstávají aktivní a soběstační.

Vnímání starých lidí (a stáří obecně) se s příchodem moderní doby změnilo - v tradiční společnosti znamenal přechod do stáří vrchol jeho postavení, nyní je odchod do důchodu spojován spíše s jistým úpadkem. Tento náhled na stáří velmi ovlivňuje postavení seniorů ve společnosti.

2.2.5.1 Historie postavení seniorů ve společnosti

Z historického pohledu lze usoudit, že stáří bylo uctíváno a oslavováno do té doby, dokud nebylo běžné dožívat se vysokého věku, tudíž když se někdo vyššího věku výjimečně dožil, bylo na něj pohlíženo jako na někoho jedinečného. Tato jedinečnost často souvisela především se zkušenostmi a znalostmi, které mohli starší lidé předávat mladším generacím. V některých kulturách byl vysoký věk dokonce spojován s moudrostí a někdy i mimořádnými schopnostmi (ať už skutečné nebo jen domnělé). Nicméně ani v této době nebyl pohled na stáří pouze pozitivní. Stáří bývalo někdy spojováno se smutkem, zoufalstvím a tragédií (což byla pro některé starce realita). Se společenským vývojem se však stáří stalo více a více věcí běžnou a s tím i klesala vzácnost jedinců, jenž se dožili vyššího věku (Pacovský, 1990)

2.1.5.2 Postavení seniorů ve společnosti dnes

Se společenským vývojem přichází i vývoj technický s velmi rychle přicházejícími změnami v nových technologiích. S věkem se u lidí zhoršují určité schopnosti, včetně adaptačních - to může mít za následek to, že mají větší problém se přizpůsobit těmto rychle nastávajícím změnám. Člověk přechází z produktivního věku do věku postproduktivního, kde se může setkávat s postupnou ztrátou společenské prestiže (v dnešní společnosti jsou uznáváni hlavně pracující lidé), osamocením, ageismem a později nesoběstačností.

Dnešní starší generace také představuje také zdroj pro druhé - nejen objekt pro pomoc (Tošnerová, 2002). Seniori také mohou předat mladším generacím cenné zkušenosti, rady a dovednosti, které získali v průběhu života - i to jistě ovlivňuje jejich postavení ve .

2.2.6 Stárnutí z hlediska demografie

Od začátku jednadvacátého století můžeme sledovat tzv. demografické stárnutí populace. K tomu dochází díky klesající úmrtnosti a snižující se natalitě (porodnosti). Prodlužuje se střední délka života a tím pádem je podíl starších osob ve společnosti větší. Podíl starších osob v populaci bude dle prognóz budoucího vývoje stále narůstat (Rychtaříková, 2002). Toto bude především ovlivněno poklesem podílu obyvatelstva v produktivním věku. Zároveň bude stále narůstat počet obyvatel ve věku nad osmdesát let. S tímto přijde posun chronických nemocí do vyššího věku jednotlivců a zvýší se počet starších osob, což bude mít za následek zvýšení nákladů na sociální a zdravotní péči (Kučera, 2002). Pokles natality (porodnosti), větší prostorová mobilita a rozpad tradiční rodiny může mít za následek pokles počtu možných pečovatелů. Budoucí senioři budou mít vyšší nároky na životní úroveň a tedy i na zdravotnické a sociální služby (Rychtaříková, 2002). Změna věkové struktury se dotýká každé sféry sociálního a ekonomického vývoje - nejčastěji s nedostatkem pracovních sil na trhu práce a schopnosti financovat důchodový systém.

Stárnutí populace se velmi promítá do postavení seniorů ve společnosti. Etapa stáří představuje stále delší a tedy významnější fázi lidského života, kterou lze aktivně a smysluplně využít (Vohralíková & Rabušic, 2004). Vystává tedy otázka jak efektivně využít potenciálu přibývajících počtu starších lidí.

Ze statistik Českého statistického úřadu také vyplývá, že ženy se obecně dožívají vyššího věku než muži. V roce 2019 byla střední délka života mužů 76,3 let, zatímco střední délka života žen 82,1 let. Údaje z těchto statistik také ukazují, že v roce 1995 tvořili senioři (tedy osoby starší 65 let) 13,3 % celkové populace ČR, zatímco v roce 2019 již tvořili 19,9 % populace (Český statistický úřad, 2019).

2.2.7 Potřeby seniorů

Psycholog Oldřich Matoušek (2008) definoval ve svém *Slovníku sociální práce* potřebu jako motiv k jednání. Lze je také chápat jako určitý "*stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytkem, a směřující znovu k obnovení homeostázy - životní rovnováhy a*

pohody.” (Chloubová, 2003). Pokud potřeby nejsou uspokojeny, dochází ke strádání a deprivaci.

Mezi hlavní potřeby patří pocit jistoty, bezpečí, důvěry a stability. Zdravý člověk své potřeby stále uspokojuje (nad některými se ani více nezamýšlíme, jako například potřeby dýchat, jíst, vyprazdňovat se, spát, apod.). Všichni lidé potřebují přiměřené zdraví, určité zázemí (materiální i finanční), místo, kde se cítí být doma a kde se mu dostává cti a kde si ho váží, mají ho rádi a naopak on sám zde má někoho rád (Haškovcová, 1990). Ke spokojenému, kvalitnímu životu je nezbytné naplňovat tyto potřeby, které mají nepochybně vliv na spokojenost v životě, nicméně je stejně tak potřeba naplňovat základní fyziologické potřeby. Ve stáří lidé některé tyto základní potřeby téměř přestávají pociťovat.

Autorka Marie Vágnerová (2007) poukazuje na důležitost potřeby stimulace, smysluplné aktivity a seberealizace. Uspokojování těchto potřeb je zejména důležité při odchodu do důchodu.

Potřeby vznikají nejen z nedostatku důležitých látek (jako například kyslík, voda, potrava) a nebo životních podmínek (pocit bezpečí, lásky, apod.), ale i na základě jejich přebytku (nadměrné množství informací, tekutin, tepla, apod.). Potřeby se navzájem ovlivňují - některé vznikají, jiné jsou uspokojovány jen částečně, další nejsou uspokojovány vůbec. Neuspokojení tělesných potřeb se projevuje určitými pocity (pocit hladu, žízně, dušnosti, atd.). Naopak psychosociální potřeby (například strach, bezmoc, úzkost, apod.) se projevují u jednotlivců individuálně a závisí na více faktorech. Signalizace těchto potřeb je tedy o něco složitější (Vágnerová, 2007).

Potřeby musí být uspokojovány, aby člověk mohl existovat a rozvíjet se. Pokud potřeby dlouhodobě uspokojovány nejsou, dochází k deprivaci.

U každého jednotlivce je důležité to, aby si sám zachoval autonomii - aby měl možnost dělat rozhodnutí o svém životě (Hofierková, 2004). Je důležité zmínit, že autonomie se nevylučuje s určitou závislostí na ostatních. Nicméně příliš mnoho péče může člověka demotivovat a postupně až dojít k zániku sebeobslužných činností (Pichaud & Thureauová, 1998).

2.2.8 Soběstačnost seniorů

Již bylo zmíněno, že s přechodem do stáří přichází mnoho změn, z nichž některé mohou mít za následek menší soběstačnost. To může často znamenat, že se člověk musí více spoléhat na pomoc okolí. Pro staršího člověka může toto představovat jistou obavu, protože samostatnost v životě je pro mnoho lidí předpoklad spokojeného života. Lidé obecně vnímají závislost na ostatních špatně. Soběstačnost je totiž často předpokladem pro setrváním v domácím prostředí.

Soběstačnost jako taková má více složek (fyzickou, psychickou, ekonomickou a sociální) a když se hodnotí závislost jedince, je třeba brát ohled na všechny tyto složky zároveň.

Autorka Gruberová (1998) definuje soběstačnost jako: *“schopnost uspokojit bez cizí pomoci své základní životní potřeby v konkrétních životních podmínkách”*. Soběstačnost se skládá ze dvou složek - funkční zdatnosti jedince a nároků prostředí, v němž žije. U lidí vzniká závislost na okolí dvěma způsoby - **postupně** (dochází k volnému poklesu funkční výkonnosti a adaptačních schopností organismu) a **náhle** (náhlá změna zdravotního stavu) (Gruberová, 1998).

Autor Vladimír Pacovský (1990) dělí závislost jednotlivců (tedy závislost, která vyplývá z jejich psychického, či zdravotního stavu) na okolí na **lehkou závislost**, **závislost středního stupně** a **úplnou** (těžkou) **závislost**. U lehké závislosti jedinec vyžaduje pouze jistou podporu a motivaci, zatímco u závislosti středního stupně je již třeba pravidelný dohled, zejména při provádění některých činností. U úplné (těžké) závislosti je vyžadována trvalá péče o jednotlivce, protože není schopen si zaopatřit jakékoliv základní potřeby.

Pro samotné seniory hraje velikou roli v jejich soběstačnosti soběstačnost finanční, stejně tak jako soběstačnost fyzická (zvládnutí všedních činností) (Sýkrová & Chytil, 2004).

Soběstačnost se u seniorů hodnotí pomocí komplexního geriatrického vyšetření. Hodnotí se schopnost sebeobsluhy i péče o domácnost. V současnosti existuje mnoho různých dotazníků, které úroveň soběstačnosti hodnotí. Česká geriatrická a gerontologická společnost doporučuje standardizované testy jako například

1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání, svlékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
5. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Přesun lůžko - židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. Chůze po rovině	sámstatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Barthelův test **Všední denní činnosti** (dále jen ADL). Tento test obsahuje deset základních všedních činností a schopnost jejich provedení.

Hodnocení:

0 - 40 bodů - vysoce závislý

45 - 60 bodů - závislost středního stupně

65 - 95 bodů - lehce závislý

Takovýto dotazník může být vyplněn seniorem, nebo zdravotnickým pracovníkem. Pokud ho vyplňuje zdravotnický pracovník, informace získává pomocí rozhovoru se seniorem, informacemi od rodinných příslušníků, studiem zdravotnické dokumentace, popřípadě návštěvou domácnosti seniora (Topinková & Neuwirth, 1995).

2. 3. Sociální služby pro seniory

V České republice existuje síť sociálních služeb, které nabízejí pomoc lidem, kteří ji potřebují. Tyto služby klientům zaručují zachování lidské důstojnosti a pomáhají jim s řešením nepříznivé sociální situace. Tyto služby kombinují různé způsoby péče a (pokud možno) podporu ze strany rodinných příslušníků, či blízkých osob jedinců.

Systém těchto služeb je v ČR upraven novelizací zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách z roku 2009 a vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) č.505/2006 Sb.¹ Tento zákon nabízí mnoho sociálních služeb, ze kterých si jedinec může vybrat dle svých individuálních potřeb a ekonomické situace tu nejvhodnější. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám seniorů. Dále nabízí tzv. **příspěvek na péči** těm, kteří ho potřebují (a splňují požadavky na tento příspěvek).

Sociální služby se člení na základě jejich typu a místa, kde jsou poskytovány. Jedním z druhů poskytované sociální služby jsou právě domovy pro seniory. Ty poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které nejsou zcela soběstačné ať už z důvodu vysokého věku, či vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Dále domov poskytuje stravu, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a sociálně terapeutickou činnost. Tyto služby jsou poskytovány za peněžní úhradu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019).

2.3.1 Historie sociálních služeb pro seniory

¹ Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách. Portál veřejné správy České republiky 2010

Domovy pro seniory jsou poměrně novodobou záležitostí. Nicméně je třeba zmínit, že úplně první forma jisté péče pro seniory se poprvé objevila již v antickém Řecku, kde tuto péči o starší občany poskytovala tamní společnost. V této době nelze mluvit o ústavní péči, jakou známe teď, ale existovala jistá zdravotnická péče spočívající v různých magických rituálech a ochranných symbolech. Postupně zde vznikala tzv. *asklépia*, kde bylo postaráno nejen o staré lidi, ale i o nemocné, či sirotky. Je třeba zmínit, že v této době byla jakákoliv forma ošetrovatelství výsadou bohaté, privilegované vrstvy občanů (Mühlpachr, 2004).

S příchodem středověku byly centry péče o nemocné a staré lidi křesťanské kláštery, ve kterých byly zavedené hospitaly, kde bylo i tyto jedince postaráno. V této době začalo být ošetrovatelství poprvé považováno za profesionální obor. Většinou tuto profesi zastávali jeptišky a mniši.

Až s příchodem 19. století můžeme mluvit o vzniku takzvaných specializovaných ústavních zařízení, které se označovaly termíny nemocnice, či starobinec a byly zakládány státem. Na přelomu 19. a 20. století se poprvé tyto instituce začaly zakládat nikoliv za účelem ochrany společnosti před nežádoucími lidmi (zločinci, postiženými, atd.), ale aby těmto lidem pomohly.

Instituce ústavní péče, jak je známe nyní, začaly vznikat až po období Druhé světové války. (Mühlpachr, 2004)

2.3.2 Ústavní péče

Ústav můžeme označit jako určitý pokus o umělý domov. Jeho funkce závisí jak na zájmech jedince, tak na zájmech společnosti, většinou se tyto zájmy prolínají. Lidé mohou do ústavní péče vstoupit dobrovolně i nedobrovolně. Pokud má klient do ústavní péče nastoupit nedobrovolně, záleží toto rozhodnutí na lékaři či státu. Tato zařízení umožňují lidem prožít kvalitní a důstojný život, ale lze říci, že do jisté míry mohou narušovat jejich soukromí (Mühlpachr, 2004). Instituce se snaží vyhovovat individuálním potřebám jedinců, kteří jsou na ústavní péči odkázáni. Mají vlastní režim a atmosféru.

V současné době se ústavní péče spíše přesouvá k tomu, že pracovníci navštěvují klienty v jejich prostředí spíše, než že pro ně vytvářejí prostředí nové. Ústavní péče se nyní více podobá péči ambulantní a podle potřeby klientů se tyto dvě péče mohou do jisté míry prolínat.

Ačkoliv přechod do ústavní péče lidem často spíše prospěje, než uškodí, nese s sebou i jisté nevýhody a rizika. Například to, že lidé, kteří jsou odkázáni na život v domově pro seniory, mohou často ztrácet zájem o svět a ostatní lidi a dochází ke zhoršení komunikace s ostatními (Matoušek, 1995). Pobyt v takovémto zařízení také přináší určitý stereotyp, počet lidí je zde omezený, tudíž se redukuje možnost navazovat například nové vztahy v domově, což může u některých rezidentů zvyšovat únavu a naopak snižovat toleranci.

Všichni klienti jsou zavřeni v jednom domově a není tedy výjimkou, že dochází k neshodám a hádkám mezi obyvateli domova. To může souviset i například s neschopností adaptace na podmínky domova a obecně to může být spojené s těžkým přechodem do takové instituce. Velmi záleží na jednotlivci – například, zda byl přechod dobrovolný, či nedobrovolný a na obecném postoji a chuti do života seniora. Motivace typu “už mi nic jiného nezbyvá” velmi ztěžuje adaptaci na nové prostředí (Vágnerová, 2007).

Velkou roli zde hrají pečovatelé, kteří mají na starost seniory. Stejně jako může dojít k hádce mezi obyvateli domova, může docházet k neshodám právě s personálem. Lidé zde bydlí v uzavřeném prostoru a s tím se pojí i možný výskyt šikany. Zdrojem takovéto šikany mohou být právě i pečovatelé zaměstnaní v domově.

Existuje několik typů zařízení sociálních služeb, které se zřizují k poskytování těchto služeb. Řadí se mezi ně například:

- centra denních služeb
- denní a týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- azylové domy
- domovy pro osoby se zdravotním postižením

a mnoho dalších.

V této práci se budu zabývat převážně domovy pro seniory.

2.3.4 Domovy pro seniory

Jak již bylo zmíněno výše, jsou domovy pro seniory určeny lidem, kteří z důvodu věku nejsou zcela soběstační a aby byli schopni vést (alespoň do jisté míry) normální život, potřebují pomoc jiné osoby. Péče o seniory je z velké části zajišťována právě těmito domovy a dále je rozdělena mezi rodinu a ostatní instituce. Domovy zajišťují ubytování, stravu, sociálně terapeutickou činnost, zprostředkovávají kontakty s prostředím, pomáhají seniorům při zvládnutí péče o vlastní osobu (hygiena, apod.), či s obstaráváním osobních záležitostí. Poskytování takovéto služby je zpoplatněné.

2.3.3.1 Historie a obecný postoj k domovům pro seniory

Senior může pobyt v domově vnímat jako jisté vyloučení ze společnosti a může si připadat, že do společnosti nadále nepatří a jeho přítomnost již není žádána. Tyto obavy a předsudky jsou často nepodložené a za jejich zdroj by se daly považovat případy z historie, kdy přesun jedince do takovéto instituce často opravdu znamenal jeho "vyhoštění" ze společnosti.

Po Druhé světové válce se sociální péče soustředila převážně na děti, invalidy a vojáky poškozené válkou. Nicméně v této době začaly vznikat i určité typy péče právě pro staré lidi. Na konci padesátých let bylo v ČR zřízeno téměř 300 domovů pro seniory, které disponovaly téměř 30 000 lůžky (Chládek, 2001). Tyto domovy pomohly mnoha lidem zlepšit kvalitu života (Haškovcová, 1990).

V 80. letech se již nabídka sociálních služeb značně rozšiřovat - začaly fungovat různé doplňkové služby, jako například úklid, pomoc při vyřizování různých osobních záležitostí, či donáška jídla (Chládek, 2001).

Do roku 1989 byla ovšem péče o staré lidi na velice nízké úrovni, zejména proto, že stát nechtěl na staré a nemocné lidi nijak poukazovat. Úroveň péče byla velmi nízká - neuplatňovala se lidská práva (jako například vlastní rozhodování, nezávislost, apod.) Neexistovaly téměř žádné prostředky pro aktivizaci seniorů a jejich soběstačnost nebyla podporována. Nicméně v současnosti se péče zcela změnila a v rámci možností se snaží podřídit přáním a potřebám seniorů (Chládek, 2001).

2.3.3.2 Přejít do domova pro seniory

Při přechodu do domova pro seniory člověk opouští svět, ve kterém doposud žil a odchází do neznáma. Objevuje se v naprosto jiné komunitě vytvořené v domově pro seniory a s lidmi mimo tuto komunitu komunikuje pouze minimálně (Matoušek, 2005). Umístění do takovéto instituce je pro člověka zásadní změna, která sebou nese změnu životního stylu a je třeba si na takovouto změnu zvyknout, což může být pro některé jedince velmi náročné. Odchod do domova také v lidech může probouzet pocity viny.

Člověk, který žije v takovéto instituci, si musí zvyknout na ztrátu známého prostředí a zázemí, které si v průběhu života vybudoval. S ním si lidé pojí i identitu a přesun do domova pro někoho může znamenat ohrožení, případně ztrátu této identity. Odchod do domova pro seniory je u jedinců často interpretován jako ztráta soběstačnosti a mnozí senioři si mohou tento přesun vykládat i jako blížící se konec. To může vést k depresi, či apatii jedince a vyhasnutí všech pozitivních očekávání od nastávajícího života (Vágnerová, 2007). Úpadek do deprese, pesimismus a apatie bohužel mohou způsobit i to, že senior krátce po nástupu do domova opravdu umírá.

Toto může vrhat špatné světlo nejen na personál domova, ale na celou instituci. Rodina seniora většinou viní právě personál, který za jedince nese zodpovědnost (a tedy i za zhoršení jeho psychického a fyzického stavu).

2.3.3.3 Adaptace na život v domovech pro seniory

Adaptace seniora na pobyt v domově pro seniory (ostatně i jiných podobných institucí) probíhá ve třech fázích. První fáze začíná ve chvíli, kdy senior (nebo jeho blízká osoba) podá žádost o přijetí do domova seniorů. Tato fáze se vyznačuje očekáváním.

Do druhé fáze se jedinec dostává po přijetí do domova. Je to fáze adaptace, která trvá obvykle kolem šesti měsíců. V této fázi se člověk dostává do poměrně stresové situace, se kterou se pojí i možné komplikace. V prvních čtyřech až šesti týdnech prožívá jedinec většinou negativní adaptaci.

Ve třetí fázi již dochází k přijetí nové životní situace, stresové reakce doznívají a projevují se známky pozitivní adaptace (Bubeníková et al., 2000)

Během adaptace na nové prostředí hrají nesmírně důležitou roli pečovatelé, tedy zaměstnanci domova. Pečovatel je osoba, která se se seniorem setkává nejčastěji. Ošetřuje ho a zároveň působí jako člen komunity domova. Průběh adaptace na nový domov ovlivňuje veškerými svými projevy a zejména svým přístupem.

Mezi adaptační program a aktivity personálu se řadí například:

- opatření u těch, kteří se cítí opuštěni, nebo projevují sklony k sebevraždě
- motivace k činnosti
- povzbuzování k pozitivním myšlenkám
- motivace k aktivnímu tělesnému cvičení (zde je důležitá přiměřenost věku a schopnostem seniora)
- podpora aktivní účasti příbuzných (zapojování blízkých do činností)
- rehabilitace, masáže
- skupinové terapie
- komunikace s ostatními obyvateli domova
- sledování toho, na jaké úrovni adaptace se senior nachází
- všestranná pomoc v adaptačním procesu
- a další

(Janosiková et al., 1999)

Pokud adaptace seniora probíhá v pořádku, lze si u něj všimnout například aktivní spolupráce (z vlastní iniciativy), chová se přátelsky k ostatním rezidentům domova i k personálu, zapojuje se do různých činností bez výzvy, nebo tím, že působí vyrovnaně a klidně (Čornaničová, 1998).

Naopak známky toho, že adaptace neprobíhá zcela v pořádku mohou být naopak spolupráce seniora pouze tehdy, kdy je vyzván personálem, téměř neexistující komunikace s ostatními (i přes to, že zůstává v jejich společnosti), nezajímá se o nabízené aktivity domova, nebo působí podrážděně a pesimisticky (Čornaničová, 1998).

2.3.3.4 Život v domově pro seniory

I přes to že život v domově pro seniory jedincům často usnadní v několika ohledech život, za optimální prostředí na život pro seniora se stále považuje prostředí domácích. Změna takového prostředí je spojena s mnoha změnami, které u seniorů často vedou ke zhoršení zdravotního stavu. Až 18 % rodin se však nezvládá starat o nesoběstačného starého člověka a proto se rozhodnou pro jeho přesun do domova pro seniory (Litomerický, 1998)

Je třeba si uvědomit, jak závažná je pro seniora takováto změna. Domácí péči nikdy nelze zcela nahradit, jakmile se senior ocitne mimo prostředí domácích, jedná se již o péči náhradní. Domov pro seniory je nejdostupnější institucí sociálního charakteru.

Když senior přejde do takovéto instituce, očekává jistou formu zaopatření, ošetření, ale i například bytové situace či navázání kontaktů o okolí. Samozřejmě se jedinci potýkají i s problémy typu "jak budou přijímáni ostatními" nebo s pocitem samoty a izolace.

Domovy pro seniory jsou přednostně určeny lidem, kteří nijak zvlášť nevyžadují odbornou zdravotnickou léčbu ve zdravotnických zařízeních. Nicméně při přijetí seniora do domova by mělo dojít k ambulantnímu vyšetření lékařem (to má zabránit případným neshodám mezi informacemi o zdravotním stavu, které jsou uvedeny v žádosti o přijetí a mezi skutečným stavem seniora). Toto vyšetření by mělo obsahovat i psychologické vyšetření (hlavně kvůli adaptačním schopnostem seniora). Je třeba hledět na to, aby domov pro seniory nebyl příliš vzdálený od seniorovy rodiny a přátel.

Senioři, kteří dosáhli ve svém životě vyššího vzdělání, často považují umístění do domova pro seniory za osobní neúspěch a často vyhledávají jiný typ domova než s azylovým pobytem. Senioři, kteří strávili většinu svého života v manželství, se hůře adaptují na podmínky domova, než ti, kteří strávili větší část života svobodní. Hůře se také adaptují senioři, kteří mají žijící děti a mnohem lépe ti, kteří žádné děti nemají (Hegyí, 1991).

Při výběru vhodného domova pro seniory je třeba pozorně prostudovat informace, které více přibližují možnosti a životní podmínky pro své rezidenty. Pokud je zdravotní stav seniora horší, je třeba zvážit, zda nevyžaduje spíše nemocniční

léčbu. Domovy by měly žadatelům poskytnout dostatek informací o domově, aby se mohl správně rozhodnout. Ideální také je, když je domov v obci, či městě, kde senior doposud žil. Není vhodné, aby senior zcela změnil prostředí (Hegyi, 1991).

Domovy také disponují mnoha aktivitami pro seniory. Tyto aktivity by měly být nenásilné, příjemné a užitečné. Domov by svým rezidentům měl poskytovat možnost navazování a udržování sociálních vztahů. Dále by měl mít také rezident možnost přinést si vlastní nábytek a předměty, ke kterým má citový vztah. Stejně tak by seniorovi měla být umožněna určitá forma *seberealizace* - možnost využívat schopností a nadání seniora na určité činnosti a aktivity (Hofierková, 2004).

3. EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části své bakalářské práce jsem se věnovala výzkumu života jednotlivců v konkrétním domově pro seniory. Zkoumala jsem především rozdílnosti v každodenním životě mužů a žen v takovémto domově. Především mne zajímala spokojenost rezidentů v domově s nabízenými aktivitami, možnostmi rozvoje a obecně přístupem personálu. Zkoumala jsem možné rozdílnosti v těchto aktivitách, či v přístupu zaměstnanců domova (na základě pohlaví rezidentů).

Několik měsíců jsem dobrovolně pracovala v domově pro seniory a byla v přímém kontaktu s většinou jeho rezidentů i personálu. Poznatky pro výzkum této práce jsem čerpala přímo od seniorů (případně personálu domova) žijících v tomto domově. K výzkumu jsem využívala odbornou literaturu, internet a cenné rady odborníků přímo z domova pro seniory, kde jsem výzkum prováděla.

3. 1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda-li existují rozdíly mezi životem rezidentů a rezidentek domova pro seniory. Zaměřovala jsem se především na nabízené aktivity, přístup personálu k jednotlivcům a spokojenost jednotlivců.

1. *cíl*: Zjistit, zda-li se liší životy seniorů a seniorek v konkrétním domově pro seniory na základě genderu

I. hypotéza: Životy seniorů a seniorek se liší na základě jejich genderu.

II. hypotéza: Životy seniorů a seniorek se nijak neliší na základě jejich genderu.

2. *cíl*: Zjistit, zda-li personál domova přistupuje k seniorkám a seniorům odlišně (na základě genderu seniorů)

I. hypotéza: Personál domova dělá rozdíly v přístupu k mužům a ženám žijícím v domově na základě jejich genderu.

II. hypotéza: Personál domova se nedopouští žádných rozdílů v přístupu k mužům a ženám žijícím v domově (na základě jejich genderu).

3. *cíl*: Zjistit míru spokojenosti s životem v domově pro seniory u mužů i u žen, kteří v takovémto domově žijí.

3. 2 Metodika výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat život seniorů a seniorek v jednom konkrétním domově pro seniory a zjistit, zda-li lze pozorovat rozdíly v jejich každodenním životě, ke kterým dochází na základě jejich genderu. Výzkum má povahu kvalitativní. Data byla sbírána pomocí hloubkových rozhovorů společně se zúčastněným pozorováním. Na začátku každého rozhovoru byla představena práce a její povaha a jedinci byli informováni o použití zaznamenaných dat do této práce. Respondenti byli ujištěni, že rozhovor lze kdykoliv ukončit (a to i bez uvedení důvodu) a byli informováni o tom, že se rozhovor bude nahrávat. Otázek pokládaných jednotlivým respondentům bylo dohromady deset a zaměřovaly se především na život v domově pro seniory. Týkaly se spokojenosti života v domově, nabízených aktivit, i událostí souvisejících s přechodem do domova.

Kvalitativní formu výzkumu jsem zvolila proto, že se jedná o určitou interpretaci sociální reality, která si za cíl pokládá odkrytí významu podkládanými sdělovanými informacemi (Disman, 2002). Kvalitativním výzkumem lze porozumět lidem v určitých situacích.

Konkrétní domov pro seniory byl vybrán zejména kvůli mému působení zde. Můj výzkum v domově byl schválen vedením domova pro seniory a probíhal několik měsíců (začal v březnu 2021 a skončil na začátku května 2021). Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná a respondentům byla zajištěna anonymita. Konečný počet respondentů byl osm osob (čtyři muži a čtyři ženy).

3.2.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Skupina respondentů se skládala ze seniorů a seniorek žijících v jednom domově pro seniory (jehož vedení si přálo ho anonymizovat). Soubor respondentů tvořili čtyři senioři a čtyři seniorky, kteří žijí v domově pro seniory a byli ochotni zúčastnit se mého výzkumu. Podmínkou byl informovaný souhlas všech zúčastněných a způsobilost (zdravotní, psychická) jednotlivců odpovídat na výzkumné otázky. Výběr respondentů jsem prokonzultovala i se zaměstnanci domova.

Vybraný domov pro seniory poskytuje mnoho různých forem aktivizačních a kulturních programů. Celkový počet rezidentů je zde poměrně malý (nepřesahuje ani 90 pacientů). Jedná se o soukromé zařízení, které zahrnuje služby domova se-

niorů a domova se zvláštním režimem.

3.2.2 Případová studie (Case study)

Jako metodu v empirické části této práce jsem využila případovou studii. Vedla jsem rozhovor s jedincem, který se držel základních bodů. Mým hlavním záměrem bylo zjistit, zda-li se liší životy seniorů a seniorek žijících v jednom domově pro seniory na základě jejich genderu.

3.2.3 Rozhovory

Jako metodu kvalitativního výzkumu jsem pro tuto práci zvolila polostrukturovaný rozhovor. Tuto metodu jsem zvolila proto, že mi umožnila držet se okruhu předem vypracovaných otázek, nicméně zároveň dávala respondentům dostatek prostoru pro rozvedení jejich vlastních odpovědí. Respondenti se často rozpovídali a umožnili mi pokládat doplňující otázky, které obohatily můj výzkum.

Odpovědi respondentů byly zaznamenávány na diktafon (s čímž byli všichni dotazovaní seznámeni předem). Dále byla všem dotazovaným zajištěna anonymita, jména respondentů tedy nejsou uvedena. Respondenti byli taktéž ujištěni, že pokud nebudou chtít, nemusí na otázky odpovídat a rozhovor mohou kdykoliv přerušit. Rozhovory jsem se snažila vést neutrálně a nijak nepřerušovat výpovědi respondentů.

3.2.4 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly vytvořeny na základě cílů práce, které byly vymezeny výše. Dále na podkladech odborné literatury a souvisejícími výzkumy. Otázky jsem rozčlenila na **4 okruhy** a to délka pobytu v domově pro seniory, spokojenost jednotlivce v domově, nabízené aktivity jednotlivcům a přechod do domova. Zní následovně:

1. Jak dlouho bydlíte v tomto domově pro seniory?
2. Jste spokojený/á s životem zde? Kdyby jste mohl/a, co byste zde změnil/a?
3. Jste spokojený/á s přístupem zaměstnanců k vám a přijde vám tento přístup profesionální?
4. Jaké jsou podle Vás klady a zápory života zde?
5. Máte pocit, že pro vás domov zajišťuje dostatečné množství aktivit?

6. Jaké aktivity jsou Vám konkrétně nabízeny a jste s výběrem spokojen/a?
7. Jaký jste vnímal/a přechod do domova pro seniory?
8. Rozhodl/a jste se pro tento domov pro seniory sám/sama? Pokud ano, z jakého důvodu jste si vybral/a zrovna tento?
9. Byl pro Vás přechod do domova náročný?
10. Jak jste vnímal/a prvních pár týdnů v domově?

3.2.5 Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocování

Ke zpracování získaných dat byla použita analýza rozhovorů. Rozhovory byly nahrané a posléze přepracované do psané formy. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů vedených s obyvateli domova pro seniory a částečně zúčastněným pozorováním. Výzkumu se zúčastnili všichni jedinci, kteří o to byli požádáni, nikdo neukončil rozhovor dříve. Většina dotazovaných seniorů své odpovědi rozváděli a na dané téma se mnou ochotně hovořili.

3.3 Výzkumný soubor

V domově pro seniory, kde jsem prováděla svůj výzkum žije necelých devadesát rezidentů, s tím že je zde převaha žen (dvě třetiny všech obyvatelů domova tvoří ženy). Ženy jsou zde také průměrně starší, než muži. Vztahy mezi seniory a personálem jsou zde převážně kladné, stejně tak většina vztahů mezi samotnými rezidenty domova zůstává pozitivní. Většina rezidentů se zde navzájem zná. Během dnů v domově panuje přátelská atmosféra, většina seniorů se poměrně aktivně zúčastňují aktivit, který jim domov nabízí.

Dobré vztahy panují mezi seniory s personálem i mezi seniory navzájem, nicméně zde existují i výjimky mezi seniory, kteří jsou otažití, aktivit se zpravidla neúčastní a dny tráví zavření na svých pokojích (sem samozřejmě nezařazují jedince, kterým jejich zdravotní stav nedovoluje účast na těchto aktivitách).

Pro případové studie byli vybráni čtyři muži a čtyři ženy² žijící v domově důchodců. Všichni respondenti, kteří byli vybráni byli zdravotně způsobilí k provedení rozhovoru, všichni se chtěli zúčastnit a souhlasili s použitím zaznamenaných dat do této práce.

² jejich jména jsou z důvodu zajištění anonymity v práci pozměněna

Případová studie č. 1

Křestní jméno: Paní Alice

Věk: 88 let

Délka pobytu v domově: rok a osm měsíců

Paní Alice přešla do domova pro seniory z domácí péče u své dcery. Její manžel před několika lety zemřel a proto se nastěhovala zpátky ke své dceři, kde bydlela právě od chvíle, kdy ovdověla. Její zdravotní stav se nicméně zhoršil a péče její dcery (která je stále zaměstnaná) již nedostačovala. Nejprve do domova pro seniory nechtěla, nicméně si uvědomovala, že u své dcery zůstat nemůže a proto zvolila tuto variantu pobytové služby.

Největší zlom u ní nastal v době smrti manžela. V této době se zhoršilo jak psychické tak fyzické zdraví. *“Když mi zemřel manžel věděla jsem, že nemůžu v našem společném bytě zůstat sama, proto jsem se nastěhovala k dceři. Zprvu to mělo být jen na chvíli, pak jsem se měla vrátit zpátky do Michle [místo, kde měla paní Alice společný byt se svým manželem], ale zůstala jsem u dcery skoro rok. Takhle to samozřejmě nešlo napořád a nakonec jsme se obě dvě shodly, že pro mě bude nejlepší důchodák.”* Paní Alice se tedy pro domov pro seniory rozhodla sama (respektive společně se svou dcerou) poté, co si uvědomila, že dcera nestačí na její péči sama.

“Nejdřív jsem se tady necítila dobře a chtěla jsem se vrátit domů, ale teď už to tady není špatné.” Paní Alice vzpomínala na přechod do domova jako poměrně nepříjemnou situaci, především tedy prvních pár týdnů. Nicméně po překonání prvních pár nepříjemných týdnů se zde začala cítit lépe a teď se tu cítí téměř zcela jako doma a je zde spokojená.

Když jsem se paní Alice ptala na to, jaké jsou pro ni klady a zápory života zde, byla nejprve rozpačitá a hodně přemýšlela. Nakonec uvedla: *“Jsem ráda, že je tady o mě dobře postaráno a nemusí se o mě starat děti, ale rozhodně to není jako doma. Tam bych byla více šťastná, jenže teď už to nejde v tomhle věku.”* Jako klady života v domově důchodců tedy uvedla hlavně to, že už si (zejména s jejím zdravotním stavem) nemusí dělat starosti její děti a je o ní dobře postaráno zde. Nicméně je to neporovnatelné s vlastním domovem, ze kterého byla okolnostmi nucena odejít.

Dále jsem se paní Alice ptala na samotný chod domova, především tedy na nabízené aktivity. Za svůj pobyt v domově jsem si všimla, že paní Alice tráví nejvíce času vyšíváním a hraním na piano. Sama mi i potvrdila, že to jsou její nejčastější aktivity. *“Šiju pro vnučku, nebo pro dceru, ráda tady hraju na piano”*. Svěřila se však, že se dost často v domově nudí a nabízené aktivity ji často nebaví. *“Dřív jsem ráda chodila na procházky [...], ale tady můžu jenom do areálu, ven mě moc často nepouštějí.”* Doptávala jsem se jí také, zda-li existují nějaké aktivity, které jí (mimo procházek, které ze zdravotních důvodů již praktikovat nemůže) v domově chybí. Na to odpověděla, že jí ze všeho nejvíce chybí návštěvy vnoučat a dětí. Nabídku aktivit v domově považuje za dostatečnou.

Jako poslední jsem s paní Alicí řešila personál. *“Nejradši mám [pracovníci domova]³, ta se o mě starala hned od prvního dne co jsem tady. Jinak nepřicházím do styku skoro s nikým, jenom s [lékařem]⁴, který je úžasný.”* Paní Alice uvedla, že s personálem nepřichází tolik do kontaktu, pouze s lékařem, který za ní dochází jednou týdně a s členkou personálu, která se o ni stará každý den. Oba dva jedince popsala velmi přívětivě.

Shrnutí:

Paní Alici se v domově pro seniory žije dobře, s nabídkou aktivit je spokojena, stejně tak jako s přístupem personálu k ní. Vadí jí že již nemůže chodit na dlouhé procházky, které praktikovala, když ještě v domově nežila, nicméně to je omezené jejím zdravotním stavem spíše než nedostatečnou nabídkou domova. Přechod pro ni nebyl nijak zvlášť složitý, dokonce se i sama (společně se svou dcerou) rozhodla o přechod do tohoto zařízení. Prvních pár dnů (až týdnů) pobytu bylo pro paní Alici náročných, nicméně nyní je v domově spokojená i přes to, že přiznala, že se některé dny nudí.

³ jméno není uvedeno z důvodu anonymity pracovnice domova

⁴ jméno opět neuvedeno z důvodu zachování anonymity lékaře

Případová studie č. 2

Křestní jméno: pan Alois

Věk: 81 let

Délka pobytu v domově: deset měsíců

Pan Alois do domova důchodců nastoupil před deseti měsíci společně se svou manželkou. Žili ve společném bytě, nicméně se zdravotní stav obou dvou začal postupem času zhoršovat a vzhledem k tomu, že obě jejich děti žijí v zahraničí bylo třeba je umístit do domova pro seniory (na doporučení lékaře). Oba dva byli silně proti přechodu do domova, nicméně jim nezbyvala jiná možnost.

Pan Alois se svou ženou byli do domova pro seniory umístěni na doporučení svého lékaře i přes to, že byli silně proti tomuto rozhodnutí. Pan Alois zejména kvůli tomu, že nechtěl opustit byt, ve kterém s manželkou žili téměř celý život. *“Když mně bylo osmdesát a manželce sedmdesát devět, doktor řekl že by bylo nejlepší nastěhovat se do domova důchodců, protože se bál, že se nezvládneme postarat sami o sebe když budeme sami doma. Manželka má totiž Alzheimeru”*. Pan Alois je doteď přesvědčený, že by byl schopný se postarat o manželku i sám o sebe v domácím prostředí, nicméně sám uznal, že nakonec s přesunem do domova pro seniory souhlasil (zejména kvůli diagnóze své manželky). V domově se dodnes necítí zcela komfortně a tvrdí, že kdyby to bylo možné, vrátil by se do domácí péče. *“Kdybych mohl tak se nastěhuju zpátky do našeho bytu a určitě bych se cítil líp. Ale [manželka] potřebuje profesionální pomoc a já tady mám taky všechny svoje doktory hned po ruce. V tomhle je to výhoda.”* Sám však uznal, že je pro něj i pro jeho ženu prostředí domova výhodné kvůli neustálé přítomnosti lékařů a odborníků.

Podobně jako paní Alice uvedl pan Alois, že za největší klad života zde považuje skutečnost, že je zde o něj dobře postaráno odborníky a lékaři. Zápory však podle něj převažují. *“Necítím se tady jako doma, spíš jako v nemocnici a nikdy se tady jako doma cítit nebudu”*. Pan Alois se zřídkakdy účastní nabízených aktivit, většinu svého času tráví na svém pokoji.

Na otázku, zda-li si pan Alois myslí, že domov pro seniory nabízí dostatečné množství aktivit odpověděl, že ano, ale že se nemá chuť většiny z nich účastnit. Nejvíce času tráví se svou ženou. Panu Aloisovi je každých pár týdnů nabízena

určitá forma terapie, nicméně většinou odmítá. Mezi jeho nejčastější aktivity patří luštění křížovek.

Přístup personálu zhodnotil pan Alois spíše kladně. *“Personál se chová profesionálně, často vám vyjdou vstříc když nechcete něco dělat nebo naopak něco dělat chcete. Dobře se starají o mě i o [manželku]”*.

Shrnutí:

Přechod pan Alois vnímal převážně negativně a to zejména díky skutečnosti, že byl spíše nedobrovolný. Sám uznal, že kdyby bylo rozhodnutí na něm, do domova pro seniory by se vůbec nepřesouval. Naopak by rád zůstal ve svém domově, kde strávil celý svůj život. K souhlasu s přesunem do domova důchodců ho přiměl spíše zdravotní stav manželky, než cokoliv jiného. Pan Alois uznává, že je o něj (i o jeho manželku) v domově dobře postaráno, nicméně se zpravidla neúčastní žádných nabízených aktivit a dny tráví převážně zavřený na svém pokoji. Také odmítá terapie, které jsou mu domovem opakovaně nabízeny. Personál však i přes odmítání nabízených aktivit hodnotí kladně a to zejména díky schopnosti dobře se starat o pacienty (zejména jeho manželku).

Případová studie č. 3

Křestní jméno: paní Jarmila

Věk: 92 let

Délka pobytu v domově: sedm měsíců

Paní Jarmila je jednou z nejstarších rezidentek domova pro seniory a zároveň jednou z nejvitálnějších a nejaktivnějších. I přes svůj vysoký věk tráví dny různými aktivitami a činnostmi a byla velice nadšená, že se mnou mohla udělat tento rozhovor.

Do domova se přesunula z jiného domova pro seniory, kde bylo moc rezidentů a její rodina měla pocit, že se jí nedostává dostatečné péče. *“Tento domov je pro mne už druhým a jsem tady moc spokojená. Předchozí nebyl špatný, ale bylo tam hodně pacientů a málo ošetřovatelů, tak mě děti přesunuli sem [...] stěhování mi nijak nevadilo, vlastně jsem se sem velmi těšila”*. Paní Jarmila popisovala přesun jako poměrně kladnou věc, na kterou se těšila. Již před tím žila v pobytovém zařízení. *“První týden tady byl pro mě náramný, protože jsem měla celý pokoj jenom*

pro sebe.” Prvních pár týdnů bylo pro paní Jarmilu příjemných. Obecně mluvila o zlepšení podmínek oproti minulému domovu pro seniory.

Za největší klady života v domově pro seniory považuje paní Jarmila především péči personálu. *“Nemusíte tady nakupovat, vařit, prát, všechno vám zařídí pokud chcete. V mém věku už nemůžu chodit na nákupy do obchodů, které jsou daleko a nezvládnou stát dlouho u plotny.”* Paní Jarmila je částečně upoutaná na invalidní vozík, nicméně jak bylo zmíněno výše, ráda tráví čas s ostatními, nebo nějakými aktivitami. Mezi její nejoblíbenější aktivity patří čtení, poslouchání rádia, koukání na televizi, společenské hry a luštění křížovek. Všimla jsem si také, že je velmi komunikativní a často tráví čas tím, že si povídá s personálem, či s ostatními rezidenty. Během mé práce v domově jsem strávila mnoho hodin právě rozhovory s paní Jarmilou. Na otázku, zda-li má bydlení v domově pro seniory nějaké zápory nejprve paní Jarmila neuměla odpovědět. Poté však zmínila, že jí chybí častější návštěvy dětí a vnoučat, které bydlí poměrně daleko od domova. *“Já si ale vystačím tady sama a o to víc se na vnoučata těším. Navštěvují mě každých pár měsíců, všichni pracují, takže nemají tolik času.”*

Aktivity, které domov nabízí paní Jarmile stačí. Každý den tráví minimálně hodinu s fyzioterapeutem, se kterým má skvělý vztah. *“Každý den za mnou chodí fyzioterapeut, který se mnou cvičí. To je pro mě asi nejlepší část každého dne. Pak mám ještě ráda procházky po areálu”.* Když jsem se paní Jarmily ptala, zda-li by chtěla do nabídky aktivit něco přidat, odpověděla, že by ráda zkusila hodně věcí, nicméně jí většinu už její zdravotní stav nedovolí.

Personál považuje za profesionální a s ošetřovateli i s lékaři má dobrý vztah. Všechny si pochvalovala a i přes její vysoký věk téměř všechny zná křestním jménem. Personál naopak velmi cení paní Jarmilu a rád s ní tráví čas.

Shrnutí:

Paní Jarmila je bez pochyby nejpozitivnější a nejaktivnější rezidentkou domova, se kterou jsem se setkala. Myslím, že jí život v domově baví a v rámci svých možností se snaží využít veškerých aktivit, které domov nabízí. S personálem i s ostatními rezidenty si rozumí, oceňuje služby poskytované domovem (nákupy, fyzioterapie, vaření). Přejít do tohoto domova pro seniory vnímala kladně, dokonce se i těšila (jak vnímala přechod do minulého domova jsem díky časové omezenosti nedokázala zjistit). Paní Jarmilu také často navštěvují děti a vnoučata,

což také prospívá jejímu tělesnému i duševnímu stavu (toto potvrdili i zaměstnanci domova).

Případová studie č. 4

Křestní jméno: pan Ivan

Věk: 79 let

Délka pobytu v domově: 9 měsíců

Pan Ivan byl do domova pro seniory přesunut před devíti měsíci ze zdravotních důvodů. Před tím měl trvalé bydliště u sebe v bytě, nicméně posledních pár měsíců před přechodem do domova byl upoután na nemocniční lůžko, kde se o něj starali lékaři.

Pan Ivan přechod nevnímal pozitivně, jelikož byl doprovázen zdravotními komplikacemi. Od doby, kdy je rezidentem domova musí být pod téměř neustálým lékařským dohledem. *“Skoro před rokem mě převezli sem, protože i kdybych byl v bývalém bytě, musel by u mě být někdo z nemocnice. [...] Nerozhodl jsem se sám, kdyby to bylo možné, jsem pořád doma, ale věřím doktorům. Takhle je to jednodušší”*. Pro pana Ivana byly první týdny v domově náročné, zejména kvůli zdravotním komplikacím. *“Když mě sem převezli, byl jsem na pokoji s [dalším seniorem] a to se mi nelíbilo. Chtěl jsem svůj pokoj, který jsem dostal až po několika týdnech”*. Pan Ivan vzpomíná na prvních pár týdnů negativně hlavně díky skutečnosti, že neměl vlastní pokoj - tedy nedostatek soukromí.

Pan Ivan je v aktivitách poměrně omezen svým zdravotním stavem, dny nejčastěji tráví sledováním televize a čtením. Když jsem se ho ptala na nabízené aktivity domova, odpověděl: *“No, tím že jsem odkázaný na lůžko a na péči doktorů toho za den moc nestihnu. Ani nevím, co všechno je nabízeno, já většinou trávím dny u televize”*. Nicméně uvedl, že mu nabízené aktivity (v jeho případě zejména možnost sledování televize a čtení knih) ve výsledku vyhovují. Je spokojený, že ho nikdo nenutí do aktivit, které nechce dělat.

Pobyt v domově nicméně hodnotí spíše negativně. Na otázku, co jsou dle něj klady a zápory života v domově uvedl, že tento domov pro něj nikdy nenahradí jeho bývalý domov. *“Rozumíte, tady se nikdy nemůžete cítit jako doma, pořád máte pocit, že jste v nějakém hotelu [...] Rodina vás nenavštěvuje tak často, jak*

byste chtěli, protože je to z ruky. Ale musíte se s tím smířit. Já stejně celé dny koukám na televizi”.

Pan Ivan má na personál neutrální názor, nicméně si na nic konkrétního nestěžoval. Zaměstnanec personálu, který byl u přítomen rozhovoru s panem Ivanem uvedl, že *“Hodně pacientů zde v domově vnímá pobyt negativně, zejména z důvodu, že tento domov nikdy plně nenahradí skutečný domov. Je potom složité pro ně dělat pobyt příjemnějším, protože zpravidla odmítají většinu nabízených aktivit a terapií. Tráví čas zavření na svých pokojích a mají celkově spíše negativní přístup k životu zde. To může často vést k depresivním stavům”*, což je podle pracovníka právě případ pana Ivana.

Shrnutí:

Pan Ivan byl do domova převezen převážně ze zdravotních důvodů a sám uznal, že kdyby tyto komplikace neměl, upřednostnil by pobyt ve vlastním domově. Nabízené aktivity panu Ivanovi dalo by se říci vyhovují, nicméně většinu z nich nevyužívá a tráví čas sám, sledováním televize, či čtením knih. S ostatními rezidenty do kontaktu příliš nepřichází a s personálem komunikuje pouze, když musí. Obecně mu zde podle vlastních slov nic nechybí, pouze postrádá zázemí vlastního domova.

Případová studie č. 5

Křestní jméno: paní Milena

Věk: 89 let

Délka pobytu v domově: jeden rok

Paní Milena patří stejně jako paní Jarmila k nejstarším členkám domova. Do domova se přesunula před jedním rokem a z rozhovorů s ní jsem pochopila, že jí prostředí domova vyhovuje. Je velmi společenská, mezi rezidenty má mnoho přátel a výborně vychází s personálem (který o ní také mluví jen pozitivně).

Přechod do domova probíhal hladce, paní Milena se pro něj rozhodla sama po smrti manžela. Podobně jako paní Alice po smrti partnera nechtěla zůstat sama v bytě, který s manželem sdíleli. Sama mi řekla, že se na přechod do domova těšila. *“Sama jsem si domov s pomocí vnuka vybrala a během jednoho týdne jsem byla přestěhovaná. Tenhle domov jsem si vybrala hlavně z důvodu, že se nachází ve městě, ve kterém jsem strávila téměř celý život. Mám tady své staré přátele a*

rodina mě má možnost často navštěvovat". Přechod tedy probíhal hladce zejména z důvodů, že ho paní Milena sama iniciovala. Na svůj věk nemá žádné výrazné zdravotní komplikace, tudíž se může účastnit různých aktivit nabízených domovem.

Mezi její nejčastější aktivity patří různé formy terapie (a to i fyzické), čtení, sledování televize a malování. Paní Milena je bývalou malířkou a malování se věnuje doposud. *"Nejdříve tady malování vůbec neměli, ale když jsem jim řekla, že bych ráda malovala, hned mi vyšli vstříc"*. Personál vyhověl požadavku paní Mileny o možnost malování, což mi hned nadšeně sdělila. Naopak jí nevyhovuje skutečnost, že nemůže chodit na vycházky, které by jí její zdravotní stav podle jejích slov umožňoval. *"Mně většinou ošetřovatelé nabádají k tomu, abych se věnovala vnitřním aktivitám, jako třeba společenské hry, nebo právě kreslení. Jenže já byla zvyklá chodit každý den na vycházky a to mi chybí. Jinak si ale nemůžu stěžovat"*. Sama uvedla, že omezení vycházek je pro ni jediný zápor bydlení v domově pro seniory.

Samotný pobyt tedy paní Milena hodnotí kladně. Nabídka aktivit jí přijde dostatečná, stejně tak je spokojená s přístupem personálu. Několikrát však zmínila, že ji mrzí nemožnost vycházet na své oblíbené procházky. Naopak však velmi ocenila možnost malování a sledování oblíbených televizních programů. *"Nikdy jsem v jiném domově nebyla, takže nemůžu porovnávat, ale myslím že my to tady máme báječné. Nemůžu si vlastně na nic stěžovat."*

Shrnutí:

Paní Milena je v domově spokojená, přechod pro ni nebyl nijak složitý a nabídka aktivit jí přijde více než dostatečná. Mrzí ji, že je personálem nabádána spíše ke klidnějším aktivitám a je jí odpírána možnost chodit ven, i přes to že je sama přesvědčená o svém dobrém zdravotním stavu. V domově s ostatními seniory vychází, nicméně za ní dochází i mnoho přátel a rodiny mimo domov (což je jeden z důvodů, proč si vybrala právě tento domov, který se nachází ve městě, ve kterém předtím žila).

Případová studie č. 6

Křestní jméno: pan Vratislav

Věk: 80 let

Délka pobytu v domově: 5 měsíců

Pan Vratislav je v domově poměrně krátkou dobu. Podobně jako zbytek respondentů se do domova přesunul po smrti své ženy. Jeho přesun byl doprovázen špatným tělesným i duševním zdravím. Přesun byl dobrovolný, nicméně byl hodně ovlivněn právě zdravotním stavem pana Vratislava. Jeho fyzické zdraví se po přechodu do domova nepatrně zlepšilo, nicméně stále zůstává (dle personálu) poměrně uzavřený.

Když jsem se pana Vratislava ptala na přechod do domova, odpověděl velmi neutrálně: *“Když už pro vás není možnost bydlet sám ve svém domě, tak vás převezou sem. Není to špatně ani dobře, prostě se s tím člověk musí smířit”*. Respondent na mě působil smířený s životem zde, nicméně ne zcela šťastný.

Na otázku, zda-li si myslí že domov nabízí dostatečné množství aktivit odpověděl: *“Ano, každý den je mi nabízeno několik aktivit, ale mě na tohle moc neužije, spíš trávím čas rád sám [...] Dřív jsem rád rybařil a sportoval, to už mě ale v mém věku tolik nebaví”*. Personál panu Vratislavovi častokrát nabízel možnost rybaření, nicméně pan Vratislav vždy odmítnul.

Shrnutí:

Vztahy s personálem nemá pan Vratislav špatné, nicméně v porovnání s ostatními respondenty jsou o něco horší. Pan Vratislav často nekomunikuje a radši je uzavřený do sebe. Jsou mu nabízeny různé aktivity (vnitřní i venkovní), nicméně velkou většinu odmítá. S ostatními rezidenty se příliš nestýká, komunikuje převážně s personálem a lékaři (a tato komunikace často není dostačující). Ze všech dotazovaných respondentů byl nejméně komunikativní, nicméně na všechny otázky odpověděl.

Případová studie č. 7

Křestní jméno: paní Věra

Věk: 84 let

Délka pobytu v domově: 11 měsíců

Paní Věra je v domově důchodců již jedenáct měsíců a přesunula se sem (podobně jako většina pacientů) po smrti svého manžela. Do domova nešla bezprostředně, po smrti manžela chvíli bydlela s přítelkyní, nicméně její zdravotní

stav vyžadoval pomoc odborníků a lékařů, stejně tak neustálou přítomnost pečovatele.

Přechod do domova pro seniory nevnímala paní Věra nijak zvlášť negativně, nicméně byla její psychika při přesunu do domova negativně ovlivněna nedávnou smrtí manžela. Paní Věra je upoutána na invalidní vozík, ale i přes to zůstává navzdory jejímu fyzickému omezení poměrně aktivní. *“Každé ráno za mnou dochází pan doktor, který se mnou cvičí fyzioterapii. Potom se dívám na televizi, nebo čtu časopisy. Odpoledne někdy chodíme na procházky s [členkou personálu], to je má oblíbená činnost, nebo šiju a poslouchám u toho rozhlas”*. Podobně jako ostatní respondentky by si paní Věra přála častější vycházky, nicméně jí personál spíše nabádá k vnitřním nenáročným aktivitám.

Vztah s personálem má paní Věra dobrý, zvláště si pochvalovala fyzioterapeuta, který za ní dochází každé ráno. Nejvíce si rozumí s pracovníci, která se o ni stará přednostně. S ostatními rezidenty vychází také dobře, zejména s rezidentkou, která je s ní od začátku na stejném pokoji. Svěřila se mi, že přátelství se spolubydlící je jedno z nejlepších, která utvořila za posledních několik let. *“Ráda trávím čas s [spolubydlící], se kterou trávíme hodně času tím, že si povídáme, nebo spolu hrajeme společenské hry ve společenské místnosti”*.

S nabídkou aktivit je spokojená, nicméně uvedla, že ji mrzí že se většina z nich nemůže kvůli svému fyzickému omezení účastnit. I přes to však tráví dny aktivně, cvičí, čte, nebo hraje s přítelkyní společenské hry. Když jsem se ptala, zda-li by nějaké aktivity do nabídky domova přidala, odpověděla: *“No každopádně nějaké venkovní aktivity, které mi tu chybí. Stačila by mi každodenní odpolední procházka”*. Paní Věra je obdobně jako jiní personálem nabádána spíše k aktivitám uvnitř domova, protože jí její zdravotní stav nedovoluje trávit více času venku.

Shrnutí:

Paní Věra je v domově spokojená, uvítala by více vycházek. Vychází výborně s ostatními rezidenty, především se svou spolubydlící. Má své oblíbené členy personálu a s péčí zde je taktéž spokojena (má pečovatelku přiřazenou v první řadě k péči o ni). Přesun do domova nevnímala nijak negativně, opět potřebovala neustálou péči odborníků, které by se jí v domácím prostředí nedostávalo. I přes zhoršenou mobilitu tráví dny aktivitami, které jí její tělesný stav dovoluje. Je velmi komunikativní a na otázky odpovídala rozsáhle.

Případová studie č. 8

Křestní jméno: pan Jiří

Věk: 80 let

Délka pobytu v domově: 8 měsíců

Pan Jiří byl do domova přesunut před osmi měsíci svou rodinou. Bydlel sám, neměl manželku, byl méně a méně soběstačný a rodina neměla čas na to se o něj starat z důvodu pracovního vytížení.

Přesun do domova proběhl spíše z nutnosti, než dobrovolně. Rodina pana Jiřího zkoušela umístit do několika zařízení, nicméně v ani jednom se necítil komfortně. Nakonec vybrali tento domov pro seniory, kde si pan Jiří konečně alespoň v rámci možností zvyknul. *“Vystřídal jsem několik domovů, myslím že dokonce tři nebo čtyři před tím, než jsem nastoupil sem. Ani v jednom mi to nevyhovovalo, tady je to o něco lepší. Jenom rodina to má za mnou dát”*. Pan Jiří má stejně jako většina rezidentů početnou rodinu, která bydlí ale poměrně daleko a není pro ně jednoduché ho navštěvovat často. Manželku již nemá a v domově bydlí na samostatném pokoji.

Jako klady života v zařízení uvedl pan Jiří klid a profesionalitu ošetřovatelů v domově. Dále velmi oceňoval, že mu personál vychází vstříc jeho požadavkům. Narozdíl od většiny respondentů chodí v doprovodu personálu, či jiného rezidenta domova na pravidelné procházky a to ráno i večer. Záporně hodnotil to, že je domov daleko od jeho blízkých, které nemá šanci tolik vidět.

S ostatními rezidenty pan Jiří vychází dobře, nicméně jejich společnost nevyhledává. Uvedl: *“Většinu času trávím tady [myšleno ve svém pokoji], kde si čtu nebo se dívám na televizi. Někdy se ke mně přidá někdo na procházku, to mi taky nevadí. Ale většinu dní jsem sám, nebo s [ošetřovatelem]”*. Během mého pobytu jsem si všimla, že pan Jiří vychází ze svého pokoje spíše jen na každodenní vycházky, jinak se zdržuje ve svém pokoji.

Aktivity hodnotil také kladně, nejraději byl za vycházky, které praktikoval i když v domově ještě nebydlel. *“Vycházku nevynechávám žádný den, každý den jdu alespoň jednou, spíše ale chodím dvakrát až třikrát”*. Aktivity, které pan Jiří během dne stihne jsou dost často jen právě vycházky. Zbytek dne se programu neúčastní a je ve svém pokoji.

Shrnutí:

Pan Jiří vystřídal několik domovů pro seniory a zabydlel se až v tomto domově. Je velmi spokojený s přístupem personálu (během rozhovoru několikrát zdůraznil, že mu vychází vstříc téměř ve všech jeho požadavcích) i s nabízenými aktivitami. Nejraději má vycházky, které praktikuje každý den buď v přítomnosti nějakého člena personálu, nebo nějakého jiného rezidenta. Společnost nutně nevyhledává, nicméně často se k němu někdo připojí na jeho vycházku. S pracovníky domova také vychází poměrně dobře a při rozhovoru zdůraznil jejich profesionalitu a osobní přístup.

3.4 Výsledky empirického šetření

Tento výzkum byl prováděn pomocí případové studie. Případová studie byla vypracována za polostrukturovaných rozhovorů se seniory žijícími v jednom konkrétním domově pro seniory a zúčastněného pozorování. Metoda byla časově náročnější než například kvantitativní výzkum s předem stanovenými dotazníky. Nicméně mi lépe pomohla porozumět prostředí zkoumaného domova pro seniory.

Tato práce si kladla tři cíle: zjistit, zda-li v daném domově existuje rozdíl mezi životem mužů a žen na základě jejich genderu, dále zda-li se liší přístup zaměstnanců k ženám a mužům a zjistit míru spokojenosti mužů a žen v daném domově.

3.5 Výsledky analýzy výzkumu

Domov pro seniory, ve kterém jsem prováděla výzkum na svých webových stránkách uvádí, že při přijetí seniora do zařízení se snaží o co nejpohodlnější a nejpřirozenější přechod z domácího prostředí do prostředí domova. Uvádějí také, že při přijetí nového rezidenta je vždy připravený pokoj (který si zvolí buď rezident sám, nebo jeho blízcí). Při rozhovorech se všemi respondenty mi všichni potvrdili, že samotné přijetí do domova bylo komfortní, profesionální a jednoduché. I přes

to, že někteří do domova nenastupovali zcela dobrovolně, nebo za sebou měli horší zkušenosti z jiných domovů, samotné přijetí do tohoto zařízení proběhlo hladce a bez komplikací. Z provedených rozhovorů také vyplývá, že i přes možné komplikace spojené s rozhodnutím o přesunu do zařízení tohoto typu, všichni respondenti prožili přijetí do tohoto domova komfortně.

Z rozhovorů, které jsem prováděla se seniory žijícími v domově vyplývá, že životy (dotazovaných) mužů a žen jsou v domově opravdu v něčem odlišné. Všechny čtyři respondentky popsaly snadnější průběh přechodu do domova. Ať už se jedná o samotné přijetí rozhodnutí o přechodu do domova pro seniory, či o zvládnání (nejen) prvních týdnů v domově. U mužů trvalo mnohem déle, než se zadaptovali na podmínky domova a dost často se jim ani po několika měsících pobytu nepodařilo se naprosto uvolnit a stále trávili čas zavřením ve svém pokoji. U žen jsem více pozorovala komunikativnost s ostatními rezidenty domova (opět to byly zejména ženy) i mnohem větší účast na aktivitách, které domov nabízí. Ženy, se kterými jsem dělala rozhovory byly průměrně starší a často i více fyzicky omezené (např. upoutáním na invalidní vozík) a přes to trávily dny v domově aktivněji než oproti nim mladší a fyzicky zdatnější muži.

Nabízené aktivity byly sice pro muže i ženy stejné, nicméně jsem si během svého pobytu v domově všimla, že ženám spíše bývají doporučovány aktivity vnitřní, klidnější, nenáročnější. Častokrát personál domova argumentoval horším zdravotním stavem seniorky, nicméně jsem si všimla i několika případů, kdy byla aktivita silně nedoporučena seniorce a naopak doporučena seniorovi, kteří měli podobné zdravotní podmínky⁵ (toto se týkalo především vycházek, které byly během mé přítomnosti povoleny naprosto každému muži, který o ně zažádal a pouze asi polovině žen, které o ně zažádaly). Muži také často mohli opouštět areál domova bez doprovodu člena personálu než ženy (během mého pobytu jsem setkala pouze s několika pár případy, kdy mohla seniorka opustit areál bez doprovodu personálu).

Na otázku zda-li jsou senioři spokojeni s nabídkou aktivit domova mi všichni dotazovaní odpověděli, že ano. Muži většinou doplnili svou odpověď o sdělení, že příliš aktivit, které domov nabízí se neúčastní. Ženy naopak častokrát zmínily, že

⁵ Toto bylo samozřejmě konzultováno s lékaři, kteří měli přístup k mnohem podrobnějšímu popisu zdravotního stavu jedinců než já, tudíž samozřejmě nevyvracím jejich rozhodnutí o nepovolení vycházek

je mrzí že některé aktivity mají ze zdravotních důvodů zakázané, či omezené (tady se jednalo převážně o již zmiňované vycházky mimo areál domova pro seniory). Nicméně všech osm respondentů mi odpovědělo, že jsou nabízené aktivity dostačující.

Podobně jako nabídku aktivit domova, hodnotili senioři kladně i přístup personálu. Všech osm respondentů mi potvrdilo, že jim přístup personálu (i lékařů) přijde profesionální, paní Jarmila dokonce uvedla, že ranní terapie s fyzioterapeutem je pro ni nejoblíbenější část dne. V tomto konkrétním domově důchodců je vztah mezi lékaři a rezidenty o něco užší než v jiných domovech, protože jsou zde lékaři trvale ubytováni (nebo zde mají ordinaci, do které dochází každý den). Se seniory tedy tráví opravdu hodně času a téměř všichni se znají navzájem křestním jménem. Výhodou je taky poměrně malý počet ubytovaných seniorů, což dělá domov osobnějším prostředím. Během mého pobytu v domově mi lékaři a zaměstnanci domova sdělili, že ženy ubytované v domově mají s pracovníky bližší vztah - obecně s nimi více komunikují, dobrovolně dochází na různé terapie a jsou obecně otevřenější než muži. Naopak mužští rezidenti mají často s komunikací problém a vyšetření trvají déle. Muži také méně (skoro vůbec) nevyžadují fyzioterapeutická cvičení⁶, i když by jejich zdravotnímu stavu prospěla.

Přístup personálu k mužům a ženám je dle výpovědí respondentů i dle zúčastněného pozorování prostředí podobný, nicméně v něčem se liší. Při rozhovorech mi ženy často říkaly, že jsou nabádány k aktivitám, které se odehrávají vevnitř. Dokonce jsou často personálem odrazovány od vycházek mimo areál i přes skutečnost, že o ně mají zájem. Naopak personál mnohem více nabádá muže, aby využili možnost vycházek mimo areál a často je pouští mimo areál bez doprovodu, což se u žen stává zřídkakdy. Naopak ženám je častěji vycházeno vstříc v rozšíření nabídky aktivit (například možnost malování pro paní Milenu). To může být ovšem způsobeno skutečností, že muži se často do většiny aktivit vůbec nezapojují, tudíž nevznášejí požadavky o rozšíření nabídky aktivit. Nicméně u této rozdílnosti v přístupu je třeba brát v úvahu lékařské zprávy o pacientech a jejich doporučené aktivity pro jednotlivce (ke kterým jsem během výzkumu neměla přístup).

⁶ V tomto domově existují typy fyzioterapeutických cvičení, která jsou dobrovolná. Dále jsou zde samozřejmě fyzioterapeutická cvičení, která jsou velmi důležitá pro zdraví seniorů, ty dobrovolná nejsou.

Posledním (třetím) cílem této práce bylo zjistit spokojenost mužů a žen v domově pro seniory. Z rozhovorů, které jsem s respondenty vedla jsem došla k závěru, že ženy jsou v domově pro seniory obecně spokojenější, než muži. Toto lze pozorovat v několika rovinách. Zaprvé, všechny čtyři respondentky zvládaly samotný přechod do domova lépe a byly schopné si rychleji zvyknout na podmínky domova. Také si všechny vytvořily přátelské vztahy s ostatními rezidenty i s personálem (muži také uvedli, že mají s personálem dobrý vztah, nicméně trvalo u nich obecně déle si ho vytvořit). Muži (respondenti) uvedli, že v domově nejsou nešťastní, nicméně se z jejich výpovědí zdá, že se s životem v domově pro seniory spíše smířili, než že jsou v zařízení šťastní.

4. ZÁVĚR

Téma této bakalářské práce byl život v domově důchodců z genderové perspektivy. Téma genderu je v posledních letech velice populární, nicméně skupinu seniorů jsem zvolila jednak z důvodu, že odborné genderové práce zabývající se právě touto skupinou nejsou tak početné jako genderové práce zaměřené na ostatní věkové skupiny a jednak z důvodu, že jsem měla možnost zkoumat danou problematiku přímo v domově pro seniory, kde jsem několik měsíců dobrovolně pracovala.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou představeny základní pojmy, které se pojí s daným tématem, dále se zde nacházejí potřeby seniorů a jejich soběstačnost, stejně jako určité demografické údaje týkající se skupiny seniorů. V této části jsem také představila ústavní péči pro seniory, včetně právě domovů pro seniory.

Cílem empirické části byla analýza možných příčin jejichž následkem jsou rozdíly v životě mužů a žen v domově pro seniory. Tohoto cíle jsem dosáhla pomocí osmi případových studií, které se zaměřily na čtyři muže a čtyři ženy žijící v jednom konkrétním domově pro seniory. Polostrukturované rozhovory a zúčastněné pozorování mi pomohly přiblížit se této problematice. V této části bylo zjištěno, že dotazované ženy jsou v domově pro seniory spokojenější, než dotazovaní muži. Více se účastní nabízených aktivit a tráví více času s ostatními rezidenty a personálem. Jsou komunikativnější a lépe zvládaly přechod do domova, než muži. Personál domova také nabízí více venkovních aktivit mužům, než ženám (což však může souviset se zdravotním stavem žen).

Můj výzkum je velmi specifický a nabízí se možnosti, jak ho rozšířit či upravit. Určitě by se dal provádět v různých domovech pro seniory, na různých místech v ČR, nebo i v zahraničí. Také by se dal zúžit výzkumný vzorek například podle vzdělání seniora, či podle toho zda je v manželském svazku či nikoliv. Já jsem zvolila kvalitativní šetření s rozhovory, nicméně si myslím, že by šel provést i pomocí jiné techniky sběru dat (například jiná forma rozhovorů, nebo dotazníky).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BUBENÍKOVÁ, M. et al. 2000. *Ošetrovatelstvo v gerontológii*. Martin: Alfa print. 237 s. ISBN 80-88866-12-X
- ČELEDOVÁ, L. 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing. 126 s. ISBN 978-80-2473-213-8
- ČORNANIČOVÁ, R. 1998. *Edukácia seniorov*. Bratislava: Univerzita Komenského. 156 s. ISBN 80-223-1206-1
- DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8
- GRUBEROVÁ, B. 1998. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZF České Budějovice. ISBN 80-7040-286-5
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. 400 s. ISBN 978-80-8710-9199
- HEARN, Jeff. 1995. *Imagining the aging of men*. In FEATHERSTONE, M., WERNICK, A. (eds.) *Images of aging: Cultural representation of Later life*. Londýn: Routledge. s. 97-115. ISBN 0415112591
- HEGYI, L. 1991. *Aktuálne problémy gerontológie a geriatricie*. Bratislava: Asklepios. 150 s. (brož.)
- HOFIERKOVÁ, Z. 2004. *Adaptácia starého človeka*. IN: *Sestra*. roč. 3. č. 9. S. 34-35. ISSN 1335-9444
- HROZENSKÁ, M. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi*. Osveta. 182 s. ISBN 9788080632823
- CHLOUBOVÁ, H. 2003. *Člověk ve zdraví a nemoci: Základní potřeby člověka*. *Osobní rádce zdravotní sestry*, č. 4,4/15.2.2. s. 1-10. ISSN 1214-0074
- JANOSIKOVÁ, E. H. et al. 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť*. Martin: Osveta. 551 s. ISBN 80-8063-017-8
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kol. 2004. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 9788024705484
- KLEVETOVÁ, D. & DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 202 s. ISBN 978-80-247-2160-9
- KUČERA, M. 2002. *Sociální důsledky stárnutí obyvatelstva České republiky*. *Demografie*, 44 (1), s. 38-40.
- LITOMERICKÝ, Š. 1998. *Chronický starý člověk a dlouhodobá starostlivosť*. In:

- Lekársky obzor, roč. 47. č. 3. s 89. ISSN 0457-421
- MAHROVÁ, G. & VENGLÁŘOVÁ, M. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-0
- MATOUŠEK, Oldřich. 2005. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0
- MATOUŠEK, O. 1995. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 159 s. ISBN 80-85850-76-1
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3872-7
- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-802-4738-727
- MÜHLPACHR, Pavel. 2004. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita. 203 s. ISBN 80-210-3345-2
- ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-1997-2.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*, 1. vyd. Praha: Scientia Medica 1994, 152 s. ISBN 80-85526-32-8
- PACOVSKÝ, Vladimír. 1990. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Acicenum. 135 s. ISBN 80-202-8076-8
- PICHAUD, C., & THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál. 160 s. ISBN 80-7178-184-3
- PŘIBYL, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1
- SONTAG, S. 1972. *The other within us*. New York: Women's Kit. 12 s. ISBN 9780429496059
- SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 284 s. ISBN 978-808-6429-625
- SÝKOROVÁ, D. - CHYTIL, O. 2004. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě,. 324 s. ISBN - 80-7326-026-3
- TOPINKOVÁ, E. - NEUWIRTH, J. 1995. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 312 s. ISBN 80-7169-099-6
- TOŠNEROVÁ, T. 2002. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 8023895060
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd.

Praha: Portál. 528 s. ISBN 80-7178-308-0

VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5

INTERNETOVÉ ZDROJE

Český statistický úřad, *Demografická ročenka ČR 2019 a stav obyvatelstva za první tři čtvrtletí 2020*. [online]. dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/v-domovech-senioru-ziji-asi-2-5-procenta-lidi-nad-65-let/1978363>

Český statistický úřad. 2019. Věková struktura populace. Praha: Český statistický úřad

CHLÁDEK, M. 2001. *Péče o seniory - státní a nestátní subjekty, rodinná péče*. Diplomová práce. Filosofická fakulta

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2019. *Pobytové služby*. Praha: MPSV

MARHÁNKOVÁ HASMANOVÁ, J. 2008. "No co, tak je mi šedesát pět let - vztah žen k viditelnému fyzickému stárnutí". Brno: Sociální studia. roč. 5s 34-50. ISSN 1214-813X

ONDŘIOVÁ, I. a FERTALOVÁ, T. 2013. *Senioři versus zdravé stárnutí*. Sestra [online]. dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/seniori-versus-zdrave-star-nuti-470125>

RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2002. "Úspěšné stárnutí - leitmotiv 21. století." *Demografie* 44 (1): 43-46

STAŇKOVÁ, M. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi, s 35-36 (ADL - soběstačnost seniorů)

VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠÍČ, L. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 90 s. Výzkumné zprávy

Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách. Portál veřejné správy České republiky 2010 [online]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006