

UNIVERZITA KARLOVA  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

**Smysl života seniorů trvale  
upoutaných na lůžko**

Andrea Gabauerová

Katedra teologické etiky

Vedoucí práce: PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D.

Studijní program: Teologie N6141

Studijní obor: Křesťanská humanitární a pastorační práce - Diakonika

Praha 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Smysl života seniorů trvale upoutaných na lůžko napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 20. června 2017

Andrea Gabauerová

## **Bibliografická citace**

Smysl života seniorů trvale upoutaných na lůžko [rukopis] : diplomová práce / Andrea Gabauerová; vedoucí práce: PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D.; Praha, 2017. 131 s.

## **Anotace**

Předkládaná diplomová práce nese název Smysl života seniorů trvale upoutaných na lůžko. Autorka si klade několik cílů: vymezit pojem smysl života, kvalita života, stárnutí a stáří; zjistit biologické, psychické, sociální a spirituální změny ve stáří; zmapovat sociální a zdravotní služby, které mohou využít senioři upoutaní na lůžko; a dále zjistit, jak vnímají domov senioři v domácím prostředí a v instituci.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části je v prvních třech kapitolách vymezen smysl života zejména v souvislosti s kategoriemi hodnot definovaných V. E. Franklem, stárnutí a stáří a prostředí pro závěr života: domov versus instituce. Ve čtvrté kapitole, která je výzkumnou částí, autorka provedla kvalitativní výzkum formou analýzy dat z rozhovorů se seniory upoutanými na lůžko. Výzkum zahrnuje šest respondentů, tři respondenty žijící v domácím prostředí a tři respondenty žijící v domově pro seniory. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda senioři trvale upoutaní na lůžko vnímají smysl života, popřípadě v čem. Výsledky jsou shrnuty v závěru práce.

## **Klíčová slova**

Smysl života, stáří, stárnutí, senior, změny ve stáří, kvalita života, domov, instituce.

## **Summary**

The present thesis entitled *The Meaning of Life Seniors permanently bedridden*. The author has several aims: to define the concept of the meaning of life, quality of life, aging and age; determine the biological, psychological, social and spiritual changes in old age; map social and health services that can benefit the elderly bedridden; and find out how seniors perceive home in the home environment and in the institution.

The thesis is divided into theoretical and research part. In the theoretical part in first three chapters there is determined the meaning of life, especially in relation to the categories of values defined by V. E. Frankl, further aging and age and environment for the conclusion of life: home versus institutions. In the fourth chapter, which is part of the research, the author conducted qualitative research by analyzing data from interviews with elderly bound to bed. Research includes six respondents, three respondents living in the home and three respondents living in a home for the elderly. The aim of the research was to determine whether seniors permanently bedridden perceive the meaning of life, or what. The results are summarized in the conclusion.

## **Keywords**

Meaning of life, old age, ageing, elderly, changes during the old age, quality of life, home, institution.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce, paní PhDr. Bohumile Baštecké, PhD., za trpělivost, spolupráci, vstřícnost, inspirativní rady a podněty k přemýšlení.

Děkuji všem respondentům za jejich ochotu sdílet své životní příběhy. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu.

# Obsah

Úvod.....	8
1 Smysl života.....	11
1.1 Vymezení pojmů smysl a život.....	11
1.2 Smysl života z logoterapeutického pohledu.....	12
1.2.1 Smysl života podle V. E. Frankla.....	15
1.2.1.1 Hodnoty zážitkové.....	15
1.2.1.2 Hodnoty tvůrčí.....	16
1.2.1.3 Hodnoty postojoyé.....	17
1.3 Kvalita života.....	19
1.3.1 Životní spokojenost, well-being (osobní pohoda), štěstí... 23	
2 Stárnutí a stáří.....	26
2.1 Pojem stárnutí.....	26
2.2 Pojem stáří.....	27
2.2.1 Dvě rizika ve vnímání stáří.....	30
2.3 Změny ve stáří.....	32
2.3.1 Biologické změny.....	32
2.3.2 Psychické změny.....	33
2.3.3 Sociální změny.....	35
2.3.4 Spirituální změny.....	39
2.4 Křehké stáří: nesoběstačnost, imobilita, závislost.....	41
2.4.1 Zdraví/disabilita.....	42
2.4.2 Ne/soběstačnost.....	43
2.4.3 I/mobilita.....	44
2.4.4 Ne/závislost.....	46
3 Prostředí pro závěr života: domov versus instituce.....	49
3.1 Vymezení pojmů a jevů.....	49

3.1.1	Domov, rodina, sousedi, obec, instituce.....	49
3.1.2	Senioři se zdravotním postižením a typy pomoci.....	53
3.1.3	Sociální zdravotní služby pro seniory v České republice..	55
3.2	Podpora seniorů při pobytu v domácím prostředí prostřednictvím služeb.....	56
3.2.1	Praktický lékař .....	56
3.2.2	Ergoterapeut.....	57
3.2.3	Fyzioterapeut .....	58
3.2.4	Domácí péče .....	59
3.2.5	Tísňová péče .....	61
3.2.6	Pečovatelská služba a osobní asistence .....	62
3.2.7	Odlehčovací služby.....	65
3.2.8	Centra denních služeb a denní a týdenní stacionáře .....	66
3.3	Senioři při odchodu z domácího prostředí: instituce.....	67
3.3.1	Pobytové sociální služby .....	67
3.3.2	Pobytové zdravotní služby.....	69
4	Výzkumná část .....	71
4.1	Cíl výzkumu .....	72
4.2	Výběr výzkumného vzorku .....	73
4.3	Metoda sběru dat .....	77
4.3.1	Výsledné znění otázek .....	79
4.3.2	Průběh rozhovorů.....	80
4.3.3	Metoda zpracování a analýzy dat .....	81
4.4	Výsledky analýzy dat .....	83
4.4.1	Příběhy respondentů .....	83
4.4.1.1	Příběh první (R1) .....	84
4.4.1.2	Příběh druhý (R2) .....	86
4.4.1.3	Příběh třetí (R3) .....	88

4.4.1.4 Příběh čtvrtý (R4) .....	90
4.4.1.5 Příběh pátý (R5) .....	92
4.4.1.6 Příběh šestý (R6) .....	94
4.4.2 Výzkumné otázky .....	96
4.4.3 Vzorce smyslu života .....	103
4.4.4 Shrnutí výsledků analýzy dat .....	105
4.5 Diskuse .....	109
Závěr .....	117
Seznam použitých zdrojů .....	119
Přílohy .....	131



## Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem hledala téma, které mi bude blízké, z čeho budu moci čerpat zkušenosti a zároveň, co mi ukáže nové poznatky.

Téma magisterské práce mě napadlo, když jsem byla zaměstnána jako pracovník v sociálních službách v domově pro seniory.

O práci se seniory jsem se začala zajímat v osmnácti letech. Tehdy jsem letní prázdniny chtěla využít smysluplně, a tak jsem si přes internet našla organizaci, která zprostředkovávala práci dobrovolníka v domově seniorů.

Po seznámení se s personálem a s činností domova seniorů jsem začala navštěvovat seniory (soběstačné), které mi vybraly sociální pracovníce. K seniorům upoutaným na lůžko jsem nesměla. Dle sdělení vedoucí sociální pracovníce, to nebylo vhodné. Nechápala jsem, ale respektovala jsem toto rozhodnutí.

Práce dobrovolníka v domově spočívala ve vyplňování volného času seniorů v zařízení. Podílela jsem se například na přípravě akcí, organizovala akce, doprovázela seniory na procházce.

Během komunikace se seniory mě zajímalo, proč žijí v instituci. Odpovědi seniorů (někdy podobné) byly následující: neschopnost starat se o domácnost, finanční situace, ztráta blízkých, rodina žila ve vzdáleném městě nebo se nemohla o seniora starat.

Rodiny seniorů v tomto domově například navštěvovaly seniory jednou za čtrnáct dní, v horším případě jednou za rok (například z důvodu bydliště ve vzdáleném městě nebo cizině). Působilo to na mě hrozně smutně. Říkala jsem si, jaký má život smysl ve stáří?

Práci dobrovolníka jsem v tomto domově seniorů vykonávala dva roky. Poté jsem se přestěhovala kvůli studiu do vzdáleného města. Sociální pracovníce

nechtěly, abych do instituce docházela o víkendu z důvodu, že zde nejsou přítomny a z důvodu návštěv rodin.

Zhruba před pěti lety jsem nastoupila do jiného domova seniorů jako pracovnice v sociálních službách. Záměrně jsem vyhledala a přijala tuto pracovní pozici a ne pozici sociální pracovnice. Z vykonávání dobrovolnictví jsem měla pocit, že sociální pracovník nemůže tak dobře poznat seniora, jako pracovník v sociálních službách.

Co se týče aktivit, někteří soběstační senioři měli program vytvořený od sociálních pracovníků. Někteří si vytvořili svoje aktivity. V létě se mohli senioři procházet v okolí, kde byla příroda a zároveň v blízkosti město. Využívali i místní koupaliště. V zimě byli v podstatě odkázáni na činnosti v instituci.

Senioři upoutaní na lůžko neměli téměř žádné aktivity. Kromě hygieny a stravy byli 24hodin denně zavřeni v jedné místnosti s dalším seniorem, s kterým sdíleli pokoj. Každý pátek se mohli účastnit bohoslužby. Popřípadě mohl kněz přijít za nimi na pokoj, i když byli jiného vyznání (bez vyznání nebyl nikdo ze seniorů). Jednou za měsíc či dva byla pro všechny seniory v instituci připravena nějaká akce (divadlo, dětský sbor a podobně). To byly veškeré aktivity pro seniory upoutané na lůžko. I zde jsem přemýšlela, jaký smysl života senioři mohou mít, zvláště nesoběstační senioři.

Během výkonu práce jsem se všemi seniory byla v „každodenním“ kontaktu, na rozdíl od sociálních pracovníků. Důležitá jsou pro mě slova „se všemi“ a „denní kontakt“. Díky tomu jsem poznala, jakou má ten den každý náladu, co ho trápí a bolí. Z čeho má radost nebo na co se těší. V rámci mých zkušeností si myslím, že tohle sociální pracovník nikdy nepozná (alespoň ne u všech seniorů, kteří v domově žijí). To byl pro mě obrovský přínos, protože s jejich pocity, bolestmi či čímkoliv jiným, co je trápilo, se dalo pracovat. Snažila jsem se najít si alespoň chvíli a popovídat si s nimi. Snažila jsem se,

zpříjemnit všem seniorům pobyt v instituci, alespoň milým slovem, úsměvem, či vstřícným gestem.

Nikdy si mně ani jeden ze seniorů upoutaných na lůžko nestěžoval, že je nesoběstačný nebo že nemůže dělat činnosti, které dělával, když byl soběstačný. Přesto mi přišlo, že senior upoutaný na lůžko nemá v čem spatřovat smysl života.

Rozhodla jsem se, že zkusím diplomovou prací hledat odpověď na otázku, zda, popřípadě v čem senioři trvale upoutaní na lůžko vnímají smysl života.

V teoretické části proto vymezím pojetí smyslu a kvality života, stárnutí a stáří a změny ve stáří. Pojmy jsou však dle mého názoru natolik rozmanité, že je obtížně shrnu do definic, kterými bych vymezila vše. Pokusím se však uvést to, co je pro mou práci podstatné. U smyslu života se zaměřím převážně na smysl z pohledu V. E. Frankla. Rovněž se budu zabývat otázkou, jaké existují služby pro podporu bydlení v domácím prostředí a v instituci pro seniory.

Ráda bych, aby v práci vyznělo, že vnímám stáří jako heterogenní, ačkoliv z definování pojmů může pohled na stáří působit jako homogenní.

V návaznosti na teoretickou část provedu v praktické části kvalitativní výzkum formou analýzy dat z rozhovorů s respondenty, kdy budu zjišťovat, co senioři trvale upoutaní na lůžko považují za důležité, zda a v čem spatřují smysl života. Výzkum povedu se seniory žijícími doma a v domově pro seniory.

Závěr práce bude zahrnovat výsledky výzkumné části, diskusi a celkové shrnutí diplomové práce.

# 1 Smysl života

*„Ať je život jakkoli nevypočítatelný a nepředvídatelný, obsahuje v každém případě a v každé situaci možnost smyslu.“<sup>1</sup>*

V této kapitole se budu věnovat pojmu smysl života. Pokusím se nejprve definovat pojem smysl a život a poté ozřejmit smysl života.

## 1.1 Vymezení pojmů smysl a život

Slovo smysl poskytuje několik různých významů. Slovník spisovné češtiny jich definuje hned několik. Může jít o myšlenkový obsah, význam smyslu věty, důležitost smyslu života (události), schopnost člověka i zvířat vnímat svět příslušnými orgány, pochopení smyslu pro spravedlnost apod.<sup>2</sup>

Slovem smysl se v neposlední řadě vyjadřuje celkové zaměření lidské existence. Nejlépe toto pojetí vystihuje dotázání se, jaký má takový život smysl?<sup>3</sup>

Smysl je to, o co člověk usiluje. Smysl bývá označován jako cíl nebo to, co představuje orientační funkci pro hodnoty, normy a rozhodnutí.<sup>4</sup>

Smysl je jedinečný a zvláštní tím, že každý člověk jej musí a může naplnit sám.<sup>5</sup> Podle Frankla smysl nemůže být přidělen nebo dán, a každý jej naplňuje jinak.

---

<sup>1</sup>Längle, 2002

<sup>2</sup>Kroupová a kol., 2005

<sup>3</sup>Křivohlavý, 2006

<sup>4</sup>Höffe, 1992; Raban, 2008

<sup>5</sup>Frankl, 1994

Frankl tvrdí, že lidská existence nemůže být nikdy bezesmyslná, život člověka má svůj smysl, dokud dýchá.<sup>6</sup> V tomto tvrzení autor konstatuje, že člověk nemůže být (žít) beze smyslu. Někteří lidé ovšem svůj smysl života nenajdou, jiní o něm ani nepřemýšlí. Žijí svůj život bez hlubšího smyslu, přesto však může být jejich život relativně šťastný.

Život je komplexní soubor vzájemně závislých dějů, který je vázán na organismy. Hlavními znaky typické pro život jsou:

- a) uspořádanost struktur i dějů v živých soustavách, která z fyzikálních důvodů podmiňuje jejich zranitelnost a smrtelnost;
- b) dynamičnost živých soustav, která se projevuje trvalým přísunem látek zvenčí, jejich přeměnami a tvorbou vlastních látek;
- c) růst a rozmnožování jsou vzhledem k nestálosti živých soustav nutné k udržení života;
- d) biologické – evoluce je výsledkem rozmnožování.<sup>7</sup>

## 1.2 Smysl života z logoterapeutického pohledu

„Otázka smyslu života provází lidstvo po celou dobu jeho existence. Ačkoliv byla v historii vyjadřována různě, její podstata zůstává stále stejná.“<sup>8</sup>

Otázka po smyslu života v sobě skrývá výzvu, zároveň je i citlivá. Není však vůbec lehké na ni najít odpověď. Nelze ji nalézt ani v literatuře.<sup>9</sup>

Dotazování se po smyslu života je vlastní pouze člověku, jen člověku je vyhrazeno prožívat svou existenci jako problematickou. Pochybnosti o smyslu

---

<sup>6</sup> Frankl, 2006

<sup>7</sup> Čermák a kol., 2010

<sup>8</sup> Heller in Tavel, 2007

<sup>9</sup> Tavel, 2007

života nepatří samy o sobě k patologickým projevům, ale ke specifickému výrazu lidského bytí jako takového.<sup>10</sup>

Frankl tvrdí, že smysl života se mění od člověka k člověku, z okamžiku na okamžik. Podle něj nezáleží na obecném smyslu života stanoveném jednou provždy, ale na smyslu života určité osoby v daném okamžiku.<sup>11</sup> Je to dáno tím, že každý člověk je jedinečný a každý vnímá smysl života v něčem jiném. Přikláním se k Franklovi, že smysl života se mění v daném okamžiku (například změna životní situace způsobená nemocí, může ovlivnit smysl života).

Smyslem života je lidské snažení a lidský životní boj. Smysl života je projekcí lidského hledání a lidské vůle. Kdyby byl cíl života dosažitelný v jeho průběhu, bylo by nesmyslné pokračovat poté, co bylo cíle dosaženo.<sup>12</sup>

„Kdyby možnost smyslu nebyla jedinečná, kdyby se mohla opakovat a kdybychom nebyli jedineční, kdybychom byli nahraditelní, potom bychom neměli téměř žádnou odpovědnost. A protože naše jedinečná osobnost se angažuje v určité jedinečné situaci, která nás potkává a v níž se nacházíme, vytváří dvojí odpovědnost člověka – za to, co dělá, zde a nyní – a co jen teď a tady může udělat, a za to, čím se stane v blízké budoucnosti.“<sup>13</sup>

Längle popisuje v devíti bodech, co znamená smysluplně žít:

1. Smysluplně žít znamená rozeznat nejvyšší hodnotu dané situace a realizovat ji. Smyslem je to, co máme teď vykonat.
2. Smysl není možné nařídít nebo dát, musí být nalezený a rozpoznáný. Člověk musí sám smysl vycítit a uchopit.

---

<sup>10</sup> Frankl, 1994

<sup>11</sup> Frankl, 1994

<sup>12</sup> Lukasová in Křivohlavý, 2006

<sup>13</sup> Frankl, Lapide, 2005, str. 91

3. Co člověk může rozpoznat a najít, tu musí být už předem. Jednáním můžeme způsobit, že hodnotová možnost, která se ukrývá v dané situaci, se stane skutečností. A čím tíživější jsou situace, tím hlouběji se ukrývá smysl.
4. Uchopit celek znamená spatřit smysl. Dát tomu, co se jeví jako navzájem nesouvisející, souvislost, která nás zve, abychom se do ní zapojili.
5. Smysluplný život spočívá v jiné rovině než pohodlí, kariéra nebo blahobyť. Smysl není pohodlným životním pojištěním, ale vystupuje jako výzva spojená s rizikem, které musíme podstoupit při přijetí přítomného pořadí hodnot.
6. Smysl všeho nedokážeme uchopit. Smyslem je vždy konkrétně uchopitelná a uskutečnitelná možnost. Smysl se zároveň mění s každou změnou situace.
7. I když může být obtížné rozpoznat, co je v dané situaci správné učinit, nezávisí to tolik na inteligenčním kvocientu. Smysl se nevymýšlí. Co je smyslem, to člověk vycítí dřív, než si to uvědomí.
8. Smysl může nalézt každý bez ohledu na svůj věk, pokud je schopen činit rozhodnutí.
9. Smysl je to, co je potřeba s ohledem na danou situaci učinit. Být znamená být tázán, žít znamená odpovídat na otázky přítomné chvíle.<sup>14</sup>

V této kapitole popisuji jen logo pohled na smysl života. Uvědomuji si, že existují i jiné přístupy, ale pro účely mé práce se hodlám držet pouze logoterapeutického pohledu.

---

<sup>14</sup> Längle, 2002

### 1.2.1 Smysl života podle V. E. Frankla

Frankl naznačil v souvislosti se smysluplným prožíváním života tři okruhy hodnot, jejichž prostřednictvím smysl života člověk nachází a realizuje. Tyto hodnoty Frankl pojmenoval jako tvůrčí, prožitkové a postojové. Zdůrazňuje, že smysl života, který život na člověka klade, nelze uvádět všeobecně, protože požadavky jsou konkrétní. Výběr a realizace hodnot záleží na situaci, podmínkách a na osobnosti člověka.<sup>15</sup>

V každé situaci je totiž člověk vyzván k jinému chování vzhledem k minulým situacím. Jednou od něho konkrétní situace vyžaduje, aby se pokusil svůj život činně utvářet, podruhé zase, aby využil příležitost k realizaci hodnot tím, že je prožije, jindy aby vzal na sebe svůj osud jako kříž.<sup>16</sup>

#### 1.2.1.1 Hodnoty zážitkové

„Život je možno prožívat jako smysluplný, když dokážeme v jeho pestrosti, mnohotvárnosti, souměrnosti vnímat něco krásného.“<sup>17</sup>

Věnujeme-li se kráse věcí, nemusíme přitom na smysl ani pomyslet, člověk se musí jen pozorně dívat. Zážitky nám může poskytnout příroda, ale i lidské výtvořiny: umění, sport, technika, věda. K nejhlubším hodnotám patří setkávání s druhými, které může probíhat při rozmluvě, v práci, při slavení a zvláště v lásce k druhému. Zážitky se stávají smyslem, když jsou věci samy o sobě krásné, když ten, kdo je vnímá, se na nich aktivně spoluúčastní, a tak je i spolu uskutečňuje v jejich povaze. Tím do sebe přijímá něco hodnotného a skrze to se „obohacuje“. Smysluplné zážitky získávají svůj ráz skrze osobní utváření, vnitřní uskutečnění. Prostřednictvím zážitkových hodnot zakoušíme krásu

---

<sup>15</sup> Frankl, 1994

<sup>16</sup> Frankl, 1994

<sup>17</sup> Längle, 2002, str. 31



života, získáváme duchovní síly a s jejich pomocí můžeme smysluplně utvářet svůj život i v jiných oblastech.<sup>18</sup>

Realizace zážitkové hodnoty je jakýkoliv lidský zážitek, který člověka obohacuje. Nejhodnotnějším lidským zážitkem je láska. Láska může být vztahem mezi dvěma milenci, může to být blízkost mezi přáteli, láska, kterou cítí rodiče k dětem, nebo zduchovnělá láska člověka, která se oddává službě druhým. Frankl píše, že člověk, i když mu na tomto světě nezůstává už vůbec nic, může být blažený, když je ve svém nitru oddaný obrazu milovaného člověka. V hraniční situaci, kdy se člověk nemůže realizovat vlastním přičiněním, má schopnost sám sebe naplnit milujícím pohledem, kontemplací duchovního obrazu milovaného člověka.<sup>19</sup>

### **1.2.1.2 Hodnoty tvůrčí**

Längle popisuje, že člověk svůj život prožívá jako smysluplný tam, kde tvořivě působí na svět. To znamená, že jestliže člověku pomáhají zážitkové hodnoty pojmout něco hodnotného ze světa do sebe u tvůrčích hodnot je to přesně naopak, tedy něco hodnotného z nás (např. myšlenku, výtvar apod.) vracíme zpět světu. Veškerý růst a vývoj probíhá ve střídavém dávání a brání. V lidském tvoření jde především o angažovanost tvůrce než o velkolepost výtvaru. Všichni tvoříme svá díla v práci i ve volném čase. Největším dílem je zvládnutí života. Tvůrčí hodnoty se nevztahují jen na smysluplné tvoření a tvůrčí vynalézání, nýbrž přesahují čistě hmotné věci hluboko až do oblasti osobního nasazení pro něco. Jde o situace, kdy člověk přispívá k uchování nějaké hodnoty či k podpoře nějaké myšlenky svým odhodláním, rozhodnutím,

---

<sup>18</sup> Längle, 2002

<sup>19</sup> Frankl in Tavel, 2007

činem. K velkým lidským výkonům patří zastat se druhého, pomáhat mu v nesnázích nebo riskovat pro pravdu své zaměstnání.<sup>20</sup>

Tavel popisuje, že každá činnost v sobě ukrývá smysl. Aby člověk udělal i z rutinní činnosti smysluplné dílo, musí ho nasměrovat za hranice svého já.<sup>21</sup>

Podle Frankla nezáleží na tom, je-li člověk mladý nebo starý, ale má-li svůj čas a vědomí vyplněné něčím, z čeho může mít pocit, že navzdory stáří žije hodnotný a příjemný život.<sup>22</sup>

### **1.2.1.3 Hodnoty postoje**

Když člověk přijde o schopnost tvořit a zažívat a nemůže svou těžkou situaci změnit, zbývá mu možnost zaujmout k dané situaci postoj. Frankl nazývá tuto třetí hodnotu jako nejvyšší. U postojových hodnot záleží na tom, jak se člověk postaví k nezměnitelnému osudu. Frankl dále uvádí, že i když jsou možnosti realizace jakkoli omezeny, realizovat hodnoty postojové je vždy možné, protože pokud má člověk vědomí, má odpovědnost.<sup>23</sup>

Podle Lukasové může být leckterý problém zmírněn tím, že obrátíme pohled člověka směrem k jeho volným kapacitám, ve kterých má ještě možnost se se svým osudem vyrovnat, místo aby v myšlenkách neustále kroužil kolem nezměnitelných skutečností a nenacházel východisko. Obrátíme-li pozornost více k člověku než k jeho utrpení a pokusíme se soustředit na to, co v něm zůstalo zdravého, pomáháme podpořit zdraví a kvalitu života. Dosáhnout u člověka posun k lepšímu je možné zaujetím pozitivního postoje k daným

---

<sup>20</sup> Längle, 2002

<sup>21</sup> Tavel, 2007

<sup>22</sup> Frankl, 1994

<sup>23</sup> Frankl, 2006

skutečností. I v těžké životní situaci může člověk dát smysl životu ne tím, že trpí, ale jak se k utrpení postaví.<sup>24</sup>

Längle uvádí, že i když je osud lidí nevyhnutelný a nezměnitelný, vždy se nabízí možnost, jak se zachovat po svém. Předpokladem je, že se člověk neupne na svůj požadavek vůči osudu, který se na něm domáhá změny, aby se změnilo něco, co je nezměnitelné. Když je člověk vystaven osudu a nemožnosti změnit jej, záleží na tom, zda chce utrpení vzít na sebe, nebo zda se chce pokusit o nemožné (vyhnout se osudu popřením, otupěním apod.). O vnější svobodu může osud člověka připravit, vždy mu však zůstává svoboda se osudu postavit. Záleží jen na člověku, zda osudu vydá vše bez boje, anebo se z jeho vlivu vyprostí, a otevře se možnosti osobního rozvoje.<sup>25</sup>

Nezcizitelná duševní svoboda podle Frankla umožňuje člověku nalézt příležitost ke smysluplnému utváření života do posledního okamžiku, a to i v případě nuceného omezení jeho bytí. Má-li život nějaký smysl, pak musí mít smysl i utrpení, neboť spoluvytváří celek lidského bytí. Záleží, jakým způsobem člověk přijímá neodvratitelný úděl a bere na sebe utrpení a do poslední minuty života otvírá plnost možností.<sup>26</sup>

Smysl jednotlivého člověka ční nad to, co je, a dívá se na to, co by mělo být. Pokud dám smysl svému utrpení (osudu), který jsem chtěl zavrhnout, a s nímž se smírám, dávám smysl věci, která se předtím zdála nesmyslná, neboť ji posílím nějakým činem.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> Lukasová, 1998

<sup>25</sup> Längle, 2002

<sup>26</sup> Frankl, 1994

<sup>27</sup> Frankl, Lapide, 2005

### 1.3 Kvalita života

Koncept kvalita života je složen ze dvou slov: kvalita a život. Termín život jsem definovala výše, proto se k tomuto pojmu již nebudu vracet.

Pojetí kvalita pochází z latinského slova qualis, jež můžeme přeložit jako jakost, kvalita. Kvalitou se rozumí hodnota, jíž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (například život jednoho života od života druhého člověka).<sup>28</sup>

Při shromažďování podkladů u slovního spojení kvalita života jsem ke dni 9. května 2015 na internetovém prohlížeči [www.google.com](http://www.google.com) našla 2 910 000 odkazů a citací.

V odborné literatuře rovněž nalezneme množství definic, jak na kvalitu života nahlížet, neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována.<sup>29</sup>

Pojem je odlišně vnímán v rámci vědních oborů například ve filosofii, psychologii, sociologii, politologii, sociální práci, ekonomii a řadě dalších. Prvním problémem s definováním je tedy oborová různost. Druhým problémem je, že pojem navozuje dojem souhrnného, integrujícího, komplexního ukazatele. Třetím problémem je, že kvalitu života je nutné z teoretických a praktických důvodů rozdělit na jednotlivé oblasti kvality života. Kvůli různosti oborů, teoretických přístupů i diagnostických metod neexistuje shoda v tom, co považovat za základní vymezení.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Křivohlavý, 2002

<sup>29</sup> Payne, 2005

<sup>30</sup> Mareš, 2006

Mluvíme-li o kvalitě života, musíme také počítat s faktem, že vše je komplikováno rozdílným pohledem jedinců i v závislosti na ekonomických podmínkách, kultuře, náboženství, různých zvyklostech a dalších aspektech.<sup>31</sup>

Na kvalitě života se dále podílí zdravotní stav (záleží i na tom, jak se člověk cítí a jak tento stav hodnotí) a s ním související fyzická a psychická výkonnost, věk, pohlaví, rodinná situace, vzdělání, životní úroveň a hodnotový žebříček každého jednotlivce. Velký význam hraje i stupeň soběstačnosti či závislosti na pomoci druhých, projevující se úrovní sebeobsluhy, schopností komunikovat a pohyblivostí.<sup>32</sup>

Tak jako vnímám heterogenitu seniorů, tak vnímám i individuální pohled na kvalitu života každého jedince (každý může mít jinou představu o kvalitě života).

Pojem je těžko uchopitelný a vzhledem k obsáhlosti termínu zmíním pouze základní vymezení tohoto pojmu.

Pojem kvalita života do obecného povědomí vstoupil až v 60. letech 20. století, který poprvé použil americký prezident L. B. Johnson pro shrnutí sociálněpolitických cílů americké administrativy.<sup>33</sup>

Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“<sup>34</sup>

Kvalita života je na nejobecnější úrovni chápána jako důsledek interakce sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek. V rámci všech přístupů má pojem v zásadě dvě dimenze, a to subjektivní a objektivní. Subjektivní přístup se týká jedincova vnímání svého postavení ve

---

<sup>31</sup> Dvořáčková, 2012

<sup>32</sup> Múhlpachr, 2004; Vymětal, 2003

<sup>33</sup> Michalík, 2013

<sup>34</sup> Dragomirecká, Prajsová, 2009

společnosti a spokojenosti se životem. Objektivní dimenze sleduje materiální a sociální podmínky života, fyzické zdraví a sociální status.<sup>35</sup>

Mareš a kolektiv dodávají ještě třetí směr a to kombinaci subjektivních a objektivních indikátorů.<sup>36</sup>

Kvalitu života můžeme zkoumat z několika úhlů. Například psychologický pohled se vztahuje k životní pohodě a spokojenosti. Blíže se životní spokojenosti a pohodě budu věnovat v podkapitole 1.3.1. V sociologickém pojetí jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti (např. majetek, rodinný stav, vzdělání), kdy je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života. Medicínský přístup zkoumá kvalitu života z pohledu psychosomatického a fyzického zdraví jedince.<sup>37</sup>

V roce 1988 se Bergsma a Engel pokusili vytvořit ucelený koncept kvality života. Ve své práci zmapovali problematiku ve čtyřech sférách: v makro-, mezo-, osobní a fyzické rovině. Makro-úroveň zahrnuje oblast velkých společenských celků například konkrétní země. Mezo-úroveň obsahuje otázky kvality života v malých sociálních skupinách například v rámci nemocnic. Osobní rovina se týká každého z nás, jde o subjektivní hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu a podobně. Fyzická rovina je čtvrtou rovinou, u které jde o chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit.<sup>38</sup>

Světová zdravotnická organizace definovala model kvality života, jenž se snaží integrovat základní činitele, které jsou v životě člověka natolik podstatné, že ovlivňují celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Model má za to, že se na kvalitě života podílí šest základních oblastí, mezi něž patří fyzické zdraví,

---

<sup>35</sup> Payne, 2005; Vymětal, 2003

<sup>36</sup> Mareš, 2006

<sup>37</sup> Payne, 2005

<sup>38</sup> Bergsma, Engel, 1988

psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita. Fyzické zdraví zahrnuje aspekty, jako jsou energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek. Psychické funkce obsahují image a vzhled, pozitivní a negativní emoce, hrdost, myšlení, učení, paměť a pozornost. Oblast prostředí obsahuje například finanční zdroje, svobodu, bezpečí, zdravotní a sociální péči, získávání nových dovedností, trávení volného času a možnosti odpočinku. Sociální vztahy zahrnují sociální oporu, osobní vztahy, sexuální aktivitu. Do úrovně nezávislosti můžeme zařadit mobilitu, každodenní aktivity, pracovní schopnosti, závislost na lécích a zdravotních pomůckách. Poslední oblastí je spiritualita, která zahrnuje náboženství, spiritualitu a víru.<sup>39</sup>

Veenhoven popisuje čtyři typy kvality života, které rozděluje do čtyř kvadrantů podle oblastí vnější (prostředí) a vnitřní (jedinec) kvality života. První kvadrant se vztahuje k vnější kvalitě života a životním šancím jedince a zahrnuje prostředí ekologické (čistý vzduch, prostorné bydlení), sociální (svoboda, rovnost, bratrství), ekonomické (hospodářský rozvoj, bohatý národ) a kulturní (rozkvět umění a věd). Druhý kvadrant se vztahuje k vnitřní kvalitě života a životním šancím a obsahuje fyzické zdraví a duševní zdraví, znalosti (gramotnost), dovednosti, umění života (životní styl). Třetí kvadrant se vztahuje k vnější kvalitě života a reprezentuje užitečnost života. Zajímá se o to, jak daný jedinec pomáhá ostatním lidem (péče o blízké), zahrnuje i morální vývoj a morální dokonalost (soucit). Poslední kvadrant se vztahuje k vnitřní kvalitě života a představuje subjektivní hodnocení života. V tomto kvadrantu jde o subjektivní pohodu, životní spokojenost a štěstí.<sup>40</sup>

V posledních deseti letech obecně řečeno kvalita života znamená hledání a identifikování faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Cílem studia kvality života je podporovat a rozvíjet

---

<sup>39</sup> World Health Organization, 1997

<sup>40</sup> Veenhoven, 2000

životní prostředí a životní podmínky, které by umožňovaly lidem žít způsobem, který je pro ně nejlepší a ve kterém nacházejí smysl.<sup>41</sup>

### 1.3.1 Životní spokojenost, well-being (osobní pohoda), štěstí

Vedle pojetí kvality života existuje celá řada souvisejících pojmů například osobní pohoda, štěstí, životní spokojenost a další. Pokusím se teď jednotlivé pojmy definovat, ačkoliv si myslím, že to bude těžké, protože jsou jednak často vnímány jako synonyma a jednak si myslím, že jde o subjektivní pocit každého člověka.

**„Životní spokojenost** je nazírána jako kognitivní (myšlenková) část osobní pohody. Představuje hodnotící výraz, který vyjadřuje míru spokojenosti s vlastním životem a míru zažívání kladných nálad a pocitů a nezažívání nepříjemných nálad a pocitů (např. úzkosti, smutku).“<sup>42</sup>

Hartl a Hartlová spokojenost definují jako „příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti.“<sup>43</sup>

Vymětal konstatuje, že spokojenost nastává, jestliže se my i naši nejbližší uplatňujeme a zároveň získáváme a prožíváme pozitivní odezvu ze svého nejbližšího okolí.<sup>44</sup>

K tomu, aby byl člověk spokojený, uvádí Kalvach a Hrabětová několik obecných potřeb, bez jejichž naplnění by spokojenost byla málo pravděpodobná. Patří sem například nezávislost (autonomie, kontrola nad děním), zabezpečení (přiměřené prostředky a životní podmínky), participace,

---

<sup>41</sup> Hnilicová, 2005

<sup>42</sup> Baštecká, 2015, str. 662

<sup>43</sup> Hartl, Hartlová, 2010, str. 544

<sup>44</sup> Vymětal, 2003



seberealizace (smysluplnost) a důstojnost. Důležité je také zachování osobní identity.<sup>45</sup>

V České republice pro termín **well-being** navrhli Kebza a Šolcová pojem **osobní pohoda**. Osobní pohoda je hodnocením kvality života jako celku. Zahrnuje duševní, tělesnou a sociální dimenzi.<sup>46</sup> Autorům v modelu chybí, dnes už poměrně často zmiňovaná, spirituální neboli duchovní dimenze.

Blatný definuje osobní pohodu jako „dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s vlastním životem.“<sup>47</sup> Blatný zde pomocí reflexe spojuje osobní pohodu a spokojenost.

Křivohlavý vnímá pojetí ze subjektivního pohledu dané osoby, protože jen dotyčný to pociťuje a hodnotí podle svých osobních měřítek. Upozorňuje také na to, že osobní pohoda se může odvíjet od momentálního stavu, ve kterém se člověk nachází.<sup>48</sup>

Podle Kebzy a Šolcové je pojem well-being chápán a měřen prostřednictvím kognitivních komponent (morálka ve smyslu mravních hodnot) a emočních komponent (pozitivní a negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.<sup>49</sup> Křivohlavý vedle emocionální a kognitivní stránky uvádí i genetické vlivy (například temperament), které se podílejí na osobní pohodě dané osoby.<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> Kalvach, Hrabětová, 2005

<sup>46</sup> Kebza, Šolcová, 2003

<sup>47</sup> Blatný, 2010, str. 198

<sup>48</sup> Křivohlavý, 2013

<sup>49</sup> Kebza, Šolcová, 2003

<sup>50</sup> Křivohlavý, 2013

Štěstí můžeme charakterizovat jako „pocit tělesného i duševního blaha, bez tlaku neuspokojené potřeby.“<sup>51</sup>

Pro Krivohlavého je štěstí „subjektivně vyjádřené sdělení toho, jak mi je dobře“.<sup>52</sup> Jde o jev, který má vztah k našim cílům, k našemu očekávání, k našim předcházejícím zkušenostem. Má určitou intenzitu, dobu a četnost výskytu.<sup>53</sup>

Velký sociologický slovník považuje štěstí za „cíl i naplnění lidské touhy, které jsou individuální a zprostředkované, mohou spočívat v dosažení moci, majetku, lásky, přátelství, nebo v procesu meditace (spojení s Bohem) aj. Štěstí nepředstavuje dominantní, ale inkluzivní cíl, je souhrnným pojmem splnění potřeb a tužeb bytostných pro toho kterého člověka, je kvalitou uspokojujícího, smysluplného života.“<sup>54</sup>

Obdobně Ottova všeobecná encyklopedie definuje štěstí jako „stav člověka, který prožívá dlouhodobé uspokojení hlavně potřeb, zažívá nějaké potěšení, radost nebo rozkoš.“<sup>55</sup>

Podle Dienerových štěstí není jakýsi cíl, který nastane po naplnění touhy, ale je to neustálý proces.<sup>56</sup>

---

<sup>51</sup> Hartl, Hartlová, 2010, str. 583

<sup>52</sup> Krivohlavý, 2013, str. 14

<sup>53</sup> Krivohlavý, 2013

<sup>54</sup> Maříková, Petrusek, Vodáková a kol., 1996, str. 1274

<sup>55</sup> Bulisová, 2003, str. 484

<sup>56</sup> Diener, Biswas-Diener, 2008

## 2 Stárnutí a stáří

*„Filozofie má zcela pravdu v tom, že život se musí chápat zpětně. Ale zapomíná se dodat, že se musí žít kupředu.“*

Søren Kierkegaard<sup>57</sup>

Stárnutí a stáří jsou výsledkem celoživotního vývoje. Stárnutí začíná při početí a pokračuje až do smrti. Stáří je konečnou etapou procesu stárnutí. Pro pochopení jedince je nezbytné brát v úvahu celý průběh jeho života. V této kapitole popíši jen specifika stárnutí a stáří.

### 2.1 Pojem stárnutí

„Stárnutí je plynulý, pozvolný, přirozený, zákonitý, fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i psychice člověka.“<sup>58</sup>

„Stárnutí je proces, který obecně vede k úbytku sil, ke zpomalení až uhasnutí životních pochodů. Jeho zakončením je přirozená smrt.“<sup>59</sup>

Podle Topinkové je stárnutí nevratný proces, který postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu.<sup>60</sup>

„Přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti). Individuální involuční nevratný proces (u člověka obvykle po 30 letech života) je zřejmě v buňkách geneticky zakódován, ale je ovlivněn i

---

<sup>57</sup> Kierkegaard in Sheehyová, 1999

<sup>58</sup> Prchlík, 1969, str. 4

<sup>59</sup> Tvaroh, 1983, str. 30

<sup>60</sup> Topinková, 2005

životním (exogenním) prostředím.<sup>61</sup> „Stárnutí je proces snižování adaptability jedince.“<sup>62</sup>

Můžeme si povšimnout, že autoři vnímají stárnutí jako proces změny, ztracení a ubývání, jako období před samotným stářím. Stárnutí však nepřichází až ve stáří, ale je to celoživotní proces. Člověk stárne již od narození: „Stárnutí začíná v momentě narození. V matčině lůně se tomu říká vývoj plodu. Novorozenec se sice ještě dále vyvíjí, ale současně začíná stárnout.“<sup>63</sup>

Stárnutí je specifický a neopakovatelný biologický proces a jeho průběhu říkáme život.<sup>64</sup>

Přikláním se k pojetí stárnutí jako celoživotnímu procesu, kdy jeho průběh je individuální a zároveň opisuje zákonitosti biologické, psychické a sociokulturní.

## 2.2 Pojem stáří

Konečnou etapou procesu stárnutí je období, kterému říkáme stáří.<sup>65</sup> V 16. století byla střední délka života 20 roků, v 18. století 23 roků, později 28 let. Začátkem 19. století byla střední délka života 37 let, pak 40. V současné době je zpravidla dolní hranice stáří 65 let. To znamená, že lidský život se prodlužuje. Dnes člověka, který zemře v 68 letech, nebudeme prohlašovat za dlouhověkého.<sup>66</sup>

---

<sup>61</sup> Barták, Bechyně, Bek a kol., 1993, str. 1037

<sup>62</sup> Prchlik, 1969, str. 8

<sup>63</sup> Dienstbier, 2009, str. 13

<sup>64</sup> Topinková, Neuwith, 1995

<sup>65</sup> Topinková, Neuwith, 1995

<sup>66</sup> Tvaroh, 1984; Český statistický úřad, 2013

Různí autoři člení stáří podle věku. Příhoda rozděluje stáří na senescenci (rané stáří) od 60 do 75 let. Od 75 do 90 let začíná podle jeho označení kmetství a pro osoby starší 90 let začíná období patriarchium.<sup>67</sup>

Gail Sheehyová hovoří o druhé dospělosti, která začíná ve 45 a končí v 85 letech. Druhou dospělost dělí na věk mistrovství od 45 do 65 let a věk celistvosti od 65 až 85 a dále.<sup>68</sup>

Český statistický úřad ve svých výzkumech, které se vztahují ke stáří, někdy uvádí osoby starší 60 let, někdy 65 let.

Mühlpachr počátek stáří definuje obdobím mladých seniorů, které začíná od 65 a trvá do 74 let. Seniorsy ve věku 75 do 84 let nazývá starými seniorsy a velmi staří seniorsy jsou podle něho seniorsy ve věkovém rozmezí 85 a více let.<sup>69</sup>

Světová zdravotnická organizace uvádí, že většina zemí rozvinutého světa přijala jako mezník pro definování stáří chronologický věk 65 let. Toto definování je spojeno převážně s věkem, ve kterém je možno začít pobírat starobní důchod.<sup>70</sup>

Dnes s prodlužující se délkou lidského života se zvyšuje věková hranice dožití. Odborníci však dosud nevytvořili jednotnou periodizaci stáří, a jak můžeme vidět z výše uvedených definic autorů, neshodují se ani na etapách stáří. V diplomové práci, dle Světové zdravotnické organizace, budu za počátek stáří považovat věk 65let.

---

<sup>67</sup> Příhoda, 1974

<sup>68</sup> Sheehyová, 1999

<sup>69</sup> Mühlpachr, 2004

<sup>70</sup> World Health Organization, Nedat.

Pojem stáří je obvykle definován zdravotníky, což dokazují následující definice:

Stáří je poslední fáze života, v níž se projevuje involuce, souhrn involučních změn se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu.<sup>71</sup>

Jedná se o biologický proces, který je nevratný a končí smrtí.<sup>72</sup> Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno.<sup>73</sup>

Stáří je poslední ontogenetickou vývojovou etapou, která souvisí s předcházejícími fázemi. Má však svá biologická specifika, která se zásadně odlišují od jiných vývojových stádií.<sup>74</sup> „Konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života.“<sup>75</sup>

Stáří začíná uvědoměním si polevující fyzické a psychické výkonnosti, obtíží a s tím změněných životních situací.<sup>76</sup>

Možná právě proto, že tomuto pojmu se věnují převážně lékaři, je stáří více vnímáno jako úbytek či nemoc.

Najdeme i snahu pojmout definice stáří jinak:

Stáří je přirozené období lidského života, které se vztahuje k ostatním životním obdobím (dětství, mládí, zralost).<sup>77</sup>

„Stáří nelze chápat pouze jako involuční proces, ale jako proces zrání osobnosti. Zrání vedoucího ke kvalitě života, který si dovolím žít uprostřed života druhých a zároveň s nimi.“<sup>78</sup>

---

<sup>71</sup> Kalvach, Onderková, 2006

<sup>72</sup> Gruberová in Jarošová, 2006

<sup>73</sup> Mühlpachr, 2005

<sup>74</sup> Pacovský, 1990

<sup>75</sup> Hartl, Hartlová, 2010, str. 562

<sup>76</sup> Prchlík, 1969

<sup>77</sup> Haškovcová, 2010

<sup>78</sup> Klevetová, Dlabalová, 2008, str. 57

Stáří představuje období, ve kterém může pokračovat všestranný a harmonický rozvoj lidské osobnosti.<sup>79</sup>

Psychosociálním vývojem člověka od narození až do stáří se zabýval Erik Erikson. Erikson umísťuje do stáří poslední krizi, kterou nazval integrita proti zoufalství. Život zahrnuje zúčtování s dosavadním životem. Záleží na tom, zda člověk svůj život považuje za dobře prožitý. Pokud člověk začne vnímat svůj život jako „promrhaný“ zvýší se stupeň zoufalství. Erikson zoufalstvím definuje pocit, že času je příliš málo na to, aby se člověk pokusil začít jiný život a vydal se novou cestou. Kromě pochybností, že člověk promarnil příležitosti, může pocit zoufalství také rozšířit ztráta blízkých partnerů, kamarádů a dokonce i dětí. Pokud se člověk vyrovná se všemi překážkami a ztrátami, přechází do moudrosti, která spočívá ve schopnosti vidět, dívat se a rozpomínat, stejně jako naslouchat, slyšet a pamatovat si.<sup>80</sup>

### 2.2.1 Dvě rizika ve vnímání stáří

Prvním rizikem jsou předsudky. Stáří představuje období, s nímž je spojena řada předsudků a stereotypních očekávání. Starým lidem bývají přisuzovány statusy nemocných, neschopných a méněcenných.<sup>81</sup>

Samozřejmě, že ve stáří dochází ke změnám, tak jako i v jiných etapách lidského života.

Druhým rizikem je představa homogenní seniorské populace. Seniorská populace je však heterogenní to znamená, že neexistuje žádný „typický senior“.<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012

<sup>80</sup> Erikson, 1999

<sup>81</sup> Hayflick, 1997

<sup>82</sup> Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012

„Senioři se mezi sebou navzájem liší věkem, zdravotním i funkčním stavem, životním stylem, rodinným zázemím, ekonomickými podmínkami, lokalitou i bytovými podmínkami, sociální sítí, vzděláním, životními a pracovními zkušenostmi, zájmy, hodnotovým systémem, osobnostními rysy, prioritami, představami o dalším životě i dalšími závažnými okolnostmi.“<sup>83</sup>

Z odlišností také vyplývá rozdílnost očekávání, priorit, přání a potřeb, a to ve zdraví i v nemoci.<sup>84</sup>

Je sice třeba pohlížet na seniory jako na lidi funkčně znevýhodněné, s horším potenciálem zdraví, s vyšším rizikem onemocnění a funkční dekompenzací stavu, nikoli však jako na „postproduktivní“ lidi funkčně nezlepšitelné a závislé na pomoci jiných.<sup>85</sup>

Heterogenost seniorské populace je dána jedinečností vloh a osobnostních rysů, interindividuální variabilitou involučních biologických dějů, hodnotovým systémem, zkušenostmi, sociálním zázemím apod. I když mají senioři mnohé rysy společné, navzájem se liší jak ve zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích.<sup>86</sup>

To, co jsem zde ve stručnosti uvedla je vysvětlením, jak v této práci budu přistupovat k seniorům (vnímám seniory jako heterogenní skupinu nikoliv homogenní).

---

<sup>83</sup> Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, str. 27

<sup>84</sup> Kalvach, Onderková, 2006

<sup>85</sup> Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012

<sup>86</sup> Mühlpachr, 2005



## 2.3 Změny ve stáří

V této podkapitole bych se chtěla věnovat biologickým, psychickým, sociálním a spirituálním změnám, které mohou stáří provázet. Ráda bych zde podotkla, že veškeré změny, které zde budu uvádět, probíhají v nestejném věku, postupují odlišnou rychlostí, zkrátka se liší individualitou každého jedince. Třebaže definovaná charakteristika níže může znít jako homogenní pohled na stáří, snažím se zachovat heterogenní pohled stáří.

### 2.3.1 Biologické změny

Stáří je provázeno některými involučními fyziologickými změnami. Úpadek funkcí však nezačíná až ve stáří, ale již v rané dospělosti. Průběh této degenerace je velmi pozvolný. Tělesné tkáně, jako jsou pokožka a svaly, začínají ztrácet pružnost. Fungování jednotlivých orgánových soustav se zpomaluje. Například vylučovací soustava zpomaluje svou činnost, trávicí soustava je méně zdatná při vstřebávání živin a dýchací soustava dokáže zajistit menší přívod kyslíku než dříve.<sup>87</sup>

Dochází k involučním změnám smyslového vnímání. U zraku dochází ke zhoršení akomodační schopnosti (schopnost zaostřit do určité vzdálenosti).<sup>88</sup> Po šedesátém roce věku lze u 90 % osob zjistit zhoršení zrakové percepce.<sup>89</sup>

Také sluch se s věkem mění, u 30 % seniorů se výrazně zhoršuje. Nejdříve je omezeno slyšení vysokých tónů, později se přidává i špatné slyšení tónů se střední a hlubokou frekvencí. Zhoršení sluchu nemusí být způsobeno pouze stárnutím organismu, ale i důsledkem vlivu prostředí například při profesi

---

<sup>87</sup> Stuart-Hamilton, 1999

<sup>88</sup> Pacovský, Heřmanová, 1981

<sup>89</sup> Langmeier, Krejčířová, 2006

v těžkém průmyslu. Nejrozšířenější poruchou sluchu u starých lidí je presbyakuze (nedoslýchavost stárnoucích), která se projevuje zhoršením vnímání zvuků o vysokých frekvencích. U někoho se projevuje vnímáním vysokých tónů, které člověk vnímá hlasitěji než ve skutečnosti, často až v bolestivé podobě. U někoho se projevují tlumeným vnímáním zvuků.<sup>90</sup>

Stuart-Hamilton uvádí, že vědci nemají jednotný názor na míru, v jaké stárnutí ovlivňuje citlivost na chutě. Čich podle autora u zdravých seniorů neslábne.<sup>91</sup>

S věkem dochází k fyziologickým změnám. Poruchy mobility spojené s poruchou chůze postihují 15 – 20 % osob starších 65 let a se stoupajícím věkem se procento zvyšuje. Kolem 5% osob starších 75 let je trvale upoutáno na lůžko.<sup>92</sup>

### **2.3.2 Psychické změny**

I přes velké individuální rozdíly bychom mohli nalézt některé společné psychické projevy, které se však u jedinců projevují odlišně. Jsou to zejména změny poznávacích schopností, paměti a učení.

Tělesný stav s psychikou souvisí. Zhoršené zrakové a sluchové vnímání představuje zvýšené riziko úrazů, může dojít k poklesu výkonu při některých pracovních činnostech a omezení možnosti komunikace s druhými lidmi, což může být doprovázeno podezíravostí, úzkostí, nejistotou nebo hněvivostí.<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> Stuart-Hamilton, 1999; Langmeier, Krejčířová, 2006

<sup>91</sup> Stuart-Hamilton, 1999

<sup>92</sup> Topinková, Neuwirth, 1995

<sup>93</sup> Langmeier, Krejčířová, 2006

V odborných publikacích se můžeme dočíst, že dochází ke zhoršení paměti, především paměti pro nové události a poklesu inteligence. Langmeier a Krejčířová popisují, že zatímco fluidní inteligence, která se projevuje ve schopnosti učit se novým věcem, popřípadě přecházet z jednoho způsobu myšlení k druhému, klesá už po 30. roce, tzv. krystalická inteligence, která je definována jako souhrn vědomostí, které člověk získal v průběhu života, stoupá od 25 let až do stáří. Sociální inteligence i schopnost morálního usuzování často zůstávají plně zachovány až do vysokého věku.<sup>94</sup>

Haškovcová popisuje, že laická veřejnost považuje poruchy paměti za typické projevy stáří. Nejčastěji jde o zapomnětlivost, která ovšem není výhradním rysem stáří neboť i v ostatních věkových obdobích člověk zapomíná.<sup>95</sup>

Paměť se skládá ze tří složek: vštěpování, uchovávání a vybavování. Ve stáří dochází ke snižování vštěpivosti a vybavnosti. Reprodukce klesá, ale znovupoznávání je zachováno do vysokého věku. Staří lidé mnohdy vycházejí ze zkušeností a poznatků ze vzdálenější minulosti, ve které se lépe orientují.<sup>96</sup>

Co se týče tvořivosti, neexistuje žádná hranice, která by ji omezovala. Záleží především na motivaci a vytrvalosti člověka, příkladem toho může být studium na Univerzitě třetího věku nebo věnování se zájmům, navštěvování kroužků apod.

Názory na změny osobnosti ve stáří se různí. Podle Hajer-Müllerové integrita osobnosti zůstává zachována, mění se pouze dílčí funkční schopnosti osobnosti např. poznávací schopnosti (paměť, vnímání, myšlení). Ve struktuře

---

<sup>94</sup> Langmeier, Krejčířová, 2006

<sup>95</sup> Haškovcová, 2010

<sup>96</sup> Haškovcová, 1990

osobnosti mohou potřeby, hodnoty a cíle měnit pořadí. Podle Langmeiera, Krejčířové je osobnost každého člověka výsledkem dosavadního vývoje a životních zkušeností. Ve stáří hraje roli i současná adaptace na obtíže, kterým musí člověk čelit.<sup>97</sup>

Ve společnosti přežívá obraz starého člověka s důrazem na rigiditu myšlení a jednání, poruchy koncentrace pozornosti a paměti a ulpívání na zvycích a zvyklostech. Jedná se však jen o částečnou pravdu, především proto, že jmenované charakteristiky a vlastnosti nepostihují každého seniora, a dále proto, že se neprojevují vždy v plné míře. Někdo je postihnut tím, jiný oním psychickým neduhem.<sup>98</sup>

Všechny psychické změny však nemusí znamenat změny k horšímu. Může se zvyšovat trpělivost a pochopení, rozvážnost a stálost v názorech a vztazích.<sup>99</sup>

### **2.3.3 Sociální změny**

Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn, nejčastěji jde o dosažení věku, ve kterém vzniká nárok na starobní důchod, dochází ke změně sociálních rolí, životního způsobu a ekonomického zajištění.<sup>100</sup>

Vágnerová popisuje, že důchod je jednoznačným znakem stáří, ukazatelem závislosti na společnosti, která starému člověku důchod poskytuje.<sup>101</sup>

---

<sup>97</sup> Hajer-Müllerová, 2003; Langmeier, Krejčířová, 2006

<sup>98</sup> Haškovcová, 2010

<sup>99</sup> Haškovcová, 2010

<sup>100</sup> Mühlpachr, 2004

<sup>101</sup> Vágnerová, 2000

„Odchod do důchodu zakončuje jeden významný a velice dlouhý úsek života. Končí období aktivní účasti na společenském dění, v němž člověk získává nějakou, institucionálně danou roli.“<sup>102</sup>

Důchod může znamenat i pozitivní změnu života, protože člověku dává možnost věnovat se činností, které jej zajímají a na které dříve nebylo tolik času. Ovšem za podmínky, že to člověku umožňuje jeho zdravotní stav a finanční situace.

Naše legislativa vymezuje podmínky nároku na starobní důchod popřípadě nároku na předčasný starobní důchod nebo přechod z invalidního důchodu na starobní důchod. V současné době s prodlužující se délkou lidského života se hranice nároku na starobní důchod posouvá směrem nahoru.

Standardní doba odchodu do důchodu se v současné době pohybuje kolem 60 let. Muži narození do roku 1936 odešli do penze v 60 letech. U žen narozených do roku 1936 závisel odchod do důchodu na počtu vychovaných dětí, tedy ve věku od 53 (5 a více dětí) až 57 (žádné dítě) let. U mužů narozených po roce 1936 se ke každému roku narození připočetly dva měsíce (například u mužů: ročník 1936 připadl odchod do důchodu v 60r + 2m, ročník 1937 – 60r + 4m apod.). U žen narozených do roku 1938 zůstala důchodová hranice stejná. Od roku 1939 se odchod do důchodu u žen lišil v počtu vychovaných dětí (například u žen, které neměly žádné dítě: ročník 1939 připadl odchod do důchodu v 57r + 4m, ročník 1940 – 57r + 8m, u žen, které měly pět a více dětí: ročník 1943 v 53r + 4m, 1944 v 53r + 8m.<sup>103</sup>

Podle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj by se "efektivní" věk odchodu do důchodu měl dostat na úroveň 66,6 let pro muže a 65,8 let pro ženy.<sup>104</sup>

---

<sup>102</sup> Vágnerová, 2000, str. 465

<sup>103</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016

<sup>104</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011

Se zvyšující se hranicí odchodu do důchodu však bude stoupat procento lidí, kteří budou odcházet do důchodu před odpracováním zákonem stanovené doby, a to nejen díky možnosti odchodu do předčasného důchodu, ale zejména ze zdravotních důvodů nebo pro ztrátu pracovní příležitosti. Z tohoto důvodu je vhodné uvažovat o formě pravidelného příjmu, tedy o penzijním připojištění.

„Systém penzijního připojištění se státním příspěvkem vznikl v roce 1994 na základě zákona č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem a o změnách některých zákonů souvisejících s jeho zavedením se záměrem vytvořit doplňkový produkt, který má pomoci akumulovat prostředky na zabezpečení a udržení vyšší kvality života ve stáří, než kterou je schopen zajistit průběžný systém.“<sup>105</sup>

V únoru 2013 mělo penzijní připojištění již 5 130 000 Čechů.<sup>106</sup>

Vágnerová uvádí, že odchod do důchodu představuje změnu i pro manželský vztah. Muži se stávají více závislími na rodině. Ženám se role v rodině v takové míře nemění.<sup>107</sup> Tento pohled autorky nezobecňuji, protože si uvědomuji heterogenitu seniorů, rozdílnost věků, v níž se odchází do důchodu a dobovou a kulturní podmíněnost (například pro dlouhodobě nezaměstnaného muže může odchod do důchodu být příjemným přechodem, zatímco pro výkonnou ředitelku organizace to může být naopak).

S postupujícím věkem si manželé uvědomují, jak je pro ně partner důležitý, protože jsou na sebe více odkázáni a ubyla jim možnost jiných sociálních kontaktů. Na druhou stranu trvalá přítomnost obou manželů v domácnosti

---

<sup>105</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010b

<sup>106</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013

<sup>107</sup> Vágnerová, 2000

může působit i jako zátěž, protože manželé spolu tráví více času, než byli zvyklí, a vzrůstá riziko různých konfliktů.<sup>108</sup>

Kromě partnerského vztahu může být důležitý vztah k dětem, vnoučatům, sourozencům, ke kamarádům nebo jiným blízkým.

Jednou z nejtěžších zátěží člověka je ztráta partnera. Ovdovění zvyšuje pocit osamělosti a prázdnoty, dochází ke ztrátě významného smyslu života, hroutí se struktura navyklého denního režimu. Důsledkem ovdovění může dojít ke zhoršení ekonomické situace.<sup>109</sup>

Další změnou, která může nastat u starého člověka, je odchod do ústavního zařízení. Děje se tak z různých důvodů. Může se jednat o osamělost, zhoršení zdravotního stavu, které může způsobit závislost na pomoci druhých, provoz stávajícího bydlení může být drahý. Pro seniora to často znamená opustit místo, kde žil dlouhá léta, kde měl rodinu, známé a přátele, své zájmy.

Orientace v nové situaci může být pro seniora obtížná. Ústavní zařízení je mnohem větší, je zde mnoho různých lidí. Život v instituci je organizovaný a musí se dodržovat určitá pravidla, například doba klidu, jídla apod.<sup>110</sup>

Odchod do ústavního zařízení nemusí pro seniora znamenat pouze ztrátu a zhoršení situace. Závisí především na míře dobrovolnosti umístění do instituce, zda k němu vedla svobodná volba nebo rozhodnutí někoho jiného. Pozitivem může být navázání nových kontaktů, zajištění zdravotní a sociální péče, stravy.

---

<sup>108</sup> Vágnerová, 2000

<sup>109</sup> Vágnerová, 2000; Poledníková, 2006

<sup>110</sup> Vágnerová, 2007

### 2.3.4 Spirituální změny

Nezbytnou složkou bio psycho sociálních změn, jsou i duchovní neboli spirituální změny.

Opatrný uvádí, že stáří není dobou odpočinku, je to doba zrání, ve které se člověk má uplatnit tak, aby využil nabytých zkušeností. Je to doba duchovního dozrávání, ve kterém je člověk schopen být pro druhé oporou a zkušeným rádcem. Je to také doba osobního vyrovnání s úspěchy i neúspěchy prožitých let, hlubokého smíření se se sebou samým, všemi a se vším.<sup>111</sup>

Ve stáří podle Eriksona právě duchovní dimenze života podmiňuje dosažení moudrosti a zralosti, a umožňuje úspěšně řešit konflikty.<sup>112</sup> Dosažením moudrosti, prostřednictvím Eriksonovy integrity versus zoufalství, jsem se více zabývala v kapitole 2.2.

Podobně pro Frankla jsou duchovní dimenze tím nejdůležitějším pro život člověka. Zahrnují vnitřní přesvědčení, vztahy k druhým, vědomí užitečnosti pro druhé a víru nejen ve smyslu religiozním, ale ve smyslu víry v hodnotu života (hledání smyslu života).<sup>113</sup>

Přestože senior občas nedisponuje plností svých psychických a fyzických sil, případně ho opouštějí, právě duchovní stránka člověka nemusí být těmito skutečnostmi zasažena.<sup>114</sup> Naopak může pro stárnoucího člověka představovat důležitý zdroj, ze kterého může čerpat vnitřní sílu.

---

<sup>111</sup> Opatrný, 2014

<sup>112</sup> Erikson, 1999

<sup>113</sup> Suchomelová in Křivohlavý, 2004

<sup>114</sup> Opatrný, 2014



Fürst dodává, že duchovní dimenze, v období tělesných a duševních deficit, může být cenným zdrojem na cestě směřování vlastního života, zachování naděje a sebeúcty.<sup>115</sup>

Naproti tomu „setkání s nemocí, nemohoucností a blížící se smrtí mohou znamenat i pro věřícího seniora velký otřes. Může to být doba velkého zápasu o víru, která mu byla po celý dosavadní život oporou.“<sup>116</sup>

K tomu, aby se víra jedince stala opět oporou, aby se spojil vnitřní svět víry a vnější svět prožívané nemoci, může napomoci duchovní rozhovor.<sup>117</sup>

Návštěva kněze je u seniorů v domácím prostředí možná. Senior si může zvolit návštěvu duchovního dle náboženské příslušnosti. Pokud není členem církve, může jedinec nebo jeho rodina požádat o návštěvu duchovního některé z církví. Existuje i možnost využít charitní službu dobrovolníka, který může seniorovi dělat společníka (čte mu, povídá si s ním, naslouchá a podobně). Seniorovi u pobytových zařízení by duchovní rozhovor měla zajistit instituce.

Suchomelová však uvádí, že situace v oblasti profesionálního přístupu k duchovním potřebám klientů je v České republice špatná. Autorka dodává, že ve většině nemocnic a institucí zabývajících se péčí o seniory se duchovní nevyskytují vůbec.<sup>118</sup>

Může to být dáno tím, že personál není schopen na spirituální potřeby klientů reagovat, může se ostýchat mluvit se seniory o jejich duchovních potřebách. Jedním z důvodů je fakt, že pracovníci v institucích například nikdy nepřišli do styku s vírou nebo jsou jiného vyznání. Důležité je, aby personál

---

<sup>115</sup> Fürst, 2003

<sup>116</sup> Opatrný, 2014, str. 58

<sup>117</sup> Opatrný, 2014

<sup>118</sup> Suchomelová, 2014

byl schopen tolerovat spiritualitu seniora, byl schopen naslouchat a například umožnil bohoslužby v prostorách sociálních a zdravotnických zařízeních.<sup>119</sup>

## 2.4 Křehké stáří: nesoběstačnost, imobilita, závislost

Pojem křehké stáří je definováno zdravotníky a označováno jako stařecká křehkost (angl. *frailty*).

Stařecká křehkost je jedna z nejčastějších příčin postižení a potřeby podpůrných služeb dlouhodobé péče ve stáří. Je výsledkem „stařeckého chátrání“, jemuž nelze jednoznačně přisoudit příčinnou chorobu.<sup>120</sup>

„Křehkost je stavem se snížením funkčních rezerv. Důležité funkční rezervy jedince jsou redukovány v důsledku fyziologických i chorobných změn spojených se stářím. Je tak postižena interakce s jedincem.“<sup>121</sup>

Jedná se o kriticky nízkou míru potenciálu zdraví s úbytkem funkčních rezerv, s nízkou odolností k zátěži, typickými zdravotními problémy, zvýšenou potřebou zdravotní péče, zhoršením prognózy dalších onemocnění, se zvýšeným výskytem jejich komplikací a nežádoucích účinků, se závažnými existencionálními a psychosociálními souvislostmi, s ohrožením a posléze ztrátou soběstačnosti.<sup>122</sup>

Příčiny a projevy se u seniorů různí. Mezi tělesné příčiny patří somatické choroby, bolesti a závratě. Psychickými příčinami mohou být deprese, demence, strach a úzkost. Sociálními příčinami mohou být osamělost a

---

<sup>119</sup> Vaničková, 2002

<sup>120</sup> Kalvach a kol., 2011

<sup>121</sup> Schuler, Oster, 2010, str. 174

<sup>122</sup> Kalvach a kol., 2011

ovdovění. Ztráta smyslu, motivace, rezignace a beznaděj zahrnují spirituální příčiny.<sup>123</sup>

Jednotlivé projevy se vzájemně podmiňují, rozvíjí se tak spirála „chátrání“, která směřuje k postižení, ke ztrátě soběstačnosti až k trvalému upoutání na lůžko.<sup>124</sup>

### 2.4.1 Zdraví/disabilita

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“<sup>125</sup>

„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života, a ne jako cíl života.“<sup>126</sup>

Disabilita je snížení či ztráta schopnosti provádět na základě poruchy určitou činnost jedince způsobem, který je považován za normální.<sup>127</sup>

Podobně Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví dále jen MKF definuje disabilitu jako poruchu, snížení aktivity (např. soběstačnosti) nebo omezení participace (např. mezilidské jednání a vztahy). Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem a spolupůsobícími faktory (faktory osobní a prostředí např. bezbariérové úpravy v bytě).<sup>128</sup>

---

<sup>123</sup> Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012

<sup>124</sup> Kalvach a kol., 2011

<sup>125</sup> Zacharová a kol., 2007, str. 15

<sup>126</sup> Zacharová a kol., 2007, str. 16

<sup>127</sup> Kalvach a kol., 2004

<sup>128</sup> MKF, 2001

## 2.4.2 Ne/soběstačnost

Soběstačností rozumíme míru nezávislosti člověka při vykonávání denních aktivit bez pomoci druhé osoby.<sup>129</sup>

Soběstačností můžeme také vyjádřit schopnost vystačit si vlastními prostředky a silami. Někdy bývá soběstačnost označována jako samostatnost nebo nezávislost.<sup>130</sup>

„Soběstačný je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije.“<sup>131</sup>

Soběstačnost zahrnuje stránku fyzickou, kde je nejdůležitější mobilita, psychickou (zejména schopnost samostatně si zařizovat věci), dále sociální jako úroveň integrace s rodinou a společností a ekonomickou, která je definovaná dostačujícími příjmy.<sup>132</sup>

Haškovcová za soběstačnost považuje kromě finanční i emocionální nezávislost.<sup>133</sup>

Soběstačnost je dána dvěma faktory, a to funkční zdatností organismu včetně potřebných dovedností a znalostí a náročností prostředí. Vždy je třeba brát v úvahu oba faktory. Soběstačnost lze často upravit nebo obnovit úpravou prostředí (například bezbariérový byt či prostředí, výtah, dálkové topení) než

---

<sup>129</sup> Trachtová a kol., 2001

<sup>130</sup> Hartl, Hartlová, 2010

<sup>131</sup> Topinková, 2005, str. 7

<sup>132</sup> Zavázalová, 2001

<sup>133</sup> Haškovcová, 2012

normalizací funkční zdatnosti jedince. Funkční zdatnost ovlivňují zdravotní problémy a involuční změny.<sup>134</sup>

Vymezení nesoběstačnosti je složitým úkolem, protože se definice tohoto pojmu v literatuře nevyskytuje, proto budu termín nesoběstačnost definovat pomocí pojetí soběstačnosti.

Pokud člověk není z jakéhokoli důvodu schopen vykonávat činnosti, má tělesné nebo duševní omezení, považujeme ho za nesoběstačného, stává se závislý na péči druhých osob.<sup>135</sup>

Na ztrátě soběstačnosti se nejčastěji podílejí chronická onemocnění a vady, obvykle pohybového ústrojí, nemožnost či neochota poskytování péče rodinou, nevyhovující bytové podmínky (například špatné vybavení bytu, byt ve vyšším patře bez výtahu a další), omezená dostupnost sociálních a zdravotnických služeb, nízké finanční příjmy a jiné.<sup>136</sup>

### 2.4.3 I/mobilita

Pojem mobilita se používá v různých kontextech a významech. „Mobilitu je možno charakterizovat jako schopnost nezávislého pohybu v prostředí.“<sup>137</sup>

Mobilitu Hartl definuje jako „souhrn pohybů, které umožňují přemísťování těla a vykonání práce.“<sup>138</sup>

„Mobilita na úrovni individuální lidské bytosti se vztahuje k její fyzické kondici. Mobilitu lze také chápat jako vyjádření individuálních potřeb a cílů,

---

<sup>134</sup> Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2008

<sup>135</sup> Kalvach, 2008

<sup>136</sup> Zavázalová, 2001

<sup>137</sup> Weber a kol., 2000, str. 46

<sup>138</sup> Hartl, Hartlová, 2010, str. 313

jako rys osobnosti. Mobilita je základem nezávislého života a relativní autonomie.<sup>139</sup>

„Pohyb může být limitován u seniorů zejména:

- místně – tělesnými obtížemi (bolestivé klouby, svalová slabost atp.)
- centrálně – při organických onemocněních mozku, atd.
- fyzicky neadekvátními požadavky na seniora<sup>140</sup>

Imobilita znamená podstatné omezení pohybové aktivity, může být přechodná nebo trvalá. Dochází k ní jako důsledek dlouhodobé hypomobility, pádů, dehydratace, inkontinence a dalších deficitů.<sup>141</sup>

Následkem imobility je člověk odkázaný na invalidní vozík nebo upoután na lůžko.<sup>142</sup>

### **Příčiny imobility<sup>143</sup>**

- Somatické (například bolest kyčlí a kolenou)
- Psychologické (například deprese, anxiózní stavy, strach z pádů)
- Sociální (například prostředí, schody, doprava, nepříznivé počasí)

---

<sup>139</sup> Schmeidler a kol., 2009

<sup>140</sup> Weber a kol., 2000, str. 46

<sup>141</sup> Weber a kol., 2000

<sup>142</sup> Poledníková, 2006

<sup>143</sup> Weber a kol., 2000

## **Imobilizační syndrom**

Imobilizační syndrom je soubor negativních projevů a důsledků dlouhodobé imobility. Rozvíjí se u křehkých geriatrických seniorů, u seniorů s různým typem ochrnutí, v pokročilém stádiu demence, po úrazech či operacích.<sup>144</sup>

„Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu. Všechny orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity.“<sup>145</sup>

### **2.4.4 Ne/závislost**

Obecně termín závislost můžeme definovat jako „neschopnost obejít se bez něčeho nebo někoho“.<sup>146</sup>

Obdobně Jandourek závislost popisuje jako „vzájemný vztah, ve kterém nějaký objekt nebo jev nemůže plně nebo trvale existovat bez jiného objektu nebo bez podmínek tímto objektem vytvářených.“<sup>147</sup>

Nás, ale zajímá závislost na pomoci jiné osoby. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách<sup>148</sup> nespécifikuje přímo pojem závislost, ale definuje dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který „podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.“<sup>149</sup>

Ačkoliv zákon nedefinuje pojem závislost, v druhé části svého znění, rozlišuje závislost osob mladších 18 let věku a starších 18 let věku na pomoci jiné fyzické osoby ve čtyřech stupních. V této práci se zaměřím na závislost

---

<sup>144</sup> Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012

<sup>145</sup> Trachtová a kol., 2001, str. 35

<sup>146</sup> Hartl, Hartlová, 2010, str. 689

<sup>147</sup> Jandourek, 2001, str. 278

<sup>148</sup> dále jen zákon

<sup>149</sup> Z č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 3. písm. c

osob starších 18 let věku. Zákon dělí závislost na lehkou, středně těžkou, těžkou a úplnou, bývá označována také stupněm I-IV.

„Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby:

a) I. stupeň (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,

b) II. stupeň (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

c) III. stupeň (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,

d) IV. stupeň (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.“<sup>150</sup>

---

<sup>150</sup> Z č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 8



Při posuzování stupně závislosti se od 1. ledna 2012 hodnotí těchto deset základních životních potřeb:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.<sup>151</sup>

Nezávislost Hartl a Hartlová definují jako „nepřítomnost vlivu, omezování, kontroly druhými lidmi nebo skupinami.“<sup>152</sup>

Nezávislost můžeme například vymezit jako stav, kdy člověk nepotřebuje pomoc jiné osoby. V mé diplomové práci můžeme pojem nezávislost vnímat ještě jedním způsobem. Senior upoutaný na lůžko, který žije ve svém přirozeném prostředí, je sice závislý na pomoci druhé osoby, ale může si udržet relativní nezávislost, protože není podřízen například pravidlům chodu instituce, kterým se naopak senior žijící v instituci musí řídit. Nebo, jak popisuje Hartl a Hartlová viz výše, není omezován nebo kontrolován druhými lidmi tak, jako senior žijící v instituci.

---

<sup>151</sup> Z č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>152</sup> Hartl, Hartlová, 2010, str. 349

## 3 Prostředí pro závěr života: domov versus instituce

Cílem této kapitoly je seznámit s možnostmi podpory, které poskytuje přirozené a ústavní prostředí. Zaměřím se převážně na typy podpory, které nabízejí sociální služby v České republice pro seniory se zdravotním (tělesným) postižením.

### 3.1 Vymezení pojmů a jevů

Následující podkapitola se zaměřuje na definování základních pojmů a jevů. Vzhledem k obšírnosti pojetí je účelem této podkapitoly jen nastínit určitý pohled na vymezené pojmy a jen ve smyslu, který se váže k účelu práce.

#### 3.1.1 Domov, rodina, sousedi, obec, instituce

**Domov** Velká všeobecná encyklopedie definuje jako „obydlí, ve kterém člověk žije, které je naplněno důvěrně známými předměty a lidmi, které mu poskytuje pocit zázemí.“<sup>153</sup>

Maříková a kol., definují domov jako „více méně ucelený obraz okruhu blízkých, známých lidí svázaných s hmotným prostředím, ve kterém člověk delší dobu pobýval (s bytem, domem, krajinou), naplněný pocitem sounáležitosti, zázemí, bezpečí. Domov je vyjádřením emocionálního vztahu člověka k jeho nejbližšímu světu, osvojením tohoto světa, jeho humanizací, intimizací.“<sup>154</sup>

---

<sup>153</sup> Čermák a kol., 2010

<sup>154</sup> Maříková, Petrušek, Vodáková, 1996, str. 219

Zákon o sociálních službách nedefinuje pojem domov, hovoří o přirozeném sociálním prostředí „rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.“<sup>155</sup>

Domov můžeme charakterizovat jako bezpečné a chráněné místo, k němuž většinu lidí váže silná emocionální vazba, zároveň to může být i místo intimního kontaktu s nejbližšími lidmi.<sup>156</sup>

**Rodina** je původní a nejdůležitější společenská skupina a instituce, která je základem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorců a zachování kontinuity kulturního vývoje.<sup>157</sup>

Rodina byla od pradávna prvním a mnohdy i jediným zdrojem podpory lidí a její členové jsou spojeni společenským soužitím, vzájemnou pomocí a vzájemnou morální odpovědností. Konkrétní forma rodiny a její velikost a funkce je závislá na společenských podmínkách v dané sociální kultuře.<sup>158</sup>

**Sousedy** definuje Jandourek jako lidi „žijící v takové prostorové blízkosti, že se osobně znají, vzájemně si mohou pomáhat, spolupracovat, přímo spolu komunikovat a zároveň podléhat sociální kontrole druhých a spolu vykonávat ji“.<sup>159</sup>

Jde o obyvatele jednoho domu nebo sousedních domů, případně čtvrti nebo malé obce. Sousedství můžeme definovat jako spolužití lidí bydlících blízko sebe. Jako speciální druh sociální interakce, který zahrnuje určité společenské

---

<sup>155</sup> Z č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §3

<sup>156</sup> Matoušek, 2008

<sup>157</sup> Maříková, Petrusek, Vodáková, 1996

<sup>158</sup> Matoušek, 2008; Benešová, a kol., 1999

<sup>159</sup> Jandourek, 2001, str. 233

konvence (například zdravení), předávání informací, vzájemnou výpomoc, přátelské setkávání nebo společnou zábavu.<sup>160</sup>

Všeobecná encyklopedie uvádí, že susedství má větší význam pro lidi handicapované nebo staré a osamělé, kteří jsou fyzicky vázáni na blízké lidi v bydlišti.<sup>161</sup>

**Obec** definuje Velký slovník naučný jako sídelní jednotku tvořenou jedním či několika katastrálními územími. Má vlastní samosprávné orgány a pravomoc rozhodovat o místních záležitostech.<sup>162</sup>

Podle Königa je obec „územní společenství, ve kterém dochází k vzájemnému působení a interakci místních obyvatel a institucí při dosahování hospodářských, sociálních a kulturních cílů.“<sup>163</sup>

Jandourek popisuje obec jako „usazené a lokálně vázané obyvatelstvo, jehož příslušníci vytvářejí útvar spojený ekonomickými a sociálními vztahy a identifikují se s ním“.<sup>164</sup>

**Instituce** je pobytová služba, která zajišťuje uspokojení potřeb specifické cílové skupiny. Tato organizace má, na rozdíl od jiných forem poskytnutí pomoci, vymezené teritorium (budovu), která je místem poskytování pomoci a kde jsou koncentrovány veškeré prostředky pro úspěšné dosažení společného cíle. V tomto případě mluvíme o ústavní, rezidenční nebo pobytové službě.<sup>165</sup>

---

<sup>160</sup> Čermák, a kol., 2002

<sup>161</sup> Čermák, a kol., 2002

<sup>162</sup> Benešová, a kol., 1999

<sup>163</sup> König in Maříková, Petrusek, Vodáková, 1996, str. 699

<sup>164</sup> Jandourek, 2001, str. 173

<sup>165</sup> Jaroševská, 2012

Institucionální péči může senior využít v případě, zhorší-li se jeho zdravotní stav nebo soběstačnost, je osamělý, nemá možnost pomoci ze strany rodiny či blízkých nebo z jiných důvodů.<sup>166</sup>

Ať už je důvod výběru institucionální péče jakýkoliv, senior by v instituci měl najít nový a bezpečný domov, kde bude moci spokojeně žít. Zařízení by mělo poskytovat nejen bydlení a potřebnou sociální a zdravotní péči, ale i motivaci k životu a jeho smyslu.<sup>167</sup>

---

<sup>166</sup> Venglářová, 2007

<sup>167</sup> Rheinwaldová, 1999

### 3.1.2 Senioři se zdravotním postižením a typy pomoci

Počet obyvatel v prosinci 2012 činil 10 516 125, z toho zdravotně postižených občanů bylo 1 077 673. Z uvedeného počtu tvoří 631 385 obyvatel starších 60 let. Český statistický úřad provedl šetření u obou pohlaví na sedm základních typů postižení, mezi něž zařadil tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní, vnitřní (pouze jedno postižení vnitřních orgánů) a jiné postižení.<sup>168</sup>

**Tabulka č. 1: Senioři a zdravotní postižení k prosinci 2012<sup>169</sup>**

Osoby starší 60let	Tělesné postižení	Zdravotní postižení	Sluchové postižení	Mentální postižení	Duševní postižení	Vnitřní postižení	Jiné postižení
<b>Muži %</b>	28,83	5,07	6,22	2,89	5,43	49	2,57
<b>Ženy %</b>	30,84	7,22	6,16	2,99	7,35	41,68	3,79

S ohledem na typ postižení mají nejvyšší podíl vnitřní zdravotní postižení. Na druhém místě jsou tělesná postižení. Ostatní typy postižení mají nižší zastoupení. Kromě typů postižení záleží i na míře postižení.

Demografové z Českého statistického úřadu šetřením zjistili, že občanů starších 60 let k prosinci 2012 bylo s lehkým postižením 103 257, se středně těžkým postižením 269 136, s těžkým 193 055, velmi těžkým 58 549 a 7388 seniorů s postižením, které není známo.<sup>170</sup>

---

<sup>168</sup> Český statistický úřad, 2013b

<sup>169</sup> Český statistický úřad, 2013b

<sup>170</sup> Český statistický úřad, 2013b

**Tabulka č. 2: Rozsah zajištění pomoci seniorům se zdravotním postižením<sup>171</sup>**

<b>Rok 2012</b>	<b>Osoby starší 60let</b>
<b>Nejbližší příbuzní</b>	404 925
<b>Vzdálenější příbuzní (teta, strýc, bratranec...)</b>	16 445
<b>Osobní asistence</b>	1 389
<b>Sousedé a přátelé</b>	33 033
<b>Jiné osoby</b>	18 513
<b>Pečovatelská služba</b>	59 227
<b>Poskytovatelé zdravotní péče</b>	52 532
<b>Bez zajištění péče</b>	52 101
<b>Není známo, kdo zajišťuje pomoc</b>	84 725

Tabulky číslo 1 a 2 na sebe navazují. Výsledky poskytují přehled o tom, kým je zajištěna pomoc seniorům se zdravotním postižením, kolik seniorů ji využívá a kolik osob je bez zajištění pomoci a u kolika osob formu pomoci neznáme. Nejvyšší zastoupení má rodina, následuje pečovatelská služba a ostatní poskytovatelé zdravotní péče. Poměrně překvapující je skutečnost, že osobní asistenci využívá jen 1389 seniorů. Bohužel z výsledků Českého statistického úřadu nepoznáme souvislosti. Tabulka 1 ukazuje počet tělesně postižených, ale nedá se z toho zjistit, kolik tělesně postižených je vyloženě jen upoutáno na lůžko. Tabulka 2 ukazuje rozsah zajišťování pomoci, ale není zřejmé, kolik seniorů upoutaných na lůžko využívá pomoc. Dále není zřejmé, z jakého důvodu využívají senioři nejvíce svou rodinu a nejméně osobní asistenci. Zda je to z důvodu finanční situace nebo dejme tomu mírou soběstačnosti či sebedefinicí služby a zvykovostí.

---

<sup>171</sup> Český statistický úřad, 2013b

### 3.1.3 Sociální zdravotní služby pro seniory v České republice

Sociálně zdravotní služby ad hoc se poskytují v případě, kdy zdravotní postižení, snížení soběstačnosti a sociální situace vyžaduje podíl zdravotní i sociální péče. Je to komplexní péče o osoby s omezenou soběstačností nebo nesoběstačné, kterou zajišťují zdravotní a sociální pracovníci.<sup>172</sup>

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti lidem, kteří potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech.<sup>173</sup>

Sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nabízejí pomoc a podporu seniorům, kteří jsou nějakým způsobem závislí. Tyto služby zahrnují tři oblasti: jak základní sociální poradenství, které je nedílnou součástí při poskytování všech sociálních služeb, a odborné sociální poradenství, tak i služby sociální péče a služby sociální prevence.

Jmenovaný zákon rozlišuje tři základní formy poskytování sociálních služeb: pobytové, ambulantní a terénní.

Zdravotní služby se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zdravotní služby jsou realizovány prostřednictvím zdravotní péče. Zdravotní péčí se rozumí soubor činností a opatření, jejichž cílem je předcházet, odhalovat a odstraňovat nemoci, udržet nebo zlepšit zdravotní stav seniorů. Mezi formy zdravotní péče patří ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí jedince.<sup>174</sup>

---

<sup>172</sup> Čeledová, Čevela, 2010

<sup>173</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014

<sup>174</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování



## 3.2 Podpora seniorů při pobytu v domácím prostředí prostřednictvím služeb

V této podkapitole se zaměřím na podporu seniorů v jejich přirozeném prostředí prostřednictvím sociálně zdravotních služeb.

### 3.2.1 Praktický lékař

Praktický lékař poskytuje primární péči, která zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí, stanovení diagnózy, léčbu, rehabilitaci. Poskytuje dlouhodobou péči v souladu s vyvíjejícími se potřebami a stavem pacienta. Rozhoduje o odborné péči a hospitalizaci. Vykonává administrativní činnost na žádost pacientů pro potřeby posudkové (například posuzuje zdravotní stav pro účely sociálních dávek, příspěvků na péči), pro komerční pojišťovny a v souvislosti s vykazováním výkonů pro zdravotní pojišťovny. Vykonává i návštěvní službu například akutně nemocných pacientů. Potvrzuje žádosti o terénní a pobytové sociální služby.<sup>175</sup>

Měl by spolupracovat s rodinou i ostatními složkami zdravotní a sociální péče například s pečovatelskou službou, domácí péčí a dalšími organizacemi.<sup>176</sup>

Lékařské úkony jsou hrazeny například zdravotními pojišťovnami nebo přímou platbou od občanů (prohlídky pro řidičské průkazy, cestovní nebo nadstandardní očkování a další), platbou z komerčně podnikatelské sféry (vstupní a výstupní prohlídky periodické prohlídky), platbou od státní správy (platby za prohlídky, resp. vyplňování formulářů například pro správu sociálního zabezpečení).<sup>177</sup>

---

<sup>175</sup> Zavázalová a kol., 2001; Seifert, 2013; Štolfa, 2011

<sup>176</sup> Dvořáčková, 2012

<sup>177</sup> Seifert, 2013

### 3.2.2 Ergoterapeut

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity.“<sup>178</sup>

Cílem ergoterapie je umožnit člověku zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech. Návik činností, v kterých je osoba z důvodu onemocnění, úrazu, vývojové vadě či procesu stárnutí limitována, probíhá v jejím vlastním prostředí, v ambulantních nebo lůžkových zdravotnických zařízeních, denních stacionářích, v domovech pro seniory a dalších zařízeních. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné.<sup>179</sup>

Ergoterapeut provádí například vyšetření zaměřené na analýzu činností pacienta, hodnocení senzomotoriky, mobility, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností, provádí návik běžných denních činností personálních (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání) a instrumentálních (především příprava jídla, nakupování, úklid, používání dopravního prostředku), poskytuje poradenské služby v otázkách prevence vzniku komplikací u imobilních pacientů, provádí hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit, doporučuje kompenzační a technické

---

<sup>178</sup> Česká asociace ergoterapeutů, 2008, str. 13

<sup>179</sup> Česká asociace ergoterapeutů, 2015

pomůcky a učí klienty, členy rodiny a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat.<sup>180</sup>

Ergoterapeuté pracují na lékařský předpis, to znamená, že jejich služby jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. U seniorů upoutaných na lůžko v domácím prostředí nastává problém v tom, že je velmi málo ergoterapeutů, kteří mohou docházet do domácností. Ti, kteří mohou, nemají smlouvu s pojišťovnou. Výhodou je, že nepotřebují doporučení lékaře, nevýhodou, že si službu musí člověk hradit sám. Každý ergoterapeut si ceny za ergoterapii stanovuje sám. Většinou se vstupní vyšetření pohybuje od 800 do 1000 korun a terapie kolem 500 korun.<sup>181</sup>

### 3.2.3 Fyzioterapeut

Fyzioterapie je obor zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Cílem fyzioterapie je zachování a obnovení optimální funkce pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů ovlivňuje i činnosti ostatních systémů.<sup>182</sup>

Fyzioterapii může člověk využít zejména u stavů způsobených úrazem, onemocněním, stavem po operacích nebo jednostranným a nepřiměřeným přetěžováním. Fyzioterapeuti pracují zejména ve zdravotnických zařízeních (například samostatná pracoviště, centra léčebné rehabilitace), v zařízeních sociálních služeb (domovy pro seniory).<sup>183</sup>

Pokud se člověk rozhodne využít služby fyzioterapeuta, musí nejprve navštívit svého praktického lékaře, který na základě svého úsudku rozhodne, zda dotyčnému vystaví žádanku na vyšetření. Pokud lékař vystaví žádanku,

---

<sup>180</sup> Česká asociace ergoterapeutů, 2015

<sup>181</sup> Česká asociace ergoterapeutů, 2016

<sup>182</sup> UNIFY, 2005

<sup>183</sup> Zikl, 2014

jedinec si může vybrat rehabilitační ambulanci dle vlastního výběru. Naprostá většina výkonů fyzioterapeuta je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Některé ambulance však nemají smlouvu ze zdravotní pojišťovnou, a tak senior nepotřebuje žádnou žádanku od praktického lékaře, zároveň si však musí rehabilitaci hradit sám. Cena léčby se v ordinacích odvíjí jak od jejich umístění (v Praze je cena léčby dražší, než na malém městě), tak i podle věhlasu fyzioterapeutů, kteří zde pracují. Cena za hodinu terapie se pohybuje od 400 korun i přes 1000 korun.<sup>184</sup>

### 3.2.4 Domácí péče

V šedesátých letech vznikly první pokusy o snížení dlouhodobého umístění seniorů v rámci nemocničního zařízení. Domácí péče byla chápána jako alternativní zaopatření zdravotní péče vůči hospitalizaci jako takové. Vychází z mezinárodně užívaného anglického názvu „home care“, který symbolizuje péči v domácnosti jedince. Prvotním cílem bylo uznání klíčové role rodiny a zapojení primární péče na úrovni rodin. Ve Skandinávských zemích a Anglii nešlo o přímé nařízení k posunu od nemocničních zařízení k rodinné péči, ale spíše šlo o posun ve smyslu od institucí k formám komunitních služeb, teprve poté došlo k vyzdvižení rodinné péče o klienta. V České republice vznikla domácí péče od roku 1990.<sup>185</sup>

Synonymem jsou pojmy domácí zdravotní péče a komplexní domácí péče. Komplexní domácí péči můžeme charakterizovat jako integrovanou formu péče a pomoci, poskytovanou jedinci, která zahrnuje zdravotní a sociální péči i laickou pomoc. Rozsah péče je dán aktuálním zdravotním stavem jednotlivce, stavem jeho sociálního prostředí a rozsahem kompetence jednotlivých členů

---

<sup>184</sup> Koubík, 2014

<sup>185</sup> Asociace domácí péče České republiky, 2013

multidisciplinárních týmů a materiálně technickým zázemím agentur domácí péče.<sup>186</sup>

Domácí zdravotní péči specifikuje zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jako zvláštní ambulantní péči poskytovanou pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich prostředí.<sup>187</sup>

Péče je určena lidem v takové životní situaci, kdy dojde ke změně zdravotního stavu, který již nelze zvládnout vlastní silou a je nutné zahájit poskytování péče jinou osobou. Nárok na péči má každý občan, jehož ošetřující praktický lékař, ošetřující lékař příslušného oddělení po zhodnocení celkového stavu klienta rozhodne o poskytování péče. Posláním je zajistit ve vlastním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu docházelo jen, když je to nezbytně nutné. Domácí péče může poskytovat potřebnou péči klientům, kteří by jinak byli hospitalizováni. Služba je zaměřená na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.<sup>188</sup>

Zdravotní péče je poskytována státními i nestátními agenturami domácí zdravotní péče ve spolupráci se zdravotnickými institucemi a její rozsah je limitován příslušnými předpisy. Služby poskytují zdravotní sestry 24 hodin denně, 7 dní v týdnu dle potřeb uživatele služby. Mezi poskytované výkony patří například rehabilitační ošetřování, převazy ran, příprava a kontrola léků, polohování, prevence proleženin, nácvik soběstačnosti a jiné.<sup>189</sup>

---

<sup>186</sup> Arnoldová, 2001

<sup>187</sup> Zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

<sup>188</sup> Misconiová, 2011; Národní centrum domácí péče České republiky, 2006

<sup>189</sup> Zdravotnictví a medicína, 2002; Oblastní charita Červený Kostelec, 2012

Naproti tomu sociální péče je zastoupena pečovatelskou službou. Tu poskytují orgány státní správy i samosprávy více o pečovatelské službě viz podkapitola 3.2.6.<sup>190</sup>

Domácí péče může být hrazena zdravotní pojišťovnou, sponzorskými dary, dotacemi a granty nebo přímou platbou klienta (jde například o případy, kdy poskytovatel nemá uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo kdy péče není indikována lékařem).<sup>191</sup>

### 3.2.5 Tísňová péče

Tísňová péče je sociální služba, jejímž hlavním cílem je ochránit zdraví a životy seniorů a zdravotně postižených lidí, snížit jejich zdravotní a sociální rizika. Služba pomáhá uživatelům prožít život v jejich přirozeném prostředí.<sup>192</sup>

Některá tísňová péče spočívá v zavedení tísňového volání pomocí mobilního telefonu, ve kterém je zabudováno tísňové tlačítko. Po stisknutí tísňového tlačítka dojde ke spojení s operátorem a k řešení situace případně výjezdu pracovníka tísňové péče, který nastalou situaci řeší přímo v bytě uživatele.<sup>193</sup>

Jiní poskytovatelé služby nabízejí i zprostředkování kontaktu s operátorem pomocí dálkového ovladače, tj. bezdrátového tísňového tlačítka, které nosí u sebe či pomocí pevné telefonní linky a snímače (pohybové čidlo), který automaticky vyvolá v dispečinku poplach, pokud nezaregistruje během dvanáctihodinového časového úseku pohyb klienta. Tím je zajištěna pomoc

---

<sup>190</sup>Misconiová, 2011

<sup>191</sup>Národní centrum domácí péče České republiky, 2006

<sup>192</sup>Život 90, 2013; Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014

<sup>193</sup>Agentura domácí péče Ladara, 2011

v případě, kdy klient není schopen stisknout tlačítko, např. při ztrátě vědomí apod.<sup>194</sup>

Snímač je možné využít i k ochraně bytu proti neoprávněnému vniknutí cizí osoby v době nepřítomnosti uživatele v jeho obydlí např. při jeho hospitalizaci, víkendovém či déle trvajícím pobytu u příbuzných.<sup>195</sup>

Tísňová péče je vhodným doplněním pečovatelské služby nebo osobní asistence. Péče je poskytována celoročně po dobu 24hodin.<sup>196</sup>

### **3.2.6 Pečovatelská služba a osobní asistence**

Oba typy služeb se zaměřují na adresnou, individuálně orientovanou pomoc, z nichž pečovatelská služba méně, osobní asistence více podporuje zbylé schopnosti jednotlivce.<sup>197</sup>

#### **Osobní asistence**

Osobní asistence vznikla v šedesátých letech minulého století v USA. Osobní asistence je služba poskytovaná lidem v jejich přirozeném prostředí, jež potřebují pomoci s každodenními činnostmi, které nejsou schopni zvládat sami. Služba zahrnuje například pomoc při hygieně, při stravování, sebeobsluze, pomoc při zajištění chodu domácnosti, doprovod k lékaři, na úřady, na procházku nebo na kulturní akce. Hlavním cílem osobní asistence je zachování integrity člověka, nezbytnou podmínkou pro to je úcta k jeho důstojnosti, životnímu stylu a k naplnění jeho smyslu života. Osobní asistence má lidem zabezpečit jejich základní životní potřeby, a to jak biologické (například stravu,

---

<sup>194</sup> Středisko sociálních služeb Praha 1, 2010

<sup>195</sup> Život Hradec Králové, 2015

<sup>196</sup> Agentura domácí péče Ladara, 2011

<sup>197</sup> Osobní asistence, 1997

toaletu, polohování, hygienu, dopomoc při obstarání domácnosti, při nákupech, pochůzkách atp.), tak společenské (například při kulturních a sportovních aktivitách).<sup>198</sup> V České republice existuje 219 služeb osobní asistence.<sup>199</sup>

### **Typy osobní asistence<sup>200</sup>**

- Sebeurčující osobní asistence

Jedná se o osobní asistenci, kdy uživatel služeb musí být schopen vyškolit si osobního asistenta, organizovat a vést jeho práci. Tuto službu využívají například lidé s tělesným postižením.

- Řízená osobní asistence

Řízená osobní asistence se týká osob, které potřebují specializovanou pomoc. Klient neškolí své osobní asistenty a neorganizuje jejich práci. Činnost asistentů je řízena a koordinována poskytovatelem sociální služby. Osobní asistenti asistují buď osobám, aby byla jejich kvalifikace využita co nejúčelněji (například u osob se smyslovým postižením), anebo osobám které si nedovedou z podstaty svého postižení práci osobního asistenta řídit (například u osob s mentálním postižením).

### **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná v přirozeném prostředí lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.<sup>201</sup>

---

<sup>198</sup> Malíková, 2011; Osobní asistence, 1997

<sup>199</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010a

<sup>200</sup> Osobní asistence, 1997

<sup>201</sup> Vostatek a kol., 2013



Jde o službu, kterou od roku 1990 mohou poskytovat kromě obecních úřadů i nestátní a charitativní organizace. Žádost o poskytování pečovatelské služby si podává osoba sama. Podnět k poskytování služby může dát i rodina nebo ošetřující lékař, sociální pracovníci či zdravotníci. Je vykonávána pečovatelnými (ve vymezeném čase), které dochází do domácnosti.<sup>202</sup>

Služba podporuje uživatele zůstat ve svém domácím prostředí, žít si důstojně a zapojovat se do běžného života společnosti. Dalším posláním je podporovat uživatele služby k samostatnosti k rozvíjení vlastních schopností při sebeobsluze či při péči o domácnost.<sup>203</sup>

Konkrétně služba zajišťuje například pomoc při chodu domácnosti, jako je nákup, úklid, praní a žehlení, dále zajišťuje pomoc při hygieně, poskytnutí stravy především při dovozu obědů, při přípravě a podání jídla a pití. V České republice je 816 pečovatelských služeb, zřizovaných většinou obcemi, výjimečně nestátními neziskovými organizacemi.<sup>204</sup>

### **Rozdíl mezi pečovatelskou službou a osobní asistencí**

Problém pečovatelské služby Matoušek vidí v zaměření na jednotlivé úkony, kdy chybí snaha o komplexní hodnocení klientovy situace a plánování péče.<sup>205</sup> Terénní pečovatelská služba zajišťuje úkony v předem dohodnutém časovém úseku, a to zejména v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb. Naproti tomu osobní asistence se poskytuje podle potřeby osob v průběhu celého dne bez časového vymezení v přirozeném prostředí a při činnostech, které jsou součástí všech jejich aktivit. Pečovatelskou službu může dostat žadatel na základě lékařova předpisu (bez testování), pečovatelská

---

<sup>202</sup> Kalvach a kol., 2004

<sup>203</sup> Arnoldová, 2011

<sup>204</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010a

<sup>205</sup> Matoušek, 2011

služba pak poskytne stanovené úkony v čase, který sama určí. U osobní asistence se testování potřeby pomoci provádí podle bodovacího systému. O přijímání služeb osobní asistence rozhoduje sám klient.<sup>206</sup>

U tabulky v podkapitole 3.1.2 Senioři se zdravotním postižením<sup>207</sup>, jsem si kladla otázku, jak je možné, že v roce 2012 využívalo pečovatelskou službu 59 227 osob starších 60 let, zatímco osobní asistenci jen 1 389 seniorů. Při popisu těchto dvou služeb vyplynulo, že v České republice existuje 219 služeb osobní asistence a 816 pečovatelských služeb.

### **3.2.7 Odlehčovací služby**

Jde o služby, které jsou poskytovány lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Mohou se nazývat sdílené či respitní služby, protože se jedná o různou kombinaci činností péče.<sup>208</sup>

Cílem odlehčovací služby je umožnit rodinám nezbytný čas k odpočinku a regeneraci, posílení soudržnosti rodin, předcházení psychickému a fyzickému vyčerpání pečujících osob a předcházení izolaci pečující osoby poskytováním odlehčovací služby. Dalším cílem poskytování služby je zmírnit dopady postižení uživatele, umožnit co nejdéle setrvat v jeho přirozeném prostředí a zajistit soběstačnost nebo podpořit rozvoj soběstačnosti uživatele. Odlehčovací pobyt trvá většinou 1 až 4 týdny v závislosti na potřebě odpočinku pečující rodiny a podle kapacity domu.<sup>209</sup>

---

<sup>206</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014; Osobní asistence, 1997

<sup>207</sup> Viz tabulku č. 2: Rozsah zajištění pomoci seniorům se zdravotním postižením

<sup>208</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009; Arnoldová, 2011

<sup>209</sup> Charita Zábřeh, 2012; Arnoldová, 2011

Služba vychází z potřeb seniora a pečující osoby, to znamená, že služba se realizuje tak, jak si přeje klient, ale i jeho rodina, což v pečovatelské službě ani v osobní asistenci být nemusí.<sup>210</sup>

### **3.2.8 Centra denních služeb a denní a týdenní stacionáře**

#### **Centra denních služeb**

Tato centra (dříve domovinky nebo centra osobní hygieny) poskytují ambulantní služby seniorům vyžadujícím pravidelnou pomoc jiné osoby s cílem posílit samostatnost a soběstačnost seniorů. Jedná se o zařízení, která slouží k zajištění sociálních a zdravotnických služeb prostřednictvím denních pobytů. Centra denních služeb mohou existovat samostatně nebo jako součást větších zařízení (například pobytových zařízení pro seniory, nemocnic, zdravotních středisek apod.). Služba zahrnuje pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně-terapeutické činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Na rozdíl od stacionářů nejsou denní centra zaměřena na pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu.<sup>211</sup>

#### **Denní a týdenní stacionáře**

Denní stacionáře jsou zařízeními pro ty, kteří se již nedokážou o sebe postarat sami. Stacionáře se o seniory starají během dne, tedy v době, kdy jim rodinní příslušníci nemohou zajistit péči. Seniorům je celodenně poskytnuta péče, volnočasové aktivity, strava, popř. pomoc při hygieně a další služby.<sup>212</sup>

---

<sup>210</sup> Centrum pro komunitní práci západní Čechy, 2012

<sup>211</sup> Matoušek a kol., 2013

<sup>212</sup> Kalvach a kol., 2004

Týdenní stacionáře zajišťují seniorům obdobnou péči jako denní stacionáře. Provoz je zajištěn většinou od pondělí do pátku a nabízené služby jsou zajištěny 24 hodin denně.<sup>213</sup>

### **3.3 Senioři při odchodu z domácího prostředí: instituce**

Výše jsem věnovala pozornost možnosti bydlení v přirozeném prostředí prostřednictvím sociálně zdravotních služeb. V následujícím textu se zaměřím, jaké možnosti podpory nabízejí seniorům pobytové instituce, které se zaměřují na nesoběstačné seniory.

#### **3.3.1 Pobytové sociální služby**

Pobytové sociální služby zajišťují instituce, jejichž činnost je uvedena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

#### **Domovy pro seniory**

V lednu 2007 vešel v platnost v souladu se zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, nový název domovu důchodců - domov pro seniory. První domovy důchodců, které zřizoval a financoval stát, začaly vznikat po druhé světové válce. Umístování do těchto domovů bylo obvyklým způsobem řešení snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Postupem času do domova důchodců odcházeli i lidé soběstační z důvodu deficitu v bydlení.<sup>214</sup>

Domovy pro seniory jsou pobytové služby s celoročním provozem pro klienty, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Tato služba je formou alternativního bydlení seniorů, kteří z různých důvodů nemohou nebo nechtějí žít ve svém

---

<sup>213</sup> Kalvach a kol., 2004

<sup>214</sup> Malíková, 2011

domácím prostředí a volí bydlení ve společenství, jež jsou snadno dostupná a odpovídají jejich specifickým potřebám. Důvodem volby tohoto bydlení může být tíživá sociální situace (nekvalitní bydlení, vysoké stáří, sociální izolace, osamělost) nebo dlouhodobé zhoršení zdravotního stavu (poruchy mobility, či jiné zdravotní postižení) s vysokým nárokem na péči, kterou už nemůže zajistit rodina nebo terénní služby. Senioři jsou do domova přijímáni na základě žádosti. Zřizovatelem služby mohou být krajské úřady, obce, nestátní neziskové organizace, církve nebo soukromé firmy.<sup>215</sup>

Jde o zařízení, které nabízí ubytování (obvykle jedno či dvoulůžkové pokoje s hygienickým zázemím), dále stravu, pomoc při osobní hygieně, zdravotní a ošetrovatelskou péči, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Mezi odborně kvalifikovaný personál patří sociální pracovníci, zdravotníci, pracovníci přímé obslužné péče, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, příp. další odborníci pro oblast programování aktivit, terapií a služeb a další personál zajišťující chod domova. Služba je hrazena klientem.<sup>216</sup>

Domy s pečovatelskou službou, penziony pro seniory, domovy se zvláštním režimem apod. neuvádím záměrně, protože tyto služby využívají soběstační senioři nebo senioři s jiným typem onemocnění nebo se závislostí.

---

<sup>215</sup> Malíková, 2011; Matoušek a kol., 2013

<sup>216</sup> Matoušek a kol., 2013; Malíková, 2011

### **3.3.2 Pobytové zdravotní služby**

Pobytové zdravotní služby vyplývají ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

#### **Geriatrická oddělení nemocnic**

Oddělení geriatrie zajišťuje péči o nemocné zpravidla ve věku nad 60 let. Specializuje se na prevenci, diagnostiku, léčbu onemocnění, rehabilitaci, zhodnocení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Cílem je zlepšení kvality života, léčebná rehabilitace zaměřená na zlepšení soběstačnosti, individuálně je také řešena zdravotně sociální problematika u seniorů včetně následné péče ambulantní nebo ústavní. Průměrná doba hospitalizace je 14 dnů. Hospitalizovaní jsou po zlepšení nebo stabilizaci stavu propuštěni domů nebo umístěni do zdravotnických zařízení, která mají charakter léčebny dlouhodobě nemocných nebo hospice.<sup>217</sup>

#### **Léčebny pro dlouhodobě nemocné a oddělení následné péče**

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (dále jen LDN) a oddělení následné péče (dále jen ONP) jsou zdravotnická zařízení zřízená státem, obcemi, fyzickými nebo právnickými osobami pro poskytování doléčovací a rehabilitační péče. Zajišťují následnou či dlouhodobou dočasnou péči o klienty, jejichž stav je stabilizovaný, nevyžaduje nemocniční služby, ale ani neumožňuje propuštění do domácí péče. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou. Pobyty v LDN není časově limitován, o délce pobytu v zařízení rozhoduje zdravotní stav klienta. Služby využívají především jedinci imobilní, inkontinentní, s pokročilým syndromem demence nebo s chronickými nehojícími se ranami.<sup>218</sup>

---

<sup>217</sup> Fakultní nemocnice Olomouc, 2016

<sup>218</sup> Janečková, 2009; Kalvach, 2011; Průvodce sociálními službami pro seniory, 2010

Péče je zajišťována například lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, psychology, duchovními a jinými odborníky.<sup>219</sup>

Podle Jarošové jde velmi často o klienty přeložené z jiných nemocničních oddělení. Při příjmu je jedinci stanoven léčebný a rehabilitační plán se zaměřením na zlepšení soběstačnosti. Mezi služby patří nácvik denních činností, ergoterapie, aktivizace či komplexní péče o nemocné po cévní mozkové příhodě. Cílem zařízení je člověku navrátit či zlepšit soběstačnost nebo schopnost samostatného života.<sup>220</sup>

Paliativní a hospicová zařízení ve své práci nebudu uvádět, protože tyto služby zajišťují péči seniorům s neléčitelným onemocněním v pokročilém stádiu. V mé diplomové práci se zaměřuji na seniory v domácím prostředí a seniory v pobytových službách, kteří sice nejsou soběstační (jsou upoutáni na lůžko), zároveň však nejsou v pokročilém stádiu tedy umírající.

---

<sup>219</sup> Průvodce sociálními službami pro seniory, 2010

<sup>220</sup> Jarošová, 2006

## 4 Výzkumná část

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“<sup>221</sup>

Kvalitativní přístup využívá principů jedinečnosti a neopakovatelnosti. K popsání, analyzování a interpretování vlastností zkoumaného fenoménu vnitřní a vnější reality člověka využívá kvalitativní metody.<sup>222</sup>

Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů.<sup>223</sup>

---

<sup>221</sup> Švaříček, 2007, str. 17

<sup>222</sup> Miovský, 2006

<sup>223</sup> Strauss, Corbinová, 1999



## 4.1 Cíl výzkumu

Pro propojení teoretické části, v níž jsem se zabývala především smyslem života, stářím a prostředím ve kterém senior žije, jsem si ve výzkumné části zvolila následující cíle:

- zda senioři trvale upoutaní na lůžko vnímají smysl života, a pokud ano, v čem;
- jaké vzorce smyslu života se objevují u seniorů trvale upoutaných na lůžko, pokud žijí v domácím prostředí a pokud žijí v instituci.

Ptáme se proto (výzkumné otázky jsou):

1. Co ve vyprávění o vlastním životě považují senioři trvale upoutaní na lůžko za důležité, cenné?
2. Jak popisují vztah k sobě, druhým a světu nyní, v minulosti a budoucnosti?
3. Jak to, čím/kým se zabývají, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřují smysl?

Praktický cíl:

- Někdy narazíme na stereotyp, že lidé trvale upoutaní na lůžko musí žít v instituci. – Přínosem práce je zpochybnění této argumentace na základě pohledu na situaci lidí v instituci oproti situaci lidí, kteří žijí ve svém prostředí.
- Mladý pečující personál nemusí vnímat životní smysl seniora upoutaného na lůžko nebo ho nemusí vnímat jako dostatečný. – Přínosem práce je učít se vnímavosti.

## 4.2 Výběr výzkumného vzorku

Před zahájením sběru dat jsem nejprve pro svůj výzkum oslovila v listopadu 2013 prostřednictvím e-mailu ředitelku domova seniorů, kde jsem dříve byla zaměstnaná jako pracovnice v sociálních službách. Paní ředitelku jsem požádala o spolupráci a popsala jí cíl, smysl a způsob sběru dat. Bohužel mou žádost zamítla z důvodu, že v jejich zařízení není nikdo, kdo by splňoval mnou stanovená kritéria. Oslovila jsem proto e-mailem<sup>224</sup> ředitele domova seniorů ve středně velkém městě, z důvodu blízkosti svého bydliště. Na mou výzvu reagovala vedoucí útvaru sociální péče s pověřením pana ředitele. Souhlas proběhl e-mailem s kladným vyjádřením o možnosti provedení výzkumu, pokud bude ochotno několik klientů spolupracovat.

Následně tři sociální pracovnice oslovily celkem 20 jimi vytipovaných klientů, zda by se chtěli výzkumu zúčastnit. Klienti byli vybráni podle odhadu klienta sociální pracovníci (jestli si rád povídá, je společenský, má zájem podílet se na výzkumu) a podle celkového zdravotního a psychického stavu klienta. Z celkového počtu 20 klientů s účastí na výzkumu souhlasilo 9 klientů. Jedna sociální pracovnice před mým předem domluveným příchodem seniory oslovila a zeptala se, zda jejich zájem o spolupráci stále trvá. Nakonec se výzkumu rozhodli účastnit tři klienti.

Tento domov seniorů je příspěvková organizace kraje a funguje od roku 1965. Domov nabízí dva druhy sociálních služeb a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Úkolem je provozování pobytových služeb sociální péče v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služby jsou poskytovány seniorům starším 60 let, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo postižení různými typy demence a k řešení nepříznivé situace potřebují pravidelnou

---

<sup>224</sup> Úplné znění emailu uvádím v příloze č. 8

pomoc jiné osoby spojenou s ubytováním. Kapacita domova pro seniory je 297 a kapacita domova se zvláštním režimem je 58.<sup>225</sup>

V domově pro seniory jsem před zahájením rozhovorů nejprve měla předem domluvenou schůzku s vedoucí útvaru sociální péče, kde došlo k osobnímu představení a podpisu informovaného souhlasu.<sup>226</sup> Následně mě dovedla k první respondentce a zeptala se, zda její zájem o spolupráci stále trvá. Po ukončení rozhovoru jsem opět šla za vedoucí útvaru sociální péče a ta mě postupně dovedla ke zbylým respondentům.

Pro vytvoření rozhovorů se seniory v domácím prostředí, jsem oslovila především své známé (v tomtéž městě), kteří mají své rodiče či prarodiče upoutané na lůžko.

Pro sepsání prvního rozhovoru se seniorem v domácím prostředí jsem oslovila svoji kolegyni, která má svého dědečka upoutaného na lůžko již třetí rok. Nejprve jej oslovila moje kolegyně, která mu sdělila, čeho se rozhovor týká, po jeho souhlasu jsem za dotyčným přijela.

Jsem zaměstnaná jako terénní sociální pracovníce, proto jsem si pro svůj druhý rozhovor vybrala mou 80letou klientku. Při mé návštěvě jsem klientku poprosila o rozhovor. Uvědomuji si, že zde může být narušen vztah mezi pracovníkem a klientem, a proto jsem klientku ujistila, že v případě pokud bude chtít od výzkumu odstoupit, nemusí se obávat naší další spolupráce. Popřípadě má možnost zvolit si jiného klíčového pracovníka. Klientka s rozhovorem souhlasila.

---

<sup>225</sup> Informace jsou čerpány z webových stránek. Z důvodu zachování anonymity neuvádím jméno organizace, ani přesný zdroj informací.

<sup>226</sup> Úplné znění informovaného souhlasu a informačního listu je uvedeno v příloze č. 9

Třetí rozhovor mi poskytla babička mé kamarádky. Kamarádka se zeptala své babičky, zda by měla zájem se rozhovoru zúčastnit. Po jejím souhlasu jsem za dotazovanou přijela a seznámila ji s výzkumem.

Jedním z kritérií, které jsem si pro svůj výzkum vymezila, byl věk nad 65 let, jak odpovídá definicím stáří z teoretické části. Dalším kritériem bylo upoutání seniora na lůžko po dobu delší než půl roku. Je to čas, který se už bere jako chronický<sup>227</sup>. Kromě těchto kritérií mě zajímalo dosažené vzdělání, rodinný stav a důvod upoutání na lůžko.

Můj výzkumný soubor tvoří 6 respondentů. Z toho 3 respondenti žijí v domově pro seniory ve středně velkém městě<sup>228</sup> a 3 žijí v domácím prostředí a pocházejí z téhož města.<sup>229</sup>

V souladu s obsahem informovaného souhlasu, neuvádím jména respondentů. Respondenty v instituci označuji počátečním písmenem R a číslem 1-3. Respondenty žijící doma označuji R s číslem 4-6. Označení respondentu R1 až R6 souhlasí s pořadím uskutečněných rozhovorů.

---

<sup>227</sup> Za chronické onemocnění se považuje onemocnění, které je vleklé nebo trvalé.  
Vokurka, Hugo, 2004

<sup>228</sup> Dále jen „domov pro seniory“ či „instituce“

<sup>229</sup> Dále jen „domácí prostředí“ nebo „doma“

V následující tabulce uvádím základní údaje o respondentech. Nejprve představuji respondenty žijící v domově pro seniory, posléze seniory žijící doma.

**Tabulka č. 3: Respondenti**

<b>Senioři v domově pro seniory</b>						
<b>Označení respondenta</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Délka upoutání na lůžko</b>	<b>Důvod upoutání na lůžko</b>	<b>Dosažené vzdělání</b>
R1	Žena	65	Vdova	0,5 roku	Po operaci	Základní
R2	Žena	74	Vdaná	1 rok	Zlomený krček	Středoškolské
R3	Muž	88	Vdovec	3 roky	Zlomený krček	Vyšší odborné
<b>Senioři doma</b>						
<b>Označení respondenta</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Délka upoutání na lůžko</b>	<b>Důvod upoutání na lůžko</b>	<b>Dosažené vzdělání</b>
R4	Muž	85	Vdovec	3 roky	Zlomený krček	Vyučen
R5	Žena	80	Vdaná	2 roky	Úraz	Základní
R6	Žena	88	Vdova	8 let	Artróza	Středoškolské

### 4.3 Metoda sběru dat

V empirické části jsem se rozhodla zkoumat smysl života seniorů trvale upoutaných na lůžko v domácím prostředí a v domově pro seniory.

K získání dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který je nejrozšířenější podobou metody interview, neboť řeší nevýhody strukturovaného i nestrukturovaného interview. Oproti nestrukturovanému rozhovoru vyžaduje technickou přípravu, protože tazatel musí vytvořit schéma, které se pro něj stává závazné. Schéma zpravidla specifikuje okruhy otázek, jejichž pořadí lze při rozhovoru měnit dle potřeby. Při polostrukturovaném rozhovoru se tazatel v průběhu interview doptává a ověřuje si, zda odpovědi správně pochopil. Klade doplňující otázky, aby téma rozpracoval do hloubky vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám, které si tazatel stanovil. U polostrukturovaného interview máme definované tzv. jádro interview, které tvoří minimum otázek, které je nutné respondentům položit.<sup>230</sup>

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že dokáže eliminovat nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Za hlavní výhody také považuji osobní kontakt a možnost pokládat doplňující otázky i odpovědi. Naopak nevýhody spatřuji v riziku, že neudržím strukturu rozhovoru a získám data, která se stanovenými cíli nebudou mít nic společného.<sup>231</sup>

Při stanovení otázek v rozhovoru jsem se nechala inspirovat terapií důstojnosti<sup>232</sup> podle volného překladu Mgr. Lindy Říhové<sup>233</sup>. Jsem si vědoma, že otázky se vztahují k umírajícím, kdežto já se věnuji seniorům upoutaným na lůžko, a proto jsem se zaměřila více i na současný život oslovených seniorů.

---

<sup>230</sup> Miovský, 2006

<sup>231</sup> Miovský, 2006

<sup>232</sup> Chochinov a kol., 2011

<sup>233</sup> Úplné znění otázek je uvedeno v příloze č. 10

Požádala jsem vedoucí mé práce o konzultaci, abych z nich vybrala několik podstatných otázek, které budou pro stanovení cílů diplomové práce vhodné a pro dotazované srozumitelné. V rámci konzultace jsem si vyzkoušela roli tazatelky i respondentky, tím jsem měla možnost klást otázky a odpovídat na ně a zároveň přemýšlet nad jejich zněním. Poté jsem otázky zkrátila a upravila.

### 4.3.1 Výsledné znění otázek

Znění otázek navazuje na teoretickou část mé diplomové práce a vychází z cílů diplomové práce.

K získání dat jsem si stanovila následující otázky:

- 1) Řekněte mi něco o svém životě, třeba ty části, které si nejvíc pamatujete nebo o nichž si myslíte, že jsou nejdůležitější? Kdy jste žil/a nejvíc naplno?
- 2) Jaké byly nejdůležitější role, které jste v životě měl/a (např. v rodině, v práci nebo v obci)? Proč pro Vás byly důležité a co jste podle Vás v nich osvědčil/a za přednosti? Jste spokojen/á s tím, čeho jste doposud dosáhl/a?
- 3) Jsou nějaké věci, které by podle Vás měla rodina o Vás vědět? A jsou nějaké věci, kde chcete, aby si je rodina zapamatovala? Co z toho, co jste se Vy naučil/a, byste chtěl/a rodině vzkázat, aby jí to usnadnilo život?
- 4) Myslíte, že by se dalo ve Vašem životě něco zlepšit? Co by to bylo? Je něco ve Vašem životě, co byste rád/a změnil/a? Máte nějaké cíle, plány, které se snažíte uskutečnit? Jaké to jsou? Máte pocit smysluplnosti života? Pokud ne, co by se s tím dalo dělat? Pokud ano, dalo by se v tomto ohledu ještě něco zlepšit?



### 4.3.2 Průběh rozhovorů

Rozhovory proběhly od 22. ledna 2014 do 25. dubna 2014 v domově pro seniory a u seniorů doma. Před uskutečněním rozhovorů jsem si nejprve vytvořila schéma, na které jsem se v průběhu rozhovoru účastníků ptala.

V domově pro seniory jsem s respondentkami vedla rozhovory v jejich pokoji, s respondentem ve společenské místnosti bez přítomnosti třetí osoby.

Rozhovory se seniory v domácím prostředí proběhly u respondentů doma. Se všemi dotazovanými jsem mluvila o samotě, aby byla zachována důvěrnost a výpověď nebyla ovlivněna přítomností druhých.

Rozhovorům předcházelo samotné představení, vysvětlení toho, co bude následovat, seznámení s rozhovorem a účelem celé práce a zjišťování, zda dotazovaní splňují mnou stanovená kritéria (věk a minimální délka upoutání na lůžko).

Poté jsme společně informační list s informovaným souhlasem<sup>234</sup> prošli, abych se ujistila, že vše je respondentům srozumitelné a se vším souhlasí. Všichni účastníci rozhovoru byli ubezpečeni, že získané informace budou použity jen pro účely mé diplomové práce, jména respondentů budou pozměněna. Kdykoliv i během rozhovoru mohou náš rozhovor ukončit bez udání důvodu nebo odmítnout jeho uveřejnění v mé diplomové práci. Souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon a souhlasili s tím, že si budu během rozhovoru dělat poznámky.<sup>235</sup> Před zahájením rozhovoru došlo k podpisu informovaného souhlasu. Všichni dotazovaní se výzkumu účastnili dobrovolně.

Během rozhovorů jsem kromě připraveného schématu pokládala účastníkům doplňující otázky pro upřesnění a vysvětlení odpovědi. Bylo to z toho důvodu,

---

<sup>234</sup> Úplné znění informovaného souhlasu a informačního listu je uvedeno v příloze č. 9

<sup>235</sup> Tyto skutečnosti jsou uvedeny v informačním listě

že jsem si ověřovala, zda správně chápu odpovědi a z důvodu rozpracování tématu do hloubky. Vyjma schématu jsem měla připravenou osnovu, která mi pomáhala udržet strukturu každého rozhovoru, kdy jsem postupně odškrtovala probrané okruhy. Do poznámek jsem si zapisovala především gesta respondentů, údaje jako věk, vzdělání, důvod upoutání na lůžko apod.

Po skončení rozhovoru jsem všem dotazovaným poděkovala. Respondenti měli příležitost se na cokoliv zeptat, popřípadě možnost něco doplnit. Opětovně jsem jim připomněla možnost se na mě kdykoliv obrátit. Rozhovory se seniory trvaly od 1 hodiny a 25 minut do 1 hodiny a 55 minut.

### **4.3.3 Metoda zpracování a analýzy dat**

Nahrané rozhovory jsem doslovně přepsala. Kontrolu přepisu jsem provedla opakovaným poslechem. V přílohách uvádím úplné znění přepisu rozhovorů. Rozhovory jsou ponechány v původním znění, nejsou převedeny do spisovného jazyka ani stylisticky upraveny.

I přesto, že mám respondenty písemně udělený souhlas uveřejnit informace z rozhovorů (vyjma jmen účastníků a jejich blízkých), v rozhovorech jsem změnila veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci dotazovaných.

Analýzu dat jsem provedla pomocí techniky otevřeného kódování. Otevřené kódování je analytickým procesem, jímž jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny. Základem analytického postupu je kladení otázek a porovnávání.<sup>236</sup>

Významové kategorie jsem zpracovala z přepisu rozhovorů (každý rozhovor byl analyzován zvlášť). Přepisy jsem si opakovaně četla a podtrhávala barevně výroky respondentů vztahující se k jednotlivým okruhům otázek rozhovoru. Barevně zvýrazněný text jsem si několikrát přečetla a po okraji zapisovala

---

<sup>236</sup> Strauss, Corbinová, 1999

klíčová témata, popřípadě věty vztahující se k výzkumným otázkám. Tyto pojmy jsem označila jako významové kategorie.

Významové kategorie jsem pojmenovala podle výroků respondentů. Kategorie jsem vypsala do počítače a vkládala pod ně další výroky z rozhovorů, které se k dané kategorii vztahovaly. V závěru jsem opětovně četla rozhovory, abych si ověřila, zda jsem nevynechala žádnou důležitou informaci a zda kategorie odpovídají výpovědím respondentů.

Pomocí otevřeného kódování jsem našla významové jednotky (kategorie), z nichž jsem sestavila příběhy. Příběhy respondentů jsem sestavila, aby měli čtenáři neustále přehled, v jakém kontextu a v jaké logice se jednotlivé kategorie objevují, jak se provazují, protože v dalším zpracování už je z kontextu vytrhuji. Dělán to proto, abych se pomocí výzkumných otázek přibližovala cíli práce.

Významové kategorie jsou součástí přílohy diplomové práce.

## **4.4 Výsledky analýzy dat**

Následující kapitola předkládá výsledky analýzy dat z rozhovorů, které tvoří jak významové vzorce, tak příběhy respondentů. Všechny účastníky výzkumu uvádím jako respondent R1 – R6.

### **4.4.1 Příběhy respondentů**

V následující podkapitole představuji příběhy respondentů R1 až R6, které jsem vzala z rozhovorů. Uvedené příběhy dávají jednotlivým kategoriím kontext. Ke zpracování dat jsem použila vlastní slova respondentů, která jsou uvedena v původním tvaru. Citace respondentů jsou psány kurzívou. Úsměv, povzdech dotazovaných jsou uvedeny v hranatých závorkách. V některých případech jsem doplnila text vlastními slovy (pro lepší srozumitelnost), která jsou uvedena v základním stylu písma.

#### 4.4.1.1 Příběh první (R1)

**„Proč jsem tak tlustá? Protože jsem se všude měla dobře.“**

*Já už nikoho nemám. Rodiče, syna i manžela, mam tady v H. na hřbitově.*

*Smrti v rodině: Mamka, se mně udusila párkem. Tý bylo 49 roků a mně bylo tenkrát sedmadvacet. Syn, zemřel ve 14 letech. Manžel, když jsem ovdověla, tak mi bylo 55.*

*Střídání prostředí: My jsme bydleli na Č., potom jsme se stěhovali do R., pak jsme se stěhovali do S., ze S. jsme se zase stěhovali do něký H. a odsad' jsme se stěhovali do H.*

*Nemoci: Tatínek měl menší obrnu na pravou stranu a já jsem to zdělila. Mamka moje byla po černý žloutence. Šestnáct roků ji bylo, když měla černou žloutenku. Doktoři jí řekli, že nesmí mít víc děti. Já sem jezdila po lázních. Do T., tam sem byla sedmkrát. Třikrát sem byla v K.*

*Povolání: Nejdřív jsem d'ála v O., potom v Ch., potom jsem d'ála v potravinách v P., pak jsem d'ála v R. Potom jsem se dostala do Č., potom na pozemní stavby. D'ála jsem na menze. Taťka říkal: tady to bude pěkný, tam se najíš. Říkali mi: proč seš tak tlustá? Protože sem se všude měla dobře. I tady jsem d'ála v kuchyni, pracovala jsem i v prádelně.*

*Co mě bavilo a baví: Měli jsme doma zvířectvo králíky, prasata, kozy, kačeny, husy. Zeleninu sem sázela nebo kytky a mě to strašně bavilo. Práce mě bavila. Já sem spíš na takový ty hrubý práce. Síct trávu, práce kolem zvířat nebo seno třeba sušit, okopávat zahrádku. Všechno to mě bavilo. Já sem chtěla bejt zahradnice. Jenomže, když sem po tý obrně.*

*Jaká jsem: Já všechno stačim. Sociální mi koupila bačkory, mam je teprve dva dni, jenomže mně se to nelíbí, je to těžký na nohy. Já jí to neřikám, ale až ten kluk mi přinese z charity bačkory, tak já je vyměním. A tydle ty až budu chodit, já ji nebudu říkat nic sociální, tak je někomu střelím. To já jsem na*

*todle to chytrá. Ještě s jedním kolegou jsme byli jedni z nejpilnějších. Já sem se starala o rodinu, svý rodiče. Druhým sem pomáhala. Mám všechno v pořádku. Já se sama umeju. Hrubý práce to všechno umim.*

*Lidi kolem: Mě taťka učil na kole. Nejdřív mě učil na zahradě, abych prostě padala do trávy. Celej život jsme jezdili na kolách. Máme strašně rádi houby, lesy. Já měla taťku na starost, manžela a syna. Dobrovolník je takovej pusinka, pomáhá rodičům.*

*Jak jsem žila po smrti manžela: Já měla byt na O., tam jsem žila i s přítelem. Když zemřel, tak sem vzala do podnájmu zdravotní sestru. Nastěhovala se s přítelem, on mi ukrad všechno zlato.*

*Aktivita: Já čtu, maluju. Od sestřičky dostávám příklady, který vypočítávám nebo ledasco spojuju. Potom dělám zvířátka. Chtěla bych více aktivit. V H. dělaj i divadla.*

*Budoucnost: Já budu odsud pryč. Já tady nemínim bejt. Mě to tady nebaví, tady sou samý devadesátiletý. Na pokoji se už vystřídaly čtyři ženský. Domů se nevrátím. Tam už nemůžu bejt sama. Doufám, že se můj zdravotní stav zlepší a budu moc do H. Mám naději, že půjdu do H. V H. mam kolik známejch.*

#### 4.4.1.2 Příběh druhý (R2)

**„S každým se umím poradit nebo si popovídat, někoho pozvednout psychicky.“**

*Sem tady nová. Sem ta poslední, která přišla. Po mně už žádnéj nepřišel. Tady se o mě postarají. Mám tu všechno, co potřebuju. Já sem si toho za život užila. Život rychle utek. Děkuju tomu, že ještě dýchám.*

*Škola: Táta říkal: „vem tu ekonomii, to je pro ženský úplně výborný. Vysokou sem nedála. Už sem byla těhotná, tak mi to nevyšlo.*

*Povolání: Celej život jsem byla ekonomka. To byl můj život. Celej život sem pracovala v jedný firmě. Byla sem v jednom zaměstnání, protože mě nechťeli pustit. Říkali: neblbni, neblbni, dyť máš pod sebou dvacet lidí. No tak sem jako trouba poslechla. Hodně lidem sem v práci pomohla. Pětatřicet roků dělat ekonomka nebylo jednoduchý. Musela sem studovat nový zákony. Já sem na to byla dobrá. Když sem měla jít do důchodu, tak mi řekli: no to nemůžeš, kdopak by nám tady dělal účetnictví. Takže mi bylo líto, abych je v tom nechala. Tak sem tam zůstala.*

*Rodina: Sem z dvojčat. Narodila sem se jako první. Maminka rodila doma. Bála se, že v nemocnici umře. Maminka nás od malička chudák dělila i o ten bonbon, co byl na lístky. Vždycky říkala: nekřičet jeden i druhej dostane, to furt vidim, rozsekla poslední bonbon a bylo. Naši se dožili jeden 73 a druhej 75 let. Manžela ještě mam. Bylo mně 18-19, když jsem se vdávala. Naši tenkrát řekli ne, ještě ti nebylo osmnáct, tak jsme počkali. Mam krásnýho syna. Studuje druhou vysokou. Mam jen jednoho syna. Víc dětí jsme neměli. Manželovi je 85let. Už není schopný se o mě postarat, je staříčkový. Potřebuje pomoc od syna. Myslela sem, že půjdu domů, ale můj zdravotní stav se zhoršil. Syn by nás oba nezvládl. Mam strach o manžela, aby se mu něco nestalo. Byli sme sportovní rodina. Ďáli sme všechny sporty. S manželem máme domek. Žije se synem a já*

*sem tady. Rodina pro mě byla nejdůležitější. Mám krásnýho manžela. Syn byl důležitý pro mě, protože já sem neměla jednoduchej porod, šlo mi o život. Nebyl to hezkej porod. Těch devět měsíců na mě nebylo. Rodina pro mě byla oporou. Oni tu byli pro mě a já pro ně. Mám radost ze syna, a že mně žije manžel. To sem ráda.*

*Rodinné vztahy: My sme dvojčata s bráchou. Brácha někam utek. Je někde za holkama [smích]. Já o něm nic nevím a je mně to líto. Byl ženatý a neměli děcka, pak se s ní rozved a teď se toulá po světě a nedá o sobě vědět, mně je to líto. Užívá si život ve světě. Asi dvakrát za mnou přišel a teďka dva měsíce a není ho vidět. Syn mě měsíc neviděl, tak nevím co je, co se děje. Nevím, co bude. Jsem z toho netrpělivá. Jedinýho bráchu sem měla, teď manžela už staříčkýho. Je to smutný. Hodně o tom přemejšlim. Syn studuje druhou vysokou. Já si s nim popovídám úplně nádherně. Ještě se chci dočkat, až vystuduje mladej, to je můj smysl.*

*Aktivity: V šesti letech jsem dělala sokol. Dála sem i závodně sporty. Pak sem byla těhotná, tak byl konec se závoděním. Celej život sem chodila cvičit. Byla sem blázen do sportu. Pak sem vodila kluka do sokola. Je taky blázen do sportu. Vezmu si hezkou knížku a čtu krásný románky. I politický věci čtu.*



#### 4.4.1.3 Příběh třetí (R3)

**„Nejdůležitějším obdobím v mém životě byl den, kdy, jsem se narodil.“**

*Ničeho nelituju. Mám zážitků na tři životy. Jen mě mrzí, že nemůžu žít déle. Byl jsem a jsem optimista. Jsem rád na světě. Život má smysl. Záleží na tom, jak člověk život prožije. Chtěl bych být zas mladý [úsměv]. To byly takové krásné doby. Kéž by se to vrátilo [povzdech].*

*Povolání: Já jsem vystřídal několik oborů, i obor klíčový [smích]. Byl jsem zavřený. Byl jsem i v Osvětimi v pracovním táboře 3,5 roku. Takže mám napracováno [úsměv]. Po převratu jsem dělal tlumočnicka v automobilce. Dělal jsem investičního technika. Nejdřív jsem ho vystudoval a posléze pomalu jsem byl vedoucím investičního úseku. Nejdůležitější role pro mě byla, že jsem byl tím vedoucím. A mě to strašně bavilo.*

*Rodina: Já jsem měl paní, 54 roků. Mám syna a dceru. Rodina byla až na druhém místě. To mně je hrozně líto. Ačkoliv já jsem je nezanedbával, já jsem se staral, aby měli dostatek všeho. Já bych to okamžitě vrátil, snažil bych se více věnovat rodině a ne té práci. My jsme byli vlastenci. Já jsem nikdy a nikdo z mých příbuzných nebyli komunisti. Syn žije na S., šel tam za prací a dcera na F. To bych chtěl, aby se vrátilo, abych moh na F., bohužel zdraví mi to nedovolí. Ale oni tu byli a vnuk přijede zas, mam narozeniny.*

*Nemoci: Já jsem se postavil a spadl jsem. Nevim, jestli jsem dříve spadl a zlomil si krček a nebo se mi zlomil krček a já spadl. Mám dvakrát drátované srdce.*

*Životní události: Nejdůležitějším obdobím byl den, kdy jsem se narodil. Já jsem skautoval a před vypuknutím 2. světové války přišli za mnou dva pánové a řekli mi: přísahal si věrnost republice, budeš nám dělat kurýra mezi protektorátem a říší. Jezdil jsem domů na kole a vozil jsem různé zprávy mému důstojníkovi v T. a zase zpátky do M. Za to mě zašili na rok. Byl jsem přes*

válku v Osvětími. Ono už to končilo v pětáctyřicátým, ty lidi, nakládali na vagóny, no a já jsem si říkal pro Boha já se nechám odtransportovat a ještě mě zabijí. Takže ještě s jedním kamarádem se nám podařilo utéct. Oba mí řídící důstojníci byli popraveni. Kdo to nezažil, neuvěří. Po válce jsme jako skauti byli pozváni do O., my jsme tam dostali zlaté odznaky a znovu slibovali věrnost Československé republice podáním ruky prezidentovi. Ještě dneska mam slzy v očích, když si na to vzpomenu.

Co mě bavilo a baví: *To zaměstnání jsem žral. Práce mě strašně bavila. Ta práce Vám tak zaleze za kůži, že bez toho nemůžete bejt. Jsem rád na světě. Počítač to je prostě můj koníček.*

Přítomnost: *Vstávám ve třičtvrtě na pět. Začnu dělat hygienu, oblíknu se s dopomocí. Podívám se na počítač na počasí a nové zprávy. Vyjedu si za kamarádama. Dám si kafe. Dopoledne televize není. Poslechnu si zprávy, čtu knihu nebo časopis. Poobědvám. Ve 13 hodin skypuju s dcerou nebo se synem. Večer zase očista, večěře. Pak televize. A je den zase pryč. Já se nenudim ani minutu. Hledám si ňákou zábavu. Ten pán, co je semnou na pokoji, je starej jako já, kouká na televizi jen dvě minuty a už ho to nebaví, nečte nic, leží a kouká. To já ani pět minut nevydržím, už mám třeba dnešní noviny přečtený.*

Bydlení: *Tohle je krásný domov důchodců. Tady je prostor, vzdušno, krásný park. Je tady čisto. Je to tady jedinečné. Jsem tady velice spokojený. Ten čas tady hrozně letí. Mohlo by se zlepšit jídlo. Je tady slabší lékařská péče. Jinak zde není co vytknout.*

Aktivita: *Mám koníčka, ale to je pořádný kůň – počítač. Všichni se divěj, že mám skoro devadesát roků a umím na počítači. Jsem připojený na internetu a skypuju. S dcerou skypuju každý den. Každý den mám nějaký program. Ráno mi donesou časopisy a noviny. Po obědě čtu literaturu faktu. Poslouchám rádio nebo koukám na televizi.*

#### 4.4.1.4 Příběh čtvrtý (R4)

**„Jak jsem ji viděl, tak sem si řek: ta musí bejt moje.“**

*Můj život byl smysluplný. Měl jsem krásnej život. Žil jsem tak, jak jsem chtěl. Neměl jsem důvod pochybovat o smyslu.*

*Rodina: Tak dlouho jsem do ženy hučel, až mi řekla ano. Každé léto jsme trávili v domě mých rodičů, kde se děti nejvíc vyřádily. Rodiče měli zvířectvo: králíky, kachny, husy, kozy, myslim, že i ovce, to se dětem strašně líbilo. S manželkou jsme měli krásnej vztah. Oba jsme byli tolerantní, vycházeli si vstříc a věřili jsme si. Žena se mnou vydržela [smích]. Žilo se nám dobře, byli jsme spokojení. Žena umřela před šesti lety, od té doby jsem tady sám. Děti jsme dobře vychovali. Mám je rád a vážím si jich. Děti za mnou pořád chodí. Pravnoučata sou raubíři, občas mi z nich jde hlava kolem.*

*Vztah k ženě: Žena mě hned učarovala. Řek jsem si: ta musí bejt moje. Dlouho jsem ji uháněl, až si mě vzala. Měl jsem skvělou ženu. Byla hodně dobrosrdečná a tolerantní. Dobře jsem si vybral. Ani slovem neřekla: ty se nestaráš o děti nebo: ty mně nepomůžeš. Litovala mě, že musím být unavený z práce, ať odpočívám.*

*Pomoc rodiny: Dvakrát denně sem chodí moje dcera. Ráno mi přinese snídani a oběd, pomůže mi s hygienou. Večer se staví, aby mi připravila večeři. Jednou týdně mi poklidí. Během poledne mi platí pečovatelku, která mi ohřeje oběd a pomáhá mi při hygieně. Několikrát do týdne sem chodí můj vnuk, ten mi dělá nákupy. Dcera mi chce zaplatit pečovatelku na víc hodin denně. Rodina mě obslužej, donesou mi jídlo, zeptaj se mě, jestli něco nepotřebuju.*

*Přítomnost: Sem rád sám. Když přijdou vnoučata se svejma dětma, tak je tady hroznej kravál. Vždycky si oddychnu, když odejdou. Sem zvyklej na samotu a klid. Sem tady zvyklej a spokojenej. Nemusím se nikomu podřizovat. Vadí mi nesamostatnost. Pořád mám někoho za zadkem. Dcera se mě ptala, jestli nechci do důchodáku, to sem jí razantně odmít. Nutí mě, abych se k ní přestěhoval,*

*kvůli tomu se pořád dohadujeme. Tady mám svůj klid. Tohle je můj byt, kam bych chodil.*

*Aktivita: Nejvíce sleduju televizi. Koukám na televizi, až do noci. Baví mě fotbal. Jsem fotbalovej fanda. Občas si poslechnu rádio. Dcera mi každý den nosí noviny, každé tři dny mi kupuje televizní program, to musím mít. Občas si přečtu nějakou detektivku anebo něco o fotbale.*

*Co bych si přál: Mrzí mě, že nemůžu jít ven. Chtěl bych se podívat, co se venku změnilo. Karty už nemám s kým hrát. Chtěl bych se dožít pravnoučat. Byl bych rád, kdyby se můj zdravotní stav nezhoršil. Chtěl bych umřít bez bolesti a štasten.*

#### 4.4.1.5 Příběh pátý (R5)

**„Všechno zlé je pro něco dobré.“ „Jsem spokojená a nic bych neměnila.“**

*Rodina mého manžela mě ze začátku nepřijala. Stala jsem se středem urážek a posměšků. Kritizovali mé oblékání, vzhled, i to, jak vařím. Postupem času na mě nedali dopustit. Zažila jsem toho hodně. Zažila sem v životě zklamání i radost, smutek i štěstí. Chtěla bych se s manželem podívat k moři. Náš věk a zdravotní stav už to nedovolí, ale bylo by to nádherné.*

*Dětství a dospívání: Neměla jsem příležitost dodělat si vzdělání. Mám jen základní školu. V rodině byl před vzděláním důležitější chod domácnosti. Měla sem každý den hromadu povinností. Pomáhala jsem mamince postarat se o prarodiče. Já a sestra sme pomáhaly s chodem domácnosti. Matka pro mě byla vždy velkým vzorem a oporou. Se sourozenci jsme se často prali. Žena se starala o rodinu a domácnost. Muž rodinu zajišťoval finančně. Ráda vzpomínám na mládí. Večer sme se s přáteli sešli u ohně, zpívali sme a povídali si historky. Nepotřebovali sme alkohol, vydrželi sme se hodiny smát a bavit se. Když jsem rodině oznámila, že se vdám a odstěhuju, bylo zle, ale prosadila sem si svou a nelituji.*

*Vztah s otcem: Otec měl hlavní slovo, bylo po jeho. Byl přísný. Když mě viděl, jak se učím, tak mě seřezal. Vzdělání pro něho bylo bezvýznamné. Pro otce byl důležitý chod domácnosti. Musela sem pomáhat doma. Muselo být denně naklizeno a navařeno. Naše vztahy byly napjaté. Celá rodina se mu musela podřídít. Považoval za zbytečné, aby moje děti studovaly. Nepromluvil se mnou pět let. Až když byl starý, tak se omlouval, za své chyby.*

*Vztah s manželem: S manželem jsme se poznali, když mi bylo patnáct. Do mých osmnácti sme se navštěvovali, pak jsme měli svatbu. Já se přestěhovala za manželem. S manželem k sobě cítíme pořád velkou lásku, to je ten nejhezčí*

*dar. Muž je pro mě velice důležitý. Stojí při mně za každých okolností. Vážím si každého dne, kdy otevřu oči a po mém boku mám svého manžela. Vím, že když bude nejhůř, chytí mě za ruku a mně se rázem uleví.*

*Rodina: Máme dvě děti. Důležitá je pro mě rodina. Chtěla bych ještě dlouho žít, abych si je užila. Děti byly na prvním místě, snažila sem se, aby měly vše. Šetřila sem peníze, aby mohly studovat a dopřát si, co sem nemohla. Snažila sem se děti vychovávat tak, aby z nich byly dobří lidé. Mám skvělou rodinu. Mám se na koho obrátit, když je mi nejhůř. Miluji svého manžela a to je ten nejkrásnější pocit.*

*Aktivita: Ráda poslouchám hudbu. Moc ráda zpívám. Dříve sem tancovala, ale už mi to zdravotní stav nedovolí.*

#### 4.4.1.6 Příběh šestý (R6)

**„Žiju naplno i teď“**

Dětství a dospívání: *Maminka mi umřela, bylo mi necelých třináct. Maminku sem potřebovala. Musela sem se starat o domácnost a do toho chodit do školy a učit se. S tatínkem sem nikdy vřelý vztah neměla. Přál si syna. Dceru nechtěl. Po smrti maminky to bylo ještě horší. Začal dost pít. Nepamatuji se, že by si se mnou hrál nebo se semnou učil. Když mi bylo patnáct, znovu se oženil. S jeho ženou a jejími dětmi sem si nerozuměla. Nastěhovala sem se k tetě.*

Rodina: *Nejdůležitější pro mě byl manžel, holčička a syn. S manželem jsem byla necelých dvanáct let. Bylo mi třicet, když manžel zemřel na rakovinu. Nejvíce síly a energie mi dodávaly děti. Děti byly na prvním místě. Chtěla jsem pro ně to nejlepší. Radostí pro mě byla vnoučata. Hodně sem se na ně upnula. Celé léto trávila u mě. Honila jsem je na kole po hospodách a diskotékách. Rodiče o jejich průšvihách kolikrát nevěděli [úsměv].*

Po smrti manžela: *Po smrti manžela už sem muže neměla. Muže sem milovala. Žádný by mi ho nedokázal nahradit. Stále na něj vzpomínám. Byla jsem na syna a dceru sama. Sama sem je vychovala, zajistila jim vzdělání a postarala se i o vnoučata. Tohle si děti často ani neuvědomují nebo zapoměly, jak sem se o ně starala. S kamarádkami sme se navštěvovaly.*

Zdravotní stav: *Dříve, až na špatnou chůzi a bolesti zad, sem potřebovala jen občas pomoc. Můj zdravotní stav se začal zhoršovat. Síla ubývá, nemohu chodit, mám dekubity, mívám špatnou náladu. Sem přes osm let závislá na pomoci druhých.*

Péče dcery: *Dcera před osmy lety ukončila zaměstnání a nastěhovala se s manželem sem, aby se o mě mohla starat. Každý den mi pomáhá s hygienou. Pak mně pomůže se přestrojit a buď mě nechá v posteli nebo mně pomůže do křesla. Když je hezky, tak mě vyveze na zahradu.*

Co mi vadí: *Dcera mě k ničemu nepustí. Všechno musí bejt po jejím. Taky mě málo vyvází na vzduch. Když chci, aby mě odvezla na zahradu, tak mi řekne, že tam je zima. Když mi je zima, tak mě ignoruje nebo řekne, že žádná zima není, ať nevymejšlim. Nenechá mě nic udělat samotnou, protože mně to trvá dlouho [povzdech]. Když se chci učesat, tak mi vezme hřeben a řekne: [já tě učešu]. Chtěla bych koupit v lékárně boty, říká mi, že je to zbytečný, když nemůžu chodit.*

Co chci, aby o mně rodina věděla: *Bývám smutná z toho, že sem nehybná a závislá na pomoci druhých. Je pro mě ponižující, vždycky sem se o každého starala, všechno sem zvládala a teď se nejsem schopná ani ustrojít. Občas se cítím osaměle. Občas dělají jako bych byla dítě. Někdy pláču, připadám si zbytečná. Stáří je potupné a ponižující. Chtěla bych, aby si uvědomili, že budou taky staří a budou chtít být nápomocni.*

Co bych si přála: *Chtěla bych, aby si mě vnoučata pamatovaly jako fajn babču. Chtěla bych více mezi lidi. Navštívit kamarádky, co žijí. Chtěla bych se více hýbat, ale tělo mě neposlouchá. Chtěla bych, aby klouby tolik nebolely, abych mohla v noci spát. Chtěla bych jít na borůvky, na houby. Vylézt na kopec a podívat se do rodné vísky, kde sem prožila celý život. Přeju si udržet můj zdravotní stav a nemít více dekubitů. Chci mít kolem sebe pravnoučata. Aktivita: Koukám na televizi nebo poslouchám rádio. Háčkuju ubrusy nebo dečky. Pro děti pletu svetry. S pravnukem hraju kanastu, to mě moc baví.*

Za co jsem ráda: *Mám kolem sebe celou rodinu. Mám děti, vnoučata a pravnoučata, to je moje radost. Všichni se o mě starají. Doma je doma. Domov Vám nic nevynahradí. Sem vděčná, že mě nedali do domova důchodců. Rodina mě občas vyveze na výlet, z toho mám radost. Sice mě tělo už nefunguje, někdy i bolestí křičím, přesto se mi umřít rozhodně nechce. Mám svoji rodinu, a i když se hádáme, jsem ráda, že je mám. Žiju naplno i teď.*



#### **4.4.2 Výzkumné otázky**

V odpovědích na výzkumné otázky používám citace respondentů, které dávám do spisovného tvaru a vyznačuji kurzívou.

U výzkumné otázky číslo č. 3 uvádím citace respondentů a shrnutí vlastními slovy, které ponechávám v základním stylu písma.

## Respondent R1

### Výzk. ot. č. 1: Co ve vyprávění o vlastním životě považuje za důležité, cenné?

Píle: ... *My jsme tam... byli jedni z nejpilnějších.* (R1) 107-108

Starost o rodinu: *Já sem se starala o rodinu, své rodiče.* (R1) 131

Vztah s otcem: ...*mě taťka učil na kole.* (R1) 41

Svoje přednosti (chytrost, soběstačnost): *Jsem... chytrá* (R1) 74; ...*mám všechno v pořádku* (R1) 136; ...*já se sama umyju.* (R1) 138

### Výzk. ot. č. 2: Jak popisuje vztah k sobě, druhým a světu v minulosti, současnosti a budoucnosti?

R1	Minulost	Současnost	Budoucnost
<b>Vztah k sobě</b>	<i>Práce mě bavila.</i> (R1)131 <i>Mě hrozně bavily hrubý práce.</i> (R1) 181 <i>...já jsem chtěla být původně zahradnice...</i> (R1) 103	<i>Já čtu, maluju.</i> (R1) 154 <i>...dělám...všelijaký zvířátka.</i> (R1)168-169 <i>Od sestřičky...dostávám příklady...</i> (R1)154-155 <i>Jsem... chytrá.</i> (R1) 74 <i>...všechno umím.</i> (R1) 162	<i>Já doufám, že... budu moc do H.</i> (R1) 224-225 <i>Tam se dělá víc než tady.</i> (R1) 149-150
<b>Vztah k druhým</b>	<i>Já jsem se starala o rodinu.</i> (R1) 131 <i>Druhým jsem pomáhala.</i> (R1) 132 <i>Rodiče, syna i manžela mám na hřbitově.</i> (R1) 144	<i>...mam tady kamarádku... ta chodí.</i> (R1) 68 <i>Dobrovolník je... pusinka.</i> (R1) 9	<i>V H. mám kolik známých.</i> (R1) 149
<b>Vztah ke světu</b>	<i>...sem se všude měla dobře.</i> (R1) 97	<i>Chtěla bych...více aktivit.</i> (R1) 163	<i>Já tady nemíním být.</i> (R1) 147 <i>Já puđu odsud pryč.</i> (R1) 67

### Výzk. ot. č. 3: Jak to, čím/kým se zabývá, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřuje smysl?

R1	Zabývá se	Hodnotí	Spokojenost přináší	Smysl spatřuje
<b>Minulost</b>	Vzpomínky na práci, rodinu	<i>Všechno...mě bavilo...</i> (R1) 182 <i>...dělala jsem to ráda.</i> (R1) 141 <i>Já měla taťku na starost, manžela a syna.</i> (R1) 188	<i>... sem se všude měla dobře.</i> (R1) 97	<i>Druhým jsem pomáhala.</i> (R1) 132
<b>Současnost</b>	Život v instituci	<i>Mě to tady nebaví, tady sou samý devadesátiletý.</i> (R1) 151-152 <i>Radši bych byla v H.</i> (R1) 163	Dobrovolník, soběstačnost, chytrost	<i>Mám...naději, že půjdu do H.</i> (R1) 227

## Respondent R2

### Výzk. ot. č. 1: Co ve vyprávění o vlastním životě považuje za důležité, cenné?

Zaměstnání: *Celý život jsem pracovala v jedné firmě.* (R2) 100

Vztah k rodině: *Rodina pro mě byla nejdůležitější...* (R2) 115

Sport: *...já jsem byla blázen do sportu.* (R2) 283

### Výzk. ot. č. 2: Jak popisuje vztah k sobě, druhým a světu v minulosti, současnosti a budoucnosti?

R2	Minulost	Současnost	Budoucnost
<b>Vztah k sobě</b>	<i>Dlouho jsem pracovala...</i> (R2) 172-173 <i>...sem chodila celý život cvičit.</i> (R2)112	<i>...čtu krásný romány.</i> (R2) 157-158 <i>Děkuju tomu, že ještě dýchám...</i> (R2) 189-190	<i>Stáří přišlo a teď už je jenom smrt. Nic jiného mě nečeká.</i> (R2) 239
<b>Vztah k druhým</b>	<i>Hodně lidem jsem pomohla...</i> (R2) 175-176 <i>Rodina pro mě byla oporou.</i> (R2) 127-128	<i>Mám... strach o manžela.</i> (R2) 73 <i>...mám...radost ze syna...</i> (R2) 202	<i>Ještě se chci dočkat, až vystuduje syn...</i> (R2) 240
<b>Vztah ke světu</b>	<i>...život rychle utekl.</i> (R2) 241 <i>Já jsem si toho za život užila.</i> (R2) 221	<i>S každým se umím poradit nebo si popovídat, někoho pozvednout psychicky...</i> (R2) 126-127	<i>Tady se o mě postarají.</i> (R2) 65 <i>Už nepočítám s ničím.</i> (R2) 188

### Výzk. ot. č. 3: Jak to, čím/kým se zabývá, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřuje smysl?

R2	Zabývá se	Hodnotí	Spokojenost přináší	Smysl spatřuje
<b>Minulost</b>	Vzpomínky na práci, rodinu, sport	<i>To byl můj život.</i> (R2) 68 <i>Já jsem na to byla dobrá.</i> (R2) 223-224 <i>Byli jsme... sportovní rodina.</i> (R2) 97	Rodina, vzpomínky na minulost	<i>Hodně lidem jsem... pomohla...</i> (R2) 171
<b>Současnost</b>	Život v instituci	<i>Myslela jsem, že půjdu domů, ale můj zdravotní stav se zhoršil.</i> (R2) 59-60 <i>Mám tu všechno, co potřebuju.</i> (R2) 65-66 <i>Chtěla bych začít chodit, abych mohla k manželovi.</i> (R2) 196	<i>Mám... radost ze syna, a že mě žije ještě manžel.</i> (R2) 202	Vystudování syna

## Respondent R3

### Výzk. ot. č. 1: Co ve vyprávění o vlastním životě považuje za důležité, cenné?

Zaměstnání: ...já jsem to zaměstnání žral. (R3) 125-126

Píle: Důležitá je pro mě píle. (R3) 178

Věrnost republice: My jsme byli vlastenci... (R3) 168

Osvětím: Já jsem byl v Osvětimi...3,5 roku. (R3) 58

### Výzk. ot. č. 2: Jak popisuje vztah k sobě, druhým a světu v minulosti, současnosti a budoucnosti?

R3	Minulost	Současnost	budoucnost
<b>Vztah k sobě</b>	<i>Nejdůležitějším obdobím...byl den, kdy jsem se narodil. (R3) 110</i>	<i>Jsem velice spokojený. (R3) 203 Já si hledám zábavu. (R3) 271 Mám konička. (R3) 217</i>	<i>Jen mě mrzí, že nemůžu žít déle. (R3) 170</i>
<b>Vztah k druhým</b>	<i>Rodina...byla až na druhém místě. Ačkoliv já jsem je nezanedbával, já jsem se staral, aby měli dostatek všeho. (R3) 158-160</i>	<i>Vyjedu si...za kamarády. (R3) 265 S dcerou skypuju každý den. (R3) 221</i>	<i>Vnuk přijede zas...mam narozeniny.(R3) 333-334</i>
<b>Vztah ke světu</b>	<i>Chtěl bych být zas mladý. To byly takové krásné doby. (R3) 211</i>	<i>Člověk...píli dosáhne všeho. (R3) 179 Úctu ke starším, už skoro nikdo nemá. (R3) 182</i>	<i>Život má smysl. (R3) 242 Záleží na tom, jak člověk život prožije. (R3) 242-243</i>

### Výzk. ot. č. 3: Jak to, čím/kým se zabývá, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřuje smysl?

R3	Zabývá se	Hodnotí	Spokojenost přináší	Smysl spatřuje
<b>Minulost</b>	Vzpomínky na zaměstnání, válku	<i>Práce byla nejdůležitější. (R3) 156 Mě to strašně bavilo. (R3) 133 Ničeho nelituji. (R3) 170</i>	<i>Vzpomínky na minulost ...mám slzy v očích, když si na to vzpomenu. (R3) 120</i>	<i>...já jsem měl zážitky na tři životy. Já bych to okamžitě vrátil... (R3) 243-244</i>
<b>Současnost</b>	Život v instituci	<i>Já jsem tady velice spokojený. (R3) 203 Je to tady jedinečné. (R3) 201 Ten čas tady hrozně letí. (R3) 226</i>	<i>Pobyt v instituci Já se nenudím ani minutu. (R3) 270 Já si hledám... zábavu. (R3) 271</i>	<i>Jsem rád na světě. (R3) 245</i>

## Respondent R4

### Výzk. ot. č. 1: Co ve vyprávění o vlastním životě považuje za důležité, cenné?

Soběstačnost: *Sem...zvyklý na samotu a klid.* (R4) 50-51

*...Nemusím se nikomu podřizovat.* (R4) 64

Spokojenost: *Měl jsem krásný život.* (R4) 203

*Jsem rád, že jsem měl skvělou ženu.* (R4) 88

### Výzk. ot. č. 2: Jak popisuje vztah k sobě, druhým a světu v minulosti, současnosti a budoucnosti?

R4	Minulost	Současnost	Budoucnost
<b>Vztah k sobě</b>	<i>Celý život jsem pracoval jako automechanik, to mě bavilo.</i> (R4) 82	<i>Jediné co mě štve, že nejsem samostatný, stále mám někoho za zadkem.</i> (R4) 208-209 <i>Mrzí mě, že nemůžu jít ven.</i> (R4) 112	<i>A byl bych rád, kdyby se můj zdravotní stav nezhoršil.</i> (R4) 154-155 <i>Teď už bych chtěl jen umřít bez bolesti a štasten.</i> (R4) 214
<b>Vztah k druhým</b>	<i>Měl jsem úžasnou ženu.</i> (R4) 204 <i>...děti jsme dobře vychovali.</i> (R4) 85	<i>Pravnoučata...křičí, jsem rád, když odejdou...</i> (R4) 198-199 <i>Děti mám rád a vážím si jich.</i> (R4) 103	<i>Chtěl bych se ještě dožít pravnoučat.</i> (R4) 154
<b>Vztah ke světu</b>	<i>Můj život byl smysluplný.</i> (R4) 203	<i>Chtěl bych jít ven. Chtěl bych se podívat, co se změnilo.</i> (R4) 120	<i>A časem mi chce dcera zaplatit pečovatelku na víc hodin denně.</i> (R4) 46-47

### Výzk. ot. č. 3: Jak to, čím/kým se zabývá, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřuje smysl?

R4	Zabývá se	Hodnotí	Spokojenost přináší	Smysl spatřuje
<b>Minulost</b>	Vzpomínky na ženu	<i>...žena byla... dobrosrdečná a tolerantní.</i> (R4) 89-90	<i>...měl jsem opravdu krásný život.</i> (R4) 152	<i>Žil jsem tak, jak jsem chtěl.</i> (R4) 203-204
<b>Současnost</b>	Život doma	<i>...nechci do domova důchodců.</i> (R4) 62 <i>...mám tady svůj klid...</i> (R4) 64 <i>...tohle je můj byt, tak kam bych chodil.</i> (R4) 175-176	<i>Sem rád...sám.</i> (R4) 49 <i>Sem tady spokojený.</i> (R4) 176	<i>Tady mám svůj klid.</i> (R4) 61 Koničky <i>Život má smysl, jde jen o to, jak ten život vnímáte.</i> (R4) 207

## Respondent R5

### Výzk. ot. č. 1: Co ve vyprávění o vlastním životě považuje za důležité, cenné?

Vztah s otcem: *Otec, když...viděl, jak se učím, tak mě seřezal.* (R5) 33-34

Rodina: *...stále se mám na koho obrátit, když je mi nejhůř.* (R5) 166

Role matky: *...pro mě byly děti na prvním místě...* (R5) 93-94

### Výzk. ot. č. 2: Jak popisuje vztah k sobě, druhým a světu v minulosti, současnosti a budoucnosti?

R5	Minulost	Současnost	Budoucnost
<b>Vztah k sobě</b>	<i>Musela jsem pomáhat doma.</i> (R5) 36-37 <i>...sem měla...hromadu povinností.</i> (R5) 79	<i>...moc ráda zpívám.</i> (R5) 114	<i>Jsem spokojená a nic bych neměnila.</i> (R5) 148
<b>Vztah k druhým</b>	<i>Matka...byla...vzorem a oporou.</i> (R5) 31 <i>Otec byl dost přísný.</i> (R5) 39 <i>...jsme se s přáteli...vydrželi celé hodiny smát a bavít se.</i> (R5) 80-82	<i>Mám skvělou rodinu...</i> (R5) 166 <i>...jsem tu stále pro ně...</i> (R5) 143-144 <i>Miluji svého manžela...</i> (R5) 166-167	<i>Chtěla bych ještě dlouho žít, abych si je užila.</i> (R5) 161-162
<b>Vztah ke světu</b>	<i>...sem zažila v životě zklamání i radost, smutek i štěstí.</i> (R5) 165	<i>...všechno zlé je pro něco dobré.</i> (R5) 152	<i>Chtěla bych se s manželem podívat k moři...</i> (R5) 176

### Výzk. ot. č. 3: Jak to, čím/kým se zabývá, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřuje smysl?

R5	Zabývá se	Hodnotí	Spokojenost přináší	Smysl spatřuje
<b>Minulost</b>	Vzpomínky na otce, domácnost	<i>Otec byl dost přísný.</i> (R5) 39 <i>Žena se musela starat o rodinu.</i> (R5) 32 <i>U nás muselo být denně naklizeno a navařeno.</i> (R5) 34	Výchova dětí Tancovala jsem pro radost. (R5) 117	<i>...pro mě byly děti na prvním místě...</i> (R5) 93-94
<b>Současnost</b>	Manžel Koničky	<i>...pro mě je můj muž velice důležitý...při mně stojí za každých okolností...</i> (R5) 111-112 <i>Ráda poslouchám hudbu, ta mi dodává energii a moc ráda zpívám.</i> (R5) 114	<i>Důležitá je pro mě rodina.</i> (R5) 161 <i>Jsem spokojená a nic bych neměnila.</i> (R5) 148	<i>...vážím si každého dne, kdy otevřu oči a po mém boku mám...manžela...</i> (R5) 135-136

## Respondent R6

### Výzk. ot. č. 1: Co ve vyprávění o vlastním životě považuje za důležité, cenné?

Děti: ...sem je sama vychovala...(R6) 99

Vděčnost: Sem vděčná, že mě nedali do domova důchodců... (R6) 191

Starost o druhé: ...vždycky sem se o každého starala... (R6) 152

### Výzk. ot. č. 2: Jak popisuje vztah k sobě, druhým a světu v minulosti, současnosti a budoucnosti?

R6	Minulost	Současnost	Budoucnost
<b>Vztah k sobě</b>	...všechno sem zvládala sama...(R6) 152-153	Háčkuju...nebo...pletu... (R6) 188 Někdy pláču, připadám si zbytečná. (R6) 167-168 ...ted' se nejsem schopná ani sama ustrojít. (R6)153	Přeji si udržet můj momentální zdravotní stav... (R6) 205
<b>Vztah k druhým</b>	Já jsem muže velmi milovala...(R6) 74 ...sem měla kamarádky, s kterými jsme se navštěvovaly.(R6)72	...mám děti, vnoučata a pravnoučata a to je moje radost. (R6)76-77 ...všichni se o mě starají. (R6)192	Chci mít kolem sebe pravnoučata. (R6) 208 ...chtěla bych více mezi lidi. (R6) 193-194 Rodina by mi měla naslouchat. (R6) 139
<b>Vztah ke světu</b>	...vždycky jsem se o každého starala... (R6) 152	Stáří je moc potupné a ponižující. (R6) 177 Doma je prostě doma. (R6) 192	...hlavně nechci do domova pro seniory. (R6) 208 Sice mně tělo už nefunguje...přesto se mi, ale umřít rozhodně nechce. (R6) 239-240

### Výzk. ot. č. 3: Jak to, čím/kým se zabývá, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřuje smysl?

R6	Zabývá se	Hodnotí	Spokojenost přináší	Smysl spatřuje
<b>Minulost</b>	Vzpomínky na manžela, děti	...žádný by mi ho nedokázal nahradit. (R6) 74 Chtěla jsem pro ně to nejlepší... (R6) 81	Nejvíce síly a energie mi dodávaly děti. (R6) 15 A radost pro mě byla, když jsem hlídala svoje vnoučata. (R6)15-16	...sem se o děti dokázala postarat sama.(R6) 97 ...sem se... upnula na svá vnoučata.(R6) 61-62
<b>Současnost</b>	Rodina Zdravotní stav	...rodina občas dělá jako bych byla dítě. (R6) 167 ...budou taky staří a...budou chtít být nápomocni. (R6) 177-178	Domov vám nic nevynahradí. (R6) 192-193 ...děti...to je moje radost. (R6)76-77 Rodina mě... vyveze...na výlet, z toho mám... radost. (R6)195	... sama sem nezůstala...(R6) 76 ...sem ráda, že rodinu mám. (R6) 241 Já žiju naplno i ted'... (R6) 20

### 4.4.3 Vzorce smyslu života

Níže předložím tabulku se vzorci smyslu života u seniorů trvale upoutaných na lůžko žijících v instituci a v domácím prostředí. Vzorce smyslu života mi vyplynuly z rozhovorů s respondenty při zpracování výzkumných otázek.

**Tabulka č. 4**

<b>Vzorce smyslu života u seniorů trvale upoutaných na lůžko žijících v instituci</b>		
<b>R1</b>	<b>Minulost</b>	Rodina, práce
	<b>Současnost</b>	Soběstačnost, nezávislost, zájmová činnost, mezilidské vztahy
<b>R2</b>	<b>Minulost</b>	Rodina, práce, zájmová činnost
	<b>Současnost</b>	Rodina, zájmová činnost
<b>R3</b>	<b>Minulost</b>	Práce
	<b>Současnost</b>	Rodina, soběstačnost, zájmová činnost, mezilidské vztahy
<b>Vzorce smyslu života u seniorů trvale upoutaných na lůžko žijících doma</b>		
<b>R4</b>	<b>Minulost</b>	Rodina, práce
	<b>Současnost</b>	Rodina, soběstačnost, nezávislost, zájmová činnost
<b>R5</b>	<b>Minulost</b>	Rodina, zájmová činnost
	<b>Současnost</b>	Rodina, zájmová činnost
<b>R6</b>	<b>Minulost</b>	Rodina, soběstačnost
	<b>Současnost</b>	Rodina, zájmová činnost

Původně jsem chtěla vytvořit pro přehlednost dvě tabulky (minulost a současnost) s frekvencí výskytu jednotlivých kategorií, aby bylo patrné, které zdroje smysluplnosti zůstaly stejné a naopak, které se změnilo nebo přibýly či naopak ubyly. Při analýze rozhovorů jsem si však uvědomila, že například mezilidské vztahy, soběstačnost a zájmová činnost se v minulosti u respondentů během rozhovoru příliš neobjevují. Možná je to proto, že například soběstačnost a mezilidské vztahy dříve respondenti považovali za



samozřejmě, proto se o nich v minulosti tolik nezmiňovali nebo je v minulosti nepovažovali za důležité.

Z tabulky je patrné, že zdroje smyslu života respondentů žijících v domácím prostředí nebo v instituci se od sebe neliší. Pouze jedna respondentka žijící v instituci využívá zájmové činnosti připravované organizací.

V minulosti byly významnými zdroji smyslu pro respondenty: rodina, práce a zájmová činnost.

V současné době je pro respondenty podstatná rodina (manželé, děti). Důležitá je zájmová činnost, jako je sledování televize, poslech rádia, hudby a četba knih. Pro některé respondenty je zdrojem smysluplnosti soběstačnost a nezávislost. Dále mezilidské vztahy, pro respondenty je důležitá komunikace s ostatními lidmi.

#### 4.4.4 Shrnutí výsledků analýzy dat

Níže uvádím svůj pohled na získaná data od respondentů. Interpretace dat se vztahuje ke třem výzkumným otázkám:

- 1) Co ve vyprávění o vlastním životě považují senioři trvale upoutaní na lůžko za důležité, cenné?
- 2) Jak popisují vztah k sobě, druhým a světu nyní, v minulosti a budoucnosti?
- 3) Jak to, čím/kým se zabývají, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřují smysl?

Výsledky vztahující se k výzkumným otázkám jednotlivých respondentů řadím chronologicky tak, jak po sobě následovaly. U každého respondenta nejprve shrnuji výsledky z pohledu do minulosti a poté do současnosti.

##### R1

R1 vypráví o sobě a své rodině, o zdravotních problémech a častém stěhování. V 27 letech, přišla o matku. Musela se starat o otce, manžela a syna. Syn ji zemřel ve 14 letech. Všechno zvládala. Druhým pomáhala. Práce ji bavila, především hrubé práce. Chtěla být zahradnice. Vystřídala několik zaměstnání. Všude se měla dobře.

V současné době žije v domově pro seniory. Za důležité považuje svou chytrost a soběstačnost. Všechno umí a stačí. Čte, maluje, účastní se připravovaných aktivit. V domově pro seniory ji to nebaví, nudí se. Domů se vrátit nemůže, protože už nemá nikoho, kdo by se o ni postaral. Rodiče, manžel i syn zemřeli. Chtěla by jít do jiné instituce, kde bude mít své známé a více aktivit.

## **R2**

Celý život pracovala v jedné firmě jako ekonomka. Nejdůležitější pro ni byla rodina, práce a sport. Celý život sportovala. Práce ji bavila. Druhým pomáhala. Žila s manželem v rodinném domě. Kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu, musela odejít do domova pro seniory. Syn by se nedokázal postarat o oba rodiče.

V domově pro seniory vzpomíná na svou rodinu, především na bratra, syna a manžela. Manžel je starší o deset let. Má strach, aby se mu něco nestalo. Každý večer přemýšlí, jestli je v pořádku. Na syna je pyšná, studuje druhou vysokou školu. Chtěla by se dožít toho, až vystuduje. Ráda by se vrátila domů, ale zdravotní stav jí to nedovolí. Návrat domů vzdává.

## **R3**

Vypráví o koncentračním táboře, kde byl 3,5 roku. Před koncem války se mu s kamarádem z koncentračního tábora podařilo utéct. Obdobně jako R2 považuje zaměstnání za důležité. Práce ho naplňovala. Věnoval se jí víc než rodině. Ačkoliv upřednostňoval zaměstnání, staral se, aby rodina měla dostatek všeho. Přestože byl v koncentračním táboře, ničeho nelituje a chtěl by všechno vrátit a být zas mladý. Je hrdý vlastenec.

V domově pro seniory je spokojený. Ačkoli je upoután na lůžko, hledá si zábavu a různé aktivity. Se svými dětmi a kamarády je denně v kontaktu. Život vnímá pozitivně. Je rád na světě. Mrzí ho, že nemůže žít déle.

## **R4**

Celý život pracoval jako automechanik. Práce ho bavila. Ženu poznal na zábavě. Měli spolu krásný vztah. Život popisuje jako smysluplný. Od té doby co mu zemřela žena, žije doma sám.

Dvakrát denně za ním chodí dcera. Během poledne pečovatka. Několikrát

do týdne za ním chodí vnuk, který mu dělá nákupy. Své děti má rád a váží si jich. Když za ním přijdou vnoučata s pravnoučaty, je rád, když odejdou. Chce mít klid. Trápí jej, že je nesoběstačný. Mrzí ho, že nemůže ven. Bydlí ve čtvrtém patře bez výtahu, a tak se ven nedostane. Přesto je doma spokojený. Do domova seniorů nechce. Doma má svůj klid a nemusí se nikomu podřizovat. Je rád sám. Sleduje televizi, čte, poslouchá rádio a zajímá se o fotbal. Přeje si udržet svůj zdravotní stav. Od své rodiny očekává pomoc, aby mohl zůstat doma a nemusel do instituce.

## **R5**

V dětství musela pomáhat doma. Vztah s otcem hodnotí negativně. Otec byl přísný. Pro otce byla starost o domácnost důležitější než studium. Pokud viděl, jak se učí, tak ji fyzicky napadal. Matka byla vzorem. Ráda vzpomíná na své mládí, kdy se s přáteli sešli a povídali si. Děti byly pro R5 na prvním místě. Chtěla, aby děti měly vše. Ráda tancovala.

Rodina ji činí spokojenou. Ráda zpívá a poslouchá hudbu. Nehodnotí, že je upoutaná na lůžko, jako by ani nevnímala nesoběstačnost. Důležité je pro ni, že má po svém boku manžela a děti. Chce dlouho žít, aby si je užila. Nic by neměnila. Žije spokojeně doma s manželem. Chtěla by se s ním podívat k moři, ale její zdravotní stav jí to nedovolí.

## **R6**

Manžel jí zemřel, když jí bylo třicet. Jiného muže nechtěla. Děti vychovala sama. Děti pro ni byly nejdůležitější. Chtěla pro ně to nejlepší. O každého se starala. Všechno zvládala sama.

Rodina je její radost. Doma je spokojená. Háčkuje, plete. Do domova seniorů nechce. Rodina se o ni stará. Za péči rodiny je vděčná, zároveň pociťuje, že ji vnímají jako malé dítě a připadá si na obtíž. Občas se také cítí

sama, připadá si zbytečná. Stáří vnímá jako potupné a ponižující. Upoutání na lůžko těžce nese. Nedokáže se smířit s tím, že se o ni rodina musí starat, dříve to bylo naopak. Chtěla by být užitečná a chtěla by více mezi lidmi. Není soběstačná. Přesto říká, že umřít se jí nechce a žije naplno. Přeje si mít kolem sebe rodinu. Přeje si udržet svůj zdravotní stav.

## 4.5 Diskuse

V diskusi se pokusím o kritickou reflexi výzkumných výsledků. Připomenu cíle práce a výsledky analytické části propojím s teoretickou částí.

V magisterské práci jsem se zaměřila na smysl života seniorů trvale upoutaných na lůžko. Kvalitativně jsem zkoumala, jak na vlastní život nahlíží šest seniorů, z nichž tři žili v domácím prostředí a tři v domovech pro seniory.

Pro účely této práce jsem se při stanovení otázek v rozhovoru nechala inspirovat terapií důstojnosti.<sup>237</sup>

Před zahájením výzkumného šetření bylo třeba ujasnit si cíle práce. Chtěla jsem zjistit, zda senioři trvale upoutaní na lůžko vnímají smysl života, a pokud ano, v čem. Kromě vnímání smyslu života mě také zajímalo, jaké vzorce smyslu života se objevují u seniorů trvale upoutaných na lůžko, pokud žijí v domácím prostředí a pokud žijí v instituci.

### **Trvalé upoutání na lůžko nemusí být důvodem pobytu v instituci**

Při rozhovoru s respondenty mě kromě stanovených otázek zajímal jejich věk. U seniorů žijících v instituci věk činí 65, 74 a 88let. Věk seniorů žijících doma je 85, 80 a 88 let. Důvodem, proč zde porovnávám věk, je propojení s teoretickou částí mé diplomové práce. Ve třetí kapitole Prostředí pro závěr života: domov versus instituce popisují podporu seniorů při pobytu v domácím prostředí. Ukazuje se, že vysoký věk seniorů a trvalé upoutání na lůžko nemusí být překážkou pobytu v domácím prostředí, pokud senioři v takové situaci mají možnost využít podporu rodiny a služeb. Tuto skutečnost ilustruje i můj výzkum. Respondenti žijící doma (v konkrétním případě mých tří respondentů

---

<sup>237</sup> Chochinov, H., M. a kol., 2011

ještě s vyšším věkem oproti třem žijícím v instituci) vyvracejí stereotyp, že upoutání na lůžko je důvodem pro umístění do instituce.

### **Být doma, a nebýt na obtíž**

Na základě zkušeností z práce v domově pro seniory jsem předpokládala, že senioři žijící v instituci se budou chtít vrátit zpět domů. Naproti tomu u seniorů žijících v domácím prostředí jsem chtěla zjistit, zda jsou doma spokojeni nebo by raději byli v instituci (například protože se cítí být své rodině „na obtíž“ nebo tam může být někdo, kdo má stejný nebo podobný úděl, a tak by se necítili být na svůj zdravotní stav sami).

V mém vzorku tři respondentů žijících v domácím prostředí byli všichni doma spokojeni. Do domova pro seniory nechtěli. Jedna respondentka uvedla, že se bojí, aby ji rodina neumístila do instituce, protože se cítí být na obtíž. Ze tří respondentů žijících v domově pro seniory, dva v domově zůstat nechtějí. Přičemž jedna respondentka by chtěla do jiné instituce, druhá zpět domů. Třetí respondent je v instituci spokojen.

Významový vzorec „být doma, a necítit se na obtíž“ by bylo třeba dále zkoumat na větším počtu respondentů.

### **I na konci života je přítomnost a budoucnost**

Přesto, že otázky pro terapii důstojnosti z logiky užití v konci života míří do minulosti, z vyprávění respondentů v mém vzorku lze odvodit vzorce smyslu, které nejsou orientovány jen na minulost, odpovídají na současnost a obracejí se též do budoucnosti.

Smysl života znamená z okolností a možností dané situace uskutečnit to nejlepší možné. Smysl je tedy něco zcela konkrétního, co patří k dané

situaci.<sup>238</sup>

Zdá se, že senioři z mého výzkumného vzorku spatřují smysl v reálně existujících vztazích. S ohledem na rodinný stav to například znamená, že obě vdané ženy v mém vzorku se upínají k manželovi, přitom jedna žije doma, a druhá v instituci. Další respondentka vnímá smysl života ve své rodině (dcera, vnoučata, pravnoučata). S důrazem na rodinné vztahy jsem se nesetkala u respondentky, která je vdova a nemá děti. Dalším zdrojem smysluplnosti je zachování soběstačnosti a nezávislosti. Smysl života v soběstačnosti a nezávislosti spatřuje respondentka žijící v instituci i respondent žijící doma (R1 a R4). Za nezávislého se může považovat např. člověk, který činí samostatná rozhodnutí a má kontrolu nad svým životem.<sup>239</sup>

Také zájmová činnost souvisí s vnímáním smysluplnosti u respondentů. Sledování televize, poslech rádia a četba knih jsou zdrojem zábavy a kontaktu se světem (R2, R3, R4 a R6). Radost přináší i poslech hudby (R5), zájem o fotbal (R4), práce s počítačem (R3) nebo účast na připravovaných aktivitách v domově pro seniory (R1).

Dalším zdrojem smysluplnosti, který lze z rozhovorů odvodit, je možnost navazovat vztahy a komunikovat s ostatními lidmi (R1, R3).

### **Životní výzvy**

„Správně pochopenou otázkou smyslu života neklade člověk životu, nýbrž život člověku. Člověk by se neměl tázat, co je smyslem jeho života, ale vzít vážně konkrétní otázky, které mu klade v každé chvíli život. Pravou odpovědí na tyto otázky je jen odpovědnost za vlastní život ve zcela konkrétních situacích a jimi daných úkolech.“<sup>240</sup>

---

<sup>238</sup> Längle, 2002

<sup>239</sup> Hagedornová in Krivošíková, 2011

<sup>240</sup> Frankl, 1994, str. 71



Toto Franklovo tvrzení lze pro moji práci zkonkrétit: Jaké otázky a úkoly klade život mým respondentům v jejich situaci trvalého upoutání na lůžko?

Před zahájením diplomové práce jsem byla přesvědčena, že senior trvale upoutaný na lůžko nemá v čem spatřovat smysl života. Během rozhovorů se seniory v domácím prostředí si jedna respondentka stěžovala na bolesti, zároveň podotkla, že žije naplno a umřít se jí nechce. Druhá respondentka se o upoutání na lůžko nezmiňuje. Další respondent se snaží o soběstačnost. U seniorů žijících v instituci jedna respondentka chce odejít do jiné instituce (až bude mobilní). Druhá uvádí, že jí zdravotní stav nedovolí vrátit se domů, snaží se, aby si v instituci zvykla. Třetí respondent upoutání na lůžko nehodnotí. U respondentů si lze povšimnout, že nerezignovali. K upoutání na lůžko se vyjadřují nebo nevyjadřují, a snaží se konat věci, úkoly, které v jejich očích mají smysl a činí je užitečnými.

### **Stálost a proměnlivost smyslu života**

Ve výzkumné části diplomové práce jsem uvedla, že se přikláním k Franklovi, který tvrdí, že smysl života se mění od člověka k člověku, z okamžiku na okamžik.<sup>241</sup>

U mnou dotazovaných seniorů se zdá, že smysl života, o němž vyprávějí, zůstává relativně stálý, pokud vnímali smysl v rodině anebo v soběstačnosti, a mění se, pokud smysl nacházeli v zaměstnání. Obraz však může být zkreslený pojetím výzkumu založeným na vzpomínání a realitou omezené pohyblivosti respondentů.

---

<sup>241</sup> Frankl, 1994

### **Hodnoty podle Frankla ve vztahu ke smysluplnosti života**

V teoretické části diplomové práce jsem se věnovala Franklovým hodnotám. Frankl chápe zážitkové hodnoty jako důležitou součást naší existence, kterou nám nikdo nemůže ze života vymazat. Být s někým, plánovat si, co chci vidět, kam se podívat, i když jenom v představách. Pokud něco konám, jedná se o tvůrčí hodnoty. Klevetová uvádí, že je důležité hledat, co ještě dokážu udělat a jaké činnosti si vyberu. K prožitku a tvořivosti patří hodnota postojová. U těchto hodnot záleží na tom, jaký člověk zaujme postoj k osudu.<sup>242</sup>

Kdybych vnímání smyslu života respondentů měla posuzovat prostřednictvím Franklových hodnot, dá se říci, že respondenti R1 a R3 nyní realizují tvůrčí hodnoty. Respondentka R1 je soběstačná (sama se umyje). Účastní se připravovaných aktivit v instituci, vytváří činnosti. Připravované aktivity však považuje za nedostačující. Respondent R3 zvládne hygienu, sám se nají, organizuje si činnosti. Není závislý na programu instituce. Respondenti R2, R4, R5 a R6 prožívají zážitkové hodnoty. Přičemž respondentka R2 ráda čte, myslí na své blízké. Respondent R4 se zajímá o fotbal, čte, sleduje televizi, poslouchá rádio. Respondentka R5 ráda poslouchá hudbu, dodává jí energii. Blízcí ji činní spokojenou. Chtěla by se s manželem podívat k moři. Respondentka R6 se raduje z vnoučat. Rodina ji vozí na výlet.

### **Omezení a přínosy práce**

Při sepisování diplomové práce jsem zjistila, že téma je poměrně široké. Musela jsem teoretickou část zkracovat. Nebylo možné věnovat se všemu, co název práce přináší. Snažila jsem se vybrat to nejpodstatnější, abych co nejlépe téma vyjasnila a obohatila.

---

<sup>242</sup> Klevetová, 2008

V teoretické části jsem se snažila charakterizovat stáří i v pozitivním slova smyslu. Bohužel v nalezených zdrojích bylo stáří spojováno spíše s úbytkem či nemocí.

Výsledky v analytické části, u respondentů dotazovaných v instituci mohly být ovlivněny sociální pracovníci, která respondenty vybrala. Mohla záměrně vybrat komunikativní, společenské respondenty v dobrém zdravotním stavu, což ovlivnilo výsledky výzkumu.

Výsledky mohly být ovlivněny též tím, že jsme se s respondenty vzájemně neznali (s výjimkou respondentky R5) a oni ke mně nemuseli mít dostatečnou důvěru. U respondentky R5 mohl nastat jiný problém. Dotazovaná mohla odpovědi uzpůsobit své představě o tom, co chci slyšet a co by vedlo k mé spokojenosti, možná i z obavy, že by jinak byl narušen náš vztah jako pracovníka a klienta.

Před uskutečněním prvního rozhovoru s dotazovanou jsem měla obavy, jak vést rozhovor. Neměla jsem zkušenosti s vedením výzkumného rozhovoru. Naštěstí respondentka byla velice komunikativní. Obavy jsem měla pouze z toho, že během vyprávění odbíhala od tématu. Bála jsem se, že neudržím připravené schéma, ale dotazovaná se vždy vrátila k původní myšlence, od které odběhla a na kterou já už zapoměla. Ukázala mi tak, že udrží myšlenku. Příklad uvádím, protože já sama občas něco vyprávím a odbíhám od tématu, ale už se nedokážu vrátit k původní myšlence (zapomenu).

Respondentka tak vyvracela (nejen) můj stereotyp, že poruchy paměti (nejčastěji zapomnětlivost) lze považovat za typické projevy stáří. Potvrzovala taktéž názor Haškovcové.<sup>243</sup>

Kromě tohoto příkladu mě ještě fascinoval životní příběh dotazované. Při vyprávění jsem měla pocit, že z toho, co prožila, nemohla být v životě šťastná,

---

<sup>243</sup> Haškovcová, 2010

a ani teď nemůže spatřovat smysl života. Po přepisu rozhovoru a po konzultaci s vedoucí práce jsem díky zachyceným významům začala vnímat respondentku tak, jak o sobě vyprávěla - jako hrdou samu na sebe a spokojenou se svým životem.

U druhého výzkumného rozhovoru ze mě trochu nervozita opadla. Pro respondentku byla důležitá rodina a zaměstnání. Při rozhovoru s dalším respondentem jsem byla nadšená jeho postojem k životu. Chvillemi jsem zapomínala, že vedu výzkumný rozhovor.

Ze čtvrtého rozhovoru jsem při zpracovávání neměla dobrý pocit. Již během rozhovoru jsem cítila, že komunikace vážně. Dotazovanému jsem pokládala více otázek než u předchozích respondentů. Připadalo mi, že odpovídá heslovitě bez hlubšího zamyšlení. Možná jsem v něm nevzbudila důvěru.

Tam, kde jsem myslela, že vzpomínky dotazovaným způsobí bolest, jsem se nechtěla respondentů doptávat. Bála jsem se, že budou plakat a já se budu cítit hrozně tím, že jim bolest způsobuji. Kdybych se od tohoto pocitu odpoutala a doptávala se více, možná by rozhovory přinesly jiné výsledky.

Výzkum byl též omezen počtem šesti respondentů a mou předchozí nezkušeností s vedením výzkumného rozhovoru.

Tento výzkum se může stát inspirací pro další studie či pro praxi všech, kdo zajišťují pomoc a podporu seniorům. Inspirací pro rodiny a zdravotně sociální služby mohou být představené příběhy respondentů, kteří žijí v domácím prostředí. Jak již bylo řečeno, pokud senioři mají možnost využít podporu rodiny a služeb, nemusí žít v instituci.

Za přínos práce považuji zpochybnění stereotypu, že upoutání na lůžko je důvodem pro umístění do instituce. Další přínos pro mě spočívá v učení se vnímavosti, kterou nabízí kvalitativní výzkum: všimnout si ve vyprávění individuálních významů. Mohlo by to pomoci mladému pečujícímu personálu,

který nevnímá životní smysl seniora upoutaného na lůžko nebo ho nevnímá jako dostatečný.

Na počátku své práce, jsem se domnívala, že senior upoutaný na lůžko nemá v čem spatřovat smysl života. Respondenti mi však ukázali, že ani upoutání na lůžko nemusí být důvodem ztráty smyslu života.

## Závěr

Diplomová práce se věnuje smyslu života seniorů trvale upoutaných na lůžko žijících v domácím prostředí a v instituci.

Práci jsem rozdělila do čtyř kapitol. První dvě kapitoly jsem věnovala fenoménu smysl života a stáří. V první kapitole jsem vymezila pojem smysl života. Smyslem života jsem se zabývala z logoterapeutického pohledu především prostřednictvím V. E. Frankla. Vysvětlila jsem pojem kvalita života, životní spokojenost, osobní pohoda a štěstí.

Ve druhé kapitole jsem definovala stárnutí a stáří. Popsala jsem dvě rizika ve vnímání stáří. Charakterizovala jsem biologické, psychické, sociální a spirituální změny ve stáří. Zaměřila jsem se na definování zdraví a disability, ne/soběstačnosti, i/mobility a ne/závislosti, které s tématem diplomové práce souvisí.

Ve třetí kapitole jsem nastínila, jaké služby pro podporu bydlení v domácím prostředí a v instituci mohou využít senioři trvale upoutaní na lůžko.

Výzkumnou část diplomové práce tvoří čtvrtá kapitola. Cílem bylo zjistit, zda senioři trvale upoutaní na lůžko vnímají smysl života, a pokud ano, v čem; jaké vzorce smyslu života se objevují u seniorů trvale upoutaných na lůžko, pokud žijí v domácím prostředí a pokud žijí v instituci. Zde jsem provedla kvalitativní výzkum formou analýzy dat z polostrukturovaných rozhovorů se třemi respondenty žijícími v domácím prostředí a třemi respondenty žijícími v instituci. K dosažení cíle jsem si stanovila tři výzkumné otázky:

1. Co ve vyprávění o vlastním životě považují senioři trvale upoutaní na lůžko za důležité, cenné?
2. Jak popisují vztah k sobě, druhým a světu nyní, v minulosti a budoucnosti?
4. Jak to, čím/kým se zabývají, hodnotí? Co z toho přináší spokojenost? V čem spatřují smysl?

Popsala jsem výběr výzkumného vzorku, metodu sběru dat a výsledky analýzy dat. V diskusi jsem se pokusila o kritickou reflexi výzkumných výsledků. Popsala jsem omezení a přínosy práce.

Cílů práce bylo dosaženo. Zjistila jsem, že i senioři trvale upoutaní na lůžko mohou vnímat smysl života. Smysluplnost nacházeli výzkumní respondenti v rodině, soběstačnosti a nezávislosti, zájmové činnosti a možnosti komunikace s druhými lidmi. Při práci dobrovolnice a později pracovnice v sociálních službách v domově pro seniory jsem se setkávala s věřícími seniory. Překvapilo mě, že během výzkumu nikdo z respondentů neuvedl víru jako zdroj smysluplnosti. Ani jeden z respondentů se o víře nezmínil.

Závěrem práce bych chtěla citovat:

*„Je zbytečné se ptát, má-li život smysl či ne. Má takový smysl, jaký mu dáme.“*

Lucius Annaeus Seneca<sup>244</sup>

---

<sup>244</sup> Citáty slavných osobností, 2017

## Seznam použitých zdrojů

### Knižní zdroje a odborné články:

- ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení II. část – Sociální péče*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0197-4.
- BARTÁK, J., BECHYNĚ, M., BEK, M. a kol. *Encyklopedický slovník*. Praha: Odeon, 1993. ISBN 80-207-0438-8.
- BAŠTECKÁ, B., MACH, J. a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
- BENEŠOVÁ, J. a kol. *Velký slovník naučný: Encyklopedie Diderot*. 2. sv. Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902723-1-2.
- BLATNÝ, M. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
- BULISOVÁ, Jiřina. *Ottova všeobecná encyklopedie*. 2. sv. Praha: Ottovo nakladatelství v divizi Cesty, 2003. ISBN 80-7181-947-6.
- ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČERMÁK, J. a kol. *Velká všeobecná encyklopedie*. Praha: Euromedia Group, 2010. ISBN 978-80-86938-94-3.
- ČERMÁK, J. a kol. *Universum. Všeobecná encyklopedie*. 4. sv. Praha: Odeon, 2002. ISBN:80-207-1113-9.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DIENER, E., BISWAS-DIENER, R. *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden: Blackwell Publishing, 2008. ISBN 978-1-4051-4661-6.
- DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím, aneb Jak ho oddálit*. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86013-88-0.



- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů žijících v domově pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- DRAGOMERICKÁ, E. PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.
- ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
- FRANKL, V. E., *Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie*. Praha: Triton, 1994. ISBN 80-901601-4-X.
- FRANKL, V. E., LAPIDE, P. *Bůh a člověk hledající smysl*. Brno: Cesta, 2005. ISBN 978-80-7295-137-6.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.
- FÜRST, W., WITTRAM, A., KLÄDEN, T. *Selbst die Senioren sind nicht mehr die alten....* Münster: Lit Verlag, 2003. ISBN 3-8258-7037-5.
- HAJER-MÜLLEROVÁ, L. *Klinická gerontologie-geriatrie*. Ústí nad Labem: PF UJEP. ISBN 80-7044-536-X.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub Columbus, 1997. ISBN 80-85928-97-3.

- HNILICOVÁ, H. (2005): *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. V: PAYNE J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Triton: Praha. 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- HÖFFE, O. *Ethik und Politik: Grundmodelle und -probleme der praktischen Philosophie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1992. ISBN 3-518-27866-5.
- CHOCHINOV H. M. Kristjanson, L. J., Breitbart, W. a kol. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. 2011. 12: 753-62. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70153-X.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické syndrom a geriatrické pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

- KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já – já a senior*. Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005. ISBN není uvedeno.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. Československá psychologie, 2003, roč. 47, č. 4, s. 333-345. ISSN 0009-062X.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M., *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KROUPOVÁ, L. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1347-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie: radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4436-0.
- LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existencionální analýza*. Brno: Cesta, 2002. ISBN 80-7295-037-1.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9.

- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.
- MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník*. 2. svazek. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, O. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MICHALÍK, J. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením – kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3643-2.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MISCONIOVÁ, B. (2011): *Domácí péče*. V: KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- MŮHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- MŮHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
- OPATRŇÝ, A. *Pastorace zvláštních skupin*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2014. Svazek 2. ISBN 978-80-7465-116-8.

- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- POLEDNÍKOVÁ, E. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Osveta: Martin, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
- PRCHLÍK, M. *Úvod do normální psychologické gerontologie: Psychologická problematika starých občanů. Část. 1*. Praha: Výzkumný ústav sociální zabezpečení, 1969. ISBN není uvedeno.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky IV. Vývoj člověka v druhé polovině života*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974. ISBN není uvedeno.
- RABAN, M. *Duchovní smysl člověka dnes: od objektivního k existenciálnímu a věčnému*. Praha: Vyšehrad, 2008. ISBN 978-80-7021-933-1.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-9.
- SEIFERT, B., BENEŠ, V., BÝMA, S. a kol. *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-934-3.
- SHEEHYOVÁ, G. *Průvodce dospělostí: šance a úskalí druhé poloviny života*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-185-1.
- SCHMEIDLER, K. a kol. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novpress, 2009. ISBN 978-80-87342-05-3.
- SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- SUCHOMELOVÁ, V. (2014): *Duchovní potřeby ve stáří*. V: ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. a kol. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.
- ŠTOLFA, I. (2011): *Všeobecný praktický lékař*. V: KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-915-3.
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
- TVAROH, F. *Všichni stárneme*. Praha: Avicenum, 1984. ISBN není uvedeno.
- VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV, 2010. ISBN 978-80-7421-021-1.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7.
- VOSTATEK, J. *Financování a nákladovost sociálních služeb: pobytové a terénní služby sociální péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
- ZIKL, P. *Terapie ve speciální pedagogice: ergoterapie, fyzioterapie, Bazální stimulace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.

### **Elektronické prameny:**

- Agentura domácí péče Ladara o.p.s. *Co je to tíšňová péče* [online]. 2011 (cit. 1. 3. 2015). URL: <http://www.ladara.eu/tisnovi-pece>.
- Asociace domácí péče České republiky. *Historie domácí zdravotní péče* [online]. 2013 (cit. 12. 12. 2014). URL: <http://www.adp-cr.cz/4811/historie-domaci-zdravotni-pece/>.
- BERGSMA, J., ENGEL, G. L. *Quality of life: does measurement help?* [online]. 1988 (cit. 15. 1. 2015). URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10291118>.
- Centrum pro komunitní práci západní Čechy. *Analýza potřeb seniorů v Plzeňském kraji z perspektivy poskytovatelů: Odlehčovací služba* [online]. 2012 (cit. 15. 10. 2015). URL: [file:///C:/Users/JAD7F9~1/AppData/Local/Temp/analiza\\_odlehcovaci\\_sl\\_fin.pdf](file:///C:/Users/JAD7F9~1/AppData/Local/Temp/analiza_odlehcovaci_sl_fin.pdf).
- Citáty slavných osobností. *Citáty na téma smysl*. [online]. 2017 (cit. 8. 6. 2017). URL: <http://citaty.net/klicova-slova/smysl/>.
- Česká asociace ergoterapeutů. *Co je ergoterapie* [online]. 2015 (cit. 7. 3. 2016). URL: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageHierarchyID=38&PageIndex=1&PageID=1&node=30&ParentPageID=38>.
- Česká asociace ergoterapeutů. *Ergoterapie a její cíle* [online]. 2016 (cit. 7. 3. 2016). URL: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.
- Česká asociace ergoterapeutů. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. 2008 (cit. 7. 3. 2016). URL: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.
- Český statistický úřad 2013a. *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. 2013 (cit. 27. 9. 2014). URL: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/A6003061EE/\\$File/402013u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/A6003061EE/$File/402013u.pdf).



- Český statistický úřad 2013b. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob 2013* [online]. 2013c (cit. 26. 9. 2014). URL: <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/260006-14>.
- Fakultní nemocnice Olomouc. *Oddělení geriatry* [online]. 2016 (cit. 9. 3. 2016) URL: [http://www.fnol.cz/oddeleni-geriatrie\\_30.html](http://www.fnol.cz/oddeleni-geriatrie_30.html).
- Charita Zábřeh. *Odlehčovací služba* [online]. 2012 (cit. 7. 7. 2013). URL: [http://www.zabreh.caritas.cz/cs/cinnost/odlehsl.php?menu=nase\\_cinnost](http://www.zabreh.caritas.cz/cs/cinnost/odlehsl.php?menu=nase_cinnost).
- JAROŠEVSKÁ, E. *Změna způsobu řízení sociálních pobytových služeb jako nástroj jejich deinstitucionalizace* [online]. 2012 (cit. 29. 9. 2013). URL: <http://aosp.upce.cz/article/download/138/99>.
- KOUBÍK, R. *Léčebná rehabilitace a fyzioterapie v České republice*. [online]. 2014 (cit. 10. 3. 2016). URL: <http://medicina.ronnie.cz/c-20015-lecebna-rehabilitace-a-fyzioterapie-v-ceske-republice.html>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí 2010a. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2010 (cit. 7. 7. 2013). URL: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1298650139467\\_82m](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1298650139467_82m).
- Ministerstvo práce a sociálních věcí 2010b. *Doplňkové systémy – penzijní připojištění se státním příspěvkem* [online]. 2010 (cit. 25. 11. 2014). URL: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8905/Priloha\\_8.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8905/Priloha_8.pdf).
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *OECD: Státy by měly prodloužit věk odchodu do důchodu* [online]. 2011 (cit. 25. 11. 2014). URL: <http://www.mpsv.cz/cs/10552>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Penzijní připojištění má v Česku přes pět miliónů lidí* [online]. 2013 (cit. 25. 11. 2014). URL: <http://www.mpsv.cz/cs/14689>.

- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Rozvoj tíšňové péče* [online]. 2014 (cit. 12. 1. 2015). URL: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/19594/NPTP.pdf>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Starobní důchody* [online]. 2016 (cit. 13. 1. 2016). URL: <http://www.mpsv.cz/cs/618>.
- Národní centrum domácí péče České republiky. *Systém domácí péče - informace pro klienty* [online]. 2006 (cit. 27. 12. 2014). URL: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>.
- Oblastní charita Červený Kostelec. *Ošetřovatelská služba – poskytované služby* [online]. 2012 (cit. 27. 12. 2014). URL: <http://osetrovatelky.ochck.cz/poskytovane-sluzby-CHOS.html>.
- Osobní asistence: příručka postupů a rad pro klienty. *Informace o péči o občany se zdravotním postižením* [online]. 1997 (cit. 12. 2. 2015). URL: [http://aa.ecn.cz/img\\_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/osobniasistence.pdf](http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/osobniasistence.pdf).
- Průvodce sociálními službami pro seniory. *Délka pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných* [online]. 2010 (cit. 16. 9. 2015). URL: <http://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/radylimit90.html>.
- Středisko sociálních služeb Praha 1. *Systém tíšňové péče* [online]. 2010 (cit. 12. 3. 2016). URL: <http://www.socialnisluzby-praha1.cz/system-tisnove-pece>.
- UNIFY. *Koncepce oboru fyzioterapie: Klasifikace a náplň oboru fyzioterapie* [online]. 2005 (cit. 25. 3. 2016). URL: <http://www.unify-cr.cz/koncepce/koncepce-oboru-fyzioterapie.html>.
- VANÍČKOVÁ K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR* [online]. 2002 (cit. 22. 3. 2016). URL: <http://granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=655>.

- VEENHOVEN R. *The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life* [online]. 2000 (cit. 15. 1. 2015). URL:<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2000c-full.pdf>.
- World Health Organization. *Definition of an older or elderly person* [online]. Nedat. (cit. 18. 9. 2014). URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- World health organization. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Základy [online]. 2001 (cit. 26. 4. 2014). URL: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace\\_funkcnich\\_schopnosti\\_disability\\_zdravi.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_zdravi.pdf).
- World health organization. *WHOQOL Measuring Quality of Life* [online]. 1997 (cit. 15. 1. 2015). URL: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- Zdravotnictví a medicína. *Definice a cíl domácí péče* [online]. 2002 (cit. 22. 9. 2015). URL: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/definice-a-cil-domaci-pece-143021>.
- Život Hradec Králové. *Jak služba pomáhá* [online]. 2015 (cit. 22. 9. 2015). URL: <http://zivothk.cz/tisnova-pece/jak-sluzba-pomaha/>.
- ŽIVOT 90. *Tisňová péče* [online]. 2013 (cit. 15. 2. 2016). URL: <http://www.zivot90.cz/201-tisnova-pece>.

### **Zákony:**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s respondentem R1.....	1
Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s respondentem R2.....	12
Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s respondentem R3.....	24
Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s respondentem R4.....	38
Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s respondentem R5.....	47
Příloha č. 6: Přepis rozhovoru s respondentem R6.....	54
Příloha č. 7: Významové kategorie.....	64
Příloha č. 8: Oslovující email.....	87
Příloha č. 9: Informační list a informovaný souhlas.....	88
Příloha č. 10: Úplné znění otázek.....	96