



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Vliv sociální opory seniora
na rozhodování při jeho všedních
činnostech

Vypracovala: Bc. et Bc. Milada Červenková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato diplomová práce s názvem „Vliv sociální opory seniora na rozhodování při jeho všedních činnostech“ je rozčleněná na dvě hlavní části. První shrnuje dosavadní teoretické poznatky o problematice stáří a jeho sociálního pozadí, konkrétně sociální opory. K sepsání byly využity dostupné tuzemské i světové literární zdroje. Druhý oddíl se zabývá cílem výzkumu, metodikou získávání a zpracování dat, samotným vyhodnocením výstupních informací a diskuzí nad zjištěnými výsledky.

Teoretická část v přehledně seřazených kapitolách postupně rozkrývá témata týkající se stáří a sociální opory. Popisuje členění stařeckého věku dle různých aspektů, změny seniorů po stránce psychické, fyzické a sociální, problematiku křehkosti a rizik potenciálně možných ve stáří. Důkladně jsou sepsány sociálně-psychologické jevy a postoje v životě seniora, možnosti vzájemné komunikace seniora s rodinou a dalšími různými skupinami lidí, jeho vztahy a vazby na okolí. Dále teoretická část definuje běžné denní činnosti, jejich druhy a možnosti hodnocení jejich zvládnutí a konečně také nabídku sociálních služeb, které lze uskutečňovat v domácím prostředí seniora. Kapitola „Sociální opora“ se zabývá vymezením tohoto pojmu řadou autorů, rozdělením dle různých kritérií a dále také zdroji sociální opory.

V empirické části je formulován cíl této diplomové práce, kterým bylo zjistit, jaký vliv má sociální opora seniora žijícího v domácím prostředí na jeho rozhodování ve všedních činnostech. S přihlédnutím k tomuto cíli byla stanovena hlavní výzkumná otázka: „Přeje si senior rozhodovat se samostatně ve svých všedních činnostech?“ a další tři dílčí výzkumné otázky: 1. „Co seniora ovlivňuje při zvládnutí základních každodenních činností?“, 2. „Jak na seniora působí okolí při rozhodování v instrumentálních denních činnostech?“, 3. „Jak senioři vnímají zájem o svoji osobu?“

Před realizací vlastního kvalitativního výzkumu byla zpracována metodická strategie pomocí techniky snowball a kvótového záměrného výběru. Kvótou pro výběr vhodných komunikačních partnerů k tomuto výzkumu byl věk nad 65 let, trvalý pobyt na území kraje Vysočina v domácím prostředí sdíleném s další generací vícečlenné rodiny. Potřebná data byla získávána polostrukturovaným rozhovorem. Výzkumný soubor tvořili tři muži a šest žen ve věku od 68 (let) do 93 let.

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a poté doslovně přepsány. Vyhodnocení vzhledem k dílčím výzkumným otázkám bylo provedeno pomocí metody trsů a tabulkově zpřehledněno. V části zabývající se metodikou výzkumu je také uvedena základní charakteristika výzkumného souboru.

Dle odpovědí komunikačních partnerů na první výzkumnou otázku (Co seniora ovlivňuje při zvládnání základních každodenních činností?) vyplynulo, že samostatnost a soběstačnost seniora vede ke zvládnání každodenních činností dle jeho schopností a zvyklostí. Zdravotní obtíže naopak vyvolávají pocit závislosti na pomoci jeho okolí.

Vyhodnocení odpovědí respondentů na druhou dílčí výzkumnou otázku (Jak na seniora působí okolí při rozhodování v instrumentálních denních činnostech?) ukázalo, že jsou senioři, stejně jako u předchozí otázky, ovlivňováni svým aktuálním zdravotním stavem.

Z odpovědí na poslední dílčí výzkumnou otázku (Jak senioři vnímají zájem o svoji osobu?) byl stanoven závěr, že komunikační partneři sdílejí starosti se svými nejbližšími (nejčastěji byl uváděn partner, děti a vnoučata), což vede k pocitu sounáležitosti a plnohodnotnosti jejich života. Současně jim tito blízcí přinášejí pocit jistoty a pomoci v případě závislosti na druhé osobě z důvodů omezení způsobených zdravotním stavem. I zde však komunikace s těmito osobami bývá omezena či znesnadněna různými chorobnými procesy.

Ze všech uvedených reakcí komunikačních partnerů na zmíněné výzkumné otázky se ukázalo, že jednou z nejvíce omezujících zdravotních komplikací je onemocnění pohybového aparátu.

V kapitole Diskuse jsou pak srovnávána a diskutována získaná data z výzkumu této práce s tuzemskými a zahraničními poznatky zabývajícími se též tématy stáří a sociální opory.

Klíčová slova: senior, změny ve stáří, sociálně-psychologické jevy ve stáří, sociální opora, aktivity všedního života

Abstract

This diploma work called “Influence of the social support of an elderly person on making their decisions during their routine activities” is split into two main parts. The first part summarizes existing theoretical information about the problems of old age and its social background, specifically social support. Available home and foreign literary sources were used for composing this part. The second part deals with the aim of research, methodology of obtaining and processing of data, evaluating of output information and discussion about results found.

The theoretical part, split into tabular chapters, gradually uncovers the topics related with the old age and social support. It describes segmentation of the old age according to various aspects, changes of the elderly persons in physical, psychical and social aspects, problems of “Elderly fragility” and potential risks in old age. Socially-psychological phenomena and attitudes in life of an elderly person, possibility of mutual communication between an elderly person and his family and various people groups, their dependency and relationships with the neighbourhood are described here in details. The theoretical part defines common daily routines, which are possible to realize in home environment of an elderly person. The chapter “Social support” deals with defining of this concept by many authors, separation of this concept according to various criteria and sources of social support.

The point of this diploma work is formulated within the empirical part; its purpose was to find out how social support can influence a home living of elderly person and their decisions. With this point in mind, the main research question was given: “Does an elderly person wish to decide in their everyday activities independently?” and there are next three partial research questions: 1. What influences an elderly person during their everyday activities?, 2. How is an elderly person influenced by their vicinity during taking decisions in their instrumental everyday activities? 3. How do elderly persons perceive an interest in them?

Before the implementation of qualitative research itself, a methodical strategy using Snowball and Quota sample method was made. The Quota for the selection of suitable communication partners for this research was: Age over 65, permanent living in the area

of Vysočina region in home environment shared with another generation of extended family. Required data were obtained with semi-structured dialogue. The research group consisted of three men and six women in age from 68 to 93.

The dialogues were recorded on Dictaphone and then a verbatim transcription was made. The evaluation considering the partial research questions was made with the Qualitative research method and given to the chart. In the part, which describes the methods of research, a basic characteristic of the research group is mentioned.

According to the answers of communication partners to the first research question (What does influence an elderly person during their everyday activities?) the research showed that self-sufficiency of an elderly person leads to handling of everyday activities according to his/her abilities and habits. Medical problems, in reverse, provoke feelings of dependency on the help of other people.

Evaluation of the answers of the respondents to the second partial question (How is an elderly person influenced by his vicinity during taking decisions in their instrumental everyday activities?) showed, that the elderly persons are – as well as in the previous case – influenced by their actual health state.

From the answers to the last partial research question (How do elderly persons perceive an interest in them?), the conclusion was made that communication partners share their worries with their closest family (their partner, children and grandchildren were mentioned most frequently); this leads to the feeling of solidarity and full life. Besides, these closest people bring them feeling of security and help in case of dependency on second person because of their limitation caused by their health state.

Even here, the communication with these people can be limited or made difficult because of various diseases. From all reactions of the communicate partners to the mentioned research questions showed, that disease of the musculoskeletal system belongs to one of the most limiting health complications.

In the chapter called “Discussion”, the data gathered from the research of this work with the local and foreign findings dealing with the same topics of elderly and social support are compared and discussed.

Keywords: an elderly person, changes in elderly, social-psychological phenomena in elderly, social support, everyday activities

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 18. 5. 2015

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji své vedoucí diplomové práce Mgr. Dagmar Dvořáčkové, Ph.D. za laskavé vedení, cenné rady, připomínky a odbornou pomoc při psaní této práce. Poděkování patří také mým nejbližším, již mě během celého studia podporovali.

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Problematika stárnutí a sociální opora seniora.....	13
2.1	Vymezení a periodicita stáří	13
2.2	Změny ve stáří	14
2.2.1	Psychické změny	14
2.2.2	Fyzické změny	15
2.2.3	Sociální změny	16
2.3	Křehkost a rizikovost seniora	17
2.4	Sociálně-psychologické jevy a postoje v životě seniora.....	18
2.4.1	Potřeba autonomie	18
2.4.2	Důstojnost.....	19
2.4.3	Změny v hodnotovém systému seniora	20
2.4.4	Samota a osamělost ve stáří.....	20
2.4.5	Izolovanost	21
2.4.6	Ztráta soběstačnosti	22
2.4.7	Kriminalita a domácí násilí u seniorů.....	23
2.4.8	Vliv masmédií na seniora	23
2.5	Komunikace se seniory	25
2.6	Sociální opora	25
2.6.1	Druhy sociální opory	29
2.6.2	Zdroje sociální opory.....	30
2.7	Citové vztahy ve stáří	31
2.7.1	Mezilidské vztahy.....	32
2.7.2	Senioři a rodina.....	32
2.7.3	Mezigenerační vztahy a soudržnost.....	34
2.8	Aktivity všedního života (activities of daily living – ADL).....	35
2.8.1	Rozdělení aktivit všedního denního života.....	36
2.8.2	Hodnocení ADL	37

2.8.3	Hodnocení náročnosti a bezpečnosti domácího prostředí	37
2.8.4	Hodnocení sociálního prostředí a sociálních souvislostí.....	38
2.8.5	Sociální faktory prostředí	39
2.8.6	Vliv prostředí na výkon činnosti	39
2.9	Sociální služby pro seniory poskytované v domácím prostředí	39
2.9.1	Sociální poradenství	40
2.9.2	Osobní asistence	40
2.9.3	Pečovatelská služba	41
2.9.4	Odlehčovací služby	41
2.9.5	Tísňová péče	41
2.9.6	Průvodcovské a předčitatelské služby	41
3	Cíl práce	43
3.1	Hlavní výzkumná otázka	43
3.2	Dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizace.....	43
4	Metodický postup.....	44
4.1.1	Popis výzkumného nástroje.....	44
4.1.2	Popis a výběr výzkumného souboru.....	45
4.2	Harmonogram výzkumu	46
4.2.1	Předvýzkum.....	47
4.2.2	Analýza získaných dat.....	47
5	Vyhodnocení výsledků a jejich interpretace	48
6	Diskuse.....	65
7	Závěr	73
8	Seznam použitých zdrojů	77
9	Přílohy.....	85
9.1	Seznam příloh	85

1 Úvod

Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.

N. Krause

Stárnutí a stáří se týká každého z nás, našich blízkých, každého jedince. Je zřejmé, že za kvalitu života ve stáří a jeho smysl zodpovídá ve velké míře stárnoucí jedinec sám. Významnou roli však hraje i podpora rodiny, blízkého okolí, a v neposlední řadě nabídka a dostupnost poskytované péče. A zde se nabízí otázka, zda v kontextu překotných změn v současné společnosti nedojde k redukci péče pouze na uspokojování základních životních potřeb za současné ztráty individuality seniorů, jejich důstojnosti a naplněného stáří.¹

Téma této diplomové práce s názvem „Vliv sociální opory seniora na rozhodování při jeho všedních činnostech“ jsem zvolila z několika důvodů. Jedním z nich je aktualita tématu stáří vzhledem ke stárnutí populace, prodlužování věku obyvatel a otázky související se zabezpečováním péče a nutnosti sociální opory pro seniory. Dalším důvodem je i můj osobní postoj ke stáří a vztahu ke starším členům rodiny. Žiji ve vícegenerační a vícečlenné rodině a uvědomuji si, že i mne samotné se týká péče o své rodiče a sama jim tvořím a budu tvořit určitou psychickou a sociální oporu a podporu. V neposlední řadě je motivem k vytvoření této práce má profese. Pracovala jsem a stále pracuji ve zdravotnických a sociálních zařízeních zaměřených na péči o seniory a setkávám se s mnoha inspirujícími příběhy seniorů a jejich rodin, ale též s hořkostí a lítostí nad osudy lidí, o něž se nemá kdo postarat, a sami nejsou dostatečně informovaní o možnostech sociální opory.

Tato diplomová práce obsahuje dvě hlavní části – teoretickou a empirickou. V teoretické části je charakterizováno stáří z hlediska jeho časového členění a změn psychických, fyzických a sociálních, které jej provází. Dále obsahuje úvod k tématu křehkosti a rizikovosti seniora, sociálně psychologickým jevům a postojům seniora

¹ ONDRUŠOVÁ, J. Smysl života ve stáří. *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, roč. 7, č. 11, s. 3.

a možnosti jeho komunikace s okolím. Zabývám se zde citovými vztahy ve stáří, sociální oporou a sociálními službami poskytovanými v domácím prostředí a aktivitami všedního života.

Empirická část pak popisuje kvalitativní výzkum, jeho cíl, metodiku a harmonogram, charakteristiku zkoumaného souboru, výzkumné otázky hlavní a dílčí. Přehledně ukazuje odpovědi komunikačních partnerů ve formě tabulek i psaného textu na výzkumné otázky a jejich analýzu. V diskusi pak porovnávám výzkumné práce jiných autorů s výsledky této práce. V závěru se lze dočíst shrnutí faktů plynoucích z mého výzkumu a návrh na zlepšení v otázkách témat blízkých mé práci.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA SOUVISEJÍCÍ S VYMEZENÍM POJMU SOCIÁLNÍ OPORA

2 Problematika stárnutí a sociální opora seniora

Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu. Jeho průběh je nazýván životem. Délka života je geneticky determinovaná a je specifická pro každý živočišný druh. Pohybuje se v rozmezí několika hodin až po desítky let.²

Sociální oporu definuje Baštecká jako důležitý pilíř duševního a tělesného zdraví, který zvyšuje odolnost v zátěžových životních situacích a dává jednotlivci sílu přežít životní prohry a krize.³

2.1 Vymezení a periodicita stáří

Stáří je označení pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních, morfologických a funkčních změn, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou. Vymezení periodicity stáří je obtížné. Tradičně se rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální.⁴

Biologické stáří je dáno dosažením určité míry involučních změn. Dochází k poklesu potenciálu zdraví, tj. vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti a adaptability. Jde o souhrn nevratných biologických změn a genových expresí, predikujících zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, až ke smrti. Popřípadě lze hovořit i o maximálním čase zbývajícím do přirozené smrti u daného člověka.⁵

Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku, které vychází z empirie obvyklého, průměrného průběhu života a biologického stárnutí. Je snadno a jednoznačně stanovitelné a vyhovuje demografickým a jiným potřebám. Dnes je za počátek stáří považován věk 65 let. O vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který se

² TOPINKOVÁ, E. a J. NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, 1995. s. 17.

³ BAŠTECKÁ, B., et al. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 83.

⁴ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 47.

⁵ ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 25

jeví jako uzlový ontogenetický bod. Neugartenová v 60. letech minulého století navrhla pro členění pojmy „mladí senioři“ pro věk 55–74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let. Z jejího pojetí je odvozeno orientační členění stáří na *mladí senioři* pro věk 65–74 let, *staří senioři* pro věk 75–84 a *velmi staří senioři* pro věk 85 a více let.⁶

Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, tj. změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, mezi něž patří pokles životní úrovně, penzionování, nezaměstnanost, ovdovění, odchod dětí z orientační rodiny, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role penzisty a starého člověka a jiné.⁷

Populace současných seniorů je velmi heterogenní. Zahrnuje nejen jedince zdravé, aktivní, tvořivé, žijící v rodině a v kontaktu s přáteli. Ale také ty, kteří postupně přicházejí o své zdraví, sílu, soběstačnost, životní role a nejbližší milé osoby.⁸

2.2 Změny ve stáří

2.2.1 Psychické změny

Stárnutí je obecně spojeno s poklesem kognitivního výkonu. Existují interindividuální časové rozdíly v klinicky zjevném projevu funkčního poklesu. K nejčastěji porušeným kognitivním funkcím patří paměť, orientace v čase a v prostoru, plánování, chápání souvislostí, řečové funkce, praktické dovednosti.⁹

Ke změnám dochází také v oblasti osobnosti. Do popředí se dostávají zejména negativní vlastnosti a rysy povahy. Úbytek řady duševních funkcí je podmíněn přirozenými změnami na úrovni biologické. Pokles nastává pozvolna, v některých oblastech už ve středním věku dospělosti (tj. do 45 let).¹⁰

S přibývajícím věkem se snižuje výkonnost smyslů, zvláště zrakového a sluchového. Po 60. roce věku dochází asi u 90 % osob ke zhoršení zrakové percepce a u téměř 30 % dochází k výraznému zhoršení sluchu. To vede k omezení nejen

⁶ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 47.

⁷ ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 26.

⁸ ONDRUŠOVÁ, J. Smysl života ve stáří. *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, roč. 7, č. 11, s. 3.

⁹ GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA, et al. *Psychologické aspekty změn v České společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 86.

¹⁰ DVORÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 12–13.

v pracovní činnosti, ale i ve volnočasových aktivitách, např. ve čtení či poslechu hudby. Zároveň dochází k narušení komunikace s ostatními lidmi, což může být provázeno podezíravostí, nejistotou, úzkostí nebo hněvivostí. Zhoršení zrakového a sluchového vnímání vede ke zvýšení rizika úrazu, především pokud člověk nepřizpůsobuje činnost svým aktuálním možnostem. Kompenzace poruchy pomocí brýlí, sluchadla či jiné pomůcky může znamenat velkou pomoc nejen v osobním životě, ale i ve společenském zařazení seniora.¹¹

Citové prožívání je ve stáří méně bezprostřední a mění se i intenzita emocí. Ty jsou labilnější, senior např. snadno podléhá dojetí. Zároveň se může více stahovat do sebe, svého vnitřního světa a více se soustředit na vlastní problémy. To může vést k přecitlivělosti až k hypochondrii. Současně dochází ke zhoršení adaptace a rozhodování. Změny v citovém prožívání, zhoršení smyslových funkcí a komunikačních schopností mohou vést k pocitům osamělosti, méněcennosti a zbytečnosti.¹²

2.2.2 Fyzické změny

Během stárnutí dochází v lidském organismu k řadě biologických změn, jež lze charakterizovat jako zpomalení a oslabení řady regulačních funkcí, omezení rezerv, změny imunitních mechanismů, snížení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži, zpomalení psychomotoriky, změny citlivosti receptorů a úbytek motoneuronů, zhoršení smyslového vnímání, pokles celkové tělesné vody, úbytek kostní hmoty, zmnožení tuku, involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů, snížení průtoku krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny), omezení kapacity a rychlosti energeticky náročných metabolických dějů.¹³

Dále je patrný úbytek tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a ochabnutí svalové síly a přibývajících nesnadnost udržovat chemicko-fyzikální rovnováhu organismu. Objevuje

¹¹ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 204.

¹² MINIBERGEROVÁ, L. a J. DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. s. 9.

¹³ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 33.

se nestabilita krevního tlaku, snížení látkové výměny, zpomalení regulačních procesů organismu a častější nedostatek rezervních sil.¹⁴

Změny psychomotorického tempa vedou ke zpomalení pohybů zejména při chůzi a prodloužení doby ke zvládnání běžných činností.¹⁵

Venglářová k výše zmíněným projevům navíc uvádí fyziologické změny v chování seniora. Mezi ně zahrnuje narušení spánkového rytmu, tzv. spánkovou inverzi, projevu- jící se pospáváním během dne a nespavostí v noci. Dále k výše uvedeným přidružuje snížení chutě k jídlu a pocitu žízně způsobující malnutrici a dehydrataci a dále poruchy koncentrace, jež mohou vést k nedorozumění s okolím.¹⁶

2.2.3 Sociální změny

Sociální struktura každé společnosti je vždy spojena se společenskými vztahy. Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění, tak jako role a statut seniora. Moderní společnost vede člověka k nezávislosti. V momentě, kdy člověk odchází do důchodu, však ztrácí svoji roli a stává se závislým.¹⁷

Většina změn v oblasti psychiky vede k problémům v oblasti komunikace a zároveň přímo ovlivňuje sebehodnocení starého člověka. Jednou z nejčastějších příčin zhoršení komunikace se seniorem z psychologického hlediska bývá stereotypizace a ulpívání na zažitých mechanismech řešení nově vzniklé situace, nechuť a obtížnost naučit se něčemu novému, pokles aktivizačních schopností, úbytek paměťových kompetencí, nepřiměřenost reakcí na běžné podněty, somatizace osobních problémů, negativismus, citová labilita či nadměrná úzkost.¹⁸

Odchod do důchodu představuje významnou změnu v životě každého člověka. Ze sociologických šetření vyplývá, že fyzická aktivita lidí se po přechodu do důchodu snižuje. Určitou negativní roli zde hrají i sociální bariéry, neboť vyvolávají u některých lidí

¹⁴ GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA, et al. *Psychologické aspekty změn v České společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 85.

¹⁵ KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 24.

¹⁶ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 16.

¹⁷ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 13–14.

¹⁸ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 37.

ostych se aktivně účastnit pohybových činností.¹⁹ Zároveň dochází ke změně v oblasti prožívání, vnímání i chování. Z počátku se objevuje radost nad uvolněním z každodenních povinností. Ta je ale brzy vystřídaná obavou o naplnění získaného času. Pro snazší adaptaci na tyto změny je potřebné se na tuto situaci připravovat ještě v produktivním věku a vytvořit si vhodné zájmy a volnočasové aktivity.²⁰

2.3 Křehkost a rizikovost seniora

Strawbrindge jako křehkost označuje problémy a obtíže alespoň ve dvou ze čtyř oblastí – tělesné, kognitivní, sensorické a nutriční. Imuta na základě vyšetření 2000 japonských respondentů, žijících v domácím prostředí, zdůrazňuje psychosociální aspekty křehkosti, kterou chápe jako prekursor disability. Konstatuje např. vyšší emoční závislost na jiné osobě, klesající sebehodnocení, špatné subjektivní hodnocení vlastního zdraví a horší funkční zdatnost, než vykazují nezávislí senioři. K dlouhodobým prediktorům stařecké křehkosti ze středního života zařadil pohybovou inaktivitu, sociální izolaci, depresi, špatný subjektivní pocit vlastního zdraví, chronické zdravotní stesky či závislost.²¹ Matějovská označuje jako křehkost souběh chorob nemocného s obecnými projevy stárnutí. Obecně jde o označení nemocného s málo odolným organismem náchylným na časté dekompenzace a řetězení komplikací.²² Gobbens ji chápe jako věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu) s kumulací funkčně závažných deficitů a změn, zvláště mentálních (apatie), pohybových (hypomobilita, instabilita, sarkopenie) a nutričních (anorexie, hubnutí). Křehkost je obecně vnímána jako kontinuum zdravotního a funkčního stavu, jež je opakem vitality.²³ Koncept geriatrické křehkosti je myšlenkově velmi významný, neboť překonává orientaci na choroby. Nabízí odpověď na otázku, kam zařadit a jak pojmenovat přibýva-

¹⁹ VALEŠOVÁ, M. a J. VALEŠ. Využití kinezioterapie v domácí péči. *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, roč. 7, č. 4, s. 199.

²⁰ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Úspěšné stárnutí – užitečné rady na cestě ke stáří*. In: Sborník V. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 2008. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2008, s. 116.

²¹ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 124–125.

²² MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. Specifika komplexního přístupu k nemocnému vyššího věku – multimorbidní senior. *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen, 2013, roč. 10, č. 6, s. 245.

²³ GOBBENS, R. J., et al. Frail elderly. Identification of a population at risk. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2007, roč. 38, č. 2, s. 69.

jící závažné obtíže a funkční deficit starého člověka, který progresivně chřadne, aniž by byla zřejmá příčina choroby.²⁴

2.4 Sociálně-psychologické jevy a postoje v životě seniora

Dle materiálů OSN patří mezi nezbytné známky přijatelného stáří několik zásadních prožitků. Mezi ně se řadí autonomie, důstojnost, seberealizace přinášející pocit smysluplnosti (ve smyslu podílení se na něčem užitečném pro druhé) a slušné materiální zabezpečení.²⁵

2.4.1 Potřeba autonomie

Scott definuje autonomii jako schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ. To zahrnuje schopnost řídit svůj vlastní život, dělat vlastní rozhodnutí, porozumět své vlastní situaci, tvořit a realizovat plány²⁶. Pichaud uvádí, že autonomie je schopnost vést život podle vlastních pravidel. Být autonomní znamená zůstat pánem svého chování a způsobu života. Autonomii řadí mezi základní lidské potřeby.²⁷ Termín autonomie v sobě zahrnuje nezávislost, svobodu, sebeurčení či kontrolu rozhodování. Je považována za významnou životní hodnotu, jež však ve stáří získává zcela jiný rozměr. Dochází k určité závislosti seniora na svém okolí.²⁸

Sýkorová uvádí, že autonomie z pohledu samotného seniora znamená především fyzickou soběstačnost. Velký význam přitom přisuzují zdraví. Finanční prostředky pro ně představují nástroj ke svobodě. Velký význam také přikládají samostatnosti v názorech, rozhodování a jednání. Autonomii současně chápou jako svobodu od určitých povinností a od nežádoucích sociálních kontaktů. Osobní autonomií rozumějí nebýt závislý na druhých, čímž odmítají být „břemenem“ pro druhé.²⁹

²⁴ KALVACH, Z. a I. HOLMEROVÁ. Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén. *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008, roč. 5, č. 2, s. 66.

²⁵ NOVÁK, T. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada Publishing, 2014. s. 16.

²⁶ SCOTT, A., et al. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European Countries. *Nursing Ethics*, Thousand Oaks: SAGE, 2003, roč. 10, č. 1, s. 29.

²⁷ PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. s. 44.

²⁸ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 47.

²⁹ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. s. 95–96.

Proces stárnutí, zvýšený výskyt chronických nemocí, sociální změny a změny prostředí mohou ovlivnit autonomii starého člověka.³⁰ Také Kalvach uvádí, že k obecným jevům, provázejícím pobyt seniora v ústavní péči, patří adaptační zátěž a v případě režimových zařízení také negativní důsledky ztráty sociální role, perspektivy či autonomie. Deficit prostředí je ve stáří závažný stresor. Ztráta autonomie zahrnuje úbytek svobodného rozhodování o sobě samém např. při podřízení režimu daného zařízení, ale i ztrátu soukromí a nerespektování teritoriality např. při vstupování personálu. Deficit životní perspektivy a změna sebehodnocení vede ke ztrátě identity. Úbytek autentických hlubších kontaktů postihuje klienty bez zázemí ve vlastní rodině. V rodině ale i v osamělosti se osobnost stárnoucího člověka přirozeně zvýrazňuje a dozrává. Ohrožení či ztráta autonomie představuje obdobný stresor.³¹ Autonomie a závislost na pomoci druhých se však nevyklučuje. Senior může být fyzicky závislý a zároveň zcela autonomní. Autonomie není protikladem nesoběstačnosti. Nezávislost může být zachována, pokud je senior aktivně zapojován do činnosti a je mu nabízena možnost volby.³²

2.4.2 Důstojnost

Důstojnost je považována za základní hodnotu lidské existence. Většina lidí ji pokládá za nejvyšší hodnotu související se zdravím, podmíněnou kvalitou života, zdravotním postižením, poskytováním zdravotnických a sociálních služeb a dlouhodobé péče.³³ Důstojnost neexistuje sama o sobě, ale vyskytuje se skrze vztahy.³⁴ Na Evropské konferenci o důstojnosti a ohroženosti starých lidí se odborníci shodli na tom, že důstojnost seniora je dokonce nadřazena autonomii.³⁵ Šabatová (ochránkyně lidských práv) uvádí, že respekt k lidské důstojnosti musí být v činech, ale začíná už na úrovni slov a myšlení.³⁶

³⁰ BUŽGOVÁ, R. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2007, roč. 9, č. 1, s. 67. [online]. [cit. 2014-12-5]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327100914548884.pdf>

³¹ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 495–497.

³² BUŽGOVÁ, R. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2007, roč. 9, č. 1, s. 67. [online]. [cit. 2014-12-5]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327100914548884.pdf>

³³ KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 52.

³⁴ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 78.

³⁵ KALVACH, Z. *Evropská konference o důstojnosti a ohroženosti starých lidí*. [online]. [cit. 2014-11-02].

<http://www.umirani.cz/detail-clanek/evropska-konference-o-dustojnosti-a-ohrozenosti-starsich-lidi.html>

³⁶ KAŠPÁREK, Z. Respekt k lidské důstojnosti začíná na úrovni slov a myšlení. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR, 2014, č.5, s. 20

Pojetí a definice důstojnosti je nejednotná. Multicentrický výzkumný projekt Evropské komise Důstojnost a starší Evropané z roku 2003 vymezuje čtyři formy důstojnosti. *Důstojnost zásluh*, jež souvisí se zastávanou funkcí, postavením podmíněným důstojností. *Důstojnost mravní síly*, která je podmíněna mravní integritou, souladem s mravními zásadami. *Důstojnost osobní identity* související s dlouhodobou, celoživotní identitou jedince. *Důstojnost lidské bytosti*, jež je označována jako nezcizitelná, nepozbyitelná důstojnost vážící se k obecnému lidstvu a k jeho nadosobním hodnotám.³⁷

Picca de Mirandoly a Anny-Mette Lebech pokládají za základ lidské důstojnosti schopnost být tvůrcem sám sebe, dávat světu smysl, autonomně si stanovit vlastní pravidla, vést svůj život podle vlastních představ. Bránění člověku v jeho sebevyjádření, v jeho volbách, ve vnučování jemu cizích pravidel, můžeme považovat za společný problém narušující lidskou důstojnost.³⁸

2.4.3 Změny v hodnotovém systému seniora

Mezi základní medicínské geriatrické potřeby patří ochrana důstojnosti, svébytnosti a podpora sebehodnocení, akceptace sociální ohroženosti seniorů, prevence věkové diskriminace – ageismu, prevence geriatrických komplikací a včasná diagnostika, důsledná individualizace, znalost atypičnosti klinické symptomatologie ve stáří, respektování rychlé vyčerpanosti funkčních rezerv, zohlednění limitací v komunikaci a akceptace omezené schopnosti adaptace.³⁹

2.4.4 Samota a osamělost ve stáří

Člověk je společenský tvor a pro svůj život potřebuje kontakt s okolím a komunikaci. Sociální gerontologie se zabývá otázkou statisticky nejvýznamnějšího fenoménu osamělých (ovdovělých) žen, jež se průměrně dožívají vyššího věku. Nicméně kvalitativně výrazněji bývá poznamenána populace vdovců odchodem partnerky. Ti se včas či vůbec nedokážou vyrovnat se stávající situací (reálnou samotou) a vlivem stárnutí rapidně

³⁷ KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 53.

³⁸ HEŘMANOVÁ, J., et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 81.

³⁹ KALVACH, Z. K pojetí geriatrické medicíny a diferencované geriatrické péče. *Časopis lékařů českých*. 2001, roč. 140, č. 22, s. 680.

chřadnou, ztrácejí obranné mechanismy, často onemocní a nemají zájem o uzdravení. Zanedbávají svůj zevnějšek, hygienu, domácnost nebo se stáhnou do apatické izolace.⁴⁰

Jylhä a Saarenheimo předkládají přehled zdravotních důsledků a souvislostí osamocení zjištěných v epidemiologických studiích. Ze studií vyplynulo, že u těchto lidí dochází k obecnému zhoršení zdravotního stavu, mortalitě a zvýšení výskytu kardiovaskulárního onemocnění. Za důvody uvádějí problémy se zvládnáním chronických stavů, omezené zdroje, menší podporu ze strany druhých lidí k lepším zdravotním návykům. Osamělí lidé vyhledávají zdravotnické služby častěji než ostatní lidé. Zároveň stoupá riziko jejich přijetí do pečovatelské instituce. Osamělost a pocit osamění tak souvisí s vyššími náklady ve zdravotnickém i sociálním systému.⁴¹

Musíme však rozlišovat rozdíl mezi osamělostí a samotou. Osamělost se oproti samotě těžce snáší. Samotu volí člověk, když potřebuje přemýšlet o svém životě, vyrovnat se s prožitými událostmi, hledá řešení složité životní situace. Je to stav, kdy jedinec uniká ze sociálního prostředí. Na rozdíl od osamění, jež se týká vnímání našich sociálních interakcí a pocíťování důvěrných mezilidských vztahů. Tzn., vzniká odchodem ze známého, rodinného prostředí do nového, cizího prostředí. V novém prostředí se člověk cítí osaměle, trpí tím, že na blízku nemá rodinu, přátele. Tento typ osamění je označován jako sociální izolace.⁴²

2.4.5 Izolovanost

Osaměle žijící senior, neudrhuje-li kontakt s rodinou ani s přáteli, se dostává do sociální izolace. Dochází k narušení sociální sítě a důvěrné lidské blízkosti, ke snížení komunikační aktivity a ke ztrátě kontaktů s okolím. Dojde-li i k narušení pocitu společenské sounáležitosti, poté hovoříme o sociální exkluzi.⁴³

Stejně jako v dětství je člověk i ve stáří více ohrožen sociální izolací či emoční nebo podnětovou deprivací.⁴⁴

⁴⁰ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 48.

⁴¹ DANNEFER, D. a Ch. PHILLIPSON. *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. Los Angeles: Sage Publications, 2010. s. 317–328.

⁴² VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. s. 250.

⁴³ ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie – úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. s. 93–94.

⁴⁴ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍROVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 209.

Lidská sociabilita je určována zejména sociálními potřebami, mezi něž patří potřeba přiměřených kontaktů, komunikace, sounáležitosti společně s interaktivními vztahy a lásky, tj. mít někoho rád a přijímat tento cit od druhého. Dále potřeba informovanosti a v neposlední řadě potřeba sociálního sdílení, tj. potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut, akceptován. Absence v oblasti uspokojení sociálních potřeb způsobená např. smrtí životního partnera může vyústit v izolaci.⁴⁵

Existuje rozdíl mezi reálnou izolací, který je dán nedostatkem sociálních kontaktů a psychologickou dezolací. Ta představuje subjektivní pocit opuštěnosti, osamocení a ztráty významných citových vztahů, tj. emoční deprivace neboli citové strádání ve stáří. Mnoho seniorů je od svého okolí izolováno pro svoji nemoc, imobilitu, změněné bydliště, ale nemusí svoji samotu prožívat se zármutkem a s apatií. Na druhé straně mohou existovat senioři žijící s dalšími lidmi, s nimiž jsou v neustálém kontaktu, ale přesto strádají.⁴⁶

2.4.6 Ztráta soběstačnosti

U seniorů roste pravděpodobnost, že vzhledem ke svým zdravotním problémům budou dříve či později potřebovat pomoc svého okolí. Dostanou se tak do situace, kdy nebudou oporou pro své blízké, ale stanou se z nich příjemci podpory. Jestliže není senior schopen uspokojovat své základní životní potřeby a zvládat aktivity denního života, stává se nesoběstačný a závislý na pomoci. Ztráta soběstačnosti je u seniorů vysoce obávanou realitou. S postupující závislostí na druhé osobě se senior může cítit nepotřebný, objevuje se strach ze samoty, bezmoci a ze smrti. Zároveň si uvědomuje, že při nedostatečné péči rodiny mu hrozí pobyt ve zdravotnickém či sociálním zařízení.⁴⁷

Hlavním cílem v péči o dlouhověké jedince by se měla stát podpora schopnosti samostatně se o sebe postarat a zachovat si stálý zájem a aktivitu.⁴⁸

⁴⁵ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 47.

⁴⁶ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍROVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 207.

⁴⁷ JAROŠOVÁ D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. s. 38–41.

⁴⁸ POKORNÁ A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010.s.9.

2.4.7 Kriminalita a domácí násilí u seniorů

V poslední době dochází k vzestupu různých forem násilí, které se nevyhýbá ani seniorům, ať již ve veřejném či domácím prostředí. Závažné formy násilí se objevují v rodinách ve formě jak fyzického, psychického či sociálního týrání, tak sexuálního obtěžování či zneužívání. Často se jednotlivé formy násilí kombinují. Problematice násilí na seniorech se věnuje pozornost jen okrajově, neboť je mimořádně obtížné jej odhalit. I zde platí, že pachatelé násilí jsou mnohdy osoby blízké a senior je nechce prozradit. Ať již ze strachu, co bude následovat, či ze závislosti na jejich péči. V rodinách může docházet k pasivnímu zanedbávání či k aktivnímu týrání seniora. Také se může objevit tzv. Diogenův syndrom, kdy senior zanedbává sám sebe a vlastně sám sebe týrá. Takový senior žije většinou sám a nedbá o sebe proto, že k tomu ztratil jakoukoli pozitivní motivaci.⁴⁹

Za agresora může být považován někdo, kdo dotyčného ohrožuje fyzicky. Ale může to být také veřejné mínění, jež je k danému jedinci či skupině málo tolerantní až diskriminující. Postižení přijmou záporný obraz. Podceňují se a mají paradoxně tendenci potvrdit záporný postoj podsouvaný okolím. Začnou se tedy chovat tak, jak to odpovídá negativním stereotypům.⁵⁰ Negativní kulturní stereotyp stáří označovaný jako ageismus plyne zřejmě z dnešního obecného kultu mládeže. Ageismus obsahuje celou řadu dílčích předsudků k seniorům, tj. lidem obecně ošklivým, neužitečným, zbytečným aj.⁵¹

2.4.8 Vliv masmédií na seniora

Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi a prostředím, ve kterém žije. Člověk se učí způsobům chování v určité době a na určitém místě.⁵²

Nástup masové komunikace přinesl oživení zájmu o studování jejího bezprostředního, ale i dlouhodobého účinku a dopadu na chování a prožívání lidí. Dnes již víme, že

⁴⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 309–310.

⁵⁰ NOVÁK, T. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada Publishing, 2014. s. 45.

⁵¹ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍROVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 214.

⁵² VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 15.

média jsou bohatým zdrojem modelového chování v symbolické podobě a mají nesporný vliv na formování hodnot a norem společnosti. Dále vedou k posilování důležitosti či k uznání např. prezentace majetku, mládí, štíhlosti „bytí in“ jako k atributu uznávání životního stylu.⁵³

Jeden z mýtů o stáří je, že senioři raději věci dělají staromódně a odmítají používat a učit se novým technologiím. Obecně je pravda, že senioři pomaleji přijímají nové technologie a vyžadují více trénování k jejich používání. Přesto má technologie pro seniora potenciál dělat jeho život jednodušší a podporovat komunikaci s rodinou a přáteli. Zároveň pomáhá při zdravotní péči a umožňuje jedinci zůstat soběstačným v domácím prostředí.⁵⁴

Internet představuje v dnešní době největší informační bohatství, zasahuje do všech oblastí našeho života. Umožňuje komunikaci se všemi významnými institucemi nejen doma, ale i v zahraničí. Poskytuje informace společenské, kulturní, právní, zdravotnické, ekonomické aj. Postupně se rozvíjejí nabídky vzdělávacích programů a různé formy poradenských služeb. Je to tedy prostředek, který nabízí získání užitečných informací, rad, zábavy, poučení a taky zapojení do nejrůznějších diskusí. Pro seniory s omezenou mobilitou to může být významný prostředek umožňující komunikaci a jejich širší společenskou realizaci. Počítač společně s internetem mohou reálně přispívat k využití tvůrčích schopností seniorů a přispět k rozvíjení volnočasových aktivit.⁵⁵

Také z výzkumu, který zjišťoval využití internetu u seniorů vyplynulo, že senioři využívají internet k získání informací o světě, společnosti a také ke vzdělávání. Pro mnohé je i významným prostředkem komunikace, ať již ve formě posílání a přijímání e-mailů, telefonování či chatování. Mnozí ho využívají i pro komunikaci s úřady či bankou a k online nákupům. Dále jej používají k možnosti čtení elektronické verze tištěných periodik či elektronických časopisů.⁵⁶

⁵³ VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 53.

⁵⁴ BURDICK, D. C. a S. KWON. *Gerotechnology. Research and Practice in Technology and Aging*. Springer. Publishing Company, 2004, s. 4.

⁵⁵ FEIX, J. *Internet jako nástroj volnočasových aktivit, informací a poradenství seniorů*. In: Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava 13-15. října 2004. Ostrava: DOT, 2004. s. 103–104.

⁵⁶ SAK P. a K. KOLEŠÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 123–124.

2.5 Komunikace se seniory

Komunikace seniorů plní mnoho funkcí. K těm nejdůležitějším funkcím patří zejména podpora osobní identity, společenská integrace, vzdělávání, svěřování, posílení motivace, zábava a v některých případech i únik. Dominující význam má forma verbální komunikace. V jistém smyslu mohou být i závažnější sdělení vyjádřena jinak než slovy. Neméně podstatnou roli má i neverbální komunikace, tzn. činy, výraz obličeje aj. Seniori úročí po celý život získané vědomosti a dovednosti, reagují moudře, ale neradi se rozhodují, úkoly řeší pomaleji, emoce jsou labilnější a podléhají snadněji dojetí.⁵⁷

V komunikaci se seniory je potřeba individuální přístup. Velkou pozornost musíme věnovat ochraně důstojnosti, autonomie a také právu na rozhodování o sobě. Důležité je podporovat sebevědomí a sebeúctu křehkých seniorů, připouštět možnost komunikační limitace bez podceňování a předcházet časovému stresu, respektovat zhoršení vstřípivosti, podávat srozumitelné, utříděné informace a dle potřeby je opakovat.⁵⁸

Nejobvyklejším druhem komunikace seniorů je komunikace s životním partnerem, příslušníky rodiny, sousedy, vrstevníky, spoluobyteli, sociálním či zdravotnickým personálem aj. Tato komunikace přispívá k prevenci obtíží ve stáří, pomáhá bránit rozvoji patologických důsledků ztrát a přispívá k nalézání a udržení smyslu života ve stáří.⁵⁹

2.6 Sociální opora

Krpoun sociální oporu vymezuje jako podporu či pomoc, jež jedinec čerpá v situacích, kdy to považuje za příhodné. Takovéto situace nemusí být pouze zátěžové. Může se jednat i o běžné každodenní momenty, v nichž se většina z nás, bez ohledu na druh povolání, současný zdravotní stav nebo věk, ocitá. Podmínkou toho, aby mohla být jakákoli podpora či pomoc poskytnuta, je sociální síť (angl. social network), v rámci níž dochází k sociálním vazbám a interakcím, které jsou pro člověka podpůrné, a v nichž se

⁵⁷ HAVLÍK, J. a B. PAPÁČEK. Přidat život rokům, které byly přidány životu aneb úvaha o významu komunikace pro aktivní stárnutí. In: Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 2005. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 29.

⁵⁸ MAREK, J., Z. KALVACH a P. SUCHARDA. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001. s. 95.

⁵⁹ HAVLÍK, J. a B. PAPÁČEK. Přidat život rokům, které byly přidány životu aneb úvaha o významu komunikace pro aktivní stárnutí. In: Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 2005. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 30.

nacházejí zdroje sociální opory. Taková síť má různou strukturu charakterizovanou hustotou, reciprocitou, pohlavím, složením dle věku, profesí a zájmů atd.⁶⁰

Sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů podporujících zvládnání různých negativních životních situací působících na psychický i fyzický zdravotní stav člověka. To má zároveň vliv i na jeho kvalitu života. Existují však i teorie, které tuto problematiku zkoumají v širším pohledu a poukazují i na negativní vlivy sociální opory. Zmiňují se o obtížích nepochopení postiženému pomáhající osobou, o nátlaku lidí poskytujících sociální oporu, o nepochopení potřeb postiženého či o šikaně či nátlaku na nově přicházející členy do stávajících skupin.⁶¹ I Šolcová, Kebza a Mareš se zmiňují o „odvrácené tváři“ sociální sítě. Mají na mysli případy, kdy její poskytnutí přesahuje meze poskytovatele, či dokonce nevyhovuje potřebám adresáta. To se může projevit snížením jeho sebeúcty, narušením pocitu osobní autonomie, navozením pocitu bezmoci nebo ztrátou podvědomí individua o vlastní kompetenci.⁶²

Sociální opora je součástí naplnění lidských sociálních potřeb. Zahrnuje různé působení lidí v okolí jedince, kteří jsou mu blízcí, pozitivně jej hodnotí a mají jej rádi. Patří sem i uznání předností jedince osobami, na nichž mu záleží. Mezi přirozené zdroje sociální opory patří rodina. Zde je akceptování, pomoc či povzbuzení každého člena součástí její funkce, a podílí se na utváření pocitu bezpečí a jistoty již od raného dětství. Z mnoha pozorování lidí v kritických životních událostech vyplynulo, že pozitivní sociální vazby usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky, ovlivňují pozitivně zdravotní stav a navozují pocit spokojenosti se sebou samým a se svým životem.⁶³

Dle Křivohlavého můžeme sociální opoře porozumět i jako extrémnímu pólu dimenze, kde druhým pólem je sociální izolace či osamocení člověka způsobená opuštěním lidmi jemu nejbližšími až určité sociální zavržení. U poskytování sociální opory je důležité její množství a kvalita. Ta může být odlišně vnímána poskytovanou osobou na jedné straně a osobou, jež jí přijímá, na straně druhé.⁶⁴

⁶⁰ KRPOUN, Z. Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti-nadané děti. *Psychologie*. 2012, 6, 1, 43. [online]. [cit. 2015-1-18]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>

⁶¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. s. 104.

⁶² ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA. Sociální opora jako významný projektivní faktor. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 1999, 43, 1, 19–38.

⁶³ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 23–24.

⁶⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. s. 98.

Psycholog Bowlby formuloval *teorii připoutání* (*attachment theory*), na základě studia vzájemných vztahů dětí a matek, kde duševní vývoj dítěte probíhal mimo meze normálu. Charakterizoval termín „připoutání“ (*attachment*) jako trvalou a pevnou vazbu jednoho člověka k druhému a z tohoto sociálního sepětí plynoucí lpění jednoho na druhém. Po publikaci těchto poznatků došlo ke studování dyadických vztahů na širší populaci. Z výsledků těchto zkoumání se lze domnívat, že potřeba sociální opory je do určité míry sycena potřebou přátel v rámci vlastní sociální sítě.⁶⁵

Další *teorie* sociální opory vychází z pojetí *specifických podpůrných sociálních vztahů* (*supportive relationships*), z modelu vzájemných vztahů mezi lidmi v rodině tzv. rodinné sociální atmosféry. Pierce a Sarason charakterizují tyto vztahy třemi rysy – mírou pomoci, hloubkou vzájemných vztahů a mírou mezilidských konfliktů. Míra pomoci zde znamená, do jaké míry se daná osoba může spolehnout na druhou osobu z rodiny. Hloubka vzájemných vztahů označuje, jak moc je daná osoba oddána druhé osobě. Míra mezilidských konfliktů zjišťuje rozsah negativních faktorů, které danou osobu vedou ke zlosti ve styku s druhou osobou.⁶⁶

V pracích sociálních psychologů se objevují i teorie, které vztahují potřebu sociální opory a jejího poskytování k existenci sociálních potřeb tj. k jejímu uspokojení (sanaci) či neuspokojení (frustraci). Sociální opora má v životě člověka velký význam. Hraje důležitou roli při zvládání životních těžkostí, zvláště tam, kde člověk onemocní, nebo se dostává do určité životní krize, či stojí před závažným životním rozhodnutím aj. V řadě případů se v takových situacích hovoří o sociální opoře jako o určitém nárazníku (*buffer*) či o tlumiči nárazu (*buffering effect*).⁶⁷

Dobré sociální vztahy, podpůrné sociální sítě a přátelé přispívají k řešení nejen citových, ale i materiálních problémů. Vzájemná úcta a sociální soudržnost pomáhají chránit a posilovat zdraví lidí. Velké majetkové rozdíly mezi lidmi a značná ekonomická i sociální nejistota vedou k malé sociální soudržnosti provázené větším počtem násilných činů. Experimentální studie potvrzují, že dobrá sociální opora pomáhá zvládat

⁶⁵ BRETHERTON, I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992, vol. 28, s. 759-775. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf

⁶⁶ PIERCE, G. R., et al. General and relationship-based perceptions of social support. Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991, roč. 61, č. 6, s. 1030–1035.

⁶⁷ KRIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. s. 98–103.

stres, čelit pesimismu, navozovat pocit bezpečí, posiluje naději a odstraňuje pocit osamění a bezmoci. Dobré vztahy v rodině jsou cennou zárukou sociální opory.⁶⁸

Křivohlavý uvádí, že o sociální opoře hovoříme nejčastěji tam, kde jde o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou člověku v případě potřeby nejbližší. Rozlišuje tři úrovně sociální opory. **Makroúroveň sociální opory**, kdy mluvíme o celospolečenské formě pomoci potřebným. Jedná se především o sociální a ekonomickou pomoc v celostátním měřítku nebo o pomoc přesahující hranice státu lidem v oblastech postižených záplavami, zemětřesením, hladem aj. **Mezoúroveň sociální opory** znamená, že se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci jednomu ze svých členů. Anebo lidem ve svém okolí, kteří jsou součástí této skupiny, avšak nacházejí se v nouzi. Jedná se například o pomoc kolegů svému spolupracovníkovi či pomoc náboženského sdružení seniorům či lidem s chronickým onemocněním. **Mikroúroveň sociální opory** představuje pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší např. pomoc matky dítěti a naopak, pomoc jednoho manžela druhému, vzájemná pomoc nejbližších přátel.⁶⁹

Podstata pozitivního působení sociální opory spočívá v přesvědčení o blízkosti a dostupnosti pomoci a porozumění lidí z blízkého okolí a dále o reálné existenci této opory. Sociální oporu lze vnitřně diferencovat dle jejích znaků a je u ní také možno rozlišit různé dimenze.⁷⁰

Tudy navrhl 5 dimenzí, jež sehrávají hlavní roli v konceptualizaci, ale i v měření úrovně sociální opory. První dimenze vyjadřuje směr vyjadřující možnost, že sociální opora může být poskytována nebo přijímána. Druhá dimenze znázorňuje uspořádání sociální opory, která umožňuje rozlišovat mezi dosažitelnou a ze zákona stanovenou sociální oporou. Třetí dimenze je rozlišení mezi popisem (discription tj. popis jak podpůrných tak protipodpůrných jevů, aktů a situací) a hodnocením (evaluation – poskytuje satisfakce nebo pozitivní hodnocení). Čtvrtá dimenze vyjadřuje obsah a pátá síť, neboli

⁶⁸ ČEVELA, R., et al. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, 2014. s. 79.

⁶⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. s. 95.

⁷⁰ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 23–24.

zdroje sociální opory, kam patří rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita a profesionálové.⁷¹

Z organizačního hlediska se lze na sociální oporu dívat jako na poskytování souboru důležitých a potřebných informací, díky kterým mají lidé pocit, že jim okolí poskytuje kolegiální pozornost, potřebnou péči a že jsou zapojeni do sítě vzájemných přátelských závazků a neformálních vztahů. To vede k napomáhání získání sebevědomí, sebeúcty a ke kladnému hodnocení sama sebe.⁷²

2.6.1 Druhy sociální opory

Instrumentální opora – ocitne-li se člověk ve stresové situaci, je mnoho způsobů, jak mu lze pomoci, ať již např. přivoláním lékaře či někoho blízkého, odvozem z místa nehody, poskytnutím stravy, oděvu či ubytování aj.⁷³ Jedná se o praktické druhy hmotné či materiální pomoci, např. poskytnutí půjčky v obtížné finanční situaci.⁷⁴

Informační pomoc – tato opora začíná nasloucháním. Nejde však o to, co člověk říká, ale o pochopení a porozumění toho, co chce dotyčný sdělit. Nestačí jen takového člověka vyslechnout, ale často se jedná i o splnění jeho přání a zpětnou vazbu o tom, že toto přání bylo splněno. Jedná se např. o poskytnutí informací zraněnému při nehodě, co se stalo s ostatními, či informovat blízké o zranění dotyčného.⁷⁵

Emocionální opora – zahrnuje působení jako důvěrníka pro někoho.⁷⁶ Jedná se o poskytování pozitivních emocí, jako např. víry, lásky, empatie, zpětné hodnocení komunikace, jež je významné pro sebehodnocení.⁷⁷ Naopak těžká stresová situace je provázána bouřlivými emočními reakcemi a to především negativními. Do popředí se dere strach, úzkost, obavy, nejistota, žal aj. V této době člověk nejvíce potřebuje poskytnutí emocionální podpory a pocit porozumění a podpory.⁷⁸

⁷¹ ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA. Sociální opora jako významný projektivní faktor. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 1999, 43, 1, 19–38.

⁷² PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 23–24.

⁷³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 84.

⁷⁴ COHEN, S., et al. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98, 2, 323–330.

⁷⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 84.

⁷⁶ BOYD, N. *Social Support and Stress: Emotional vs. Instrumental Support*. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://study.com/academy/lesson/social-support-and-stress-emotional-vs-instrumental-support.html>

⁷⁷ COHEN, S., et al. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98, 2, 323–330.

⁷⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 84.

Hodnotící opora – je zprostředkování informací nebo rad, které pomáhají vyrovnat se s osobními problémy.⁷⁹ Na sebehodnocení člověka má vliv vše negativní, co se mu během života přihodí. Pokud se někdo stane viníkem autonehody, dívá se na něj nejen okolí negativně, ale i on sám se cítí provinile. V takových případech je nutné posílit sebevědomí člověka, ujistit ho o jeho hodnotě a v potřebě nutnosti stát při něm.⁸⁰

Vztah mezi sociální oporou a zátěží shrnuje např. J. Mareš do čtyř možností:

Sociální opora ovlivňuje adaptaci na zátěž, tzn. člověk v tísní, cítí oporu, a tím se snadněji vyrovnává s nároky. Sociální opora má podobu pomoci při zvládnání zátěže.

Adaptace ovlivňuje sociální oporu, tj. způsob, jakým se člověk vyrovnává se zátěží a signalizuje jeho sociálnímu okolí, zda vůbec potřebuje pomoc, případně který typ pomoci je pro něj vhodný.

Sociální opora a adaptace na zátěž neovlivňují jeden druhého žádným konzistentním způsobem.

Sociální opora a adaptace na zátěž se ovlivňují navzájem, a navíc jsou obě ovlivňovány dalším faktorem stojícím v pozadí.⁸¹

2.6.2 Zdroje sociální opory

Mezi hlavní zdroje sociální opory patří přirozené systémy opory, tj. rodina, příbuzní, známí, aj. Dále jde o náboženské organizace, pomáhající profese, podpůrné skupiny s organizovanými odborníky, svépomocné skupiny atd. Lidé si z těchto skupin mají možnost vybírat vztahy, jež nejvíce odpovídají jejich momentálním potřebám.⁸²

Stabilní a důvěryhodné sousedské vztahy se výrazně podílí na kvalitě života seniorů. Spokojenost se sousedskými vztahy koreluje s celkově pozitivním hodnocením sousedství jako celku. A je také součástí hodnocení celkových změn v okolí. Čím horší hodnocení sousedských vztahů, tím častější příklon k názoru, že změny probíhající v okolí jsou k horšímu. Sousedské vztahy silně souvisí s obecnou spokojeností s prostředím kolem bydliště.⁸³

⁷⁹ COHEN, S., et al. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98, 2, 323–330.

⁸⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 85.

⁸¹ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 23–24.

⁸² BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce*. Psychosociální intervenční tým. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 87.

⁸³ ČEVELA, R., et al. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, 2014. s. 131.

2.7 Citové vztahy ve stáří

Jedním z nejvýznamnějších nástrojů v procesu adaptace na stárnutí je sociální interakce. Ani senior není jen pasivním příjemcem socializačního působení společnosti. Sám si může vědomě i bezděčně volit mezi vlivy, s nimiž se setkává a sám je může i významně ovlivňovat.⁸⁴

Jakkoli je senior izolován, touží po domově a po intimních vztazích. Sociální jádro (rodina), sociální vazby (sousedství, vrstevnická skupina, náboženské či zájmové společenství), sociální statut (profesní zařazení, kulturní a hodnotně-ekonomická pozice) nebo sociální solidarita (pravidelné a jednorázové státní peněžní dávky, sociální výhody) jsou významnými aspekty stárnutí. Tyto aspekty posilují nezastupitelné společenské hodnoty, mezi něž patří láska, bezpečí a sounáležitost.⁸⁵ Frankl dokonce uvádí, že individuální existence nepotřebuje posilovat jen k tomu, aby nabyla smyslu, ale pospolitost potřebuje individuální existenci, aby sama měla smysl.⁸⁶

V širší rodině zastává senior obvykle velmi důležitou roli rodiče a prarodiče. Zejména starší prarodiče svá vnoučata většinou vítají a silně pozitivně svou roli prožívají. Tím se vytváří nejen pozitivní vztahy, ale zároveň dochází k předávání životních zkušeností. S přibývajícím věkem však dochází k úbytku sil, objevují se zdravotní obtíže a senior se postupně stává více či méně závislý na pomoci svých blízkých. Pevná pozitivní pouta vytvořená v předchozích vývojových etapách jsou základem pro to, aby i stárnoucí děti dokázaly akceptovat úbytek sil i duševních schopností svých rodičů a zároveň byly schopné poskytnout oporu a pomoc až do terminálního období jejich života.⁸⁷

⁸⁴ HAVLÍK, J. a B. PAPÁČEK. Přidat život rokům, které byly přidány životu aneb úvaha o významu komunikace pro aktivní stárnutí. In: Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 2005. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 28.

⁸⁵ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013, s. 40.

⁸⁶ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 2006, s. 85.

⁸⁷ LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 209–210.

2.7.1 Mezilidské vztahy

Podpůrné sociální vztahy jsou definovány jako mezilidská pouta, z nichž člověk může získat zdroje, které mu mohou pomoci při zvládnání těžkých životních situací.⁸⁸

Sociální síť dané osoby vyjadřuje soubor lidí kolem této osoby, s nimiž je či byla v sociálním kontaktu a od nichž je možno očekávat, že v případě potřeby poskytnou určitou pomoc. Příkladem takové sociální sítě může být rodina v širším či užším významu, přátelé, kamarádi, sousedé, kolegové z práce, členové klubů, farnosti aj.⁸⁹

Mezi lidmi žijícími na venkově jsou tradičně vzájemné vztahy užší, těsnější a více osobní. Tato skutečnost je vyvolána jednak menším počtem obyvatel v dané lokalitě a tudíž chyběním anonymity. Dále také tím, že blízko sebe žijí ve většině případů rodinní příslušníci, příbuzní a známí. Tato skutečnost vyplynula ze šetření zaměřeného na analýzu postojů mladých lidí a seniorů provedených ve venkovských obcích. Z výzkumu vyplynulo, že děti a příbuzní seniorů žijí nejčastěji v jejich blízkosti.⁹⁰

Kvalita a hustota sociální sítě mají zásadní význam pro osamělost, izolaci a zabezpečení. Poskytuje podporu afektivně emoční, intervenční a informační. Je to důležitý koncept, který je nadřazen rodině. Ta může být nejen pečující a podpůrná, ale také nefunkční. Vztahy v ní mohou být deformované, stresující i nebezpečné, např. domácí násilí. Kvalitní sociální síť a sociální aktivity snižují ve stáří riziko úmrtí, vznik a chronifikaci disability i zhoršení mentálního zdraví.⁹¹

2.7.2 Senioři a rodina

Pro zdravou psychickou kondici seniora je významný vztah nejen ke společnosti, ale zejména k blízké rodině. Často se objevují pocity neužitečnosti, přítěže pro jiné, zbytečnosti, nedocenění, citové prázdnoty apod.⁹²

Rodina je základní společenskou jednotkou známou ve všech lidských společnostech, jejíž součástí je i starý člověk. Rodina zastává funkci reprodukční, hospodář-

⁸⁸ PIERCE, G. R., et al. General and relationship-based perceptions of social support. Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. roč. 61, č. 6, s. 1030.

⁸⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. s. 95–96.

⁹⁰ PAVLÍKOVÁ, G. a I. HEROVÁ. *Pohled seniorů na rodinnou soudržnost, příbuzenskou výpomoc*. In: Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 2005. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 37.

⁹¹ KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 110.

⁹² HROZENSKÁ, M. a D. DVORÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. s. 46.

skou, emocionální a socializační. Nedílnou součástí emocionální funkce rodiny je funkce sociálně podpůrná, která vystupuje do popředí, pokud v rodině někdo onemocní či se objeví psychosociální problémy.⁹³ Rodina je utvářena komplexním systémem vazeb a emocionálních vzorců a proto citová a fyzická závislost seniora na ostatních členech zásadně zasahuje do celého systému.⁹⁴

Vícegenerační rodina je tvořena třemi (méně často čtyřmi) generacemi – prarodiči, rodiči a dětmi. Toto soužití má své nesporné výhody a nevýhody. Funkční vícegenerační soužití poskytuje bezpečné zázemí stárnoucím osobám a okamžitou možnost pomoci. Děti čerpají z přítomnosti prarodičů, s nimiž udržují jiné vztahy než se svými rodiči. Učí se úctě k seniorské populaci, poznávají svět dříve narozených osob, jejich názory, problémy a odlišnosti od osob ostatních věkových kategorií. Od rodičů pak tyto děti získávají vzor, jak se postarat o seniora v rodině a jak vše zorganizovat ku prospěchu všech.⁹⁵

Dnes je soužití více než dvou generací v jednom domě spíše jen výjimkou. V důsledku společenských změn se omezuje tehdejší multigenerační pospolitost pouze na nukleární rodinu tj. rodiče a děti. Postmoderní člověk prožívá krizi rodiny, pochybuje o její nezbytnosti a touží po odpoutání se a nezávislosti. Ekonomicko-kulturní změny s sebou přinesly i změny životního stylu. Senioři dnes spíše chtějí žít samostatný život s potřebou mít své blízké na dosah. Mít na dosah však není totéž jako mít společný domov.⁹⁶

Právě rodina hraje v životě seniora významnou roli a dává pocit potřebnosti, spolehlivosti a důležitosti. Každý starší člověk je rád, když ví, že je pro někoho potřebný a že se na něj v případě pomoci může spolehnout. Také vědecké studie ukazují, že senioři žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější, zdravější a také déle samostatní. Rodina rovněž patří mezi nejdůležitější činitele v pomoci vyrovnat se se změnami, jež stárnutí přináší. Domácí prostředí a každodenní styk s nejbližšími má nenahraditelnou úlohu

⁹³ VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. Sociální psychologie. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 183.

⁹⁴ BRŽÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 44.

⁹⁵ MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 35–36.

⁹⁶ BRŽÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 42.

v emocionální, psychologické a sociální podpoře, zejména když zdraví slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na pomoci.⁹⁷

Peschke uvádí, že úkol a účel rodiny spočívá ve výchově dětí a v péči o každodenní potřeby jejích členů.⁹⁸ Rodina je upevňována velmi silnými emočními pouty, a ta pokud jsou křehká a nestabilní, působí na seniora indiferentně, úzkostně anebo dokonce nepředvídatelně z hlediska orientace.⁹⁹

Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je za optimální způsob péče o seniory považována možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je považováno za jednu z nejdůležitějších sociálních jistot seniora a hlavní zdroj očekávané pomoci.¹⁰⁰

2.7.3 Mezigenerační vztahy a soudržnost

Jednotlivé generace jsou na sobě vzájemně závislé. Předávání zkušeností, kultury, hodnot se uskutečňuje především v rámci mezigeneračních vztahů. Mezigenerační vztahy mají zásadní význam pro rozvoj jedince i společnost a pro kvalitu života v každém věku. Stáří přináší řadu pozitivních hodnot a tato generace představuje významnou roli nejen v rodině, ale i v komunitě a celé společnosti. Proto je nutné nejen tuto roli, ale i mezigenerační vztahy podporovat a přispět tak k rozvoji společnosti pro všechny generace. To může vést ku prospěchu celé společnosti.¹⁰¹

Vztah rodinných příslušníků mezi sebou byl vždy považován za generační symbiózu. Ve vztahu rodičů a dětí je zachováván za normálních okolností solidární vztah. Rodiče se starají o děti, přebírají za ně odpovědnost, pomáhají jim v nouzi, resp. děti se na rodiče mohou v nouzi spolehnout. Společnost, respektive stát tento vztah doprovází. Zodpovědnost dětí vůči rodičům už automatickou samozřejmost postrádá. Mnohdy je považována za určitý nadstandard, péče je přesouvána na stát.¹⁰² Nebýt na obtíž, ale zároveň se laskavě podporovat, být spokojen s tím, co se v životě podařilo, udržet si

⁹⁷ HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. s. 46.

⁹⁸ PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. Přeložil Marek Skovajsa. Praha: Vyšehrad, 2004. s. 477.

⁹⁹ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 45.

¹⁰⁰ JAROŠOVÁ D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. s. 41.

¹⁰¹ ČESKO. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

¹⁰² ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy*. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>

optimální psychickou a fyzickou vitalitu a nezůstat sám, zůstává dle mnohých, skromným přáním seniorů.¹⁰³

Během stárnutí dochází k vyvazování jedince z jednotlivých sociálních vztahů a ke ztrátě některých rolí. S prohlubujícími se involučními změnami se zvyšuje význam vazeb seniorů s dospělými dětmi, dochází k tzv. vertikalizaci sociálních vztahů. Děti a vnoučata se pro seniora stávají hlavním zdrojem emocionální podpory.¹⁰⁴

Pacovský uvádí, že je důležité nejen, aby senioři svému místu v rodině dobře porozuměli, ale též aby v ní našli uplatnění, jež prospěje jim i celé rodině.¹⁰⁵ Porozumět svému místu v rodině, pochopit a žít svoji roli a následovat úděl své pozice mezi ostatními členy není vždy samozřejmostí. Jedná se o individuální míru vůle k naplnění daného úkolu a ochotu akceptovat rodinné morální hodnoty. Společností přijaté hodnoty funkční rodiny jsou solidarita a emoční pouta, které utváří nezastupitelné zázemí, navozující pocit jistoty a bezpečí. Pravidelný kontakt s rodinou, sdílení a interaktivní soucítění jsou mnohdy nejžádanějšími prioritami spokojeného stáří. Senioři se zpravidla zajímají o problémy svých vlastních dětí a zároveň očekávají starost o svoji osobu. Do svých vlastních přání promítají přání rodiny svých dětí, radují se z jejich úspěchu, prožívají smutek z jejich nezdarů.¹⁰⁶

2.8 Aktivity všedního života (activities of daily living – ADL)

Aby mohlo být stáří opravdovým „podzimem života“ je nutné, aby bylo kvalitní a senior byl co nejdéle soběstačný. Dále je velmi důležité, aby dobře zvládl adaptaci na požadavky prostředí, mohl vykonávat aktivity všedního dne, udržel si nezávislost a možnost vykonávat přiměřené zaměstnání nebo hobby. Zdravý a soběstačný senior nepotřebuje pomoc druhé osoby, je schopen téměř vše si obstarat sám, a to má příznivý vliv na jeho psychiku.¹⁰⁷

Kalvach definuje soběstačnost je schopnost vykonávat samostatně, pravidelně a bez pomoci druhé osoby běžné denní činnosti a uspokojovat přiměřené životní potřeby

¹⁰³ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 46.

¹⁰⁴ SÝKOROVÁ, D. K. *Sociálním sítím seniorů: Senioři v rodině*. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://www.socialniproce.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>

¹⁰⁵ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. s. 53.

¹⁰⁶ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 41.

¹⁰⁷ VALEŠOVÁ, M. a J. VALEŠ. Využití kinezioterapie v domácí péči. *Medicina pro praxi*. 2010. roč. 7, č. 4, s. 199.

v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím tzv. aktivit běžného života. Je determinována funkční zdatností jedince a nároky prostředí, ve kterém se nachází.¹⁰⁸

Jiná definice uvádí, že soběstačnost je schopnost samostatně obstarávat obvyklé potřeby. Je dána kombinací funkční zdatnosti (nejen fyzické, ale i psychické) a náročností prostředí. Mnozí jedinci tak mohou být i přes své zdravotní postižení plně soběstační, např. v kvalitním bezbariérovém bydlení. Naproti tomu lidé s menším postižením se mohou stát zcela závislí v prostředí s bariérou, např. v domě bez výtahu aj.¹⁰⁹

Zavázalová uvádí, že soběstačnost seniora je komplexem čtyř základních komponentů. Mezi ně řadí komponenty *fyzické*, kde je nejdůležitější mobilita, *psychické*, kde převažuje schopnost zařizovat si věci samostatně. Dále *sociální*, tj. úroveň integrace s rodinou a společností a v neposlední řadě *ekonomické*, které jsou definovány dostatečnými příjmy. Při testování a klasifikaci je nutné hodnotit všechny její složky.¹¹⁰

Aktivita denního života bývají používány k hodnocení funkční významnosti obtíží, zejména ve stáří. Koncept tohoto hodnocení vychází z přesvědčení, že pro lidi se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. zvýšení svalové síly či rozsah pohybu. Rozhodující postavení hraje funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti.¹¹¹

2.8.1 Rozdělení aktivit všedního denního života

Aktivita všedního denního života rozdělujeme na *personální* či *bazální ADL* – pADL z ang. Personal Activities of Daily Living. Ty se vztahují k základním fyzickým funkcím, které dotvářejí každodenní život člověka. Mezi tyto aktivity patří schopnost samostatně se najíst, napít, obléknout se, provést základní hygienu, vykoupat se, použít WC, zvládnout přesuny, chůzi po rovině a po schodech. Dalšími sociálními aktivitami běžného života jsou *instrumentální* či *rozšířené ADL* – iADL z ang. Instrumental Activities

¹⁰⁸ KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 98.

¹⁰⁹ ŠNEJDROVÁ, M. a Z. KALVACH. Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti. *Medicina pro praxi*. 2008. roč. 5, č. 4, s. 157.

¹¹⁰ SÝKOROVÁ D. a O. CHYTIL. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. s. 191.

¹¹¹ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 196.

of Daily Living.¹¹² Ty se týkají složitějších činností, které umožňují nejen základní sebeobsluhu, ale i nezávislou existenci.¹¹³

Mezi tyto aktivity zařazujeme např. schopnost člověka připravit si jídlo, poslat dopis, nakoupit si, provádět domácí práce, zatelefonovat, použít dopravu, jízdu autem, manipulaci s penězi, aj.¹¹⁴

2.8.2 Hodnocení ADL

Hodnocení ADL zaznamenává aktuální výkon člověka a ne jeho předpokládané potenciální schopnosti. Důležitou roli v hodnocení ADL hraje přirozené domácí prostředí, které nemůže být uměle vytvořené prostředím v ústavní péči.¹¹⁵

2.8.3 Hodnocení náročnosti a bezpečnosti domácího prostředí

Nedílnou součástí hodnocení soběstačnosti je popis náročnosti domácího prostředí, v němž se člověk pohybuje. Zjišťují se bariéry, používání kompenzačních pomůcek, včetně účinnosti a správnosti jejich užívání a instalování. Při hodnocení se zaměřujeme nejen na samotnou úpravu bydlení, ale i na schodiště a venkovní prostory. V interiéru bytu je potřeba se zaměřit na bariéry, protiskluzové úpravy podlahy, výšku sedaček, osvětlení, vybavení koupelny, instalaci madel, vytápění, apod. Přes 50% nalezených problémů se týká koupelen. Hodnocení prostředí zahrnuje i posouzení sociální sítě a bezpečnosti.¹¹⁶

Důležité je i posouzení, zda běžné pomůcky a vybavení odpovídají schopnostem a kapacitám osoby, kterou hodnotíme, popřípadě zvážení, zda je nutné je nějak přizpůsobit nebo doporučit kompenzační pomůcku speciálně určenou pro osobu se zdravotním omezením. Před provedením analýzy prostředí je nutné se zaměřit na následující tři oblasti. Za první *k čemu je prostředí určeno*, tzn., jaké aktivity se v daném prostředí provádějí. Za druhé *profil osobnosti* tj. hlavní povahové rysy, sociální potřeby, bezpečnostní

¹¹² KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. s. 299.

¹¹³ ŠNEJDROVÁ, M. a Z. KALVACH. Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti. *Medicina pro praxi*. 2008. roč. 5, č. 4, s. 157.

¹¹⁴ KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. s. 299.

¹¹⁵ VOTAVA, J., et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. s. 38.

¹¹⁶ KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 110.

opatření a kontraindikace, vztah osoby k aktivitě a jejímu prostředí. A za třetí *cíle a plán intervence*.¹¹⁷

2.8.4 Hodnocení sociálního prostředí a sociálních souvislostí

Zahrnuje především hodnocení sociální sítě. Výzkumná skupina na Harvardově univerzitě užívá pro hodnocení funkční sociální sítě šest ukazatelů. Mezi ně patří soužití s partnerem, osobní kontakt alespoň se třemi příbuznými či přáteli za měsíc, neosobní kontakt (non-visual, např. telefonický či písemný) alespoň s deseti příbuznými či přáteli za rok, účast na bohoslužbách a církevních obřadech, pravidelné sociální aktivity a členství ve společenské skupině. Dále hodnocení sociální podpory, která se může vymezovat a hodnotit různým způsobem, např. podpora fyzická, kam spadají služby a péče. Další ukazatelé jsou kognitivně informační zahrnující rady a informace. A kromě toho podpora emoční, popřípadě finanční. Důležité je i posouzení hodnotového systému, priorit a preferencí, tzn., kde získané údaje volně zaznamenáváme bez standardizace. Významné je například zaznamenání a respektování vůle klienta v otázkách terminální péče. V neposlední řadě se zjišťují i sociální zdroje, kam spadají příjmy ve vztahu k výdajům, přiměřenost bydlení, přiznání sociální pomoci či dávek, dostupnost automobilu aj.¹¹⁸

Snaha dnešního pojetí péče o seniory je taková, aby to, co si člověk může udělat sám, sám také vykonal. A pouze tam, kde už sám na činnost nestačí, se mu dostalo potřebné pomoci, ovšem v nezbytně nutné míře. Opatrování od člena rodiny přijímají senioři vesměs pozitivně, na rozdíl od odchodu do ústavní péče. Přesto tato péče může přinášet mnohá úskalí. Z dlouhodobého hlediska mezi seniorem a pečujícím členem rodiny vzniká určitá závislost, z níž není úniku. Ta může vyústit v konflikty ve vztazích. Zároveň může vést k odmítání péče jiného člena rodiny či externího pracovníka. Může také docházet k sociální izolaci na jedné straně a nedostatečné sociální podpoře na straně druhé. To může vést ke ztrátě kontaktů s okolím. Kromě toho pečující osoba trpí

¹¹⁷ JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Praha: Portál, 2009, s. 164.

¹¹⁸ KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 110–112.

psychickým a fyzickým vypětím, které může vyústit v násilí vůči ošetřovanému či rodině.¹¹⁹

2.8.5 Sociální faktory prostředí

Lidé jsou sociální bytosti žijící ve skupinách. Postavení jedince ve skupině a kvalita interpersonálních vztahů zásadně formují chování a postoje osoby vůči sobě i ostatním. Za sociální skupinu lze považovat rodinu, přátele, blízké okolí, komunitu apod. To vše ovlivňuje chování a formy činnosti osoby. Součástí sociálního prostředí jsou i postoje, stereotypy a intolerance rozdílnosti. K sociálním faktorům lze řadit i ekonomické podmínky a dostupnost zdrojů, které určují míru prostředků osoby na zajištění svých potřeb a udržování kontaktu s okolím či přístup ke službám.¹²⁰

2.8.6 Vliv prostředí na výkon činnosti

Kielhofer ve svém Modelu lidského zaměstnávání uvádí, jak prostředí ovlivňuje chování osoby ve vztahu k činnosti. Prostředí může umožňovat či poskytovat příležitost pro provedení činnosti, vyvíjet tlak očekávání nebo požadovat určité chování osoby. Pokud je tlak prostředí příliš velký, např. přílišná stimulace podněty, nadměrné požadavky apod., přispívá to k úzkosti, nejistotě, ke stresu a k neschopnosti vypořádat se s danou situací. Lidé v takovém prostředí selhávají. Naopak příliš malý tlak navozuje nezájem, apatii, útlum. V prostředí, které nevytváří příležitost k aktivitě nebo není dostatečně stimulující, lidé rovněž nedosahují kvalitního výkonu.¹²¹

2.9 Sociální služby pro seniory poskytované v domácím prostředí

Pro poskytování sociálních služeb seniorům žijícím v domácím prostředí je nutné znát potřeby rizikových seniorů. Poté je důležité nabídnout jim takové služby, které jim na individuální rovině pomohou řešit jejich náročnou životní situaci. Ta může vzniknout ze zdravotních, sociálních či ekonomických důvodů.¹²²

¹¹⁹ ŠELNER, I. Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://www.socialniproce.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>

¹²⁰ JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Praha: Portál, 2009, s. 164.

¹²¹ JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ. Ergoterapie. Praha: Portál, 2009, s. 163.

¹²² MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. s. 172

Při poskytování sociální služby se pracovník setkává nejen s klientem, ale i s jeho rodinou. Rodina je nedílnou součástí klientova života a může být obrovským zdrojem emocionální, materiální a sociální opory, jsou-li vztahy dobré. Rodina bývá u některých klientů při aktivním plánování průběhu sociálních služeb.¹²³

2.9.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství je poskytováno osobám v nepříznivé sociální situaci, kterou pomáhá řešit danými informacemi. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována bezplatně.¹²⁴

2.9.2 Osobní asistence

Je sociální služba poskytovaná v přirozeném sociálním prostředí seniorům a osobám se zdravotním postižením v situaci, jež vyžaduje pomoc jiné osoby v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu, pomoc při vlastní hygieně, dále při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.¹²⁵ Účelem této služby je umožnit uživateli žít co nejdéle ve vlastním domácím prostředí. Dále oddálit ústavní pobyt či umožnit návrat osoby z ústavní péče do běžného života. Součástí je i zprostředkování sociální komunikace a zapojení do pracovního procesu.¹²⁶

¹²³ HAUKE, M. *Zvládnutí problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 42.

¹²⁴ ČESKO. *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2014-12-5]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

¹²⁵ ČESKO. *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2014-12-5]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

¹²⁶ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřování*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 36.

2.9.3 Pečovatelská služba

Jedná se o terénní či ambulantní službu. Je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Dále rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje vyjmenované úkoly ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb.¹²⁷ Služba je poskytována v pracovní dny a pečovatel/ka dochází do domácnosti uživatele dle jeho potřeby.¹²⁸

2.9.4 Odlehčovací služby

Jsou terénní, ambulantní či pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.¹²⁹

2.9.5 Tísňová péče

Tísňová péče je terénní sociální služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba obsahuje tyto základní činnosti – poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹³⁰

2.9.6 Průvodcovské a předčitatelské služby

Jedná se o terénní či ambulantní službu poskytovanou osobám se sníženými schopnostmi z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace či komunikace. Napo-

¹²⁷ ČESKO. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 2014-12-5]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

¹²⁸ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 470.

¹²⁹ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřování*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 37.

¹³⁰ ČESKO. *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2014-12-5]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf.

máhají osobám vyřídit si vlastní záležitosti. Mohou být poskytované jako součást jiných služeb.¹³¹

¹³¹ ČESKO. *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2014-12-5]. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část této diplomové práce se zabývá zodpovězením stanovených výzkumných otázek a splněním cíle práce.

3 Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má sociální opora seniora žijícího v domácím prostředí na jeho rozhodování ve všedních činnostech.

3.1 Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka vzhledem k výše stanovenému cíli práce byla stanovena takto: „Přeje si senior rozhodovat se samostatně ve svých všedních činnostech?“

3.2 Dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizace

Operacionalizace je definice konceptu pomocí operací, jež se musí provést, chceme-li ho měřit či definovat.¹³²

K hlavní výzkumné otázce byly stanoveny další dílčí výzkumné otázky:

1. „Co seniora ovlivňuje při zvládnání základních každodenních činností?“
2. „Jak na seniora působí okolí při rozhodování v instrumentálních denních činnostech?“
3. „Jak senioři vnímají zájem o svoji osobu?“

Dílčí výzkumné otázky jsou pro přehlednost uvedeny v Příloze č. 3–5.

¹³² HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2012. s. 148.

4 Metodický postup

Vlastní výzkum probíhal ve dvou fázích. V první fázi byl proveden předvýzkum a teprve poté následoval vlastní výzkum. Pro výzkum v empirické části diplomové práce byla použita kvalitativní výzkumná strategie z důvodu co největší výtěžnosti potřebných dat. Kvalitativní výzkum je podle Dismana nenumerné šetření sociální reality.¹³³

Data byla sebrána pomocí metody snowball. Jde o kombinaci účelového a prostého náhodného výběru. Základním východiskem této metody je získání kontaktu s prvním účastníkem výzkumu. Ten pak výzkumníka odkáže na další kontakt.¹³⁴

4.1.1 Popis výzkumného nástroje

Potřebné informace k výzkumu byly získány technikou polostrukturovaného rozhovoru, jež je nejrozšířenější metodou rozhovoru. Jeho příprava je mnohem náročnější než u rozhovoru nestrukturovaného. U tohoto typu rozhovoru je potřebné předem vytvořit určité schéma, jež je pro tazatele zavazující. Toto schéma specifikuje okruhy otázek směřovaných ke komunikačním partnerům. Pro maximální výtěžnost je možné zaměřovat a upravovat pořadí okruhů, na něž se během rozhovoru zaměřujeme.¹³⁵

Scénář rozhovoru byl předem připraven. Při jeho sestavování jsem vycházela z hodnocení Funkční míry nezávislosti FIM (Functional Independence Measures) (viz Příloha č. 1), tj. z mezinárodně uznávaného hodnocení nezávislosti zachycujícího základní schopnosti jedince v oblasti personálních (bazálních) aktivit všedního denního života pADL (Personal Activities of Daily Living)¹³⁶, a dále z Testu instrumentálních všedních činností iADL (Instrumental Activities of Daily Living) (viz Příloha č. 2). Struktura rozhovoru byla rozdělena do tří okruhů. První okruh zjišťoval, co seniora ovlivňuje při zvládnutí základních každodenních činností. Druhý okruh se zabýval tím, jak na seniora působí okolí při rozhodování v instrumentálních každodenních činnostech a třetí jak senior vnímá zájem o svoji osobu. Tyto dílčí okruhy byly dále členěny na

¹³³ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolínium, 2008. s. 284–310.

¹³⁴ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 131–132.

¹³⁵ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 159–160.

¹³⁶ PORANENIMOZKU.CZ. [online]. [cit. 2015-3-13]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/doporuceni-k-systemu-pece/hodnoceni-funkcniho-stavu-pacienta.html>

podrobnější otázky, jež tvořily scénář rozhovoru. Pro všechny komunikační partnery byl použit stejný scénář rozhovoru a tudíž i stejné otázky. Otázky byly formulovány jednoznačně a srozumitelně tak, aby rozhovor nebyl časově příliš náročný.

K otevřenosti a spolupráci komunikačního partnera mělo přispět kromě samotné osobnosti výzkumníka také místo realizace výzkumu. K tomu sloužilo domácí prostředí respondenta. Potřebné informace byly získány během jedné návštěvy a celý rozhovor trval přibližně 40–50 minut.

Před začátkem rozhovoru byl od komunikačních partnerů získán jejich písemný informovaný souhlas (viz Příloha č. 6). Rovněž způsob zaznamenání dat pomocí diktafonu byl dohodnut předem.

4.1.2 Popis a výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán pomocí dvou metod. Primárně byla použita metoda snowball. Jedná se o metodu, jež je kombinací účelového výběru a prostého náhodného výběru. Základním východiskem této metody je získání kontaktu s prvním účastníkem výzkumu a ten nás odkáže na dalšího možného respondenta.¹³⁷ Sekundárně byla použita metoda kvótového záměrného výběru, která je promyšlenější formou záměrného výběru. Na základě definovaných podskupin základního souboru cíleně vybíráme určitý počet zástupců pro výběrový soubor. Pro aplikaci této metody je základním předpokladem znalost kritérií, podle kterých je možné podskupiny základního souboru rozlišit.¹³⁸ Kvótou pro výběr v této diplomové práci byl věk nad 65 let, senior žijící v domácím prostředí, vícečlenná a vícegenerační domácnost a trvalý pobyt v kraji Vysočina.

Výzkumný soubor tvořilo 9 komunikačních partnerů, kteří splňovali dané podmínky a byli ochotni rozhovor poskytnout. Soubor se skládal ze tří mužů a šesti žen ve věkovém rozmezí 68–93 let. Bydleli společně s ostatními členy rodiny v jednom bytě a to ve městě či na vesnici. Společnou domácnost sdíleli převážně se svojí dcerou. Každý komunikační partner byl ujistěn o své absolutní anonymitě a informován, že výzkum bude probíhat pouze pro účely této diplomové práce. Dále byl srozuměn s dobrovolnou

¹³⁷ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 131–132.

¹³⁸ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 137.

účastí na výzkumu a možností kdykoliv z výzkumu odstoupit. Komunikační partner byl v krátkosti seznámen s tématem práce, okruhy otázek rozhovoru, jeho předběžnou délkou kolem 40–50 minut a měl možnost doptat se na potřebné informace.

4.2 Harmonogram výzkumu

V první fázi výzkumu byla provedena rešerše odborné literatury na zkoumané téma. Od září do prosince byla vypracována teoretická část diplomové práce. Ta byla doplněna vhodnou technikou pro sběr dat. Poté byl vytvořen výzkumný nástroj, polostrukturovaný rozhovor, který byl začátkem ledna otestován pomocí předvýzkumu.

Ve druhé fázi výzkumu proběhl již vlastní sběr dat. Ten se uskutečnil ke konci ledna a trval až do počátku března u uživatelů v domácím prostředí.

Ve třetí fázi bylo provedeno zpracování a vyhodnocení získaných dat a jejich interpretace do závěrečné podoby. Časový harmonogram výzkumu je znázorněn v tabulce (viz. Tab. 1).

Tabulka 1: Časový harmonogram výzkumu

	Období realizace	Činnosti na diplomové práci
1. fáze	Červenec–srpen	Rešerše literatury
	Září–prosinec	Sepsání teoretické části práce Zvolení strategie výzkumu a vhodné techniky sběru dat Vytvoření výzkumného nástroje
		Proveden předvýzkum
2. fáze	Leden–únor	Vlastní výzkum
3. fáze	Březen–duben	Interpretace získaných dat

4.2.1 Předvýzkum

Předvýzkum pomáhá zmapovat prostředí, do kterého chceme výzkumně vstoupit. Současně je schopen ověřit, zda navržené metody a postupy přinášejí očekávanou kvalitu dat.¹³⁹

V této fázi výzkumu po načerpání teoretických znalostí došlo ke zmapování prostředí, ve kterém měl probíhat samotný výzkum. V předvýzkumu byla oslovena jedna komunikační partnerka, jež splňovala podmínky výzkumu. Studie měla ověřit operationalizované otázky v praxi, tzn. zda jsou pochopitelné, dostatečně srozumitelné, popřípadě zda je nutné je doplnit. Dále studie měla zjistit časovou náročnost rozhovoru. Rozhovor probíhal v domácím prostředí a trval cca 45 minut, což splňovalo potřebu délku rozhovoru. Některé otázky bylo nutné pro pochopení zjednodušit a dále bylo nutné ponechat více prostoru pro vyjádření komunikačních partnerů.

4.2.2 Analýza získaných dat

Jako dílčí analýza kvalitativních dat byla použita metoda vytváření skupin (trsů). Metoda vytváření trsů slouží obvykle k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin dle rozlišení určitých jevů, místa, případů apod. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovatelnými jednotkami.¹⁴⁰

Celý rozhovor byl zaznamenán diktafonem a následně doslovně přepsán. Poté byl pomocí metody trsů, tj. pomocí společných a rozdílných rysů, vyhodnocen. Výsledné údaje byly strukturovány a předkládány dle dílčích výzkumných otázek. Nahrané rozhovory jsou k dispozici v archivu autorky.

¹³⁹ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 29.

¹⁴⁰ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. s. 221.

5 Vyhodnocení výsledků a jejich interpretace

V této části práce jsou stručně charakterizováni komunikační partneři, již se výzkumu účastnili, a prezentována data získaná kvalitativním výzkumem, technikou polostrukturovaného rozhovoru s předem určenými otevřenými otázkami.

Cílem výzkumu bylo získat odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „**Přeje si senior rozhodovat se samostatně ve svých všedních činnostech?**“ Pro zodpovězení této otázky byly stanoveny tři dílčí výzkumné otázky. Ty se staly stěžejními pro vytvoření scénáře rozhovoru s komunikačními partnery. Rozhovory byly dále analyzovány metodou trsů. Jednotlivé podkapitoly jsou řazeny dle dílčích výzkumných otázek. Za každou dílčí otázkou následuje dílčí závěr, ve kterém jsou shrnuta data k dané dílčí výzkumné otázce. V Tabulce č. 2 jsou uvedeny základní informace o komunikačních partnerech, u nichž výzkum probíhal.

Charakteristika komunikačních partnerů

Komunikační partner číslo 1 byla žena, 68 let, jež pobírala příspěvek na péči I. stupně. Žena byla vdaná a společně se svým manželem bydlela v rodinném domku se synem a jeho rodinou. Domácnost celkem tvořilo šest členů (komunikační partnerka a její manžel, syn s manželkou a dvěma dětmi). Domek byl dvoupatrový a nacházel se na menší vesnici. Žena bydlela s manželem v přízemí a s ostatními členy domácnosti sdíleli společné zázemí domu (kuchyni, koupelnu). Trpěla onemocněním pohybového ústrojí a na čtení používala dioptrické brýle.

Komunikační partner číslo 2 byl muž, 83 let, jenž příspěvek na péči nepobíral. Muž žil s manželkou v rodinném přízemním domě s rodinou své dcery a také sdíleli společné zázemí domu (kuchyni, koupelnu) s ostatními členy domácnosti. V domácnosti žilo celkem pět členů (komunikační partner s manželkou, dcera s manželem a synem). Domek se nacházel v menším městě. Také tento muž trpěl onemocněním pohybového ústrojí a používal dioptrické brýle na čtení.

Komunikační partner číslo 3 byla žena, 93 let, jež pobírala příspěvek na péči II. stupně. Žena byla vdova a žila společně s dcerou a jejím manželem v rodinném přízem-

ním domku. Domácnost obývaly celkem tři osoby (komunikační partnerka a její dcera s manželem). Byt se nacházel na okraji města. Žena trpěla onemocněním pohybového ústrojí a používala dioptrické brýle na čtení.

Komunikační partner číslo 4 byl muž, 81 let, jenž nepobíral příspěvek na péči. Muž byl vdovec a žil společně s vnukem a jeho rodinou v rodinném přízemním domku. V domácnosti celkem žilo pět osob (komunikační partner, vnuk s manželkou a dvěma dětmi). Domek se nacházel ve městě. Tento komunikační partner se léčil s problémy pohybového ústrojí.

Komunikační partner číslo 5 byla žena, 69 let, jež nepobírala příspěvek na péči. Žena žila s manželem v rodinném dvoupatrovém domku s rodinou své dcery. V domácnosti žilo celkem pět členů (komunikační partnerka a její manžel, dcera s manželem a dcerou). Domek se nacházel na menší vesnici. Žena žila společně s manželem v přízemí a s ostatními členy domácnosti sdíleli společné zázemí domu (kuchyni, koupelnu). Také tato žena trpěla onemocněním pohybového ústrojí. Používala dioptrické brýle na čtení i na televizi.

Komunikační partner číslo 6 byla žena, 80 let, jež nepobírala příspěvek na péči. Žena byla vdova a žila společně s dcerou a jejím manželem v 5. patře panelového domu s výtahem. Domácnost tvořily celkem tři osoby (komunikační partner, dcera a její manžel). Dům se nacházel ve městě. Žena trpěla smyslovou poruchou, používala dioptrické brýle na čtení.

Komunikační partner číslo 7 byla žena, 91 let, jež pobírala příspěvek na péči. Žena byla vdova a žila se synem a jeho manželkou v přízemním rodinném domku. Domácnost celkem tvořily tři osoby (komunikační partner, syn a jeho žena). Domek se nacházel na vesnici. Žena trpěla onemocněním pohybového ústrojí a smyslovou poruchou, hůře slyšela a používala dioptrické brýle na čtení.

Komunikační partner číslo 8 byl muž, 75 let, jenž nepobíral příspěvek na péči. Muž byl ženatý a společně s manželkou žil s dcerou v přízemním rodinném domku na vesnici. Domácnost obývali čtyři členové rodiny (komunikační partner s manželkou a jeho dcera s manželem). Muž měl smyslovou poruchu zraku, na čtení používal dioptrické brýle.

Komunikační partner číslo 9 byla žena, 80 let, jež nepobírala příspěvek na péči. Žena byla vdaná a bydlela se svým manželem v řadovém domku ve městě. Domácnost tvořili celkem čtyři členové (komunikační partner, manžel, syn a jeho manželka). I zde komunikační partnerka s manželem sdíleli společné zázemí domu (kuchyni, koupelnu) a s ostatními členy domácnosti. Žena trpěla onemocněním pohybového ústrojí a smyslovou poruchou, používala dioptrické brýle na čtení.

Informace o komunikačních partnerech jsou pro lepší přehlednost uvedeny v Tabulce č. 2.

Tabulka 2: Základní údaje o komunikačních partnerech

Komunikační partner	Pohlaví	Věk	Příspěvek na péči	Počet členů v domácnosti	Typ bytu	Zdravotní omezení	Město /vesnice
Komunikační partner číslo 1	Žena	68	Ano	6	Dům s podkrovím	Onemocnění pohybového ústrojí a smyslová porucha	Vesnice
Komunikační partner číslo 2	Muž	83	Ne	5	Rodinný přízemní domek	Onemocnění pohybového ústrojí a smyslová porucha	Město
Komunikační partner číslo 3	Žena	93	Ano	3	Rodinný přízemní domek	Onemocnění pohybového ústrojí a smyslová porucha	Město
Komunikační partner číslo 4	Muž	81	Ne	5	Rodinný přízemní domek	Onemocnění pohybového ústrojí	Město
Komunikační partner číslo 5	Žena	69	Ne	5	Dům s podkrovím	Onemocnění pohybového ústrojí a smyslová porucha	Vesnice
Komunikační partner číslo 6	Žena	80	Ne	3	Panelový dům, 5. patro s výtahem	Smyslová porucha	Město
Komunikační partner číslo 7	Žena	91	Ano	3	Rodinný přízemní domek	Onemocnění pohybového ústrojí a smyslová porucha	Vesnice
Komunikační partner číslo 8	Muž	75	Ne	4	Rodinný přízemní domek	Smyslová porucha	Vesnice
Komunikační partner číslo 9	Žena	80	Ne	4	Řadový domek	Onemocnění pohybového ústrojí a smyslová porucha	Město

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky dat získaných z odpovědí na 1. dílčí výzkumnou otázku:

Co seniora ovlivňuje při zvládání základních každodenních činností?

V této dílčí výzkumné otázce jsou zahrnuty informace, které se týkají personálních (bazálních) aktivit všedního života.

Z výzkumu odhalil, že neschopnost komunikačních partnerů postarat se o tělesnou hygienu pramení především z jejich zdravotního stavu, který je omezuje při vykonávání každodenních činností. Především se jedná o onemocnění pohybového aparátu a smyslové onemocnění. Tato onemocnění seniora limitují omezením kloubního rozsahu či snížením svalové síly potřebné pro provedení daného pohybu či činnosti. Jeden komunikační partner přímo řekl: „*Už se nekoupu ve vaně, protože mám nový kloub a už těžko vstávám sám bez pomoci, tak se jediné sprchuji, což už není ono.*“ Jako další omezení ztěžující provádění každodenních aktivit popisovali komunikační partneři bolest. Pro vykonávání každodenních činností dle zvyklostí a potřeb seniorů je někdy nutno užívat analgetických medikamentů. Jedna komunikační partnerka sdělila: „*Když mě to chytne, nezvládnou téměř nic. Musím si vzít prášky, počkat, až to přejde. Vše mi potom dlouho trvá.*“

Problém se také ukázal v oblasti úpravy domácího prostředí a jeho bariérovosti omezující komunikační partnery ve schopnosti vykonávat všední činnosti samostatně.

Někteří komunikační partneři sdělili, že jim v péči o tělesnou hygienu pomáhá jiná osoba, kterou je většinou jiný člen rodiny či pečovatelka. Zároveň se také ukázalo, že často dochází k nutnosti asistence druhé osoby při provádění hygieny, přesunech apod. pro bariérovost jejich domácího prostředí. Jeden komunikační partner sám uvedl: „*S koupáním mi pomáhá manželka, mám artrózu kloubů, síla ubývá, bez ní bych z vany nevylezl.*“ To vede k tomu, že se senior stává závislým na časové dostupnosti této pečující osoby. Jeden komunikační partner přímo oznámil: „*O vlasy, to o mě pečuje snacha Jana, ale teď neměla čas, ale jinak je moc hodná.*“ Jiná komunikační partnerka řekla, že je v péči o celkovou hygienu těla závislá na své snaše, která jí s péčí pomáhá. Ta je však časově zaneprázdněná. Sama přímo řekla: „*To víte, je to těžké. Bydlíme se synem, dcery mám pryč. Tak mi pomáhá snacha, mladí mají rodinu, chodí na směny. Její nejmladší*

syn ještě potřebuje pomoci s úkoly, tak musím vždycky počkat, až si na mě udělá čas, aby mi pomohla.“

Dále komunikační partneři popisovali obavy z neschopnosti provádět péči o svoji osobu a strach ze závislosti na druhé osobě.

Z výzkumu také vyšlo najevo, že výběr nového oblečení určeného pro komunikační partnery se mnohdy uskutečňuje bez jejich účasti. Jako důvod uvedli, že ho buď dostanou darem od svých blízkých, či ho vybere jiná osoba, protože si ho pro omezení lokomoce nejsou schopni obstarat sami. Jeden komunikační partner uvedl, že oblečení si většinou vybírá sám, ale s výběrem oblečení pro slavnostnější příležitosti mu pomáhá syn s manželkou. Sám přímo sdělil: *„No, já bych si v tom vystačil sám. Ale jsem taky ovlivňován, že když jsem měl 80. narozeniny, tak mě syn s jeho manželkou vzal a dovezl mě do obchodu. Tam na mě pořídili vohoz a zaplatili to. Já se v tom tak nějak necítím, ale když tak rozhodli. Jinak oblečení mám dost a vybírám si sám. Ale nechám si taky poradit.“* Jeden komunikační partner uvedl, že se o své oblečení nikdy nezajímal, ani co se týká jeho pořizování, neboť to byla vždy práce jeho manželky.

Dále z výzkumu vyplynulo, že komunikační partneři jedí stravu, kterou jim většinou připraví někdo jiný. Buď je to v důsledku toho, že se strava připravuje současně pro všechny členy domácnosti, anebo proto, že si pro stravu docházejí či je jim donášena z nějakého jiného zařízení. Jeden komunikační partner přímo sdělil: *„Pro jídlo si chodím do jídelny místní školy. Já sním všechno, někdy míň, jindy více podle toho, jak mi to chutná. O víkendu vaří mladí. Ti vaří tak různě. Někdy se taky zeptají, co chci.“*

Také neschopnost komunikačních partnerů pohybovat se samostatně po domácnosti bez kompenzační pomůcky pramení především z jejich onemocnění pohybového aparátu. Jedna komunikační partnerka uvedla: *„Chodím s holí, s tou se mi tak jako chodí ještě líp, nebolí mě tolik kolena.“* Naopak jiná komunikační partnerka uvedla, že by měla chodit o francouzských berličích, protože je po operaci kyčle a druhá kyčel jí bolí, ale jí se lépe chodí bez nich. Sama přímo sdělila: *„Mladí mě pořád poučují, že mám chodit o berličích, ale mně se chodí lépe bez nich. Ty klacky pořád někde překážejí.“* Další komunikační partnerka uvedla, že se po bytě pohybuje tak, že se opírá o nábytek. Sama řekla: *„Tady po místnosti, když si nejsem moc jistá, se opírám o nábytek.“*

Jiná komunikační partnerka uvedla, že využívá pečovatelské služby pro donášku oběda a dále jí pečovatelky pomáhají s hygienou těla. Sama komunikační partnerka uvedla: „*Chodí mi sem pečovatelky, ty mi nosí obědy a dvakrát týdně mě koupají. Někdy taky jenom jednou, když toho mají hodně.*“

Tabulka 3: Závěr 1. dílčí výzkumné otázky

Komunikační partner	Péče o tělo	Péče o zevnějšek	Stravování	Pohyb po domácnosti	Využití sociální služby
Komunikační partner číslo 1	S dopomocí snachy	Sama	Společně	Samostatná	Ne
Komunikační partner číslo 2	S dopomocí manželky	S dopomocí manželky	Společně	Samostatný	Ne
Komunikační partner číslo 3	Sama	Sama	Společně	Samostatná	Ne
Komunikační partner číslo 4	Sám	Sám	Vaří manželka vnuka	S vycházkovou holí	Ne
Komunikační partner číslo 5	Sama	Sama	Společně	Samostatná	Ne
Komunikační partner číslo 6	S dopomocí dcery	S dopomocí dcery	Společně	Samostatná	Ne
Komunikační partner číslo 7	S dopomocí pečovatelské služby/snachy	S dopomocí pečovatelské služby/snachy	S dopomocí pečovatelské služby/snachy	Opora o nábytek	Ano
Komunikační partner číslo 8	S dopomocí manželky	S dopomocí manželky	Společně	O berlích, ale nepoužívá je	Ne
Komunikační partner číslo 9	Sama	S dopomocí obsluhy obchodu/vnučky	Společně	Samostatná	Ne

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí 1. dílčí výzkumné otázky

Z výzkumu 1. dílčí výzkumné otázky vplynuly následující kategorie:

Závislost na druhé osobě – pokud senioři trpí zdravotními obtížemi, jsou do jisté míry závislí na pomoci svého okolí. To vede ke změně dřívějších návyků a nutí je při-

způsobit se nejen jinému časovému režimu dne, ale i přijmout rozhodnutí, která by za jiných okolností nemuseli udělat. Přesto žádný komunikační partner neuvedl, že by byl svým okolím tlačěn do něčeho, co by si sám nepřál.

Bariérovost domácího prostředí – v neschopnosti provádět některé každodenní činnosti dle svého přání omezuje seniory bariérovost jejich domácího prostředí, ve kterém se senior pohybuje.

Neinformovanost – senioři nejsou informováni o tom, jak by mohli bariérové prostředí lépe přizpůsobit a upravit tak, aby se stalo pro ně bezpečnějším a snížilo se tak riziko jejich pádu popř. úrazu. Současně se také zjistilo, že senioři nejsou dostatečně informováni o možnostech využívání sociální služby v případě pobírání příspěvku na péči a ani nevědí, kde by tyto informace mohli získat.

Strach ze závislosti na péči druhé osoby – komunikační partneři popisovali obavy z neschopnosti provádět péči o svoji osobu a strach ze závislosti na druhé osobě.

Volba druhých – z výzkumu také vyplynulo, že výběr nového oblečení určeného pro komunikační partnery se mnohdy uskutečňuje bez jejich účasti, ať už je jim darováno, nebo si ho nemohou pořídit pro omezení v důsledku onemocnění pohybového aparátu. Také volba jídelníčku probíhá bez přání seniora. Buď je to v důsledku toho, že se strava připravuje současně pro všechny členy domácnosti, anebo proto, že si pro stravu dochází či je jim donášena z nějakého jiného zařízení.

Výsledky dat získaných z odpovědí na 2. dílčí výzkumnou otázku:

Jak na seniora působí okolí při rozhodování v instrumentálních denních činnostech?

Tato dílčí výzkumná otázka obsahuje informace, jež se týkají instrumentálních (rozšířených) aktivit všedního života.

Také v této dílčí výzkumné otázce se ukázalo, že neschopnost vykonávat sociální aktivity běžného života je ovlivňována zejména aktuálním zdravotním stavem komunikačních partnerů. Bolestivost a omezení v pohybové aktivitě, která provázejí zejména onemocnění pohybového aparátu, mají za následek nemožnost vykonávat některé činnosti spojené např. s údržbou a chodem domácnosti. Jedna komunikační partnerka sdělila

la. „*Okna? Taky jsem myla. Spolykala jsem si prášky a šla jsem mýt.*“ Současně se ukázalo, že komunikační partneři se o chod domácnosti a její běžný úklid dělí se svými blízkými či tuto činnost přímo na nich přenechávají. Tři respondenti shodně uvedli, že domácí práce nechávají na manželce či jiné ženě z domácnosti. Jeden komunikační partner řekl: „*To se přiznám, nádobí rád nemeju, to dělá manželka. I ten běžný úklid, to mi nikdy nic neříkalo, já na to nějak nejsem.*“ Jiný sdělil: „*Všechno dělá vnučka.*“ Toto zjištění však nelze generalizovat na celkovou populaci. U jedné komunikační partnerky se naopak objevily pocity nepotřebnosti a zklamání, že o její schopnosti a chuť pomáhat nikdo neprojevuje zájem. Sama sdělila: „*Dřív jsem toho nadělala, ale teď už nic. Mladí už mě k ničemu nepustí, vše si dělají sami, asi mají strach, že bych jim tu něco rozbila.*“

Komunikační partneři dále popisovali obavy a strach z nemožnosti dopravit se k lékaři či si vyřídit nejnnutnější záležitosti na úřadech. Úzkost z neschopnosti samostatně se pohybovat byla způsobena především změnami v pohybovém ústrojí a zdravotními obtížemi, jež tato onemocnění doprovází. I zde vyplynulo, že se většina komunikačních partnerů spoléhá na pomoc svých nejbližších či doufají, že jim pomohou vzniklou situaci řešit. Jedna komunikační partnerka sdělila: „*K doktorovi mě vozí naši. Já bych se tam vypravila autobusem sama, ale mám strach, že už bych do něj sama nenalezla, a co by tomu lidi řekli.*“ Naopak jiný komunikační partner by se k lékaři vypravil sám, ale syn už ho nechtěl pouštět autem samotného.

Komunikační partneři dále popisovali obavy plynoucí z toho, jak je okolí bude hodnotit a vnímat, pokud se budou u svého bydliště pohybovat s použitím kompenzační pomůcky. Tyto obavy plynou především z předsudků veřejnosti, kdy je pohyb pomocí kompenzačních pomůcek vnímán jako něco špatného či nevhodného. Jedna komunikační partnerka řekla: „*Koupili mi ty hůlky a mně se to zdá trapný, takže chodím normálně bez nich. Kdyby šla sousedka taky s nimi, jenomže když mám jít sama, tak lidi: »Jééé, Ty s hůlkami?«.* Já se spíš stydím.“ Jiný komunikační partner sdělil: „*Teď jsem začal chodit s hůlkou, protože je to bezpečnější a začala mě bolet noha. Do osmdesáti let jsem si myslel, že je to ostuda. A teď už je mi přes osmdesát, tak jí беру bez jakýchkoliv potíží.*“

Všichni komunikační partneři uvedli, že se mohou spolehnout na své blízké, pokud se jim v domácnosti něco rozbije a potřebují to opravit či vyměnit. Pokud se jedná o menší záležitost, opraví si to většinou rovnou sami. Se složitějšími úkoly se obrací na rodinu či okolí. Jedna komunikační partnerka uvedla: *„Pokud se něco rozbije, obracím se napřed na sebe a potom na synka. On je to takový Ferda Mravenec, práce všeho druhu.“*

Nakupování potravin, placení běžných výdajů za chod domácnosti a finanční podpora svých nejbližších byly uváděny jako nejčastější výdaje komunikačních partnerů.

Jeden komunikační partner se hněval na svého syna, který už si nepřeje, aby se otec sám dopravoval autem do vzdálenějšího města k lékaři. Sám dotazovaný řekl: *„Určitě bych to ještě zvládl, ale už mě nechtějí pouštět.“*

Další komunikační partner popisoval smutek z toho, že si platí pevnou telefonní linku, ale bohužel si nemá s kým volat. Sám uvedl: *„Mám mobil i pevnou linku. Takže dva telefony a mrzí mě, že pevnou linku většina příbuzenstva nemá, že si to platím a nemám si s kým povídat.“*

Zároveň se tento komunikační partner hněval na sebe, že měl poslechnout děti a pořídit si osobní počítač a naučit se s ním pracovat. Strach a obavy z toho, že ho nezvládne obsluhovat a pracovat s ním, mu zabránily si jej zakoupit. Komunikační partner uvedl: *„Mrzí mě to, nikdy jsem to nechtěl, i když mi to děti doporučovaly, bál jsem se, že se to nenaučím, ale teď mě to občas mrzí.“* Naopak pro jinou komunikační partnerku se práce na počítači stala běžnou součástí života. Často ho používala k vyhledávání různých informací a také pro komunikaci s rodinou a známými. Sama přímo sdělila: *„Já jdu i vařit a pro jistotu se podívám do počítače, jak to tam dělají, a potom to udělám podle sebe. Já do toho počítače pořád dost koukám.“*

Dále z výzkumu vyplynulo, že se komunikační partneři spoléhají na radu svých nejbližších při volbě nového technického vybavení domácnosti či tento výběr přímo nechávají v jejich kompetenci. Například pro komunikaci s rodinou a svými blízkými využívají většinou mobilní telefon, jež většina dostala darem od svých nejbližších. Jedna komunikační partnerka uvedla: *„Mobil, ten jsem dostala od dětí k Vánocům.“* Pouze

jedna komunikační partnerka používala navíc pro komunikaci osobní počítač a další tři komunikační partneři uvedli, že kromě mobilního telefonu používají i pevnou linku.

Radost ze společnosti jiných lidí byl důvod, jenž vedl komunikační partnery obstarávat si běžný nákup. Potřeba popovídat si, potkat známé a informovat se o dění kolem sebe donutila komunikační partnery opustit domov a vyrazit do společnosti. Jeden komunikační partner uvedl: „*Rád chodím nakupovat, vždycky tam někoho známého potkám, zapovídáme se, alespoň se taky něco nového dovím, co se kde děje. Vždyť já jinak nic nevím.*“ Větší nákupy nechávala většina komunikačních partnerů na jiných členech domácnosti.

Komunikační partneři také popisovali zvědavost, jež je vede k potřebě vyzkoušet nové výrobky na trhu. O těchto produktech se nejčastěji dověděli v reklamě z médií. Při jejich pořizování se rozhodovali dle ceny a pro některé byla důležitá i jejich kvalita. Jedna komunikační partnerka uvedla: „*Na novinky si nepotrpím, ale rozhoduji se spíše podle kvality.*“ Nejčastěji se jednalo o různé farmaceutické produkty, potraviny či spotřební zboží. Jeden komunikační partner dokonce uvedl, že pokud kupuje nějakou elektroniku, rozhoduje se mezi nejnovějšími výrobky na trhu. Řekl: „*Sleduji novinky, mám rád kvalitu, ale zároveň koukám na cenu.*“ Několik komunikačních partnerů přiznalo, že se účastnili předváděcích akcí, kde pořídili výrobky, jež byly nabízeny. Jedna komunikační partnerka uvedla: „*Byla jsem taky asi dvakrát na předváděčce a už bych na to víckrát nešla. Koupila jsem tam něco horkovzdušného na mytí oken, doma mi řekli, že je to úplně nesmyslný. Už bych tam více nešla.*“

Tabulka 4: Závěr 2. dílčí výzkumné otázky

Komunikační partner	Péče o domácnost	Mobilita v exteriéru	Manipulace s penězi	Komunikace s okolím	Získávání nových informací	Zájmy
Komunikační partner číslo 1	Společně se snachou	S dopomocí kompenzační pomůcky a doprovodem druhé osoby	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize	Domácí práce Vnoučata

Komunikační partner	Péče o domácnost	Mobilita v exteriéru	Manipulace s penězi	Komunikace s okolím	Získávání nových informací	Zájmy
Komunikační partner číslo 2	Manželka a dcera	Samostatná	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio	Četba Psaní kroniky Kutilské práce
Komunikační partner číslo 3	S dopomocí	S dopomocí kompenzační pomůcky a doprovodem druhé osoby	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio Přátelé	Domácí práce Vnoučata Pletení
Komunikační partner číslo 4	Manželka vnuka	Samostatná	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio	Četba Televize Rádio
Komunikační partner číslo 5	Společně s dcerou	Samostatná	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio Přátelé	Četba Televize Vnoučata
Komunikační partner číslo 6	Společně s dcerou	S dopomocí kompenzační pomůcky	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio Přátelé	Četba Televize Rádio Domácí práce
Komunikační partner číslo 7	Společně se snachou	S dopomocí kompenzační pomůcky a doprovodem druhé osoby	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio	Televize Rádio
Komunikační partner číslo 8	Manželka a dcera	S dopomocí kompenzační pomůcky	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio Přátelé	Četba Televize Rádio

Komunikační partner	Péče o domácnost	Mobilita v exteriéru	Manipulace s penězi	Komunikace s okolím	Získávání nových informací	Zájmy
Komunikační partner číslo 9	Společně se snachou	Samostatná	Samostatná	Samostatná	Denní tisk Televize Rádio Přátelé	Četba Televize Rádio Domácí práce

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí 2. dílčí výzkumné otázky

Z 2. dílčí výzkumné otázky vyplynuly následující kategorie:

Závislost na aktuálním zdravotním stavu – při rozhodování v instrumentálních denních činnostech jsou senioři ovlivňováni také svým aktuálním zdravotním stavem. Jednotlivé příznaky, jež dané onemocnění doprovázejí, znemožňují komunikačním partnerům vykonávání všedních činností a zvyšují jejich závislost na okolí.

Obavy a strach – závislost na druhé osobě je doprovázená obavami a strachem, že se nemohou samostatně rozhodovat v běžných záležitostech. Zároveň se musejí více spoléhat na své okolí. Současně se objevují obavy, že omezením pohybových schopností a nutností použití kompenzačních pomůcek ztrácejí na své hodnotě a budou negativně hodnoceni svým okolím.

Negativní postoj okolí – lze se setkat i s tím, že senioři by měli snahu svému okolí pomoci, ale ta se neseťká s kladnou odezvou svých nejbližších.

Spolehnutí na blízké okolí – pokud se komunikačním partnerům doma něco porouchá, tak si menší záležitosti opraví sami. Jinak se plně spoléhají na pomoc svých nejbližších. Dále spoléhají na radu svých nejbližších při volbě nového technického vybavení domácnosti nebo tento výběr přímo nechávají v jejich kompetenci.

Potřeba vztahů – radost ze společnosti byl důvod, jenž nutil komunikační partnery obstarávat si běžný nákup. Potřeba popovídat si, potkat známé a zjistit, co se kde děje, vedl komunikační partnery k zapojení se do společenského dění.

Zkoušení nových věcí – z výzkumu také vyplynulo, že komunikační partneři se nebránili používání nového technického vybavení v domácnosti, ale jeho výběr spíše pře-

nechávali na svých nejbližších či ho nejčastěji získávali přímo od nich ve formě daru. Zvědavost vede seniory zakoupit a vyzkoušet nové výrobky na trhu, o nichž se nejčastěji dozvídají z reklamy v médiích. Při jejich zakoupení se rozhodují dle ceny či kvality.

Výsledky dat získaných z odpovědí na 3. dílčí výzkumnou otázku:

Jak senioři vnímají zájem o svoji osobu?

V této výzkumné otázce jsem se zaměřila na získání odpovědi na otázku, jak senioři vnímají zájem o svoji osobu.

Sdílení starostí se svými nejbližšími uvedli senioři jako jednu z nejdůležitějších potřeb, jež jim dává pocit sounáležitosti a plnohodnotnosti. Jako první osobu, se kterou senioři sdílejí všední stesky i radosti, uváděli partnera a poté své děti, popř. jejich partnery. Důležitou roli v jejich životě hrají též blízcí přátelé. Potřeba sdílet své niterné pocity je však omezována v důsledku onemocnění pohybového aparátu, jež některým komunikačním partnerům nedovoluje účastnit se společenských a přátelských posezení, na něž byli dříve zvyklí. Přesto někteří uváděli, že toto omezení kompenzují využíváním komunikace pomocí mobilního telefonu, nebo jedna komunikační partnerka dokonce pomocí počítače s použitím programu Skype.

Komunikační partneři popisovali radost, když jim někdo poděkuje za provedenou domácí práci či přípravu pokrmu. Dále obecně vystihovali „dobrý pocit“ z práce, kterou vykonávali, aby dětem, s nimiž sdílejí společnou domácnost, udělali radost a usnadnili chod domácnosti. Jedna komunikační partnerka uvedla: „*Můj manžel často řekne: »Dneska to bylo moc dobrý.« Moc mě chválí. A vnoučata? Ty furt taky.*“ Tyto aktivity zároveň tvoří náplň jejich volného času. Někteří se shodli i v odpovědi, že je tato činnost udržuje v dobré pohybové kondici a nutí je se hýbat, i přes bolest či omezení pohybového aparátu.

Rodina a především partner jsou osoby, na něž se senioři obracejí o radu. Většina partnerů a dětí komunikačních partnerů jsou osoby, které toho vědí hodně o svých blízkých, a tudíž mnohdy dokáží zhodnotit jejich problém a poskytnout jim adekvátní rady a pomoc. Zároveň zvládnou své blízké psychicky podpořit a sdílet s nimi případné neúspěchy.

Komunikační partneři popisovali mrzutou a špatnou náladu v důsledku snížení pohyblivosti a bolestivosti kloubů, jež doprovází jejich onemocnění pohybového aparátu. To narušuje jejich běžný denní režim a mnohdy i schopnost popovídat si se svými přáteli a blízkými. Vnoučata, poslech hudby, pomazlení s domácím mazlíčkem či popovídání po telefonu byly uváděny jako prostředky, díky nimž si senioři zlepšují náladu a jež je přivedou na lepší, pozitivní myšlenky. Jedna komunikační partnerka sdělila: *„No, tady mám toho dědu, tomu toho napovídám, to on je zase takový vstřícný. Ale jinak mám i ségru a tu mám denně na Skypu. Někdy si i pustím nějakou pěknou písničku a chmury jsou pryč.“*

Komunikační partneři uváděli, že partner a jejich nejbližší rodina jsou lidé, na něž se mohou vždy spolehnout a mají jejich plnou důvěru. Současně uvedli, že se někteří zúčastnili reklamních akcí, kde byli obchodníky zklamáni, a sami si potom vyčítali, že neposlechli svoje nejbližší a nezůstali raději doma. Jedna komunikační partnerka uvedla: *„Mladí mi sice nikdy nic neřekli, ale já jsem si sama v duchu řekla, jdi za roh a dej si pár facek.“*

Tabulka 5: Závěr 3. dílčí výzkumné otázky

Komunikační partner	Zajištění doprovodu	Sdílení běžných starostí	Poskytnutí rady	Co povzbudí	Důvěra
Komunikační partner číslo 1	Doprovod syna/snachy	Manžel Děti	Manžel Děti	Vnoučata Pes	Manžel Děti
Komunikační partner číslo 2	Doprovod manželky	Manželka Děti Kamarádky	Manželka Děti	Manželka Přátelé Hudba	Manželka Děti
Komunikační partner číslo 3	Doprovod dcery	Dcera Kamarádky	Dcera	Dcera Přátelé	Dcera
Komunikační partner číslo 4	Doprovod vnuka	Vnuk	Vnuk	Vnuk Hudba	Vnuk

Komunikační partner	Zajištění doprovodu	Sdílení běžných starostí	Poskytnutí rady	Co povzbudí	Důvěra
Komunikační partner číslo 5	Doprovod manžela/děti	Manžel Děti Sestra	Manžel Děti Sestra	Manžel Děti Sestra Hudba	Manžel Děti Sestra
Komunikační partner číslo 6	Doprovod dětí	Děti	Děti	Děti Hudba	Děti
Komunikační partner číslo 7	Doprovod dětí, pečovatelská služba	Děti	Děti	Děti Vnoučata Pravnoučata	Děti
Komunikační partner číslo 8	Doprovod manželky/děti	Manželka Děti	Manželka Děti	Manželka Děti Hudba Pes, kočky	Manželka Děti
Komunikační partner číslo 9	Doprovod dětí	Děti	Děti	Děti Hudba	Děti

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí 3. dílčí výzkumné otázky

Z výzkumu 3. dílčí výzkumné otázky vyplynuly následující kategorie:

Sdílení starostí – komunikační partneři sdílejí starosti se svými nejbližšími, což jim dává pocit sounáležitosti a plnohodnotnosti. Na prvním místě uvedli jako svoji nejbližší osobu – partnera a poté uváděli děti či vnoučata. V odpovědi se objevili i blízcí přátelé. I tato potřeba je však omezoována v důsledku onemocnění pohybového aparátu, jež některým komunikačním partnerům nedovoluje účastnit se společenských a přátelských posezení, na která byli dříve zvyklí. Přesto někteří uváděli, že toto omezení kompenzují využíváním komunikace pomocí mobilního telefonu, nebo dokonce jedna komunikační partnerka pomocí počítače s použitím programu Skype.

Potřeba pochvaly – komunikační partneři popisovali radost, když jim někdo poděkuje za provedenou domácí práci. Tyto činnosti zároveň tvoří z velké části jejich volnočasovou aktivitu a udržují seniory v dobré pohybové kondici.

Rada od rodiny – nejbližší rodina a především partner byly osoby, na něž se senioři obrazejí o radu. Zároveň uvedli, že se na ně mohou vždy spolehnout a mají k nim důvěru.

Špatná nálada – senioři popisovali mrzutou a špatnou náladu v důsledku snížení pohyblivosti a bolestivosti kloubů. To narušuje jejich běžný denní režim a mnohdy i schopnost popovídat si se svými kamarády. Vnoučata, poslech hudby, pomazlení s domácím mazlíčkem či popovídání po telefonu byly uváděny jako prostředky, jimiž si senioři zlepšují náladu a přivedou je na pozitivní myšlenky. Současně uvedli, že se někteří zúčastnili reklamních akcí a sami si potom vyčítali, že neposlechli své nejbližší a nezůstali raději doma.

6 Diskuse

Glosová¹⁴¹ uvádí, že setrvání v přirozeném prostředí seniorům umožňuje zajistit bezpečí, správně reflektovat identitu a podporovat jejich sebevědomí, nabízet příležitosti ke smysluplným činnostem. Dvořáčková¹⁴² konstatuje, že na základě zkušeností a poznatků z minulosti je za optimální způsob péče o seniory stále považována možnost setrvání seniora co možná nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří. Dobře fungující rodina znamená v případě nesoběstačnosti seniora záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina navíc rozvíjí aktivity ve stáří a je významným referenčním rámcem života starších lidí. Senioři proto velmi oceňují dobře fungující vztahy v rodině a zázemí. Soužití se seniory navíc obohacuje život, zprostředkovává mladším generacím nezažité zkušenosti a napomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi. Také z tohoto výzkumu vyplynulo, že sdílení starostí se svými nejbližšími považují senioři za jednu z nejdůležitějších potřeb, jež jim dává pocit sounáležitosti, potřebnosti a plnohodnotnosti. Senioři se dále svěřili, že partner a nejbližší rodina jsou lidé, na něž se mohou vždy spolehnout a mají jejich plnou důvěru, což vede k pocitu jistoty a bezpečí.

Holmerová¹⁴³ popisuje, že s ubýváním fyzických a psychických sil a s postupnou ztrátou soběstačnosti vzrůstá závislost člověka na jeho blízkých a na pomoci různých subjektů poskytujících sociální a zdravotní služby. Tento proces má své subjektivní a objektivní stránky, přičemž je důležité, jak jsou vnímány jednotlivci. Starší lidé věří ve schopnost a ochotu svých dětí podpořenou státem, na druhé straně se zdráhají tuto pomoc přijímat a preferují svoji nezávislost na dětech. Starší lidé si postupně zvykají na to, že pomoc mohou hledat i mimo rodinu a státní subjekty sociální pomoci, třebaže zatím vysoce převládá důvěra v pomoc rodiny. Také v tomto výzkumu senioři sdělovali, že se v případě potřeby spoléhají na pomoc svého partnera a nejbližších členů domác-

¹⁴¹ GLOSOVÁ, D., et al. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006. s. 23.

¹⁴² DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 55.

¹⁴³ HOLMEROVÁ, I., et al. *Problematika pečujících v České republice*. In: *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava 13–15. října 2004*. Ostrava: DOT, 2004. s. 24–31.

nosti. Jako důvod uváděli, že i oni sami se jim vždy snažili a stále dle svých možností snaží pomáhat a vycházet vstříc, ať již s prací v domácnosti či s případnou péčí o vnoučata. Domnívají se, že pokud budou sami potřebovat pomoci, tak se o ně rodina postará. Někteří již tuto péči dokonce využívají. Málokterý senior byl však informován o možné pomoci z oblasti zdravotní či sociální. Pouze jedna uživatelka uvedla, že využívá pomoc pečovatelské služby, kterou jí zajistila rodina. Tři komunikační partneři uvedli, že pobírají příspěvek na péči, ale berou ho jako přilepšení k důchodu a dávají ho většinou dětem.

Obecně se lidé dívají na stáří jednostranným pohledem. Období stárnutí a stáří je vnímáno s obavami, tedy negativně. Většina lidí si při zmínce o stáří představí nesoběstačnou osobu, neschopnou samostatného života, závislou na pomoci jiné osoby při všech běžných činnostech, pro niž je ideální umístění do ústavní péče. Člověk očekává potíže a omezení v důsledku ztráty soběstačnosti. Dále předpokládá snížení mentálních funkcí, omezení kontaktu s okolním prostředím a v neposlední řadě ztrátu možnosti seberealizace. Negativní vnímání stáří vede k obavám a ke strachu z ponížení a ztráty respektu, především při nesoběstačnosti, a dále ke ztrátě lidské důstojnosti. Tyto obavy nejsou zcela oprávněné. Při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky vždy k popsáním problémům, ale k individuálním změnám.¹⁴⁴ I v tomto výzkumu senioři popisovali strach ze závislosti doprovázený obavami, že se nemohou samostatně rozhodovat v běžných záležitostech. Zároveň se musejí více spoléhat na své okolí. Současně se objevují negativní pocity, že omezením pohybových schopností a nutností používat kompenzační pomůcky ztrácejí senioři na své hodnotě a budou negativně hodnoceni svým okolím.

Výzkum Pavlíkové a Herové¹⁴⁵, sledující pohled seniorů na rodinnou soudržnost a příbuzenskou výpomoc ukázal, že více než polovina (50,7 %) dotázaných žije společně s nejbližšími členy rodiny v jednom domě, popřípadě bytě. Také z výzkumu k této práci vyplynulo, že komunikační partneři se o chod domácnosti a její běžný úklid dělili

¹⁴⁴ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. s. 13–14.

¹⁴⁵ PAVLÍKOVÁ, G. a I. HEROVÁ. *Pohled seniorů na rodinnou soudržnost, příbuzenskou výpomoc*. In: Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 2005. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 37.

se svými blízkými či tuto činnost přímo na nich přenechávali. Tento typ soužití s sebou nese různé klady i zápory. Mezi klady byla uváděna např. vzájemná výpomoc, podíl na vedení společné domácnosti, častý kontakt apod. Tyto klady však někdy mohou být také předmětem rodinných rozepří. Dále byl zaznamenán rozdíl v péči o domácnost mezi muži a ženami. Tři muži shodně uvedli, že pokud se jedná o chod a úklid domácnosti, přenechávají tuto činnost na manželce popř. na jiné ženě v domácnosti. Toto zjištění však nelze generalizovat na celkovou populaci. U jedné komunikační partnerky se naopak objevily pocity nepotřebnosti a zklamání, že o její pomoc a ochotu podílet se na domácím úklidu, již nikdo neprojevuje dostatečný zájem.

Jarošová¹⁴⁶ konstatuje, že u seniorů vzrůstá pravděpodobnost, že vzhledem ke svým zdravotním problémům budou dříve či později potřebovat pomoc svého okolí. Dostanou se tak do situace, kdy nebudou oporou pro své blízké, ale stanou se z nich příjemci podpory. Jestliže není senior schopen uspokojovat své základní životní potřeby a zvládat aktivity denního života, stává se nesoběstačným a závislým na pomoci. Ztráta soběstačnosti je u seniorů vysoce obávanou realitou. S postupující závislostí na druhé osobě se senior může cítit nepotřebný, objevuje se strach ze samoty, bezmoci a ze smrti. Zároveň si uvědomuje, že při nedostatečné péči rodiny mu hrozí pobyt ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Také Kalvach¹⁴⁷ uvádí, že k největším subjektivním obavám v souvislosti se stářím patří kromě osamělosti především strach z nízké kvality života podmíněný zdravotním stavem, jejíž pokles interferuje se soběstačností. S touto osobní obavou koresponduje společenská obava z neúměrné spotřeby zdravotní a sociální péče. Prodlužování naděje na dožití ve stáří vzbuzuje strach, aby zároveň nedošlo k prodlužování nesoběstačné, nekvalitní, subjektivně neuspokojivé a ošetrovatelsky nákladné fáze stáří, označované od starověku jako stáří bolestné. Z výzkumu vyplynulo, že pokud jsou senioři samostatní a soběstační, zvládají vykonávat každodenní činnosti dle svých schopností a zvyklostí. Pokud však trpí zdravotními obtížemi a potřebují dopomoci při zvládnutí základních všedních činností, jsou závislí na pomoci svého okolí. To vede ke změně dřívějších návyků a nutí je přizpůsobit se nejen jinému časové-

¹⁴⁶ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. s. 38–41.

¹⁴⁷ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 138.

mu režimu dne, ale i přijmout rozhodnutí, jež by třeba za jiných okolností nemuseli udělat. Přesto žádný komunikační partner nevedl, že by byl svým okolím tlačěn do rozhodnutí, co by si on sám nepřál. Zároveň senioři popisovali strach ze závislosti a obavy z neschopnosti provádět péči o svoji osobu a strach ze závislosti na druhé osobě.

Hamplová¹⁴⁸ poukazuje na mnohé studie, kde byla prokázána velmi silná souvislost v poskytování péče se sociodemografickými charakteristikami, jako je věk a pohlaví. Zde vyplynulo, že nejčastěji jsou rodinnými pečovateli ženy, především manželky (partnerky) a dcery, popřípadě snachy. Z hlediska věku jsou nejčastějším poskytovatelem péče osoby v pozdně středním či raně důchodovém věku. Genderové rozdíly v zapojení do péče o členy rodiny jsou vysvětlovány rozdílnou strukturou příležitostí mužů a žen (např. rozdíly v úrovni příjmů) a různými sociálními normami a kulturními očekáváními vztahenými na roli mužů a žen v rodině. Role žen je kulturně spojována s péčí a ženy tak jsou považovány za kompetentnější pečovatelky než muži. Jistou roli však v rozdílech mezi muži a ženami může hrát i rozdílná naděje dožití obou pohlaví, díky níž ženy častěji pečují o své nemocné a umírající partnery. I z mého dotazování vzešlo, že pokud senior potřebuje pomoci při vykonávání každodenních činností, zastává tuto funkci nejčastěji žena, tj. manželka či partnerka, popř. dcera či snacha seniora, a to v pozdně středním či důchodovém věku. Do těchto činností bývá někdy zapojován i partner dcery či syn, např. při doprovodu k lékaři, kdy muž zastává roli řidiče a žena roli doprovodu seniora. Přesto tyto výsledky nemohou být generalizované na celkovou populaci.

Holmerová¹⁴⁹ uvádí, že k tradici rodinného života v českých rodinách patří vzájemná výpomoc mezi generacemi, změněný životní styl jí však dal novou podobu. Z výzkumu Pavlíkové a Herové¹⁵⁰ vyplynulo, že na prvním místě rodinné soudržnosti u mužů i žen je psychická podpora ze strany příbuzných spojená s popovídáním si a vyslechnutím problémů, ale i sdílení všedních radostí. Intenzivněji a s větší četností však tento rodinný kontakt potřebují především ženy. V případě vaření a obstarávání

¹⁴⁸ HAMPLOVÁ, D., et al. *Rodina a zdraví – jejich vzájemná souvislost*. Praha – Slon, 2014. s. 111.

¹⁴⁹ HOLMEROVÁ, I., et al. Problematika pečujících v České republice. In: *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava 13.–15. října 2004*. Ostrava: DOT, 2004. s. 24–31.

¹⁵⁰ PAVLÍKOVÁ, G. a I. HEROVÁ. *Pohled seniorů na rodinnou soudržnost, příbuzenskou výpomoc*. In: Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 2005. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 40.

nákupu však tuto pomoc potřebují více muži. Senioři, kteří mají partnera, či bydlí s rodinou svého dítěte, jsou na tom lépe, protože řešení každodenních starostí, činností a odpovědnosti si mohou mezi sebe vzájemně rozdělit. I oni považují za nejvýznamnější styk s rodinou, přáteli, a dále možnost promluvit si, poradit se, sdílet radosti a těžkosti života. Mezi vůbec nejčastější formu výpomoci patří zejména vzájemný kontakt ve formě mluveného slova (sdělení si informací), vyslechnutí názorů a potřeb, udržení kontaktu s rodinou, nejbližšími. Stejně jako další aktivity spojené s udržením běžného chodu domácnosti, tj. obstaráváním nákupů, vaření jídla a práce spojené s péčí o okolí domu. Kromě výpomoci týkající se běžných potřeb a věcí senioři také oceňují zajištění dovozu k lékaři a na úřady a podporu při vyřizování úředních záležitostí. V případě nouze a nenadálých situací se mohou spolehnout i na materiální a peněžní příspěvek. Komunikační partneři popisovali radost, když jim někdo poděkoval za dobře provedenou domácí práci či jim někdo pochválil oběd. Zároveň to byla náplň jejich volného času. Někteří se shodli i v odpovědi, že je tato činnost udržuje v dobré pohybové kondici a nutí je se hýbat i přes bolest či omezení pohybového aparátu. Nejbližší rodina, a především partner, jsou osoby, na něž se senioři obracejí o radu nebo pomoc v nouzi nebo v určité situaci. Zároveň komunikační partneři uvedli, že se na rodinné příslušníky mohou vždy spolehnout, a tudíž mají jejich plnou důvěru. Vnoučata, poslech hudby, pomazlení s domácím mazlíčkem či popovídání po telefonu byly uváděny jako prostředky, díky nimž si senioři zlepšují náladu a které je přivedou na pozitivní myšlenky.

Glosová¹⁵¹ uvádí, že bariérovost prostředí může u seniorů vyvolat neochotu docházet osobně vyřizovat vlastní záležitosti, což je pečujícími osobami často vykládáno jako snížený zájem o kontakt s okolním světem. Dochází k omezení přirozených aktivit a zdrojů sociálních kontaktů. Senioři rezignují na určité aspekty života nikoli z důvodů reálného poklesu funkčního potenciálu, ale v tomto případě z důvodů nevhodných vnějších podnětů. Dochází k tomu, že běžné denní aktivity, které by mohli senioři vykonávat samostatně, svěřují do kompetence druhé osoby, na níž se stávají závislími.

Na danou problematiku navazuje i Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012 a to v oblasti podpory prostředí a komunity ke stáří. Zdůrazňuje nezbyt-

¹⁵¹ GLOSOVÁ, D., et al. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006. s. 23.

nost designu, jenž respektuje změny a omezení způsobené stárnutím, přispívá k důstojnosti, bezpečnosti, soběstačnosti a možnosti setrvat v přirozeném prostředí seniora.¹⁵² Také z mého výzkumu vyplynulo, že bariérovost domácího prostředí, a zejména exteriéru, omezuje komunikační partnery ve vykonávání jejich každodenních aktivit, na které byli dříve zvyklí. To zvyšuje závislost seniorů na jejich okolí. Současně dochází ke snižování kontaktu s jejich přirozeným sociálním prostředím. Ti, kteří to zvládají, uvádějí potřebu opustit domov, podívat se do společnosti, potkat známé a popovídat si, za nezbytnou součást svého života. Zároveň se ukázalo, že senioři nejsou dostatečně informováni o tom, jak by si mohli prostředí lépe přizpůsobit a upravit tak, aby se pro ně stalo bezpečnějším a byli v něm více soběstační a nezávislí na svém okolí.

Z výzkumu Santiniho¹⁵³ vyplynulo, že dostatečná sociální podpora má pozitivní vliv na zlepšení celkového duševního zdraví a emoční pohody u starších lidí. Ti kladně hodnotili dostupnost sociální sítě ve svém okolí a navazování sociálních vztahů. Krpoun¹⁵⁴ sociální oporu vymezuje jako podporu či pomoc, jež jedinec čerpá v situacích, kdy to považuje za příhodné. Může se jednat i o běžné každodenní momenty, v nichž se většina z nás, bez ohledu na druh povolání, současný zdravotní stav nebo věk, ocitá. Paulík¹⁵⁵ konstatuje, že sociální opora je součástí naplnění lidských sociálních potřeb. Zahrnuje různé působení lidí v okolí jedince, kteří jsou mu blízcí, pozitivně jej hodnotí a mají jej rádi. Patří sem i uznání předností jedince osobami, na nichž mu záleží. Mezi přirozené zdroje sociální opory patří rodina. Zde je akceptování, pomoc či povzbuzení každého člena součástí její funkce, a podílí se na utváření pocitu bezpečí a jistoty již od raného dětství. Z mnoha pozorování lidí v kritických životních událostech vyplynulo, že pozitivní sociální vazby usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky, ovlivňují pozitivně zdravotní stav a navozují pocit spokojenosti se sebou samým a se svým životem. S tímto tvrzením souhlasím, neboť i z mého výzkumu vyplynulo, že nejbližší rodina, a především partner, byly osoby, na něž se senioři obracejí o pomoc a jejichž spolehli-

¹⁵² ČESKO. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 2015-4-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

¹⁵³ SANTINI, I. *The association of relationship quality and social networks with depression, anxiety, and suicidal ideation among older married adults: Findings from a cross-sectional analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)*. [online]. [cit. 2015-4-13]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25863909>

¹⁵⁴ KRPOUN, Z. Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti-nadané děti. *Psychologie*. 2012, 6, 1, 43. [online]. [cit. 2015-1-18]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>

¹⁵⁵ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 23–24.

vost v seniorech vyvolává pocit jistoty, bezpečí a důvěry. Současně konstatovali, že mívají mrzutou a špatnou náladu v důsledku snížení pohyblivosti a bolestivosti kloubů, jež doprovází onemocnění pohybového aparátu. To narušuje jejich běžný denní režim a mnohdy i schopnost popovídat si se svými přáteli. Vnoučata, poslech hudby, pomazlení s domácím mazlíčkem či popovídání po telefonu byly uváděny jako prostředky, jimiž si senioři zlepšovali náladu a působily na ně optimisticky. Současně komunikační partneři uvedli, že se někteří zúčastnili reklamních akcí, kde byli obchodníky zklamáni, a sami si potom vyčítali, že neposlechli svoje nejbližší a nezůstali raději doma.

Pacovský¹⁵⁶ uvádí, že je důležité nejen, aby senioři svému místu v rodině dobře porozuměli, ale též aby v ní našli uplatnění, jež prospěje jim i celé rodině. Také Brzáková Beksová¹⁵⁷ shledává, že porozumět svému místu v rodině, pochopit a žít svoji roli a následovat úděl své pozice mezi ostatními členy není vždy samozřejmostí. Jedná se o individuální míru vůle k naplnění daného úkolu a ochotu akceptovat rodinné morální hodnoty. Společností přijaté hodnoty funkční rodiny jsou solidarita a emoční pouta, které utváří nezastupitelné zázemí, navozující pocit jistoty a bezpečí. Pravidelný kontakt s rodinou, sdílení a interaktivní soucítění jsou mnohdy nejžádanějšími prioritami spokojeného stáří. Senioři se zpravidla zajímají o problémy svých vlastních dětí a zároveň očekávají starost o svoji osobu. Do svých vlastních přání promítají přání rodiny svých dětí, radují se z jejich úspěchu, prožívají smutek z jejich nezdarů. I z mého výzkumu vyplynulo, že senioři se během celého života snažili o své děti dobře starat, pomáhali jim s péčí o děti a domácnost, sdíleli s nimi dobré i zlé a tudíž i oni očekávají, že bude o ně dobře postaráno, bude-li to potřeba. Zároveň senioři uváděli rodinu jako místo svého bezpečí a jistoty. A všední radosti a starosti sdílené s rodinou byly pro ně to nejdůležitější.

Aby mohlo být stáří opravdovým „podzimem života“, je nutné, aby bylo kvalitní a senior byl co nejdéle soběstačný. Dále je velmi důležité, aby dobře zvládl adaptaci na požadavky prostředí, mohl vykonávat aktivity všedního dne, udržel si nezávislost a možnost vykonávat přiměřené zaměstnání nebo hobby. Zdravý a soběstačný senior

¹⁵⁶ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. s. 53.

¹⁵⁷ BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum, 2013. s. 41.

nepotřebuje pomoc druhé osoby, je schopen si téměř vše obstarat sám a to má příznivý vliv na jeho psychiku.¹⁵⁸ Dobré sociální vztahy, podpůrné sociální sítě a přátelé přispívají k řešení nejen citových, ale i materiálních problémů. Vzájemná úcta a sociální soudržnost pomáhají chránit a posilovat zdraví lidí. Experimentální studie potvrzují, že dobrá sociální opora pomáhá zvládat stres, čelit pesimismu, navozovat pocit bezpečí, posiluje naději a odstraňuje pocit osamění a bezmoci. Dobré vztahy v rodině jsou cenou zárukou sociální opory.¹⁵⁹ Senioři účastníci se tohoto výzkumu přikládali zvládnání péče o sebe a schopnosti zvládat vše samostatně největší důležitostí. Chtěli být co nejdéle soběstační, nezávislí na svém okolí a chtěli ještě pomáhat svým nejbližším. Rodinné vztahy a dobré zázemí pokládali za velmi potřebné a nepostradatelné pro svůj život.

¹⁵⁸ VALEŠOVÁ, M. a J. VALEŠ. Využití kinezioterapie v domácí péči. *Medicina pro praxi*. 2010. roč. 7, č. 4, s. 199.

¹⁵⁹ ČEVELA, R., et al. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, 2014. s. 79.

7 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jaký vliv má sociální opora seniora žijícího v domácím prostředí na jeho rozhodování ve všedních činnostech. Hlavní výzkumná otázka byla formulována větou: „*Přeje si senior rozhodovat se samostatně ve svých všedních činnostech?*“

Teoretická část práce obsahuje kapitoly, které vymezují pojmy související s problematikou stárnutí a sociální oporou seniora.

V další části zaměřené prakticky jsem se pokusila zjistit odpověď na otázku „*Přeje si senior rozhodovat se samostatně ve svých všedních činnostech?*“ Metodou kvalitativního šetření jsem získala a analyzovala odpovědi na dílčí otázky vzniklé z polostrukturovaného rozhovoru podle předem připraveného scénáře. Při sestavování rozhovoru jsem vycházela z funkčního hodnocení FIM – Functional Independence Measures (Funkční míry nezávislosti) a dále z Testu instrumentálních všedních činností. Výzkumný soubor byl vybrán pomocí dvou metod. Primárně byla použita metoda snowball a sekundárně metoda kvótového záměrného výběru. Soubor nakonec tvořilo devět komunikačních partnerů (tři muži a šest žen) ve věku 68–93 let, kteří splňovali dané podmínky výběru.

Z odpovědí na okruh otázek, který měl dát odpověď na zkoumanou otázku „*Co seniora ovlivňuje při zvládání základních každodenních činností?*“, vyplynulo, že pokud jsou senioři samostatní a soběstační, zvládají tyto činnosti vykonávat dle svých schopností a zvyklostí sami. Zdravotní obtíže naopak vyvolávají pocit závislosti na pomoci okolí seniorů.

Z odpovědí na okruh otázek, který měl získat odpověď na otázku „*Jak na seniora působí okolí při rozhodování v instrumentálních denních činnostech?*“, se ukázalo, že i při této činnosti jsou senioři ovlivňováni svým aktuálním zdravotním stavem, čímž se stávají závislími na svém okolí, což je doprovázeno obavami a strachem, že se nemožou samostatně rozhodovat v běžném životě. Zároveň se musejí více spoléhat na své okolí.

Z odpovědí na okruh dílčích otázek, které měly dát odpověď na zkoumanou otázku „*Jak senioři vnímají zájem o svoji osobu?*“, jsem došla k závěru, že komunikační part-

neří nejčastěji sdílejí starosti se svými nejbližšími (partnerem, dětmi, vnoučaty) a ti jim dávají pocit opory, potřebnosti a sounáležitosti, jenž jim dává smysl života. Současně jim tito blízcí přináší pocit jistoty a pomoci v případě závislosti na druhé osobě z důvodů omezení způsobených zdravotním stavem.

Z odpovědí na hlavní výzkumnou otázku „*Přeje si senior rozhodovat se samostatně ve svých všedních činnostech?*“ lze konstatovat, že senioři si přejí rozhodovat se samostatně o svých každodenních činnostech. Pokud jsou senioři samostatní a soběstační, zvládají vykonávat každodenní činnosti dle svých schopností a zvyklostí. Soužití několika generací pohromadě a zdravotní obtíže vedou ke změně dřívějších návyků a nutí seniory přizpůsobit se a přijmout rozhodnutí svého okolí. Partner a nejbližší rodina jsou osoby, na něž se senioři mohou vždy spolehnout, obrátit o pomoc a které mají jejich plnou důvěru. Žádný komunikační partner nevedl, že by byl svým okolím tlačěn do rozhodnutí, které by si sám nepřál.

Také z bakalářské práce Voštové¹⁶⁰, jež sledovala vliv sociální opory na kvalitu života seniorů, vyplynulo, že přestože většina seniorů hodnotila své potřeby jako dostatečně pokryté, nepocítovali klid a pohodu. Často se u nich vyskytoval strach a obavy z budoucnosti. Pozitivní vliv na zkvalitnění života seniorů připisovala Voštová právě sociální opoře. Přesto uvedla, že opora není pro seniory ještě natolik běžně dostupná a kvalitní, aby zajistila jejich všestrannou spokojenost.

Zajímavý byl výsledek výzkumu z diplomové práce Žákové¹⁶¹, jež porovnávala vnímání sociální opory seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů žijících v domově pro seniory. Senioři žijící v institucionálním prostředí vykazovali vyšší míru sociální opory než senioři žijící v domácím prostředí. Život v přirozeném prostředí a s ním spojená podpora a vztahy rodinné, přátelské, sousedské se tedy neukázaly jako faktor, který posiluje vnímání sociální opory.

Z mého výzkumu dále vyplynulo, že neschopnost seniorů provádět některé každodenní činnosti je omezována i bariérovostí jejich domácího prostředí, ve kterém se po-

¹⁶⁰ VOŠTOVÁ, M. *Vliv sociální opory na kvalitu života seniora*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, Katedra pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Olga Vaněčková

¹⁶¹ ŽÁKOVÁ, I. *Sociální opora u seniorů*. Brno, 2013. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Katedra pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Olga Doňková.

hybují. Zároveň se ukázalo, že senioři nejsou dostatečně informováni o tom, jak by mohli prostředí lépe přizpůsobit a upravit tak, aby se pro ně stalo bezpečnějším a snížilo se tak riziko jejich případného úrazu. Současně bylo také zjištěno, že senioři nejsou dostatečně informováni o možnostech využívání sociální služby v případě pobírání příspěvku na péči a ani nevědí, kde by tyto informace mohli získat.

Doporučovala bych zvýšit informovanost seniorů a jejich blízkých rodinných příslušníků či pečovatelů o výše zmíněných možnostech. Domnívám se, že by bylo vhodné, aby sociální pracovnice pracující se seniory ve spádových oblastech vytvořily informační leták o těchto možnostech a umístily ho do ordinací praktických i odborných lékařů, úřadů a jiných zařízení, kde se senioři či jejich blízcí nejčastěji pohybují.

Seznam použitých zkratk

ADL – Aktivity všedního života z ang. Activities of Daily Living

pADL – personální (bazální) Aktivity všedního denního života z ang. Personal Activities of Daily Living

iADL – instrumentální (rozšířené) Aktivity všedního denního života z ang. Instrumental Activities of Daily Living

FIM – Functional Independence Measures – Funkční míra nezávislosti

OSN – Organizace spojených národů z ang. United Nations UN

8 Seznam použitých zdrojů

BAŠTECKÁ, B., et al. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.

BOYD, N. *Social Support and Stress: Emotional vs. Instrumental Support*. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://study.com/academy/lesson/social-support-and-stress-emotional-vs-instrumental-support.html>

BRETHERTON, I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992, 28, 5, 759–775. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 139 s. ISBN 978-80-246-2296-5.

BURDICK, D, C. a S. KWON. *Gerotechnology. Research and Practice in Technology and Aging*. Springer Publishing Company, 2004. 287 s. ISBN 0-8261-2516-6.

BUŽGOVÁ, R. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2007, roč. 9, č. 1, s. 65–69. ISSN 1804-7122. [online]. [cit. 2014-12-5]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327100914548884.pdf>

COHEN, S., et al. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. Washington: American Psychological Association, 1985. 98, 2, 310–357. ISSN 0033-2909.

ČESKO. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 2014-12-5]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie – úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, R., et al. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DANNEFER, D. a Ch. PHILLIPSON. *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. 1. vyd. Los Angeles: Sage Publications, 2010. 712 s. ISBN 978-1-4129-3464-0.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 6. dotisk 3. vyd. Praha: Karolínium, 2008. 367 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁČKOVÁ D. Úspěšné stárnutí – užitečné rady na cestě ke stáří. **In:** *Sborník V. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS, 27–28. květen, 2008*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta, 2008, s. 114–119. ISBN 978-80-7394-100-0.

FEIX, J. Internet jako nástroj volnočasových aktivit, informací a poradenství seniorů. *In: Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava 13–15. října 2004*. Ostrava: DOT, 2004. s. 103–105. ISBN 80-02-01670-X.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1.

GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA, et al. *Psychologické aspekty změn v České společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

GLOSOVÁ, D., et al. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.

GOBBENS, R. J., et al. Frail elderly. Identification of a population at risk. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2007, roč. 38, č. 2, s. 65–76. ISSN 1875-6832.

- HAMPLOVÁ, D., et al. *Rodina a zdraví – jejich vzájemná souvislost*. 1. vyd. Praha: Slon, 2014. 148 s. ISBN 978-80-7419-169-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAVLÍK, J. a B. PAPÁČEK. Přidat život rokům, které byly přidány životu aneb úvaha o významu komunikace pro aktivní stárnutí. **In:** *Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS: Třeboň, 6.–7.10.2005*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2005. s. 27-31. ISBN 80-7040-821-9.
- HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HEŘMANOVÁ, J., et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLMEROVÁ, I., et al. Problematika pečujících v České republice. *In: Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny Ostrava 13–15. října 2004*. Ostrava: DOT, 2004. s. 24–31. ISBN 80-02-01670-X.
- HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KALVACH, Z. *Evropská konference o důstojnosti a ohroženosti starých lidí*. [online]. [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/evropska-konference-o-dustojnosti-a-ohrozenosti-starsich-lidi.html>

KALVACH, Z. a I. HOLMEROVÁ. Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008, roč. 5, č. 2, s. 66–69. ISSN 1214-8687.

KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 861s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. K pojetí geriatrické medicíny a diferencované geriatrické péče. *Časopis lékařů českých*. 2001, roč. 140, č. 22, Praha: Mladá fronta, s. 679–684. ISSN 0008-7335.

KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAŠPÁREK, Z. Respekt k lidské důstojnosti začíná na úrovni slov a myšlení. Rozhovor s Annou Šabatovou, veřejnou ochránkyní práv. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, roč. 16, č. 5. ISSN 1803-7348.

KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOLÁŘ, P., et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRPOUN, Z. Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti-nadané děti. *Psychologie*. 2012, 6, 1, 42–50. ISSN 1802-8853. [online]. [cit. 2015-1-18]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAREK, J., Z. KALVACH a P. SUCHARDA. *Propedeutika klinické medicíny*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 652 s. ISBN 80-7254-174-9.
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. Specifika komplexního přístupu k nemocnému vyššího věku - multimorbidní senior. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2013, roč. 10, č. 6, s. 242-245. ISSN 1214-8687.
- MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MINIBERGEROVÁ, L. a J. DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NOVÁK, T. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 112 s. ISBN 978-80-247-5152-8.
- ONDRUŠOVÁ, J. Smysl života ve stáří. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, roč. 7, č. 11, s. 3. ISSN 1214-8687.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 153. s. ISBN 80-201-0076-8.

PAVLÍKOVÁ, G. a I. HEROVÁ. Pohled seniorů na rodinnou soudržnost, příbuzenskou výpomoc. **In:** *Sborník II. mezinárodní konference PROBLEMATIKA-GENERACE 50 PLUS*: Třeboň, 6.–7.10.2005. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2005. s. 36–41. ISBN 80-7040-821-9.

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. Z němec.orig. Christliche Ethik (Spezielle Moraltheologie) Přeložil Marek Skovajsa. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 2004, 695. s. ISBN 80-7021-718-9.

PIERCE, G. R., et al. Generaland relationship-based perceptions of social support. Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*. Washington: American Psychological Association, 1991, 61, 6 s. 1028–1039. ISSN: 0022-3514.

PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. s. 156. ISBN 80-7178-184-3.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

PORANENIMOZKU.CZ. [online]. [cit. 2015-3-13]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/doporuceni-k-systemu-pece/hodnoceni-funkcniho-stavu-pacienta.html>

SAK, P. a K. KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SANTINI, I. *The association of relationship quality and social networks with depression, anxiety, and suicidal ideation among older married adults: Findings from a cross-*

sectional analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). [online]. [cit. 2015-4-13]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25863909>

SCOTT, A. et al. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European Countries. *Nursing Ethics*. Thousand Oaks: SAGE, 2003, roč. 10, č. 1 s. 28–38. ISSN 1477-0989.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007, 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

SÝKOROVÁ, D. a O. CHYTIL. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3.

SÝKOROVÁ, D. *K sociálním sítím seniorů: Seniori v rodině*. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>

ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy*. [online]. [cit. 2014-12-1]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>

ŠNEJDRLOVÁ, M. a Z. KALVACH. Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008, roč. 5, č. 4, s. 157–159. ISSN 1214-8687.

ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA. Sociální opora jako významný projektivní faktor. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 1999, roč. 43, č. 1, s. 19–38. ISSN 0009-062X.

TOPINKOVÁ, E. a J. NEUWIRTH. *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.

VALEŠOVÁ, M. a J. VALEŠ. Využití kinezioterapie v domácí péči. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, roč. 7, č. 4, s. 199–200. ISSN 1214-8687.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOŠTOVÁ, M. *Vliv sociální opory na kvalitu života seniora*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, Katedra pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Olga Vaněčková.

VOTAVA, J., et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

ŽÁKOVÁ, I. *Sociální opora u seniorů*. Brno, 2013. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Katedra pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Olga Doňková.

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: Funkční míra nezávislosti FIM

Příloha č. 2: Test instrumentálních všedních činností

Příloha č. 3: Operacionalizace DVO1

Příloha č. 4: Operacionalizace DVO2

Příloha č. 5: Operacionalizace DVO3

Příloha č. 6: Informovaný souhlas

Příloha číslo č. 1: Funkční míra nezávislosti FIM

Jméno:
 Rodné číslo:
 Datum:

7 úplná samostatnost	bez pomoci druhé osoby
6 modifikovaná samostatnost	bez pomoci druhé osoby
5 dozor	s dopomocí druhé osoby
4 minimální asistence (< 25 %)	
3 střední asistence (25–50 %)	
2 velká asistence (50–75 %)	
1 úplná asistence (75–100 %)	

ÚROVNĚ	7 Úplná závislost 6 Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)	nevyžaduje asistenci		
	Modifikovaná závislost 5 Supervize (dohled) 4 Minimální asistence (klient = 75%+) 3 Mírná asistence (klient = 50%+) Úplná závislost 2 Maximální závislost (klient = 25%+) 1 Celková závislost (klient = 0%+)	vyžaduje asistenci		
		Přijem	Propuštění	Následná péče
Osobní hygiena				
A. Přijem jídla				
B. Osobní hygiena				
C. Koupání				
D. Oblékání – horní polovina těla				
E. Oblékání – dolní polovina těla				
F. Použití WC				
Kontrola sfinkterů				
G. Kontrola močení, část I část II				
H. Kontrola vyprazdňování, část I část II				
Přesuny				
I. Postel, židle, vozík				
J. Toaleta				
K. Vana/sprchový kout				
Lokomoco				
L. Chůze (ch), jízda na vozíku (v)		ch v	ch v	ch v
M. Schody				
Komunikace				
N. Rozumění sluchové (s), zrakové (z)		s z	s z	s z
O. Expres (vyjadřování) verbální (v), nonverbální (n)		v n	v n	v n
Sociální schopnosti				
P. Sociální interakce				
Q. Řešení problémů				
R. Paměť				
Celková FIM				

Geriatrye a gerontologie

Od autorů: Kalvach Zdeněk, Zadák Zdeněk, Jirák Roman, Zavázalová Helena, Sucharda Petr, a kolektiv

Motivační prvky při práci se seniory

Od autorů: Dana Klevetová

Příloha č. 2: Test instrumentálních všedních činností

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Příloha č. 3: Operacionalizace DVO1

Dílčí výzkumná otázka	Operacionalizace otázek	Operacionalizované otázky
Co seniora ovlivňuje při zvládnutí základních každodenních činností?	Jak senior pečuje o své základní životní potřeby?	Jakým způsobem pečujete o své tělo?
		Kdo Vám pomáhá s péčí o Váš zevnějšek?
		Jakým způsobem se stravujete?
		Popište mi, jak se pohybujete po domácnosti.
		Využíváte nějaké sociální či jiné služby?

Příloha č. 4: Operacionalizace DVO2

Dílčí výzkumná otázka	Operacionalizace otázek	Operacionalizované otázky
Jak na seniora působí okolí při rozhodování v instrumentálních denních činnostech?	Jak senior pečuje o svoji domácnost?	Kdo Vám poskytuje pomoc při každodenních činnostech v péči o domácnost?
		Když se Vám něco doma rozbije, co děláte, na koho se obracíte?
	Co ovlivňuje seniora při nakupování?	Kdo Vás doprovází na nákup?
		Podle čeho se rozhoduje při nakupování nějaké věci?
	Jak je senior ovlivňován při manipulaci s penězi?	K jakým účelům nejčastěji využíváte své finanční prostředky?
		Jakým způsobem si platíte běžné složenky a chod domácnosti?
	Doporučuje Vám někdo z Vašich blízkých, jak máte se svými financemi nakládat?	
	Jak s financemi, které máte k dispozici, vystačíte?	

	Jakým způsobem senior zvládá samostatně cestovat veřejnou hromadnou dopravou?	Jak cestujete k lékaři, na nákup, na úřad aj.?
		Popište mi, jak a kde zjistíte, kdy Vám pojede veřejná hromadná doprava?
		Jakým způsobem se dostanete na zastávku?
		Jakým způsobem zvládnete cestu veřejným dopravním prostředkem?
	Jakým způsobem senior komunikuje se svým okolím?	Popište mi, jak komunikujete s Vaší rodinou a okolím?
		Kdo Vám pomáhal s výběrem telefonu, počítače aj.?
		Radí Vám někdo z Vašich blízkých, kde získáte nové informace?
	Jak senior tráví svůj volný čas?	Kdo k Vám chodí na návštěvy?
		Jaké máte koníčky?
		Jakým způsobem se dovídáte o zprávách z domova, ze světa?

Příloha č. 5: Operacionalizace DVO3

Dílčí výzkumná otázka	Operacionalizace otázek	Operacionalizované otázky
<p>Jak senioři vnímají zájem o svoji osobu?</p>	<p>Má se senior na koho obrátit v případě potřeby pomoci?</p>	<p>Na koho se obracíte, když potřebujete doprovodit např. k lékaři, na úřad, k sousedům?</p>
		<p>S kým sdílíte Vaše běžné starosti?</p>
		<p>Řekněte mi, káral vás někdy někdo za Vaše rozhodnutí?</p>
		<p>Zdůrazňují Vaši blízcí Vaše klady?</p>
		<p>Za kým jdete, když potřebujete poradit s něčím?</p>
		<p>Co Vás potěší, povzbudí, když se necítíte dobře?</p>
		<p>Kdo má ve Vašem okolí plnou důvěru?</p>

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu k diplomové práci „Vliv sociální opory seniora na rozhodování při jeho všedních činnostech“.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu, a že se jej chci dobrovolně zúčastnit. Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledků v této diplomové práci (viz. výše). Rozhovor bude nahrán na diktafon. Rovněž beru na vědomí, že mohu z tohoto výzkumu kdykoliv podle svého vlastního uvážení vystoupit.

V.....dne

Jméno a příjmení.....

Podpis.....