

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Lucie Vendlerová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení potřeb klientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory

Lucie Vendlerová

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Vendlerová**  
Osobní číslo: **Z10240**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Hodnocení potřeb klientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. FARKOVÁ, Marie. Dospělost a její variabilita. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. přeprac. a dopl. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
3. HROZENSKÁ, Martina. Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta, 2008, 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
4. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
5. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesy. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013



prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.



Mgr. Markéta Moravcov  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahuje práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména ze skutečnosti, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne: 14. 7. 2013

Lucie Vendlerová

Poděkování:

Tímto děkuji PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D., za její cenné rady a připomínky během psaní bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Dále děkuji své rodině, že mi umožnila studovat na této škole.

## **ANOTACE**

Tato práce se zabývá stářím, změnami, které stáří přináší a jeho vlivem na osobnost člověka. Dále se zaměřuje na potřeby člověka, jejich rozdělení a způsoby uspokojování. Jedna kapitola je věnována potřebám seniorů. V práci jsou zmíněny instituce poskytující sociální a zdravotní služby pro seniory.

Průzkumná část je věnována hodnocení potřeb klientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory, přičemž hlavním cílem je porovnat rozdíly v uspokojování potřeb klientů v jednotlivých zařízeních.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Stáří, stárnutí, senior, potřeby, hodnocení, Maslow

## **ANNOTATION**

This thesis deals with old age, the changes that age brings and its influence on human personality. It also discusses the needs of man, their distribution and ways of meeting. One chapter is focused on the needs of the elderly. The thesis mentioned institutions providing social and health services for the elderly.

The exploration part is devoted to assessing the needs of clients in sanatorium for long-term patients and homes for the elderly, the main objective is to compare differences in satisfaction of the needs of clients in different institutions.

## **KEYWORDS**

Old age, ageing, senior, needs, assessment, Maslow

## **OBSAH**

Seznam ilustrací a tabulek .....	10
ÚVOD.....	10
Cíle práce .....	11
I Teoretická část.....	12
1 Stárnutí a stáří .....	12
1.1 Teorie stárnutí .....	13
1.2 Reakce na stáří .....	14
1.3 Ageismus.....	15
1.4 Tělesné změny ve stáří .....	15
1.5 Psychologické změny ve stáří .....	16
1.6 Sociální aspekty stáří.....	18
1.7 Pozitivní aspekty stáří a spokojené stáří .....	19
2 Lidské potřeby .....	21
2.1 Potřeby .....	21
2.2 Motivace při naplňování potřeb .....	21
2.3 Základní rozdělení potřeb .....	22
2.4 Hierarchie potřeb dle Maslowa .....	23
3 Potřeby seniorů .....	25
3.1 Možnosti seberealizace u seniorů.....	26
3.1.1 Funkce vzdělávání ve stáří .....	27
3.2 Možnosti aktivizace seniorů.....	28
4 Instituce poskytující sociální a zdravotní služby pro seniory .....	29
4.1 Instituce poskytující sociální služby pro seniory.....	29
4.2 Zdravotní služby pro seniory.....	30
II Výzkumná část .....	32
5 Výzkumné otázky .....	32
6 Metodika výzkumu .....	33



6.1 Výzkumný vzorek .....	33
7 Presentace výsledků dotazníkového šetření .....	34
8 Diskuze nad výsledky dotazníkového šetření .....	58
9 Závěr .....	62
Seznam použité literatury .....	63
Seznam příloh .....	66

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obr. 1 Grafické znázornění respondentů dle věku .....	34
Obr. 2 Grafické znázornění respondentů dle pohlaví .....	35
Obr. 3 Grafické znázornění respondentů dle typu zařízení .....	36
Obr. 4 Grafické znázornění respondentů dle délky pobytu v zařízení.....	37
Obr. 5 Grafické znázornění klientů dle nejvyššího dosaženého vzdělání .....	38
Obr. 6 Grafické zobrazení změn po nástupu do zařízení .....	39
Obr. 7 Grafické znázornění četnosti návštěv rodiny.....	41
Obr. 8 Grafické znázornění respondentů dle možnosti odjet do domácího prostředí.....	42
Obr. 9 Grafické znázornění respondentů dle četnosti využívání možnosti odjet domů .....	43
Obr. 10 Grafické znázornění respondentů dle důležitosti návštěv rodiny .....	44
Obr. 11 Grafické znázornění respondentů dle pocitu omezeného kontaktu s přáteli .....	45
Obr. 12 Grafické znázornění respondentů dle důvodů omezení kontaktu s přáteli .....	46
Obr. 13 Grafické znázornění respondentů podle pocitu osamělosti .....	47
Obr. 14 Grafické znázornění respondentů dle důvodů pocitu osamělosti .....	48
Obr. 15 Grafické znázornění respondentů dle důležitosti jednotlivých potřeb .....	49
Obr. 16 Grafické znázornění respondentů dle uspokojení jednotlivých potřeb .....	50
Obr. 17 Grafické znázornění respondentů dle pocitu uspokojení potřeb podle očekávání .....	51
Obr. 18 Grafické znázornění respondentů dle možnosti projevit svůj názor.....	52
Tab.1 Denní režim respondentů.....	53
Obr. 19 Grafické znázornění respondentů dle využití volnočasových aktivit.....	54
Obr. 20 Grafické znázornění podílu pracovníků na volnočasových aktivit .....	55
Obr. 21 Grafické znázornění pracovníků a jejich podílu na realizaci volnočasových aktivit ..	56
Obr. 22 Grafické znázornění změn navrhovaných respondenty.....	57

## ÚVOD

Téma stáří se stává čím dále aktuálnější, vzhledem k postupnému stárnutí populace a zároveň zvyšování naděje dožití. Zatímco v roce 2002 byl v České republice průměrný věk naděje dožití u mužů 72,1 roku a u žen 78,5 roku, v roce 2020 se tato hodnota zvýší u obou pohlaví o více než dva roky, a v roce 2050 již bude naděje dožití u mužů 78,9 roku a u žen 84,5 roku. Z důvodu snížené porodnosti se v budoucnu výrazně změní celkové rozložení populace nejen v České republice, ale i v celém světě. Již nyní dochází ke snižování počtu dětí od narození do čtrnácti let. V roce 2002 tvořily děti v tomto věku celkem 15,6 % populace České republiky, v roce 2050 to podle odhadů bude pouze 12,4 %. (Populační prognóza ČR do r. 2050, Český statistický úřad)

Nejvýrazněji se ovšem změny projeví v počtu osob starších 65 let. V současnosti tyto osoby přibližně 16 %, takže 1 674 000 obyvatel. V roce 2050 by se podle předpokladů měl zvýšit počet obyvatel starších 65 let až na 30 % a absolutní počet těchto obyvatel by se mohl přiblížit k 3 milionům.

Důsledkem zvyšování celkového věkového průměru je větší poptávka po sociálních a zdravotních službách pro seniory. I přes upřednostňování péče v rodině, není vždy možné zabránit hospitalizaci seniorů. Ne každý si totiž může dovolit, i kdyby chtěl, opustit zaměstnání, aby se mohl postarat o svého blízkého. Opačným problémem je nezájem rodiny o seniora a někdy i lhostejnost ke svým blízkým. Z těchto důvodů je kladen čím dál větší důraz na kvalitu poskytovaných služeb a pokud možno, přiblížit atmosféru v pobytových zařízeních pro seniory co nejvíce k domácímu prostředí.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část této práce se věnuje problematice stárnutí a stáří, lidských potřeb, potřeb seniorů a zdravotním a sociálním službám pro seniory. Výzkumná část je zaměřena na uspokojování potřeb seniorů v domově pro seniory a v léčebně dlouhodobě nemocných. Každá otázka z dotazníku je samostatně popsána a graficky znázorněna.

## **Cíle práce**

Cílem teoretické části bakalářské práce je vytvořit přehled o lidských potřebách a jejich uspokojování a shrnout informace o stáří z biopsychosociálního hlediska

Hlavním výzkumným cíle této práce je zjistit spokojenost klientů s uspokojením potřeb v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory.

Dále byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- Zjistit vliv dosaženého vzdělání na potřebu seberealizace
- Zjistit, zda se osaměle cítí spíše klienti v domově pro seniory nebo v léčebně dlouhodobě nemocných
- Zjistit, zda rodina navštěvuje častěji klienty v domově pro seniory nebo v léčebně dlouhodobě nemocných
- Zjistit, zda mají možnost projevit svůj názor a realizovat svá přání spíše klienti v domově pro seniory nebo v léčebně dlouhodobě nemocných
- Zjistit, zda je pocit nedostatečného uspokojení potřeb dle očekávání častější u klientů v léčebně dlouhodobě nemocných nebo v domově pro seniory

# I Teoretická část

## 1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je proces, během kterého dochází k různým pochodům v oblasti biologické, psychologické i fyziologické. Změny v tomto období jsou nezvratné a způsobují zánik organismu, tedy smrt. Výsledným stavem je potom stáří.

Langmeier a Krejčířová definují stárnutí takto: „*Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kumulují v terminálním stadiu a ve smrti.*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202). Stáří Matoušek označuje jako: „*Věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Jen menší část lidí dožívajících se 80 let je zdravá a soběstačná. Neplatí však obecně, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Je lepší obecně popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopností než jako jejich úbytek.*“ (Matoušek, 2008, s. 214)

Stáří je jednou z posledních fází vývoje, kdy dochází k involučním a morfologickým změnám, které se u každého jednotlivce projevují rozdílně. Seniorský věk se rozděluje na tři rozmezí – biologické stáří, kalendářní stáří a sociální stáří. Do biologického stáří patří změny organismu, vzhledu a funkce. Mühlpachr (2009) ho definuje jako označení konkrétní míry involučních procesů, které se těsně propojují se změnami, vznikajícími vlivem chorob charakteristických pro vyšší věk. Kalendářní stáří je jednoznačné a rozumí se jím věková hranice, od které mluvíme o stáří. Právě v této oblasti se využívá členění na mladé seniory ve věku 65-74 let, staré seniory ve věku 75-84 let a velmi staré seniory ve věku 85 let a více, uvedené Mühlpachrem. Jako další možnost dělení stáří uvádí: časně stáří (60-74 let), vlastní stáří (75-89 let) a dlouhověkost (90 a více let). Vzhledem k pozdějšímu odchodu do penze v současné době, se postupně zvyšuje i věková hranice, od níž odvozujeme stáří.

Zatímco u mladých seniorů jde především o adaptaci na penzi, přebytek volného času a možnosti různých aktivit a seberealizace, u starých a velmi starých seniorů se zaměřujeme na změnu funkční zdatnosti, na zdravotní problematiku, průběh chorob a ve vyšším věku převážně sledování soběstačnosti a zabezpečení. Sociální stáří zahrnuje veškeré změny sociálního charakteru – ukončení pracovní kariéry, odchod do důchodu, ztrátu životního

partnera, změnu životního stylu, pocit osamělosti, změnu ekonomické situace, sociální izolaci a ztrátu smyslu života. Hrozenská dále uvádí, že v některých případech jsou zřejmé rozpory mezi biologickým a kalendářním věkem. Tyto rozpory jsou způsobené rychlostí stárnutí, ale vliv má i mnoho dalších faktorů, mezi které patří životní styl, nesprávná výživa nebo tělesná zátěž. Stárnutí definuje jako biologický, dlouhodobě nakódovaný proces, který je nezvratný, má různorodý charakter a zanechává trvalé stopy. (Hrozenská, 2008, s. 15-16; Mühlpachr, 2009, s. 18-20)

Podle statistik tvořily osoby starší 65 let v České republice v roce 2011 necelých 16 % celé populace, to je 1 674 000 obyvatel. V roce 2020 by tato věková skupina měla činit asi 20,1 % obyvatelstva České republiky. Vzhledem k očekávanému prodlužování naděje dožití by v roce 2050 měly osoby starší 65 let tvořit až jednu třetinu celkového počtu obyvatel. (Český statistický úřad, 2009)

## 1.1 Teorie stárnutí

Existuje celá řada teorií, proč lidské tělo stárne. Jednou z nich je teorie volných radikálů, kdy tyto volné radikály poškozují jednotlivé části buněk. Tuto teorii v roce 1954 navrhl a později rozvinul Denham Harman a jde o jednu z nejvýznamnějších teorií. Další je teorie vážnutí imunologického dozoru, někdy se nazývá také teorie biologických hodin, kterou se zabýval F. M. Burnet, nositel Nobelovy ceny. Podle něj dochází v organismu k vyčerpání obranného buněčného systému. Jako jednu z dalších teorií můžeme uvést například teorii ubývání nervových buněk a změn v mozku. Fred Gage (1999) upozornil na to, že vznik nových mozkových buněk závisí na intenzitě aktivity mozku. Na základě své studie v San Diegu došel k závěru, že: „*Čím je mozek více namáhán, tím je více ochoten produkovat nové buňky.*“ (Křivohlavý, 2002, s. 138)

Mezi sociální teorie patří například teorie aktivity, kterou se zabýval například Knapp (1977), podle ní je důležité, aby senior pokračoval v předchozích aktivitách, což povede k udržení spokojeného a zdravého stáří. (Mlýnková, 2011, s. 25)

## 1.2 Reakce na stáří

Velmi důležité je, jak se jedinec sám vyrovná se stárnutím. Pro každého je důležité cítit podporu od svých blízkých. Vlastní přístup ke stárnutí závisí na povaze a osobnostních rysech člověka a dále na předchozích životních zkušenostech. Dvořáčková (2012) uvádí pět různých strategií pro vyrovnání se s vlastním stářím:

- **Konstruktivní strategie** - senior stárnutí akceptuje, prožívá ho aktivně, vyhledává možnosti, jak se s ním vyrovnat. Je soběstačný, stanovuje si přiměřené plány a cíle. Má smysl pro humor a je optimistický, vstřícný, má radost ze života. Počítá s oporou dalších lidí a snadno navazuje nové kontakty. Lidé, kteří patří do této skupiny, většinou nechtějí, aby si jejich okolí myslelo, že již nyní potřebují péči a pomoc jiné osoby. Takovýto jedinec je aktivní, proto bychom mu neměli bránit v různých sportovních aktivitách nebo cvičení. Udržuje a rozvíjí vztahy s okolím.
- **Strategie závislosti** - senior se chová pasivně, je nesoběstačný a očekává pomoc druhých. Jedinec využívá své potíže a vynucuje si péči ostatních. Často manipuluje se svými blízkými, aby dosáhl svých cílů. Nejdůležitější je pro něj pohodlí, odpočinek a bezpečí. Chová se podezřívavě a nerad navazuje nové kontakty.
- **Obranná strategie** - člověk si odmítá přiznat, že stárne a nechce akceptovat svůj věk. Ostatním lidem dokazují svoji soběstačnost a snaží se nevypadat jako starci. Do této skupiny patří lidé, kteří celý život hodně pracovali a byli zvyklí spíše dávat než brát. Někteří lidé se snaží udržet si za každou cenu svoji společenskou prestiž. Do penze odchází většinou až na nátlak. Jedná se o specifickou formu popírání reality a oddalování řešení nově nastalé situace.
- **Nepřátelská strategie** - objevují se deprese a pasivita, tito lidé už od života neočekávají nic a pro zlepšení své situace se nesnaží nic udělat. Tato forma reakce na stáří je velmi náročná pro obě strany – seniora i rodinu. Objevuje se u lidí, kteří i přes velkou snahu a úsilí neměli příliš úspěšný život. Tento přístup se vyskytuje zejména v období pozdního stáří a může být důsledkem nějakého somatického onemocnění. Snaží se svalovat vinu za své neúspěchy na jiné. Většinou žije sám, často až v izolaci od ostatních lidí. Bývá nepřátelský, především k mladým lidem, agresivní, mrzutý a závistivý.
- **Sebenávist** - člověk připisuje vinu sobě samému, je vůči sobě nepřátelský. Svůj život hodnotí pohrdavě. Se stářím je sice smířen, ale neumí zaujmout konstruktivní přístup. Neobnovuje kontakty se společností, cítí se osamělý a zbytečný. Považuje se

za oběť osudu. (Jarošová, 2006, s. 28-29; Minibergerová, 2006, s. 7-8; Farková, 2009, s. 121-126; Malíková, 2011, s. 25)

### 1.3 Ageismus

Ageismus je věkově podmíněná diskriminace, která předpokládá, že jedinci, patřící do určité věkové kategorie, mají jinou společenskou hodnotu než ostatní. Označení ageismus vychází z anglického slova age, to znamená věk. Tento pojem poprvé použil ředitel Národního institutu pro stárnutí Robert. N. Butler v Americe koncem šedesátých let 20. století a v roce 1975 ho definoval jako: „*Proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, které je manifestováno širokým spektrem fenoménů (například otevřená averze, vyhýbání se kontaktu) a stává se jednou účelnou metodou společnosti propagovat tento pohled na starší osoby s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim.*“ Někdy ageismus slouží jako ochrana mladších lidí před věcmi, kterých se bojí, jako je například smrt nebo stárnutí.

Za nejkomplexnější se v současné době považuje definice ageismu podle Vidovičové (2008): „*Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*“ (Pokorná, 2010, s. 70)

Tošnerová (2002) uvádí jako možné zdroje ageismu strach ze smrti, na kterou není nahlíženo jako na přirozenou součást života, důraz na mládí a krásu, negativní zobrazování starých lidí, v neposlední řadě také neproduktivita, ta se vyskytuje i v dětství, ale děti jsou na rozdíl od starých lidí považovány za investici, staří lidé pouze jako finanční zátěž. (Malíková, 2011, s. 39)

### 1.4 Tělesné změny ve stáří

Jedním z nejdůležitějších znaků tělesných změn ve stáří je pokles počtu buněk a celkové snížení výkonnosti zbývajících buněk. Mezi fyziologické změny stáří patří vysušování kůže, vznik vrásek, vypadávání a šedivění vlasů, změny ve vnímání sluchem a zrakem, nárůst tukové hmoty a ubývání kostní hmoty, změny hormonální produkce a imunitního systému. Všechny orgány postupně postihuje atrofie (původní funkční tkáň je



nahrazena jinou, nejčastěji pojivovou tkání). Změny pohybového aparátu, zraku a sluchu začínají již v období rané dospělosti.

Zhoršování smyslového vnímání má vliv na komunikační dovednosti seniora. Komunikační obtíže seniory omezují v běžném životě, při návštěvách obchodů, knihoven a dalších veřejných míst. Z hlediska zraku dochází ke zhoršování schopnosti čočky zaostřit, protože se stává hrubší, zvětšuje se a postupně ztrácí elasticitu. Po osmdesátém roce věku se u většiny seniorů vyskytuje šedý zákal (katarakta), jehož následkem je snížení ostroty obrazu na kraji nebo uprostřed zorného pole, zhoršené vidění v přítmí, rozpoznávání kontrastů či obtíže s výběrem barev.

Nejčastější poruchou sluchu ve stáří je tzv. presbyakusie – stařecká nedoslýchavost, většinou oboustranná. Jde o zhoršené vnímání zvuků vyšších frekvencí, přičemž rizikovým faktorem pro její vznik může být ateroskleróza, malnutrice, příliš hlučné prostředí nebo toxické vlivy. Někdy se ovšem vyskytuje porucha, kdy naopak senior slyší zvuky vysokého tónu hlasitěji, než ve skutečnosti jsou.

Už ve středním věku klesá fyzická výdrž a síla. Se stoupajícím věkem kosti ztrácí pevnost a stabilitu. Především u žen, v důsledku poklesu estrogenu, klesá množství kostní hmoty, které způsobuje ohýbání páteře a zvýšené riziko zlomenin z důvodu zvýšeného výskytu osteoporózy. Nejčastějšími zlomeninami ve stáří jsou zlomeniny krčku stehenní kosti a předloktí související se zvýšeným výskytem pádů. Vlivem sníženého tonu svaloviny nastává celkové snížení fyzické aktivity. Postava se mírně snižuje, což způsobuje atrofie meziobratlových plotének. Z metabolických onemocnění se nejčastěji vyskytuje diabetes mellitus druhého typu. Mezi nejčtenější onemocnění kardiovaskulárního systému ve stáří patří ateroskleróza, její projevy (ischemická choroba srdeční, postižení mozkových tepen a postižení tepen dolních končetin), arteriální hypertenze a chlopenní vady. Z nádorových onemocnění se ve vyšším věku nejvíce objevuje bronchogenní karcinom, karcinom prostaty, leukémie a karcinom tlustého střeva. (Hrozenská, 2008, s. 18-19; Jarošová, 2006, s. 21-24, Minibergerová, 2006, s. 27; Mühlpachr, 2004, s. 35-36; Navrátil, 2008, s. 338-340)

## **1.5 Psychologické změny ve stáří**

Stáří je období, kdy se člověk musí vyrovnat s mnoha změnami, nejen vnitřními (odchod do důchodu, omezení kontaktu s okolím, změna životního stylu, smrt partnera

a vrstevníků), ale i vnějšími (změny zdravotního stavu, vyšší výskyt onemocnění, tělesné změny). Za nejtypičtější změnu v tomto období se považuje zpomalení psychické činnosti, problémy se objevují v situacích, kdy se má senior rychle rozhodovat. Další obtíže přináší úbytek zraku a sluchu, který může vyvolávat emocionální problémy, deprese a úzkosti, což může vést k sociální izolaci a osamělosti.

V oblasti paměti dochází ke zkracování doby udržení informací. Senzorická paměť je schopná udržet informaci 1-2 sekundy, poté se informace ztrácí. V krátkodobé paměti informace vydrží 15-20 sekund, poté, pokud má pro seniora větší význam, se přesouvá do dlouhodobé paměti. Kapacita paměti se ve vyšším věku pozvolna snižuje, ale pokud se informace dostane do dlouhodobé paměti, jsou senioři schopni si ji dlouho podržet. Problémy někdy činí si informaci v paměti vyhledat a vybavit. Mechanická paměť zůstává zachována, i přes snížení celkové kapacity paměti.

Z hlediska řeči se objevují změny, jako zvyšování nebo slábnutí hlasu, což je způsobené úbytkem svalstva a zmenšováním kapacity plic. Objevuje se zpomalení tempa artikulace, verbální schopnosti zůstávají zachované.

Celkově se mění i osobnost seniora. Zvýrazňují se povahové rysy, které se u jedince objevovaly po celý život, ale ne v takové míře. Mění se i hierarchie hodnot, ve starším věku převládá touha po klidu a soukromí. Ve vyšším věku může klesat motivace k činnostem, které byly pro seniora oblíbené.

Ke změnám dochází také v oblasti citového života seniorů. Oslabeny jsou hlavně vyšší city, ale také city estetické a sociální. Ve vyšším věku se typicky objevuje emoční labilita, která je následkem funkčních změn nervové soustavy a snižováním její odolnosti vůči zátěžím a krizím. Staří lidé často hůře zvládají své emoční projevy a bývají citově nestálí, může se objevit i sklon k úzkostem a depresím.

Ve stáří se motivace mění, ale nejde o úbytek, nýbrž o změnu zaměření motivace. Dochází také ke změnám v hierarchii osobních hodnot, postojů k ostatním lidem a také ke společnosti. Ve vyšším věku se do popředí dostává zájem o vlastní tělo. (Jarošová, 2006, s. 24-28; Hrozenková, 2008, s. 19-23)

Mezi nejčastější psychické poruchy ve stáří patří deprese, demence a delirium. Deprese je závažně onemocnění, které se dá léčit. Projevuje se dlouhodobým smutkem, špatnou náladou, aniž by k ní byl důvod. Dlouhodobé deprese jsou provázeny pocity

opuštěnosti, bezvýznamnosti a beznaděje. Staří lidé se často stydí mluvit o příznacích deprese, tento stav může někdy skončit sebevraždou. Delirium, dříve nazýváno akutní stav zmatenosti, je porucha mozkové činnosti, která může mít mnoho příčin, například infekční onemocnění, nedostatečné prokrvení mozku v důsledku srdečního selhání, ale i bolest, hypoglykémie, imobilizace a další. Demence je syndrom patologických změn v mozku, který se projevuje jednak poruchou kognitivních funkcí, tj. poruchy paměti, soustředění, myšlení, jednak psychiatrickými příznaky a poruchami chování (bloudění, neklid, agresivita). Deprese a delirium se často vyskytují současně s demencí. Všechny tyto poruchy mají dopad nejen na pacienty, ale i na jejich rodiny a blízké. Holmerová uvádí, že výskyt demencí stoupá s narůstajícím věkem a trpí jí přibližně 30 procent lidí ve věku 80 let a výše. (Holmerová, 2007, s. 82-88)

## **1.6 Sociální aspekty stáří**

Sociální stárnutí charakterizuje především ukončení pracovního života a nástup do starobního důchodu, čímž se mění sociální role seniora. S koncem pracovní role se u seniora také snižuje autorita a společenská prestiž. Odchod do důchodu hůře snáší muži, protože ženy mohou i po ukončení pracovního procesu pokračovat ve svých obvyklých činnostech, jako je například péče o domácnost nebo o zahradu.

Změna ekonomického zajištění může seniora velmi omezovat v zažitých kulturních a společenských aktivitách. Sociálně - ekonomická a zdravotní situace může být také ovlivněna nepříznivým zdravotním stavem seniora, rodinnými problémy, osamělostí nebo špatným bydlením.

Se zvyšujícím se věkem je senior nucen omezovat činnosti, na které byl zvyklý, běžně je vykonával a stává se tak závislý na svém okolí jak po stránce fyzické (na péči jiné osoby), tak i po stránce psychické (citová závislost na partnerovi a dětech). S poklesem fyzických a psychických funkcí závislost starého člověka vzrůstá. Zvláště ve vyšším věku je proto vhodné podporovat aktivitu seniora co nejdéle, aby si udržel sociální, psychickou i fyzickou rovnováhu.

Zvyšuje se strach z osamělosti a opuštěnosti, který může být ovlivněn především sociální situací seniora (úmrtí partnera), fyzickým stavem (závažná onemocnění, ztráta zraku a sluchu) a psychickým stavem (demence, změny osobnosti, deprese). Lidé v izolaci ztrácejí

zájem o své okolí, jsou pasivní a vytváří si značný odstup. Izolaci a osamělosti se dá předejít pomocí kvalitních mezilidských vztahů a funkční rodiny. Problémem se však může stát smysluplné využití volného času. Po odchodu do důchodu je nutný nadbytek volného času zorganizovat tak, aby byl plně využitý. V důchodovém věku je proto možnost využít volný čas k realizaci plánů, které se nedaly zvládnout dříve.

Někteří senioři opouštějí své dosavadní bydliště například z důvodu zhoršené hybnosti nebo snížení příjmů. Starší lidé využívají různá zařízení sociální péče. Opuštění původního bydliště znamená opustit minulost a vše, co tvořilo dosavadní život. Člověk se s touto změnou vyrovnává lépe, pokud je s ní smířen, přichází po dostatečném promyšlení a je dobrovolná. (Jarošová, 2006, s. 29-32)

Ekonomické situace seniorů je zabezpečena starobním důchodem. Podmínkou pro jeho získání je splnění určité doby pojištění a dosažení stanoveného věku. Potřebná doba pojištění se ovšem postupně zvyšuje (nyní je 29 let, v roce 2018 to bude 35 let). Výše starobního důchodu se vypočítává z průměrné mzdy. (Arnoldová, 2012, s. 103-107)

## **1.7 Pozitivní aspekty stáří a spokojené stáří**

Jarošová (2006) řadí mezi nejdůležitější pozitivní aspekty stáří funkční rodinu, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta. Uvádí, že proces adaptace závisí na kvalitě primárních sociálních vztahů a na schopnosti seniora tyto vztahy udržovat a dále rozvíjet. Právě funkční rodina, vazby s dětmi a vnoučaty se stávají nejdůležitějším zdrojem emocionálního uspokojení. Mezi další důležité aspekty patří plánovaná ekonomická příprava na stáří (vhodné bydlení) a plánování volného času v penzi, kdy se senior může věnovat koníčkům a zálibám, na které během života neměl čas. (Jarošová, 2006, s. 31)

Dle Haškovcové záleží na každém jedinci, jak se postaví ke svému stárnutí, jak a zda vůbec budou nějakým způsobem aktivní. Podstatná je také péče o psychickou pohodu. Pro to, aby senior prožíval spokojené stáří, je potřeba, aby měl pro koho nebo pro co žít. Jedním z předpokladů spokojeného stáří je potěšení. Pro někoho je potěšením setkat se s rodinou nebo blízkými přáteli, pro jiného je zase nějaká záliba nebo koníček. Pro osamělé seniory může potěšení představovat třeba domácí mazlíček nebo práce na zahradě. (Jarošová, 2006, s. 31; Haškovcová, 2010, s. 170-173)

Velmi důležitá je včasná příprava na stárnutí. Dvořáčková (2012) uvádí, že přípravu na stáří lze rozlišovat na dlouhodobou (od 45 let) a krátkodobou, což je zhruba dva až tři roky před odchodem do penze. Kvalita života ve stáří se odvíjí od úspěchů v osobním i pracovním životě, vliv na ní má i životní styl a zdravotní problémy v produktivním věku. Osobní příprava na stáří začíná již v dětském věku, kdy se dítě setkává se stářím prostřednictvím svých prarodičů. Součástí vzdělávání by měly být i informace o možnostech ovlivnění vlastního stárnutí. Ve středním věku je vhodné posilovat a rozvíjet sociální kontakty, věnovat se vlastním zájmům a posilovat možnosti svého uplatnění na trhu práce. Jedinci ve středním věku by neměli zapomínat ani na finanční zajištění do budoucnosti. Do krátkodobé přípravy na stáří patří například stavební úpravy bytu, zajištění nezbytných oprav, dokud ještě člověk není závislý na výši penze. V tomto období je vhodné přemýšlet i nad vyplněním volného času v penzi. (Dvořáčková, 2012, s. 26-28)

## 2 Lidské potřeby

### 2.1 Potřeby

*„Souhrnně lze říci, že potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní.“* (Šamánková, 2006, s. 53)

Lidské potřeby se během života vyvíjejí. Při pocitu neuspokojení některé z potřeb vzniká motivace. Uspokojování může probíhat žádoucím nebo nežádoucím způsobem (drogy, kouření). V případě žádoucího uspokojování potřeb se jedná o uspokojení potřeb, které nemají vliv na jiné osoby a okolí, a jsou v souladu se zákonem. Pokud jde o nežádoucí uspokojování potřeb, dochází k poškození jedince i jiných osob a tyto potřeby nejsou v souladu se zákonem. V této souvislosti se využívá pojem standard, kterým se rozumí úroveň, které by mělo být dosaženo naším jednáním při uspokojování potřeb. Standard se dále dělí na obecný (obecně uznávaný při řešení určité situace), osobní (individuální pro každého jedince) a normativní (norma pro určitou skupinu lidí). (Kelnarová, 2009, s. 33; Šamánková, 2011, s. 13)

### 2.2 Motivace při naplňování potřeb

Motivace je proces vycházející z vnitřních nebo vnějších podnětů, má jasně stanovený cíl a směr. Je to hybná síla jednání a konání jedince a vůle něčeho dosáhnout. Touha po uspokojení aktivizuje jedince k činnosti, přičemž tato aktivizace trvá tak dlouho, dokud k uspokojení nedojde nebo pokud se jedinec nesmíří s faktem, že určitou potřebu nelze uspokojit. Šamánková ve své knize uvádí, že ke spokojenému životu je nutné dosáhnout životního optima, to znamená, že jedinec dosáhne nejvyššího možného uspokojení individuálních potřeb. Optimální situace nastane v okamžiku, kdy dojde k souladu intenzity potřeby jedince s mírou jejího uspokojení.

Motivace nemusí být zaměřena pouze na uspokojení potřeb, ale jejím cílem může být i ukončení určitého chování. Motivy, které vznikají na základě motivace, jsou osobní důvody jednání a chování jedince, psychologické příčiny reakcí, činností a jednání člověka zaměřené na uspokojení jednotlivých potřeb. Motivy jsou závislé na vlastnostech jedince a vycházejí ze

situace. Za základní formu motivů se považují potřeby, ostatní motivy se od potřeb vyvíjejí. (Vymětal, 2003, s. 73-75)

### **2.3 Základní rozdělení potřeb**

Základní členění lidských potřeb provedl v roce 1943 v USA americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970) a postupně ji rozšiřoval. Zaměřil se na určení hierarchie potřeb a vytvořil pyramidu potřeb, kde na spodních příčkách jsou nejdůležitější potřeby, tedy fyziologické, jenž musí být uspokojeny jako první. Teprve po uspokojení nižších potřeb přichází na řadu potřeby, které se nacházejí na vyšších příčkách pyramidy, jako je například seberealizace nebo potřeba lásky a sounáležitosti. Potřeby jsou členěny podle své důležitosti a naléhavosti. Lidské potřeby také rozčlenil na nedostatkové a růstové. Potřeby nedostatkové se hlásí tehdy, pokud organismu chybí něco, co je důležité k přežití. Pokud jsou tyto potřeby uspokojené, přichází na řadu potřeby růstové. Tato hierarchie našla uplatnění především v ošetrovatelství a v sociálních službách, ale také ve všech životních situacích.

*„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“* (Maslow in Trachtová, 2001, s. 14)

Rozdělením potřeb se také zabýval například Henry Alexander Murray. Jeho teorie vychází z toho, že osobnost jako celek je tvořena tlakem a potřebou. Tlakem je vše, co vyžaduje okolí od jedince. Naopak potřeba je to, o co se jedinec snaží a co chce. Právě on zavedl do psychologie pojem potřeba a v roce 2007 je rozdělil na tři kategorie – viscerogenní potřeby (vrozené – potřeby dýchání, potravy, vylučování, být bez bolesti), psychogenní potřeby, které jsou získané a spojené s neživými předměty, a potřeby skryté, do kterých patří obava ponížení a potřeba nezůstat bez pomoci. Tlak a potřeby se vzájemně ovlivňují na základě zpětné vazby.

Dalším autorem, zabývajícím se rozdělením potřeb, byl dánský psycholog Jak Berg Madsen (1979). Ten rozdělil lidské potřeby na primární, tedy vrozené, a sekundární, naučené. Mezi primární motivy patří hlad, žízeň, mateřský pud, vyhýbání se bolesti, udržování tělesné teploty, dýchání, vylučování, spánek, sociální kontakt apod. Do sekundárních motivů, které

jsou společné všem lidem, patří sociální kontakt, prestiž a vlastnictví. (Plevová, 2011, s. 92, Šamánková, 2011, s. 26-30; Vymětal, 2003, s. 76-77)

## 2.4 Hierarchie potřeb dle Maslowa

V pyramidě potřeb dle Abrahama Maslowa jsou potřeby rozděleny takto:

- **Potřeby fyziologické** - tvoří základnu Maslowovy hierarchie. Mezi ně řadíme ty nejzákladnější lidské instinkty a pudy, které jsou důležité pro samotné přežití jednotlivce. Neuspokojení některé z fyziologických potřeb může vést k nemoci nebo až k smrti. Mezi potřeby fyziologické také patří potřeba jídla, spánku, tepla, potřeba hygieny, sexuální potřeby a potřeba fyzického kontaktu. Objevují se v době narušení stálosti vnitřního prostředí organismu. Většinou jsou uspokojované dříve, než se stanou aktuálními, pokud ne, výrazně ovlivňují chování a jednání každého jedince. V neposlední řadě sem patří potřeba být bez bolesti, která vystupuje zejména v období nemoci. K vyrovnání se s bolestí můžeme u pacientů využít jejich předchozí zkušenosti nebo podpůrné psychoterapie.

Vzhledem k přetrvávajícímu názoru společnosti, že sexualita je důležitá pouze v produktivním věku, je nutné věnovat pozornost problematice sexuality ve stáří. Na sexuální aktivitu mužů i žen ve vyšším věku mají vliv fyzické změny spojené se stářím, přesto ji většina starších lidí považuje za důležitou a podstatnou. Nepochopení potřeby sexuální aktivity u seniorů vychází z některých mýtů, například, že starší lidé nemají potřebu sexuální aktivity. Sexualita seniorů nemusí být omezená pouze na pohlavní styk. Vliv na vnímání sexuality může mít i odchod do penze nebo osamocení partnerů, protože jejich děti založí vlastní rodiny. V těchto případech k sobě partneři více přilnou a mají na sebe více času. Další změna, která ovlivňuje sexuální život seniorů, je stěhování do domovů pro seniory, kde často nemají dostatek soukromí a někdy se setkávají s nepochopením ze strany personálu. (Dvořáčková, 2012, s. 49-52)

- **Potřeba bezpečí a jistoty** - objevuje se v případě, že dojde ke ztrátě životní jistoty, například v době nemoci. Do popředí nastupuje také tehdy, když dojde k nějakému neštěstí či katastrofě, nebo když jsme v neznámém prostředí. Při neuspokojení této



potřeby se jedinec snaží vyhledávat bezpečné místo a vyhýbat se tomu, co nezná a kdy by mu mohlo hrozit nějaké nebezpečí.

- **Potřeba lásky a sounáležitosti** - tyto potřeby vystupují v situacích osamělosti a opuštění. Je to potřeba někam patřit, mít vlastní rodinu, být přijat společností a být v ní integrován. V případě neuspokojení této potřeby dochází k pocitu osamělosti, sociální izolace a nepřítomnosti přátel.
- **Potřeby úcty a sebeúcty** - je spojená s touhou jedince po uznání a ocenění druhých lidí. Potřeba úcty a sebeúcty se u jedince objevuje v době, kdy dojde ke ztrátě respektu, důvěry a uznání od druhých lidí, a projevuje se snahou respekt a důvěru znovu získat. Patří sem i vědomí, jak člověk působí na ostatní a co si o něm okolí myslí. V případě neuspokojení této potřeby si jedinec připadá neschopný, má nízkou motivaci a klesá i sebeúcta.
- **Potřeba seberealizace** - jako rozvíjející potřeba přichází na řadu, teprve když jsou uspokojeny všechny ostatní potřeby. Maslow považuje seberealizaci za produkt zralosti a celoživotní proces. Avšak uspokojená potřeba seberealizace nezaručuje spokojený a šťastný život, ale vzdělaný jedinec se lépe vyrovnává se stresem a strachem či s případným neúspěchem.

Později byly do pyramidy potřeb přidány další tři potřeby. Nad potřebu sebeúcty byly přidány kognitivní potřeby, zahrnující poznávání nových věcí, touhu po vědění a nových informacích. Dále přibyly potřeby estetické, kdy jde o touhu po estetice, kráse, umění a vkusu. Mohou se projevovat touhou po příjemném prostředí, ve kterém jedinec je, potřebou návštěv kulturních a společenských akcí, někdy i vlastním tvořením uměleckých předmětů. Na samotný vrchol pyramidy byla přidána potřeba sebetranscendence, jde o rozvoj zážitků a osobní růst a vývoj. Rozšířená pyramida potřeb dle Maslowa je v této práci uvedena jako Příloha A. (Malíková, 2011, s. 169)

### 3 Potřeby seniorů

Potřeby každého člověka se během života mění, ale je to velmi individuální. Potřeby seniorů se zcela odlišují od potřeb například dětí předškolního věku. Celkově se mění životní potřeby oproti mladším generacím. Podle Jarošové (2006) se do popředí dostávají potřeby klidu, zdraví, jistoty a bezpečí, naopak seberealizace a sebeaktualizace jsou odsunuty do pozadí a pro seniora nejsou tak důležité. Avšak nejdůležitější jsou stále fyziologické potřeby.

V důsledku ubývání chuťových pohárků dochází ke sníženému vnímání chuti, proto je nutné, aby strava byla výrazněji dochucená. Objevují se problémy s vyprazdňováním, což je třeba vzít na vědomí a i podle toho upravit stravu. Další obtíže se objevují se spánkem, který je polyfázický, to znamená, že probíhá ve fázích, nejen v noci, a senioři pospávají i přes den. Jako důležitá se ukazuje i potřeba být bez bolesti. Naopak do pozadí ustupuje například potřeba příjmu tekutin, protože senioři mají snížený pocit žízně. Snižuje se také sexuální potřeba, potřeba péče o zevnějšek a potřeba hygienické péče. Nicméně v každém případě jde o individuální potřeby seniora a záleží na domluvě, jaká jsou jeho přání a priority.

Ve vyšších potřebách se nejvíce zvyrazňuje potřeba bezpečí a jistoty. V důsledku ztráty partnera a vzniku závislosti na ostatních osobách zde vzniká riziko neúplného uspokojení potřeb. V uspokojení potřeb se také odráží dostatečná informovanost seniora o svém zdravotním stavu a o řešení dalších možných komplikací. Vzhledem k možné ztrátě partnera a vrstevníků může docházet ke zhoršenému uspokojení potřeby komunikace, avšak tato potřeba nebývá dostatečně uspokojována ani v domovech pro seniory nebo zdravotnických zařízeních. Avšak i přes výše uvedené skutečnosti se objevují senioři, u kterých je stále výrazná potřeba seberealizace a v seniorském věku si nahrazují aktivity, které nestíhali v době, kdy byli ekonomicky aktivní a pracovně vytížení. Někteří senioři se dále vzdělávají prostřednictvím univerzit třetího věku, které nabízí vzdělávací programy a kurzy určené pro seniory.

U seniorů v závěrečné fázi života se velmi často objevuje bilancování a přemýšlení o smyslu života, uvažují, zda za svůj život splnili vše, co si určili. Proto je pro ně nesmírně důležité mít v blízkosti někoho, kdo je vyslechne a případně jim pomůže svůj vlastní smysl života nalézt. V některých případech se hledáním smyslu života zabývá i senior, který byl po celý život ateista. Právě tito senioři nutně potřebují pomoc někoho druhého, aby byli schopni všemu porozumět. V institucionální péči není podpora duchovních potřeb příliš rozšířená, avšak hospice jsou většinou vybaveny kaplí, kde jsou pořádány mše a i klienti imobilní mají

možnost se mše účastnit. Podle Malíkové (2011) je uspokojování duchovních potřeb seniorů v České republice nedostatečné, ať už z důvodu nedostatku zkušeností personálu nebo nedostatku znalostí této problematiky. Spirituální potřeby mohou být saturovány prostřednictvím některé z církví. Celkem je v České republice registrováno zhruba 25 církví a sekt, pro příklad uvedu některé z nich: Církev bratrská, Církev československá husitská, Jednota Bratrská nebo třeba Pravoslavná církev v České republice. Psycholog se může podílet na uspokojování duchovních potřeb, kdy využívá metody rodinné konstelace, sloužící k pochopení některých událostí v životě klienta. Dále může vést individuální nebo skupinové terapie. Klienta s optimálně uspokojenými spirituálními potřebami poznáme podle toho, že je vyrovnaný, není konfliktní ke svému okolí, ví, kde hledat odpovědi v případě, že by se objevily další otázky. Umí podpořit a chápat druhé, je tolerantní a vstřícný. V obtížných situacích si zachovává nadhled a ví, na koho se v těžkých chvílích obrátit. (Malíková, 2011, s. 269-275, Mlýnková, 2011, s. 48-50)

### **3.1 Možnosti seberealizace u seniorů**

První univerzita třetího věku vznikla z iniciativy seniorů, kteří se v období po odchodu do důchodu nechtěli pouze věnovat samostatně svým koníčkům. O její vznik se v roce 1973 zasloužil také francouzský profesor lékařství P. Vellas, později se stal prezidentem Asociace univerzit třetího věku. Ke studiu na univerzitách třetího věku se přihlašují studenti-senioři, kteří se dále chtějí vzdělávat nebo senioři, kteří se v době svého mládí vzdělávat chtěli, ale nebylo jim to umožněno. Už v té době neměla univerzita třetího věku pouze vzdělávací charakter, ale stala se místem pravidelných setkávání seniorů, což sloužilo jako prevence sociální izolace. Ze začátku byly univerzity koncipovány jako vybrané přednášky pro určitou skupinu studentů, později bylo umožněno studentům i ve vyšším věku získat plnohodnotné vysokoškolské vzdělání. Po Francii později vznikaly univerzity třetího věku i v Belgii, Španělsku a Polsku.

Vzdělávání v seniorském věku již nepřipravuje na zaměstnání, ale přesto plní mnoho funkcí. Vzhledem k tomu, že ovlivňuje stárnutí a kvalitu života, zastává funkci preventivní. Zároveň ale také plní funkci rehabilitační a komunikační, protože seniora zapojí do společnosti lidí a umožní mu navázat nové přátelské vztahy.

V České republice vznikla první univerzita třetího věku v Olomouci v letech 1986 až 1987. Garantem projektu byl Český červený kříž, později, v roce 1991, se ho ujala olomoucká univerzita. Další univerzitou, která se do projektu zapojila, byla Univerzita Karlova v Praze, Fakulta všeobecného lékařství. Zásahu na rozvoji vysokoškolského vzdělávání má především geriatr Vladimír Pacovský. První kurz na univerzitě třetího věku se jmenoval Biologie člověka. Studenti se aktivně účastnili praktických cvičení, psali seminární práce a skládali zkoušky. Původně trvala výuka dva semestry, později byl rozsah rozšířen na čtyři semestry. První absolventi univerzity třetího věku v Praze obdrželi Pamětní list v roce 1989. V současné době jsou univerzity třetího věku součástí většiny vysokých škol v České republice.

Vzhledem k vysokému zájmu o univerzity třetího věku vznikla pro seniory možnost absolvovat tzv. „nulták“, oficiální název byl Přípravný kurz pro studium Univerzity třetího věku, jehož zakladatelkou je Dana Steinová. V roce 1993 se přípravný kurz změnil na Univerzitu volného času.

Další možností vzdělávání v seniorském věku jsou i akademie třetího věku, které vznikaly již v době Československa. Organizoval je nejčastěji Československý červený kříž. Některé Akademie třetího věku existují dodnes. Pro zájemce nabízejí cykly přednášek ať už na jedno téma, nebo na různá témata. Úkolem akademií třetího věku je zpříjemňovat seniorům život, zatímco na univerzitách třetího věku se u seniorů vyžaduje aktivní účast. Senior si může vybírat přednášky, kterých se zúčastní a na rozdíl od univerzit třetího věku se nemusí věnovat samostudiu a své znalosti prokazovat při závěrečných zkouškách. (Haškovcová, 2006, s. 127-136)

### **3.1.1 Funkce vzdělávání ve stáří**

Podle Wolfa (1982) má vzdělávání ve stáří tyto funkce:

- Preventivní – zahrnuje opatření, která se provádějí již v dospělosti a dokáží ovlivnit stáří v oblasti duševního a fyzického zdraví
- Anticipační – schopnost vyrovnat se s budoucími změnami, které jsou spojené zejména s odchodem do penze
- Posilovací – nejvýznamnější funkce, patří do ní podpora volnočasových aktivit, zájmů

- Rehabilitační – slouží k posilování a udržování fyzických a psychických schopností (Mühlpachr, 2009, s. 138; Klevetová, 2008, s. 52, Wolf, 1982, s. 294-295)

### **3.2 Možnosti aktivizace seniorů**

Cílem aktivizace seniorů je udržení nebo zlepšení dovedností, konkrétně jde o kognitivní funkce, tedy paměť, myšlení a pozornost. Aktivizační činnosti mají pozitivní vliv na emoční stav klientů, uspokojují potřebu uznání, pomáhají zvyšovat sebevědomí. Při výběru vhodné aktivizační činnosti je nutné přihlédnout k některým faktorům, jako je věk, stupeň postižení nebo onemocnění, využívání kompenzačních pomůcek a motivace klienta. Úspěšnost aktivizační činnosti závisí především na jejím správném výběru. Měla by být přínosná pro klienta a přesně zaměřená na to, co chceme u klienta rozvíjet.

K aktivizaci seniorů v pobytových zařízeních se využívá reminiscenční terapie. Jde o práci se vzpomínkami, o které se s námi staří lidé dělí. Přednost mají pozitivní, emotivně zabarvené vzpomínky. Cílem reminiscenční terapie je spokojenost a zachování důstojnosti starého člověka. V rezidenčních zařízeních se využívá jak skupinová, tak i individuální forma reminiscenční terapie. V oblasti pohybových aktivit lze využít kondiční cvičení, která jsou dostupná i pro imobilní klienty. Během cvičení můžeme využít také hudbu, zároveň tedy pohybovou aktivitu spojujeme s muzikoterapií, u některých klientů můžeme také přidat prvky taneční terapie. Velmi důležité je neopomínat cvičení u imobilních klientů, kdy provádíme aktivní nebo pasivní cviky a jde o prevenci komplikací, jako jsou trombózy, záněty plic a další komplikace způsobené dlouhodobým pobytem na lůžku. Další možností je validační terapie, která se využívá především u klientů s demencí a slouží k uznání pocitů klienta. Cílem validační terapie je získat si důvěru klientů a poznat pocity dezorientovaného člověka. Další možností je využití canisterapie nebo felinoterapie. V tomto případě se k terapii využívá pes nebo kočka. Někdy se využívá i hipoterapie, tedy terapie pomocí koně. U seniorů lze také využít prvky pracovní a činnostní terapie, která spočívá v práci s materiálem různého druhu. Patří sem rukodělné činnosti a nácvik praktických činností běžného života. Cílem této terapie je konkrétní výrobek. (Malíková, 2011, s. 239; Valenta, 2012, s. 124-126, Mlýnková, 2010, s. 98-109)

## 4 Instituce poskytující sociální a zdravotní služby pro seniory

### 4.1 Instituce poskytující sociální služby pro seniory

**Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem** poskytují podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, vyžadujícím, vzhledem ke své situaci, pomoc jiné fyzické osoby. Podle výše zmíněného zákona mohou být zřizovány i domovy se zvláštním režimem, které jsou vhodné pro seniory s duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách nebo některou formou demence. Režim v domovech se zvláštním režimem je přizpůsoben potřebám jednotlivých uživatelů. Během posledních 20 let vznikla řada soukromých domovů pro seniory, které však nejsou přístupné všem seniorům a to zejména z finančních důvodů.

K přijetí do domova pro seniory je nutné podat žádost, kterou vyplní senior z vlastní iniciativy nebo na radu lékaře či rodiny. Do domova pro seniory může být přijat žadatel, který dosáhl věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu. V případě nutnosti je možné využít pomoc sociální pracovnice daného zařízení.

Mnoho domovů pro seniory v dnešní době nabízí svým uživatelům doprovodné služby, například služby kadeřníka, manikúru nebo pedikúru. Pro mobilní klienty bývají v domovech připraveny aktivizační činnosti, které zahrnují například animoterapii, vzdělávací činnosti apod. (Haškovcová, 2010, s. 235-240)

**Denní a týdenní stacionáře** jsou ambulantní služby pro seniory se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc druhé osoby. Stejně fungují i týdenní stacionáře, pouze s tím rozdílem, že senior pobývá ve stacionáři zpravidla od pondělí ráno do pátku odpoledne.

**Domovinky** jsou denní centra pro seniory, kteří mají omezené fyzické nebo psychické schopnosti a potřebují každodenní péči. Cílem této služby je pomoci nejen seniorům, ale i rodinným příslušníkům, protože zde senior může být, zatímco jeho rodina je v zaměstnání. Během pobytu v domovince se senior může účastnit různých aktivit. Domovinky dále poskytují respitní (odlehčovací) služby, to znamená, že senior je přijat na lůžkové oddělení a jeho rodina má čas na odpočinek.

**Domovy s pečovatelskou službou** jsou vhodné pro zdravé seniory, u kterých není nutná ústavní péče a stálá pomoc druhé osoby. Vyžadují pomoc pouze při některých činnostech, jako je pomoc při hygieně. Senioři obývají samostatné bytové jednotky, vše je ošetřeno smlouvou. Pro seniory jsou dostupné další služby, například rehabilitace, pedikúra apod.

## 4.2 Zdravotní služby pro seniory

Zdravotní služby poskytované seniorům vychází ze Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění.

**Léčebna dlouhodobě nemocných** vznikly v roce 1974 transformací léčeben pro nemoci vnitřní nebo z interních oddělení II. typu. Koncem roku 2007 bylo podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v České republice evidováno 7 227 lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných, koncem roku 2011 se počet lůžek snížil na 7 172 lůžek. Léčebna dlouhodobě nemocných je určena pro všechny, kteří jsou dlouhodobě nemocní, bez ohledu na věk. V těchto léčebnách byli dříve hospitalizováni i mladí lidé, a to proto, že jejich onemocnění bylo dlouhodobé. Neosvědčila se ovšem jejich hospitalizace mezi staršími pacienty. (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012)

Léčebny dlouhodobě nemocných plní také sociální funkce, ačkoliv jde o zdravotnické zařízení. Od roku 1998 se tzv. následná péče dělí na dvě základní formy – léčebna dlouhodobě nemocných a ošetrovatelská lůžka. Na léčebných lůžkách se poskytuje doléčovací péče, případně rehabilitační, a pacient se může vrátit do domácího prostředí. Cílem je návrat či zlepšení soběstačnosti a schopnost nezávislého života. Pobyt na léčebném lůžku je limitován na 3-5 měsíců. Pokud se po této době nemůže pacient vrátit domů, je přeložen na ošetrovatelská lůžka, kde může zůstat i několik let.

Indikace pro umístění na ošetrovatelská lůžka je potřeba převážně ošetrovatelské péče, kterou nelze poskytovat v domácím prostředí. Péče se zaměřuje na základní ošetrovatelskou péči - hygienu, zajištění základních potřeb, výživu, aktivizaci pacientů, rehabilitaci a prevenci dekubitů apod. Cílem je udržení či zlepšení stávající soběstačnosti a kvality života. Součástí ošetrovatelské péče je spolupráce s rodinou nemocného, sociálními službami, odborné poradenství a pomoc při zajištění domácí péče. Na financování této péče se podílí pacient a zdravotní pojišťovny. (Haškovcová, 2010, s. 228-233)

**Hospic** je lůžkové zařízení poskytující péči pacientům v terminálním stadiu onemocnění, nejčastější diagnózou je onkologické onemocnění. Zaručuje svým pacientům důstojné umírání a zajišťuje kvalitní ošetrovatelskou a lékařskou péči. Denní režim si pacient určuje sám a v případě zájmu s ním může být v hospici ubytován i jeho příbuzný. Péče se zaměřuje především na léčbu bolesti. Důraz se zde klade na psychosociální a duchovní podporu pacientů i rodiny. V hospicích je poskytována nejen zdravotní péče, ale také sociální poradenství. (Marková, 2010, s. 27)

Termín hospic poprvé vyslovila Jeanne Garnierová v roce 1874 při otevření prvního domu pro nevléčitelně nemocné v Paříži. První moderní hospic, tak jako ho známe teď, založila Cicelly Saundersová v roce 1960 v Anglii a jmenoval se St. Christopher Hospice. U nás již ve středověku vznikaly tzv. hospitály pro nemocné, chudé, umírající a další. Později vznikaly chudobince a chorobince, některé z nich u nás fungovaly až do roku 1952. První moderní hospic vznikl v roce 1995 v Červeném Kostelci díky MUDr. Marii Svatošové. V roce 2011 bylo v České republice 16 hospiců s kapacitou 460 lůžek. Hospitalizováno zde bylo za rok 2011 celkem 3 875 pacientů. (ÚZIS; Slezáková, 2007, s. 127)



## **II Výzkumná část**

V této části bakalářské práce je zpracována metodika a hodnocení dat z dotazníkového šetření.

### **5 Výzkumné otázky**

K dotazníkovému šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Mají klienti s vyšším vzděláním větší potřebu seberealizace než klienti s nižším vzděláním?
2. Pociťují osamělost klienti spíše v domovech pro seniory nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných?
3. Navštěvuje rodina častěji klienty v domovech pro seniory nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných?
4. Mají možnost projevit svůj názor a realizovat svá přání spíše klienti v domovech pro seniory než v LDN?
5. Je pocit nedostatečného uspokojení potřeb dle očekávání častější u klientů v LDN než v domovech pro seniory?

## 6 Metodika výzkumu

Dotazníkové šetření bylo provedeno v lednu 2013 v sociálním a zdravotnickém zařízení v Královéhradeckém kraji, jejichž cílovou skupinou jsou senioři. Získaná data byla vyhodnocena a graficky znázorněna pomocí Microsoft Excel 2010. U všech otázek byla stanovena absolutní četnost (ni) a relativní četnost v procentech (fi). Z těchto údajů jsem následně tvořila tabulky a grafy. Výzkumným nástrojem pro získání dat bylo dotazníkové šetření. Dotazník byl vyplňován s klienty sociálního a zdravotnického zařízení. Odpovědi uvedené v dotazníku byly zcela anonymní. Dotazník tvoří 22 otázek. Prvních pět otázek se zaměřuje na identifikaci respondentů a týká se věku, pohlaví, dosaženého vzdělání a délky pobytu v zařízení. Dále byly využity otázky škálové (č. 6,15), otázky uzavřené (č. 8, 10, 11, 13, 17, 19, 20), otázky polootevřené, u kterých bylo možné doplnit vlastní odpověď (č. 7, 16) a otázky otevřené (č. 9, 12, 14, 18, 21,22). Dotazník je v této práci uveden jako Příloha B.

### 6.1 Výzkumný vzorek

Dotazníkové šetření probíhalo v lednu 2013 v léčebně dlouhodobě nemocných a domově pro seniory v Královéhradeckém kraji. Celkem bylo použito 40 dotazníků, z toho 20 v léčebně dlouhodobě nemocných a 20 v domově pro seniory. Dotazníky jsem s klienty osobně vyplňovala, proto byla celková návratnost dotazníků 100 %, zároveň byly všechny dotazníky kompletně vyplněné, tedy využitelné.

Do výzkumného vzorku byli respondenti zařazeni po konzultaci se zaměstnanci obou zařízení, kteří vytipovali jednotlivé klienty. Druhým kritériem pro zařazení do výzkumu byla ochota spolupracovat při vyplňování dotazníku. Souhlas s účastí na dotazníkovém šetření byl dán vyplněním dotazníku. Celkem výzkumný vzorek tvoří 32 žen a 8 mužů. Zastoupeny byly všechny věkové kategorie, od mladších 60 let, po více než 90 let, přičemž nejpočetnější byla kategorie 80-89 let. Výzkumný vzorek byl významně ovlivněn současnou skladbou klientů v jednotlivých zařízeních.

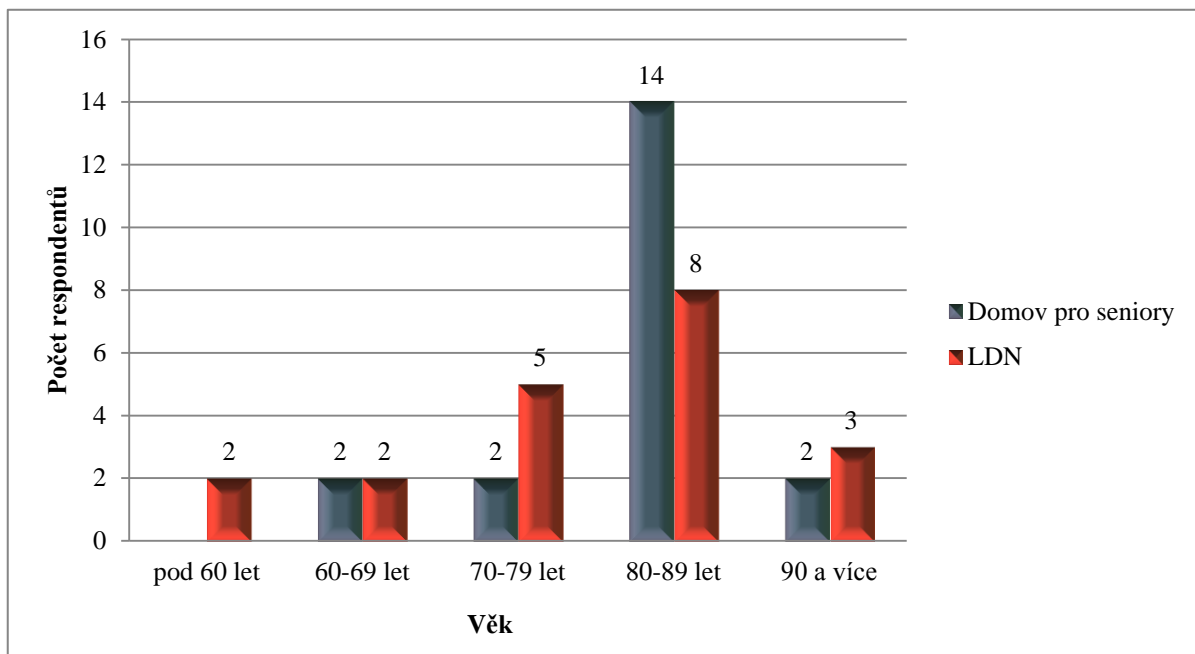
## 7 Presentace výsledků dotazníkového šetření

### Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

- a) Méně než 60
- b) 60-69 let
- c) 70-79 let
- d) 80-89 let
- e) 90 a více let

V této otázce respondenti uváděli svůj věk. V domově pro seniory nebyl ani jeden respondent ve věku pod 60 let, 2 (10 %) respondenti v kategorii 60-69 let, 2 (10 %) respondenti ve věku 70-79 let, 14 (70 %) respondentů ve věku 80-89 let a 2 (10 %) respondenti starší 90 let.

V léčebně dlouhodobě nemocných byli 2 (10 %) respondenti mladší 60 let, 2 (10 %) respondenti byli ve věku 60-69 let, 5 (25 %) respondentů bylo v kategorii 70-79 let, 8 (40 %) respondentů bylo ve věku 80-89 let a 3 (15 %) respondenti byli ve věku 90 let a více. Výsledek je znázorněn na Obr. 1.

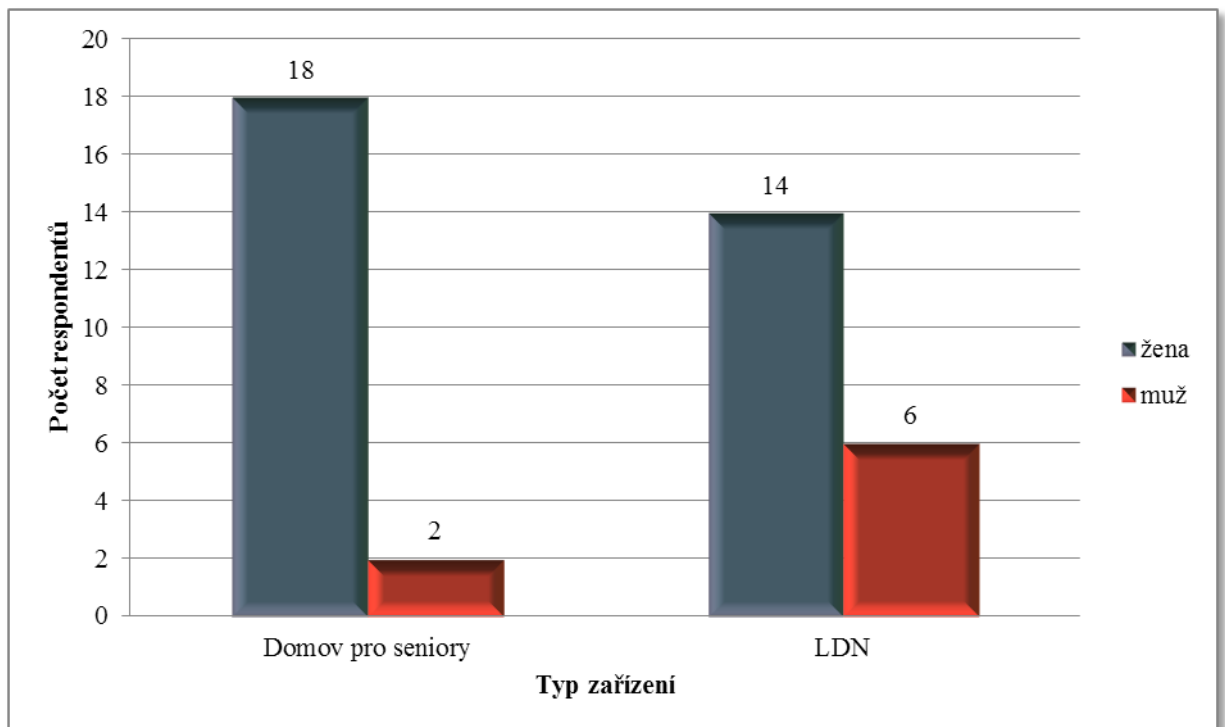


Obr. 1 Grafické znázornění respondentů dle věku

## Otázka č. 2 – Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

Druhá otázka se týkala pohlaví respondentů. Výzkumný vzorek v domově pro seniory byl složen z 18 (90 %) žen a 2 (10 %) mužů. V léčebně dlouhodobě nemocných se dotazníkového šetření zúčastnilo 14 žen (70 %) a 6 mužů (30 %). Data jsou uvedena níže na Obr. 2.

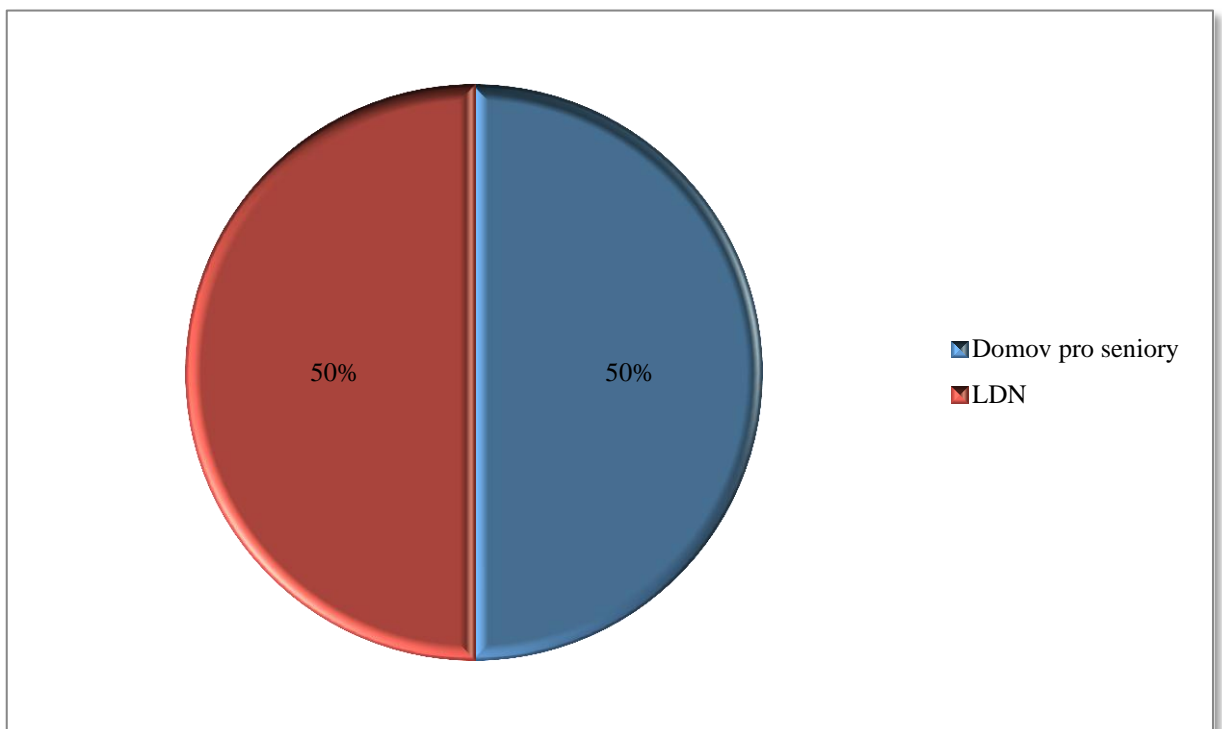


Obr. 2 Grafické znázornění respondentů dle pohlaví

### Otázka č. 3 – V jakém zařízení jste?

- a) Léčebna dlouhodobě nemocných
- b) Domov pro seniory

V této otázce byly odpovědi vyrovnané vzhledem k rovnoměrnému rozložení dotazníků do obou zařízení. Z celkového počtu dotazníků bylo 20 (50 %) z domova pro seniory a 20 (50 %) z léčebny dlouhodobě nemocných viz Obr. 3.

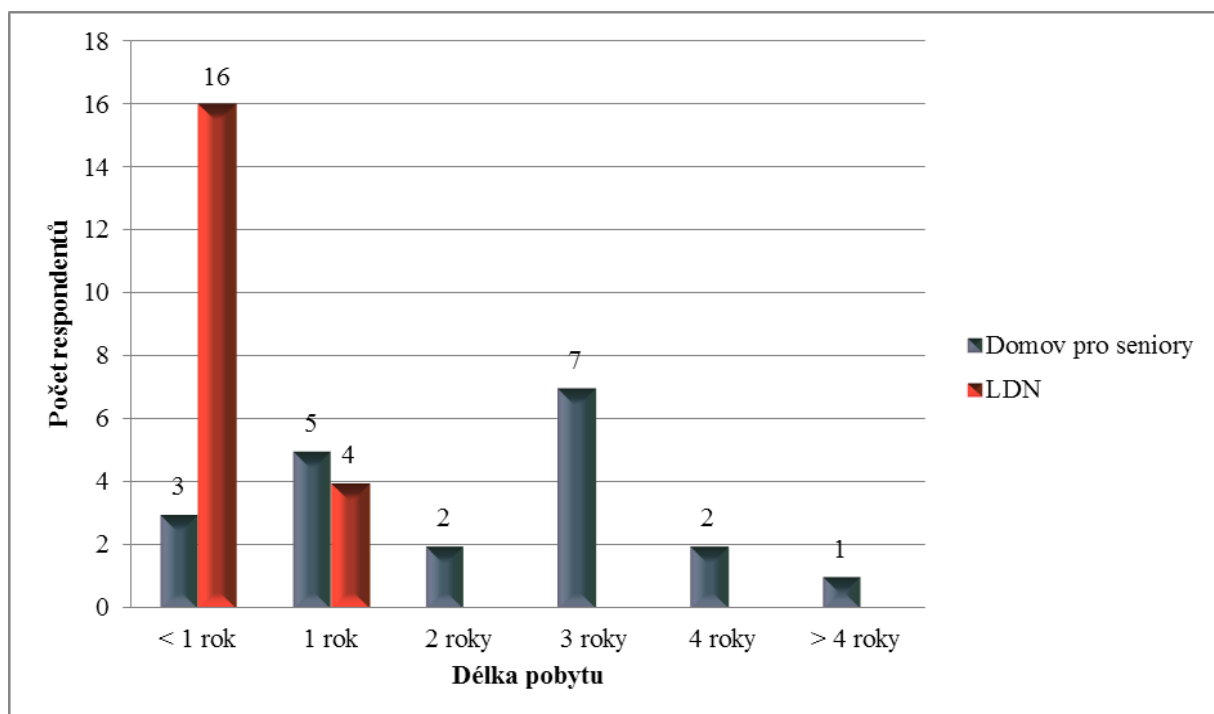


Obr. 3 Grafické znázornění respondentů dle typu zařízení

#### Otázka č. 4 – Jak dlouho jste v tomto zařízení?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 rok
- c) 2 roky
- d) 3 roky
- e) 4 roky
- f) Více než 4 roky

Tato otázka byla zaměřena na zjištění délky pobytu respondentů v jednotlivých zařízeních. Otázka byla otevřená a při vyhodnocování byly odpovědi rozděleny do kategorií po 1 roce. V domově pro seniory byla nejčastější délka pobytu 3 roky, kterou zvolilo 7 (35 %) respondentů, 5 (25 %) respondentů bylo v domově pro seniory 3 roky, 3 (15 %) respondenti méně než jeden rok. 2 (10 %) respondenti zvolilo možnost 2 roky, stejně tak 2 (10 %) respondenti, zvolili možnost 4 roky a 1 (5 %) respondent byl v domově pro seniory více než 4 roky. V léčebně dlouhodobě nemocných odpovědělo 16 (80 %) respondentů, že je zde hospitalizováno méně než 1 rok, pouze 4 (20 %) respondenti zde byli hospitalizováni více než 1 rok, viz Obr. 4.

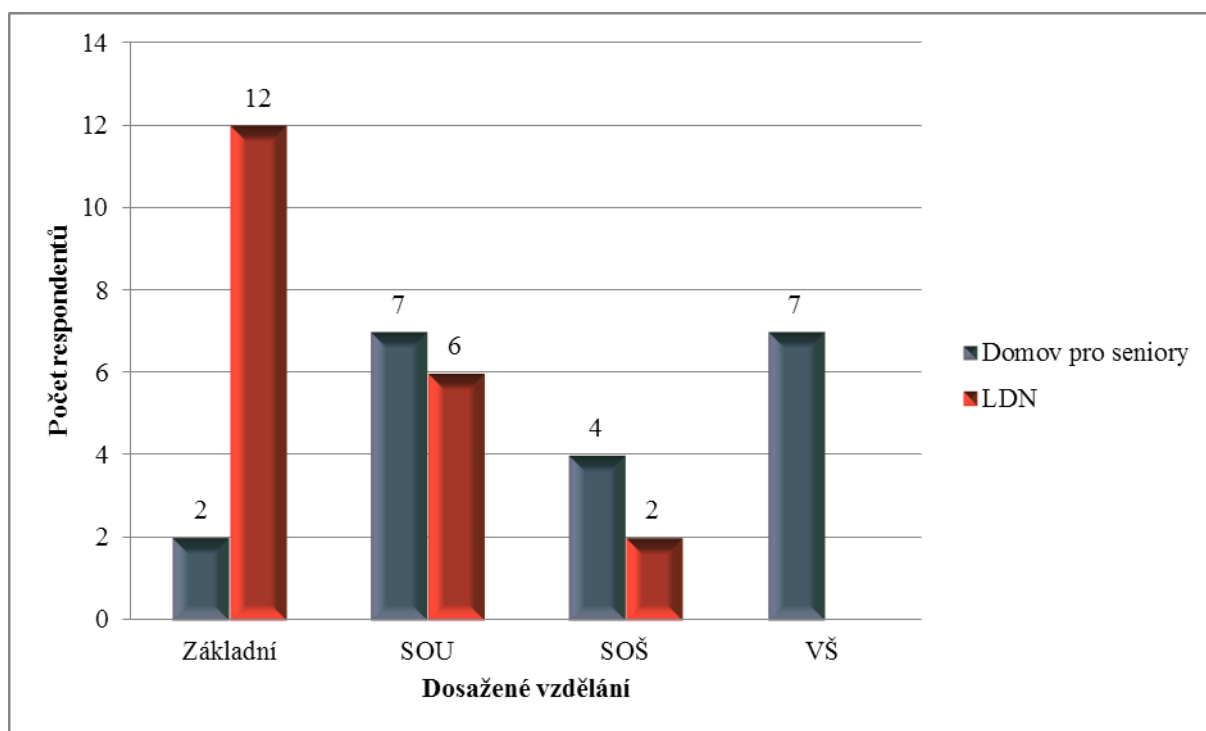


Obr. 4 Grafické znázornění respondentů dle délky pobytu v zařízení

### Otázka č. 5 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední odborné učiliště
- c) Střední vzdělání s maturitou
- d) Vysokoškolské

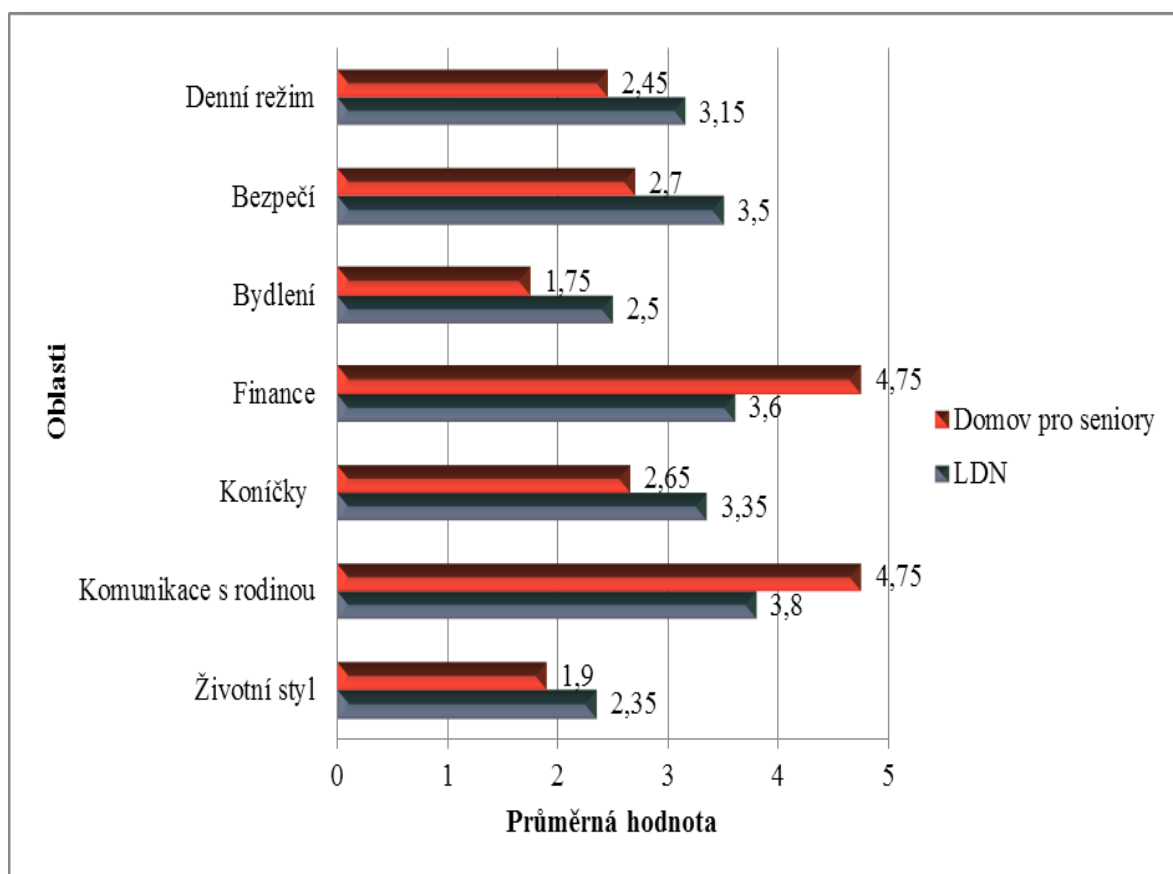
Tato otázka byla zaměřena na zjištění nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Výsledky z obou zařízení se výrazně lišily. V domově pro seniory byla nejvíce zastoupena (7 respondentů) možnost střední odborné učiliště a vysokoškolské (obojí 35 %), 4 (20 %) respondenti zvolili možnost střední odborná škola a pouze 2 (10 %) respondenti odpověděli, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní. V léčebně dlouhodobě nemocných byla nejčastější odpověď vzdělání základní, tu zvolilo 12 (60 %) respondentů. Druhou nejčastější odpověď se 6 (30 %) respondenty bylo střední odborné učiliště, 2 (10 %) respondenti zvolili středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání nezvolil žádný respondent, viz Obr. 5.



Obr. 5 Grafické znázornění klientů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

**Otázka č. 6 – Co se nejvíce změnilo ve Vašem životě po nástupu do tohoto zařízení?**

a)	Životní styl	1	2	3	4	5
b)	Komunikace s rodinou	1	2	3	4	5
c)	Koníčky a záliby	1	2	3	4	5
d)	Finanční situace	1	2	3	4	5
e)	Bydlení	1	2	3	4	5
f)	Pocit bezpečí a jistoty	1	2	3	4	5
g)	Režimová opatření	1	2	3	4	5



Obr. 6 Grafické zobrazení změn po nástupu do zařízení



Tato otázka se týkala oblastí života respondentů, které se nejvíce změnilo po nástupu do zařízení. Jednotlivé oblasti byly životní styl, komunikace s rodinou, koníčky a záliby, finanční situace, bydlení, pocit bezpečí a jistoty a režimová opatření. Tyto oblasti respondenti hodnotili na škále 1-5, přičemž hodnota 1 znamenala, že se tato položka vůbec nezměnila. V domově pro seniory se podle respondentů nejvíce změnil životní styl (2,35), dále bydlení (2,5), režimová opatření (3,15), koníčky (3,35), pocit bezpečí a jistoty (3,5), finanční situace (3,6) a nejméně se změnila komunikace s rodinou (3,8).

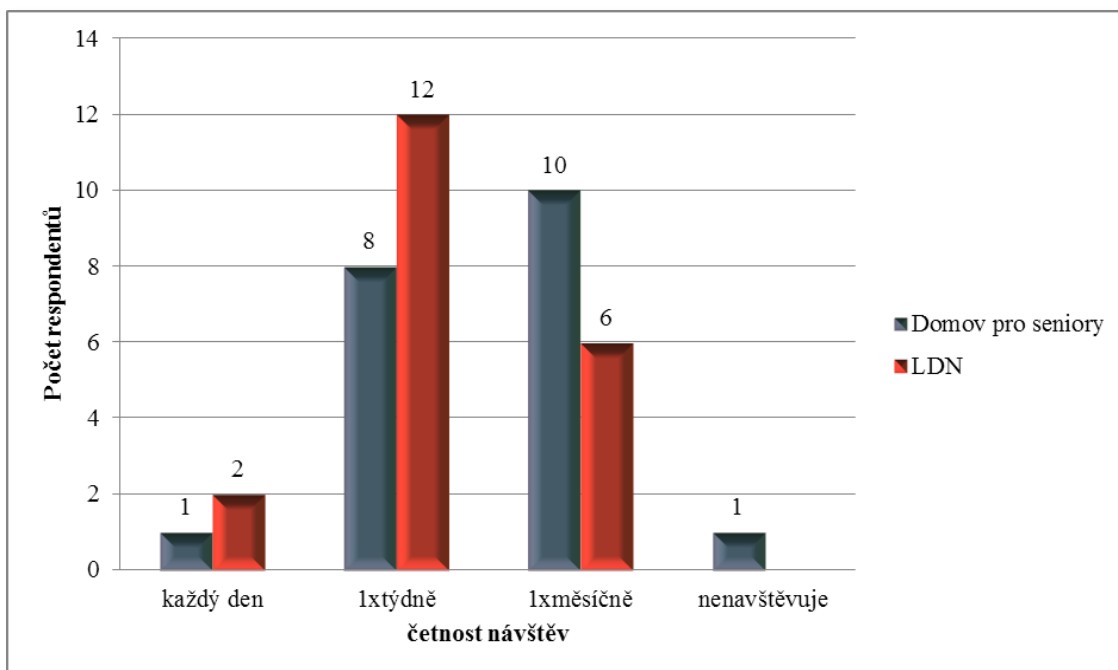
V léčebně dlouhodobě nemocných se nejvíce změnilo bydlení (1,75), dále životní styl (1,9), režimová opatření (2,45), koníčky a záliby (2,65), pocit bezpečí a jistoty (2,7) a nejméně se podle respondentů změnila finanční situace a komunikace s rodinou (4,75). Výsledky jsou uvedeny na Obr. 6.

## Otázka č. 7 – Jak často Vás navštěvuje rodina?

- a) Každý den
- b) Minimálně 1x týdně
- c) Minimálně 1x měsíčně
- d) Minimálně 1x ročně
- e) Nenavštěvuje
- f) Jiné.....

Úkolem sedmé otázky bylo zjistit četnost návštěv rodiny u respondentů v zařízení. V domově pro seniory bylo nejčastější odpovědí návštěvy rodiny minimálně jednou měsíčně, takto odpovědělo 10 (50 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo jednou týdně, kterou zvolilo 8 (40 %) respondentů. Každý den navštěvuje rodina 1 (5 %) respondentů, stejně tak 1 (5 %) respondentů rodina nenavštěvuje vůbec. Možnost jednou ročně nezvolil žádný respondent.

V léčebně dlouhodobě nemocných rodina své příbuzné navštěvuje nejčastěji jednou týdně, jak odpovědělo 12 (60 %) respondentů, možnost jednou měsíčně označilo 6 (30 %) respondentů. 2 (10 %) respondenti odpověděli, že je rodina navštěvuje každý den. Ani jeden z respondentů nevybral možnost návštěv 1x ročně nebo vůbec. Výsledky jsou uvedeny na Obr. 7.

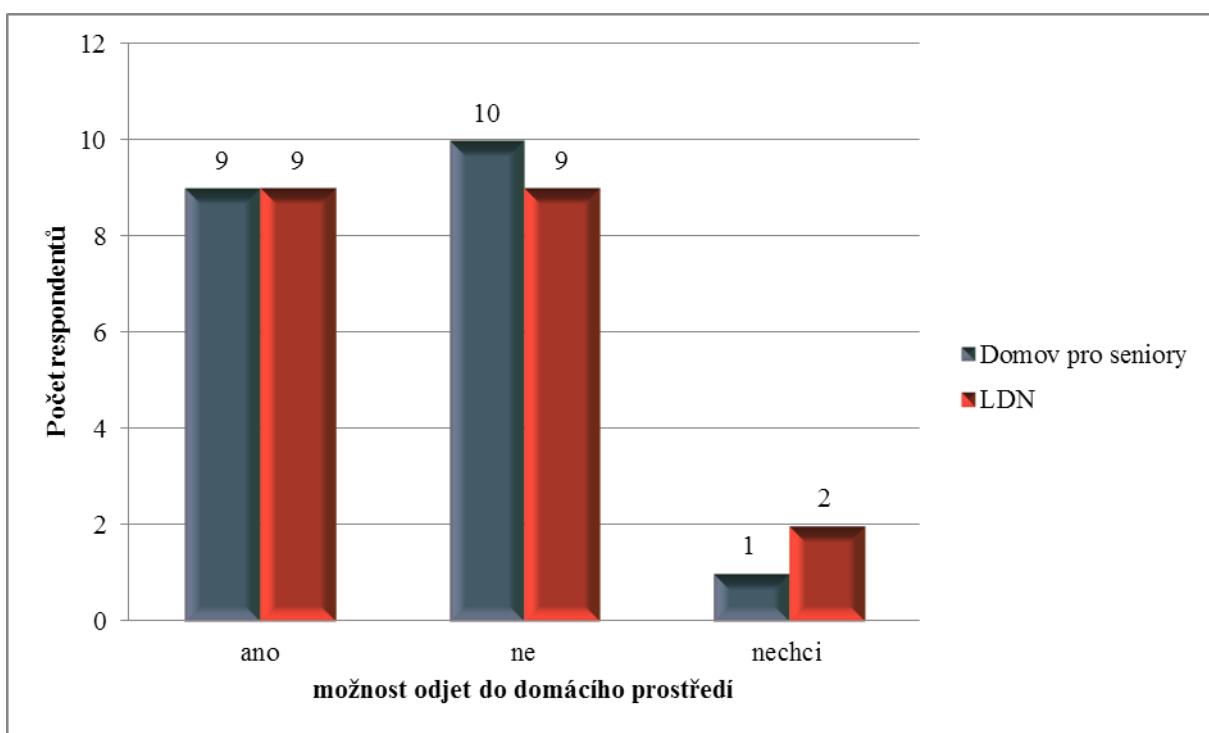


Obr. 7 Grafické znázornění četnosti návštěv rodiny

### Otázka č. 8 – Máte možnost odjet do domácího prostředí?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci

Osmá otázka se zaměřila na zjištění možnosti odjet se svojí rodinou do domácího prostředí. V této otázce byly odpovědi velmi vyrovnané. Nejčastější odpovědí v domově pro seniory i v léčebně dlouhodobě nemocných byla ano, můžu se svou rodinou odjet do domácího prostředí. Takto odpovědělo v obou zařízeních shodně 9 (45 %) respondentů. Negativně odpovědělo v domově pro seniory 10 (50 %) respondentů a v léčebně dlouhodobě nemocných 9 (45 %) respondentů. Odpověď nechci zvolil v domově pro seniory 1 (5 %) respondent, v léčebně dlouhodobě nemocných 2 (10 %) respondenti. Výsledky jsou zobrazeny na Obr. 8.

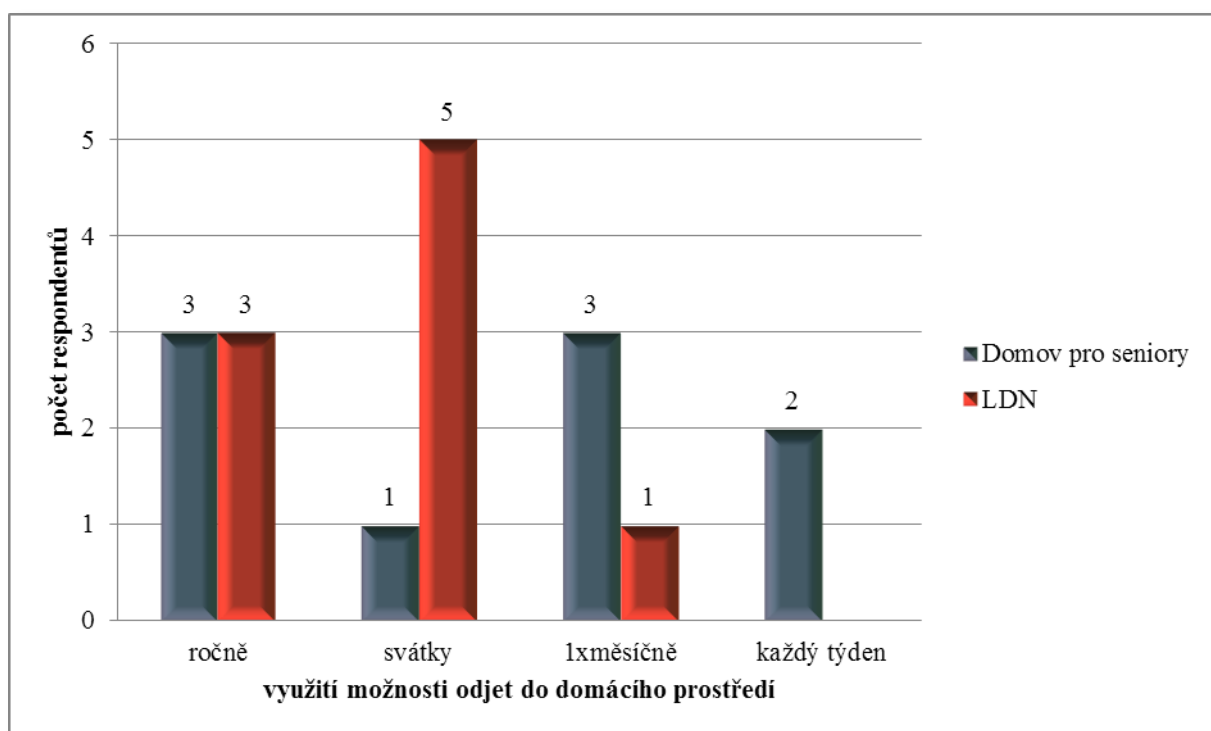


Obr. 8 Grafické znázornění respondentů dle možnosti odjet do domácího prostředí

## Otázka č. 9 – Jak často využíváte možnost odjet do domácího prostředí?

Tato otázka byla otevřená a neodpovídalo na ni všech 40 respondentů, ale pouze ti, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně na využití odjezdu do domácího prostředí. Celkem odpovídalo 18 respondentů, z domova pro seniory 9, stejně tak z léčebny dlouhodobě nemocných. V domově pro seniory odpověděli 3 (33 %) respondenti, že tuto možnost využívají ročně, stejný počet respondentů (33 %) tuto možnost využívá jednou měsíčně. 1 (11 %) respondent uvedl, že tuto možnost využívá v období svátků a 2 (22 %) respondenti jezdí za svoji rodinou každý týden.

V léčebně dlouhodobě nemocných byla nejčastější odpověď v období svátků, tu uvedlo 5 (55 %) respondentů, 3 (33 %) respondenti uvedli, že do domácího prostředí jezdí jednou ročně, 1 (11 %) respondent tuto možnost využívá jednou za měsíc. Výsledky jsou zobrazeny na Obr. 9.

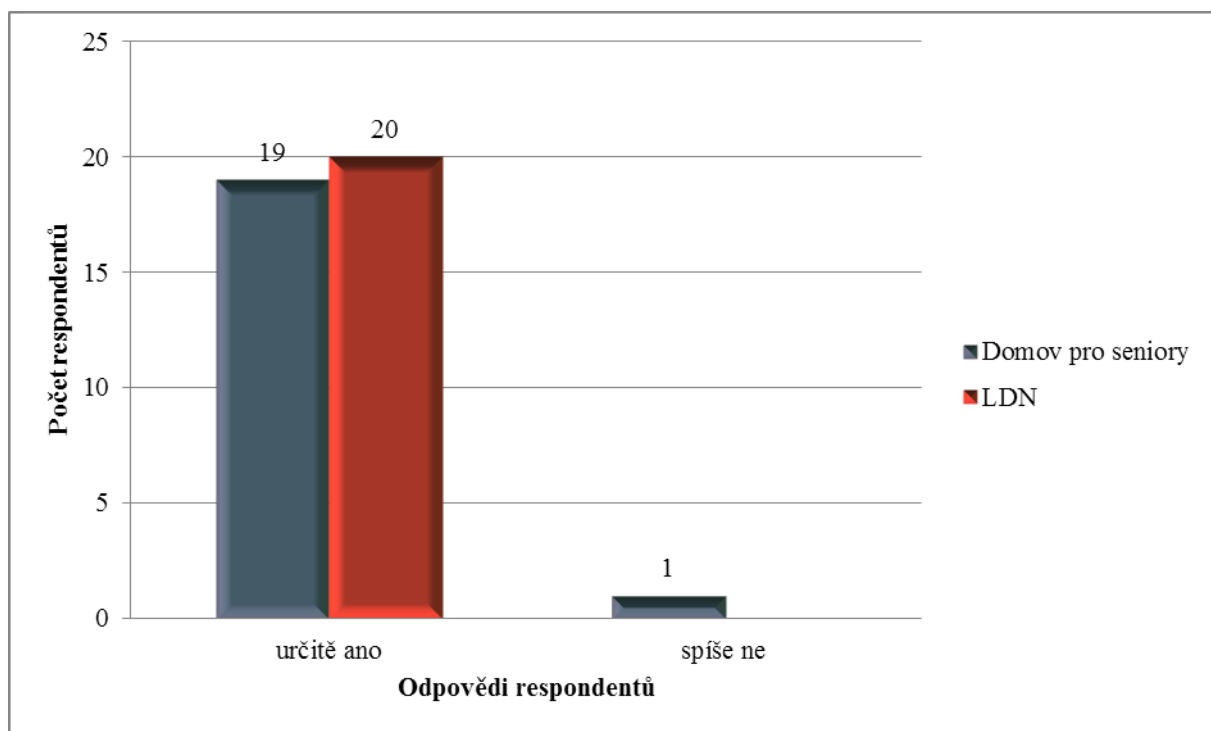


Obr. 9 Grafické znázornění respondentů dle četnosti využívání možnosti odjet domů

**Otázka č. 10 – Je pro Vás důležité, aby Vás Vaše rodina mohla navštěvovat podle svých možností?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

Desátá otázka zjišťovala důležitost možnosti návštěv rodiny z pohledu respondentů. Odpovědi byly téměř jednoznačné. V domově pro seniory odpovědělo 19 (95 %) respondentů, že návštěvy rodiny jsou pro ně určitě důležité, pouze 1 (5 %) respondent odpověděl, že návštěvy rodiny jsou pro něj spíše nedůležité. V léčebně dlouhodobě nemocných byly odpovědi zcela jasné. Všech 20 (100 %) respondentů odpovědělo, že návštěvy rodiny jsou pro ně určitě důležité. Výsledky jsou zobrazeny na Obr. 10.

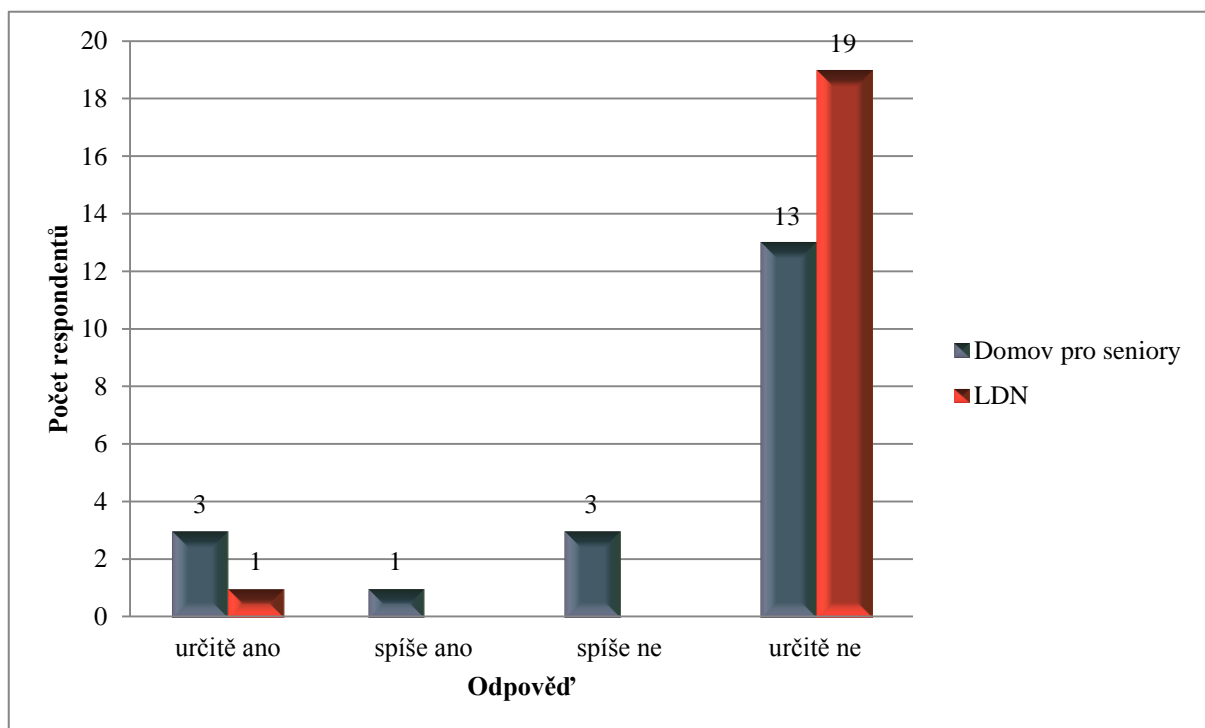


Obr. 10 Grafické znázornění respondentů dle důležitosti návštěv rodiny

**Otázka č. 11 – Máte pocit, že se méně setkáváte se svými přáteli nebo blízkými od doby, co jste v tomto zařízení?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo, jak v domově pro seniory, tak v léčebně dlouhodobě nemocných, že určitě nemají pocit, že by se méně setkávali se svými známými a blízkými. V domově pro seniory takto odpovědělo 13 (65 %) respondentů, v léčebně dlouhodobě nemocných 19 (95 %) respondentů. Určitě ano odpověděli v domově pro seniory 3 (15 %) respondenti, v léčebně dlouhodobě nemocných takto odpověděl 1 (5 %) respondent. 1 (5 %) respondent v domově pro seniory odpověděl, že se spíše setkává méně se svými známými a 3 (15 %) respondenti uvedli, že spíše nemají pocit, že by se méně setkávali se svými známými, viz Obr. 11.

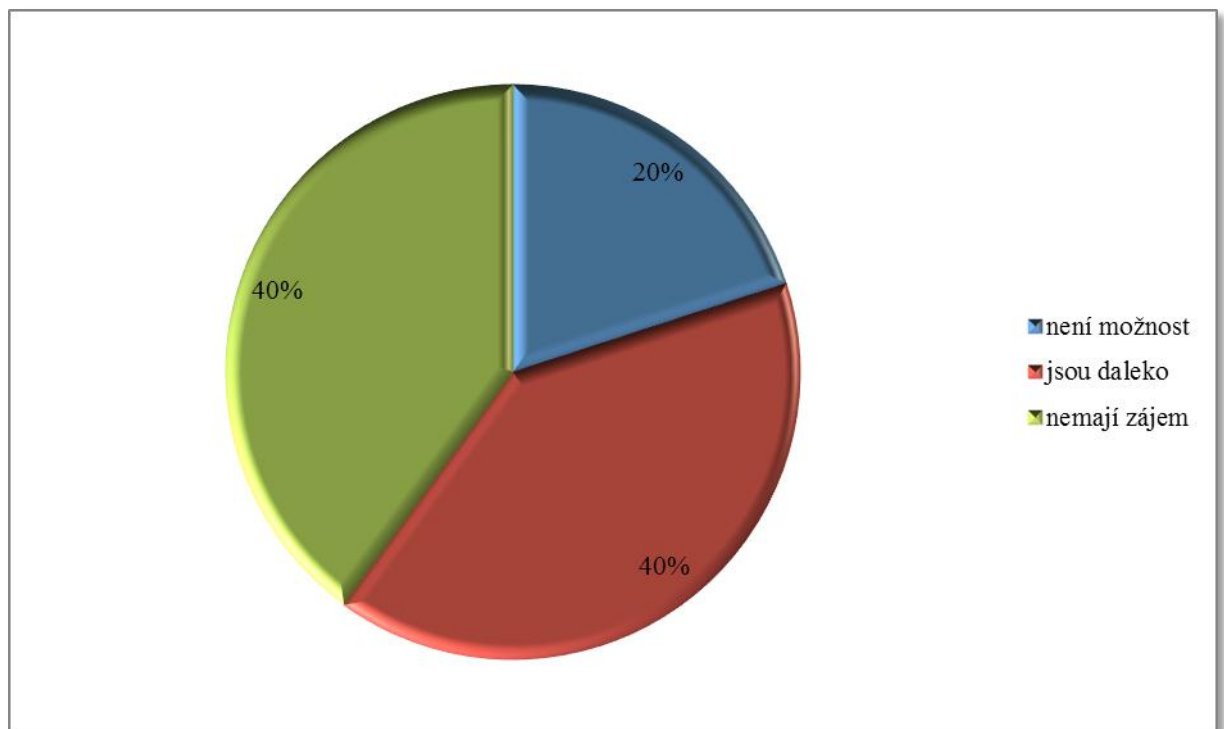


Obr. 11 Grafické znázornění respondentů dle pocitu omezeného kontaktu s přáteli

**Otázka č. 12 – Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, proč myslíte, že to tak je?**

Na tuto otevřenou otázku odpovídalo celkem pouze 5 (12,5 %) respondentů z celkového souboru 40 respondentů. Jednalo se o ty respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně, že mají pocit, že se méně setkávají se svými blízkými od doby, co jsou v tomto zařízení. V domově pro seniory se jednalo o 4 respondenty, v léčebně dlouhodobě nemocných to byl 1 respondent.

Nejčastějším důvodem, proč se respondenti méně setkávají se svými známými, byl ten, že jejich známí nemají zájem, tento důvod se objevil dvakrát. Stejně tak důvod, že jsou daleko, se objevil dvakrát a jednou se vyskytla odpověď, že není možnost je navštívit, viz Obr. 12.

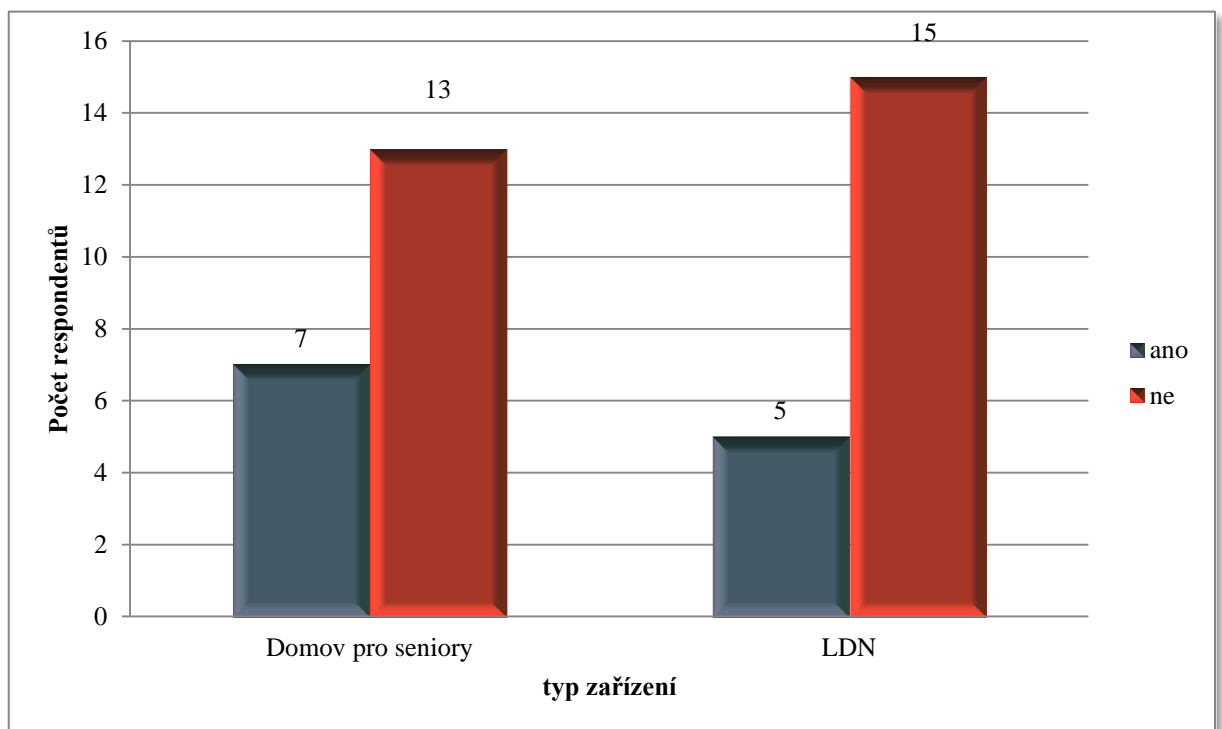


Obr. 12 Grafické znázornění respondentů dle důvodů omezení kontaktu s přáteli

### Otázka č. 13 – Cítíte se někdy osaměle?

- a) Ano
- b) Ne

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda se respondenti v jednotlivých zařízeních cítí osaměle. V domově pro seniory se cítí osaměle 7 (35 %) respondentů, naopak 13 (65 %) respondentů odpovědělo, že se osaměle necítí. V léčebně dlouhodobě nemocných se cítí 5 (25 %) respondentů, záporně odpovědělo 15 (75 %) respondentů. Viz Obr. 13.

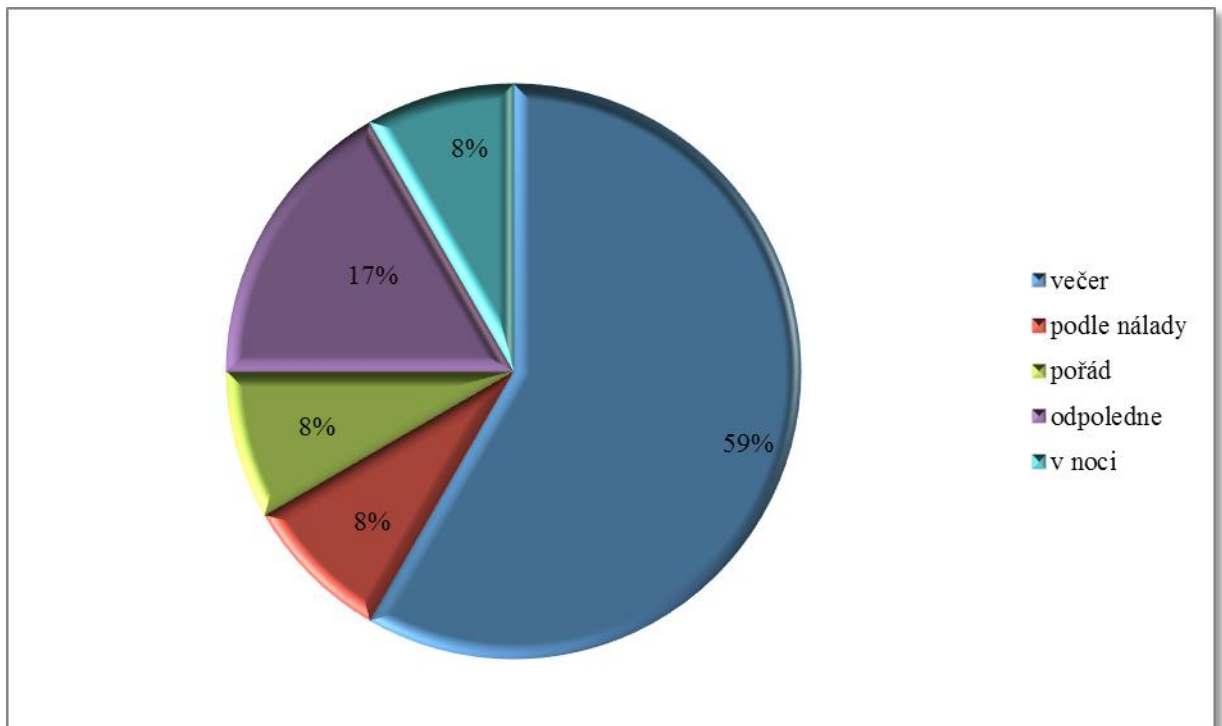


Obr. 13 Grafické znázornění respondentů podle pocitu osamělosti



**Otázka č. 14 – Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, kdy se tento pocit nejčastěji objevuje?**

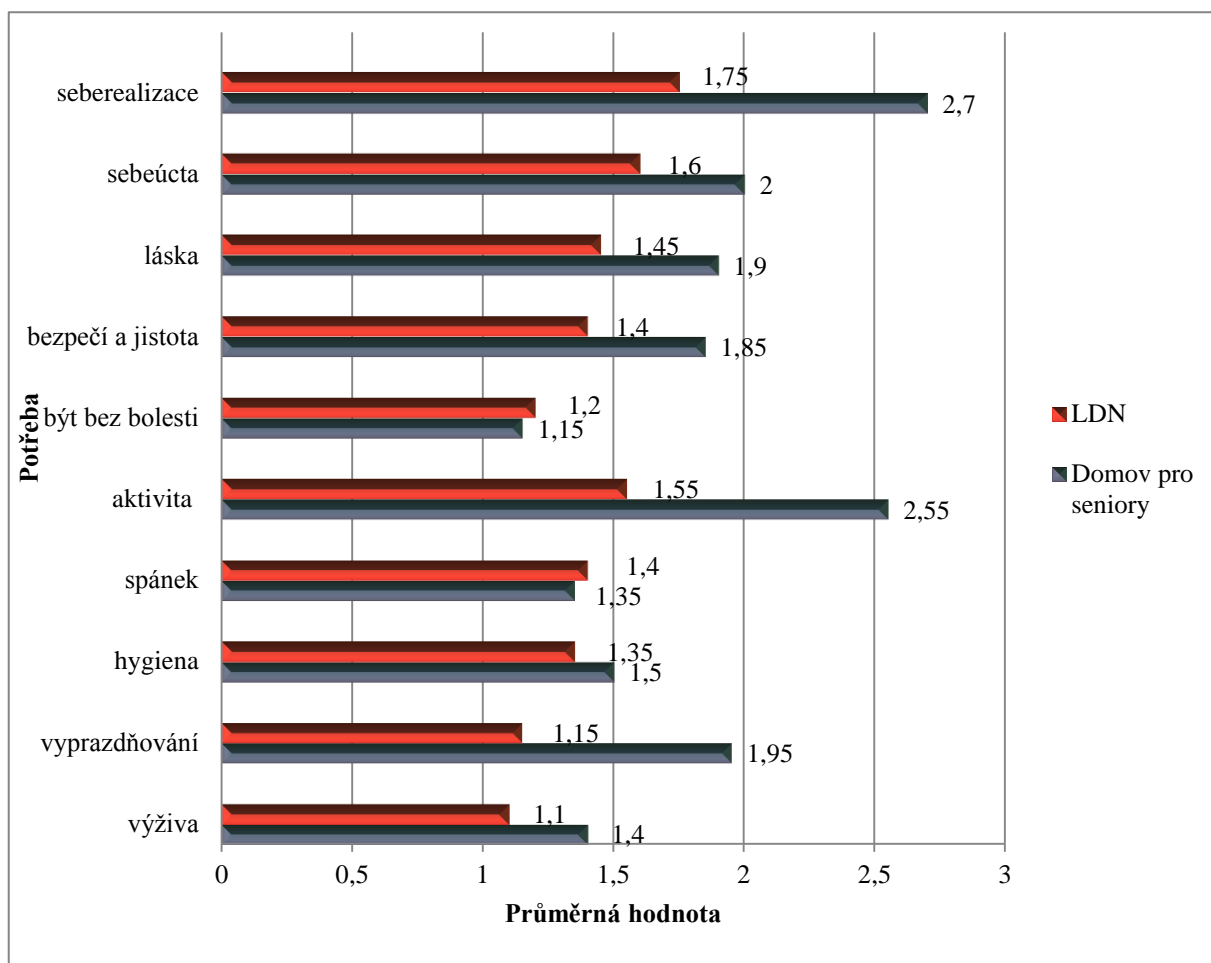
Na tuto otevřenou otázku odpovídalo celkem pouze 12 respondentů, kteří kladně odpověděli na předchozí otázku, zda se někdy cítí osaměle. Jednalo se o 7 respondentů z domova pro seniory a 5 respondentů z léčebny dlouhodobě nemocných. Nejčastěji respondenti odpovídali, že se osaměle cítí večer, takto odpovědělo 7 (59 %) respondentů. 2 (17 %) respondenti se osaměle cítí odpoledne, 1 (8 %) respondent v noci, 1 (8 %) respondent pořád a 1 (8 %) respondent podle nálady. Výsledky jsou uvedeny na Obr. 14.



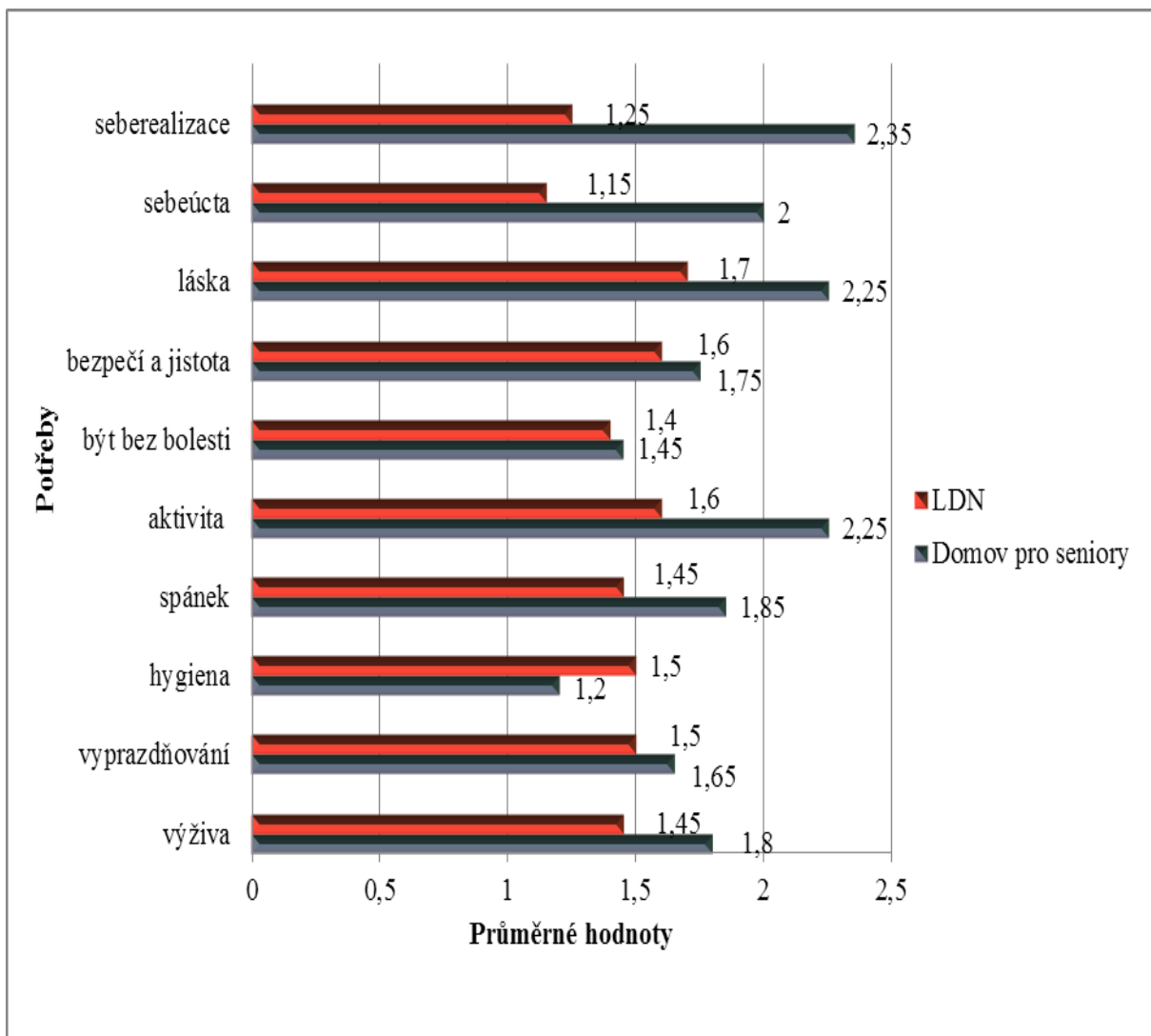
Obr. 14 Grafické znázornění respondentů dle důvodů pocitu osamělosti

### Otázka č. 15 – Jak hodnotíte důležitost a míru uspokojení jednotlivých potřeb?

Potřeba	Důležitost	Uspokojení
a) Výživa	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
b) Vyprazdňování	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
c) Hygiena	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
d) Spánek	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
e) Aktivita	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
f) Být bez bolesti	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
g) Bezpečí a jistota	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
h) Láska	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
i) Sebeúcta	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
j) Seberealizace	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



Obr. 15 Grafické znázornění respondentů dle důležitosti jednotlivých potřeb



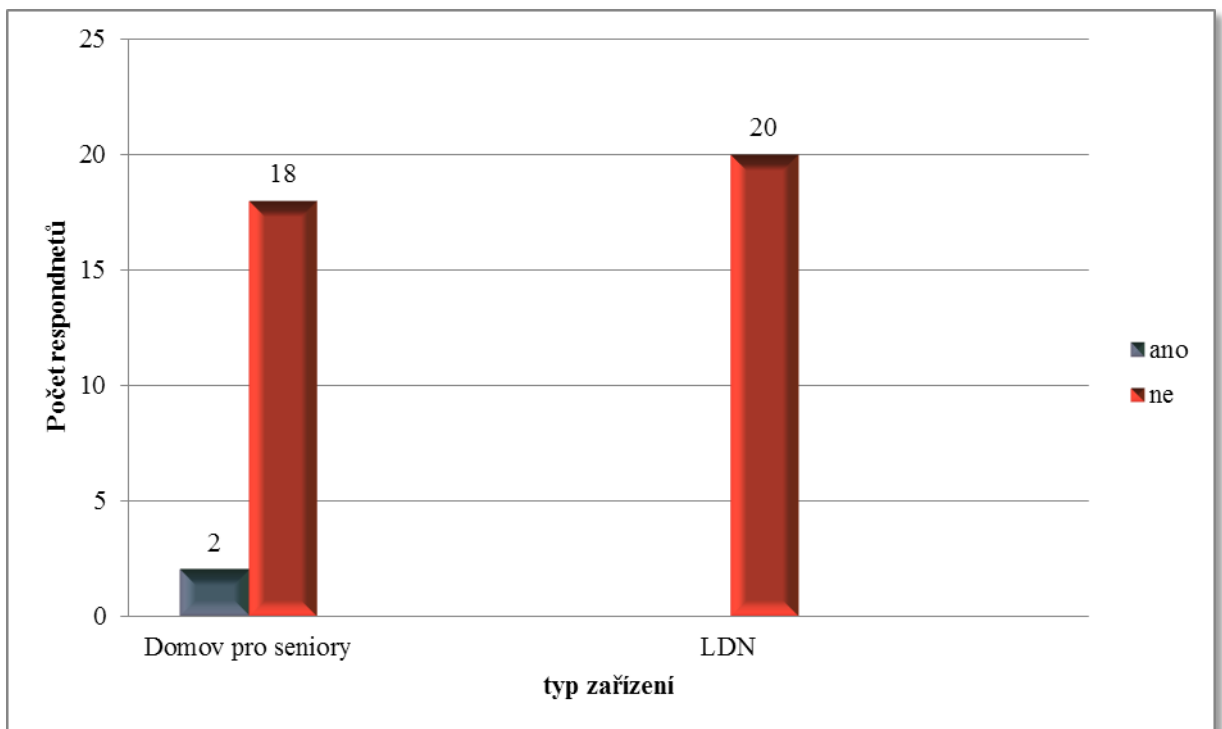
Obr. 16 Grafické znázornění respondentů dle uspokojení jednotlivých potřeb

Otázka č. 15 byla nejrozsáhlejší otázkou dotazníku. Respondenti zde na škále v rozpětí 1-5 hodnotili důležitost jednotlivých potřeb a míru jejich uspokojení v daném zařízení. Hodnota 1 na škále znamenala, že potřeba je velmi důležitá nebo zcela uspokojena, naopak hodnota 5 znamenala, že potřeba není pro respondenta vůbec důležitá, viz Obr. 15 a Obr. 16.

**Otázka č. 16 – Měl/a jste někdy pocit, že Vaše potřeby nebyly uspokojovány dle Vašeho očekávání?**

- a) Ne
- b) Pokud ano, jak jste se cítil/a?.....

U této otázky byly odpovědi téměř shodné. V domově pro seniory se s neuspokojením potřeb dle vlastního očekávání setkali 2 (10 %) respondenti, uvedené pocity při neuspokojení potřeb bylo: cítila jsem se špatně, nevím. 18 (90 %) respondentů uvedlo, že jsou spokojeni s uspokojováním potřeb. V léčebně dlouhodobě nemocných odpovědělo všech 20 (100 %) respondentů, že se nesečkali s tím, že by potřeby nebyly uspokojeny podle jejich očekávání, viz Obr. 17.

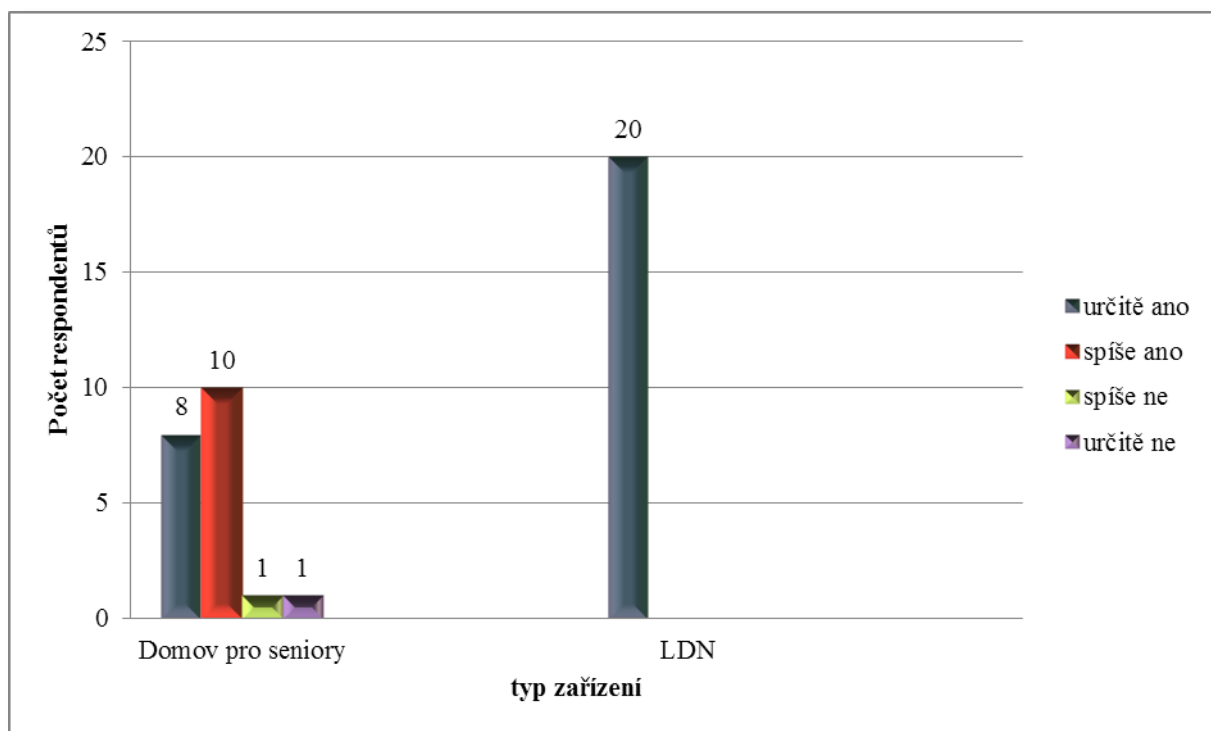


Obr. 17 Grafické znázornění respondentů dle pocitu uspokojení potřeb podle očekávání

**Otázka č. 17 – Máte možnost v tomto zařízení projevit svůj názor a realizovat své nápady či přání?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

Tato otázka se zaměřovala na možnost respondentů projevit v daném zařízení vlastní názor. Nejčastější odpověď v domově pro seniory byla spíše ano, takto odpovědělo 10 (50 %) respondentů, 8 (40 %) respondentů odpovědělo určitě ano, 1 (5 %) respondent odpověděl spíše ne a 1 (5 %) respondent odpověděl, že určitě ne. V léčebně dlouhodobě nemocných všech 20 (100 %) respondentů odpovědělo, že určitě mají možnost projevit svůj názor, viz Obr. 18.



Obr. 18 Grafické znázornění respondentů dle možnosti projevit svůj názor

### Otázka č. 18 – Jak vypadá Váš denní program?

Na tuto otázku jsem se ptala pouze dvou respondentů, a to jednoho z léčebny dlouhodobě nemocných a jednoho z domova pro seniory. Bylo to z důvodu, že všechny ostatní odpovědi v jednotlivých zařízeních byly shodné. Denní program klientů v domovech pro seniory a v léčebně dlouhodobě nemocných byl velmi podobný, jediná oblast, ve které se odpovědi lišily, byla přibližná hodina vstávání a to, že aktivity mimo pokoj klientů v domově pro seniory pobíhaly ráno, v léčebně dlouhodobě nemocných odpoledne, viz Tab. 1.

Tab.1 Denní režim respondentů

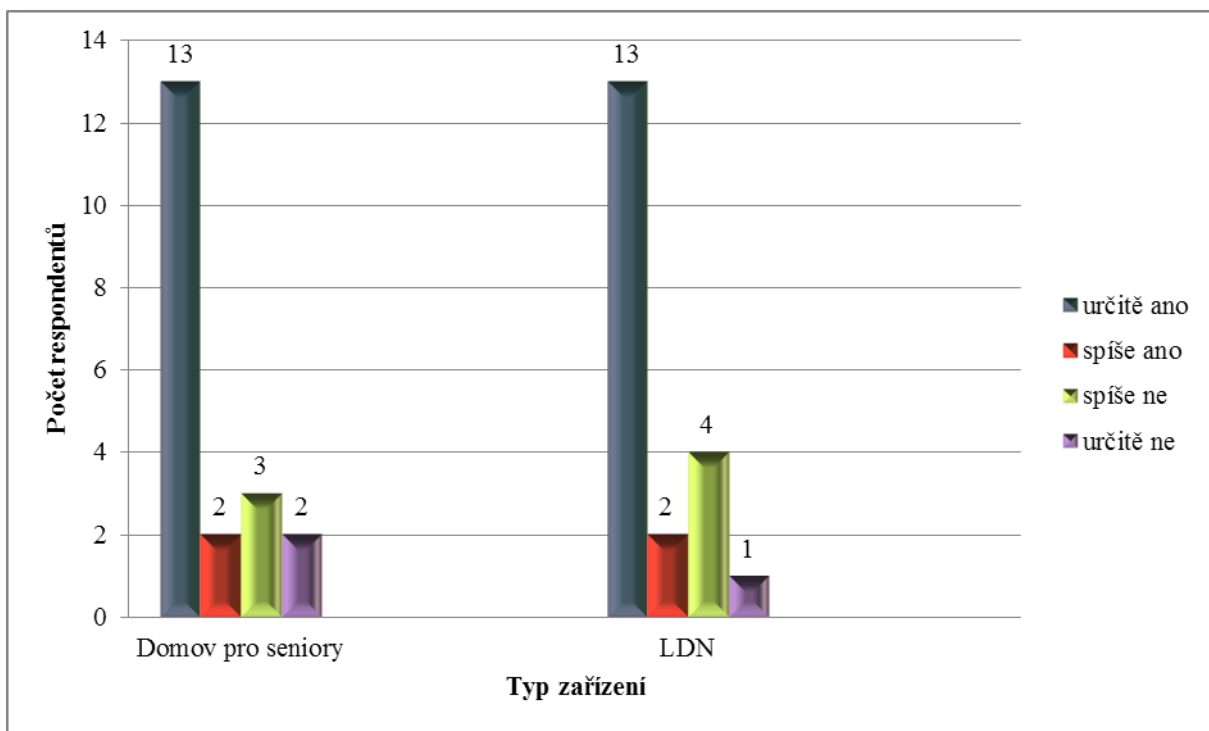
Činnost	Domov pro seniory	LDN
Vstávání	6:30	5:30
Ranní hygiena	6:30-7:30	7:00-7:45
Snídaně	7:45	7:45
Dopolední aktivizační činnosti	8:30-11:00	9:00-11:30
Oběd	11:30	11:30
Odpolední aktivizační činnosti	14:30-17:00	14:00-17:00
Večeře	17:00	17:30
Ukládání ke spánku	20:00	22:00 (noční klid)

### Otázka č. 19 – Pokud máte možnost volnočasových aktivit, využíváte ji?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

Tato otázka se zabývala využitím možnosti volnočasových aktivit. V domově pro seniory byla nejčastější odpověď určitě ano, kterou zvolilo 13 (65 %) respondentů, 2 (10 %) respondenti odpověděli spíše ano, 3 (15 %) respondenti zvolili možnost spíše ne a 2 (10 %) respondenti odpověděli určitě ne.

V léčebně dlouhodobě nemocných byla taktéž nejčastější odpověď určitě ano, kterou zvolilo 13 (65 %) respondentů. Odpověď spíše ano zvolili 2 (10 %) respondenti, 4 (20 %) respondenti odpověděli spíše ne a 1 (5 %) respondent zvolil možnost určitě ne, viz Obr. 19.



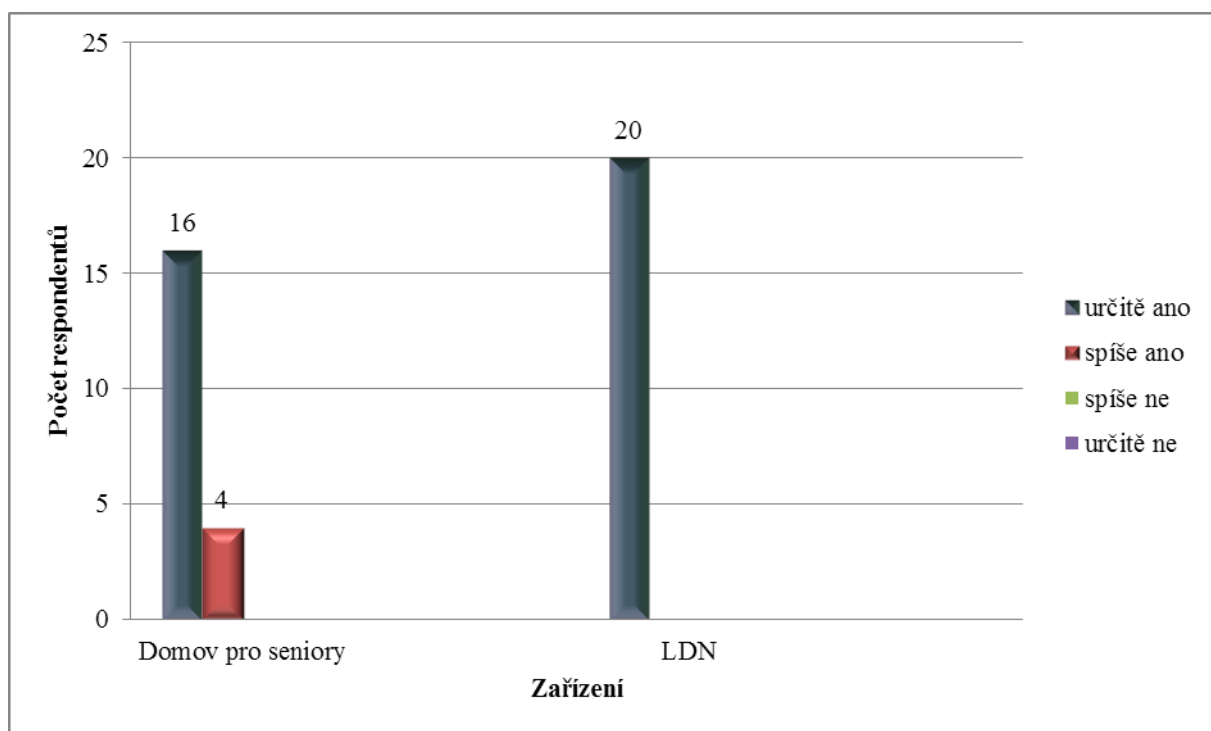
Obr. 19 Grafické znázornění respondentů dle využití volnočasových aktivit

## Otázka č. 20 – Podílí se personál na realizaci volného času?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

Úkolem otázky číslo 20 bylo zjistit, jestli se personál jednotlivých zařízení podílí na realizaci volného času klientů. V domově pro seniory byla nejčastější odpověď určitě ano, takto odpovědělo 16 (80 %) respondentů, 4 (20 %) respondenti odpověděli spíše ano.

V léčebně dlouhodobě nemocných odpovědělo všech 20 (100 %) respondentů určitě ano, viz Obr. 20.



Obr. 20 Grafické znázornění podílu pracovníků na volnočasových aktivit

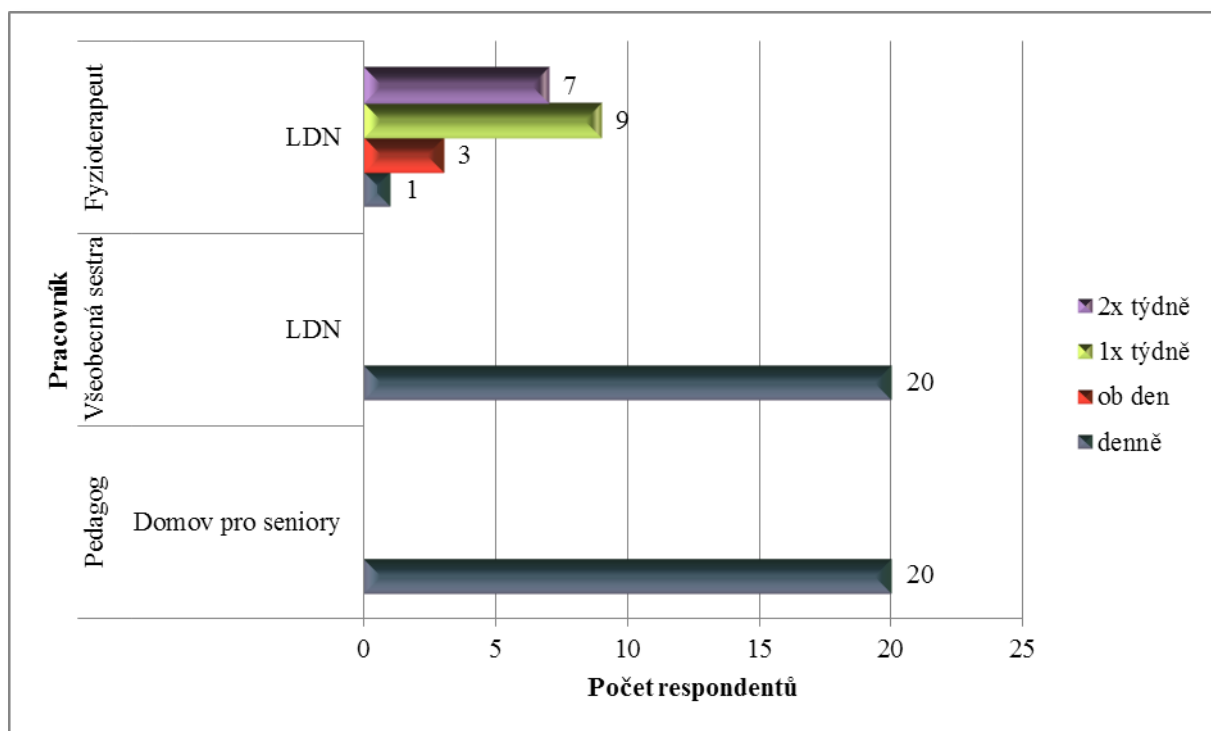


**Otázka č. 21 – Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/ kladně, který pracovník a jak často se na realizaci volného času podílí?**

- a) Zdravotní sestra.....
- b) Ergoterapeut.....
- c) Sociální pracovník.....
- d) Fyzioterapeut.....
- e) Jiný.....

Na tuto otázku odpovídali všichni respondenti, vzhledem k tomu, že všichni odpověděli na předchozí otázku kladně. V domově pro seniory se na realizaci volného času klientů podílí výhradně pedagog, a to každý den. Takto odpovědělo všech 20 respondentů.

V léčebně dlouhodobě nemocných se na realizaci volného času podílí zdravotní sestra denně – všech 20 respondentů (100 %). Dále zde všichni respondenti (100 %) uvedli fyzioterapeuta. 9 respondentů (45 %) uvedlo, že je fyzioterapeut navštěvuje jednou za týden. 1 respondent (5 %) uvedl každý den, 3 respondenti (15 %) uvedli, že je fyzioterapeut navštěvuje každý druhý den a 7 respondentů (35 %) uvedlo dvakrát týdně, viz Obr. 21. Výsledky jsou uvedeny na Obr. 21.



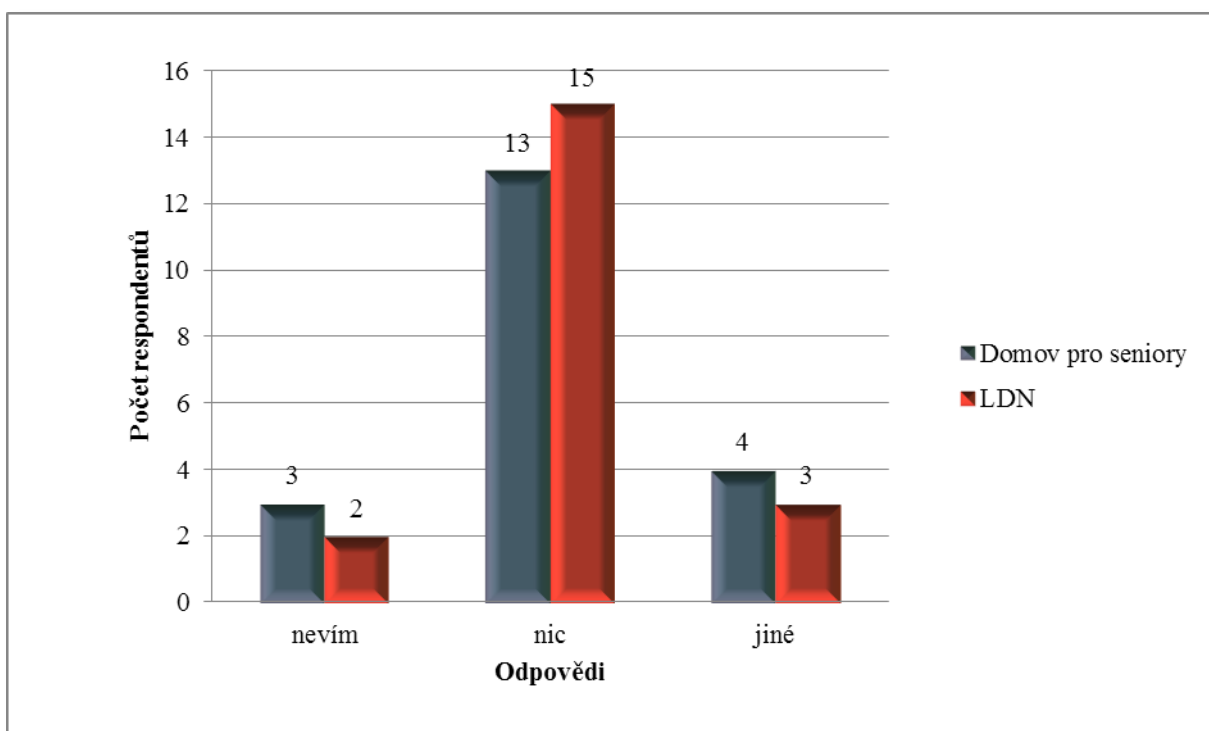
Obr. 21 Grafické znázornění pracovníků a jejich podílu na realizaci volnočasových aktivit

## Otázka č. 22 – Co byste uvítal/a za změnu, která by vedla ke kvalitnějšímu uspokojování potřeb?

Poslední otázka byla otevřená a zaměřovala se na zjištění osobních názorů klientů, co by uvítali pro kvalitnější uspokojování potřeb. Přestože byla otázka otevřená, odpovědi byly velmi podobné.

V domově pro seniory byly takovéto odpovědi: 3 respondenti (15 %) odpověděli, že neví, 13 respondentů (65 %) odpovědělo, že by neměnili nic a 4 respondenti odpověděli konkrétněji – více pohybu (2 respondenti – 10 %), možnost vlastní organizace volného času a chodit častěji ven.

V léčebně dlouhodobě nemocných odpověděli 2 respondenti (10 %), že neví, co by změnili. Nejvíce, tedy 15 respondentů (75 %), odpovědělo, že by neměnili nic. 3 respondenti (15 %) odpověděli konkrétněji – více času na klienty, pestřejší strava, rádio nebo televize na pokoji. Výsledky jsou uvedeny na Obr. 22.



Obr. 22 Grafické znázornění změn navrhovaných respondenty

## **8 Diskuze nad výsledky dotazníkového šetření**

Tato část je věnována diskuzi nad výsledky dotazníkového šetření prostřednictvím výzkumných otázek. Výzkumné otázky byly stanoveny před provedením dotazníkového šetření a jsou uvedeny na začátku výzkumné části této práce. Vzhledem k tomu, že výzkumné otázky jsou hodnoceny pouze podle dotazníků od celkem 40 respondentů, jsou výsledky tohoto výzkumného šetření platné pouze pro tento výzkumný vzorek a nelze je zobecnit na celou populaci.

### **Výzkumná otázka č. 1 - Mají klienti s vyšším vzděláním větší potřebu seberealizace než klienti s nižším vzděláním?**

Odpověď na tuto výzkumnou otázku bude získána z dotazníkových otázek č. 5 (nejvyšší dosažené vzdělání) a č. 15, konkrétně z části j) důležitost seberealizace.

Podle průměrných hodnot získaných z dotazníkového šetření vyplývá, že v daném vzorku respondentů je seberealizace nejdůležitější pro respondenty se základním vzděláním, což může být důsledek toho, že někteří z nich neměli ve svém životě možnost více studovat. Nejméně důležitá je seberealizace u respondentů se středoškolským vzděláním.

Výsledek této výzkumné otázky byl překvapivý, protože se dá předpokládat, že pro respondenty s vyšším vzděláním bude seberealizace velmi důležitá, přesto se ukázalo, že je to spíše naopak a respondenti, kteří neměli možnost vzdělávat se v dřívější době, se snaží vynahradit si to nyní.

Pro porovnání lze uvést výzkum, který provedlo Dobrovolnické centrum, o.s. v Ústí nad Labem. Z tohoto výzkumu vyplývá, že vyšší potřebu dalšího vzdělání mají senioři s vyšším vzděláním, nejvíce se tato potřeba projevuje u seniorů s vysokoškolským vzděláním. (Dobrovolnické centrum, o.s., 2005)

### **Výzkumná otázka č. 2 - Pociťují osamělost klienti spíše v domovech pro seniory nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných?**

Tato výzkumná otázka byla hodnocena podle dotazníkové otázky č. 13, týkající se pocitu osamělosti. Z obrázku č. 13 lze usoudit, že osaměle se cítí spíše respondenti v domově

pro seniory, celkem 7 respondentů odpovědělo, že se cítí osaměle, zbylých 13 respondentů se osaměle necítí. V léčebně dlouhodobě nemocných se osaměle cítilo 5 respondentů, 15 respondentů odpovědělo, že se osaměle necítí.

Z výše uvedeného vyplývá, že osamělost pocítují spíše klienti v domovech pro seniory. Avšak v léčebně dlouhodobě nemocných se vyskytli respondenti, kteří se osaměle cítili. Výsledek této výzkumné otázky mohl ovlivnit fakt, že u respondentů z léčebny dlouhodobě nemocných byla kratší doba hospitalizace než u respondentů z domova pro seniory.

Problematikou osamělosti klientů v domovech pro seniory se zabývala také Brázdilová, která ve svém výzkumu zjistila, že 65 % oslovených respondentů se v domově pro seniory osaměle necítí. (Brázdilová, 2012, s. 61)

### **Výzkumná otázka č. 3 - Navštěvuje rodina častěji klienty v domovech pro seniory nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných?**

Třetí výzkumná otázka byla hodnocena podle dotazníkové otázky č. 7, která se týkala četnosti návštěv rodiny u seniora. Výsledek této otázky je znázorněn na obrázku č. 7. Z tohoto obrázku je zřejmé, že častěji rodina navštěvuje respondenty v léčebně dlouhodobě nemocných, a to jednou týdně. Respondenty v domově pro seniory byla nejčastější odpověď, že je rodina navštěvuje jednou za měsíc.

Odpovědí na tuto výzkumnou otázku je, že častěji rodina navštěvuje respondenty v léčebně dlouhodobě nemocných.

Pro porovnání můžeme využít výzkumy Brázdilové (2012), zjišťující na četnost návštěv u klientů v domově pro seniory, a Matějkové (2010), která naopak zjišťuje četnost návštěv rodiny u klientů v léčebně dlouhodobě nemocných. Porovnáním těchto výzkumů zjistíme, že v domově pro seniory navštěvuje rodina klienty nejčastěji minimálně jednou týdně, někdy i několikrát týdně (55 %). V léčebně dlouhodobě nemocných navštěvuje rodina jednou nebo víckrát týdně 69 % oslovených klientů. Tímto se potvrdila odpověď na výzkumnou otázku č. 3, že častěji navštěvuje rodina klienty v léčebně dlouhodobě nemocných. (Brázdilová, 2012, s. 63; Matějková, 2010, s. 40)

#### **Výzkumná otázka č. 4 - Mají možnost projevit svůj názor a realizovat svá přání spíše klienti v domovech pro seniory než v LDN?**

Čtvrtá výzkumná otázka byla hodnocena podle dotazníkové otázky č. 17. Tato otázka se zaměřovala na možnost vyjádření svého názoru a realizace svých přání v jednotlivých zařízeních. Výsledek této otázky je znázorněn na obrázku č. 18. Na tomto obrázku můžeme vidět, že v léčebně dlouhodobě nemocných se všichni respondenti shodli, že mohou projevit svůj názor a realizovat svá přání. Naopak v domově pro seniory toto uvedlo pouze 8 respondentů. Nejčastější odpovědí v domově pro seniory bylo, že spíše mohou projevit svůj názor.

Z tohoto zjištění vyplývá, že možnost projevit svůj názor a realizovat svá přání mají spíše klienti v léčebně dlouhodobě nemocných.

Problematikou spokojenosti klientů se dále zabývají jednotlivá zařízení v šetřeních týkajících se spokojenosti klientů.

#### **Výzkumná otázka č. 5 - Je pocit nedostatečného uspokojení potřeb dle očekávání častější u klientů v LDN než v domovech pro seniory?**

Tato výzkumná otázka byla hodnocena podle dotazníkové otázky č. 16, která měla za úkol zjistit, jestli se respondenti někdy setkali s tím, že by jejich potřeby nebyly uspokojeny podle očekávání. Tato otázka je vyhodnocena na obrázku č. 17. Z této otázky bylo zjištěno, že respondenti v léčebně dlouhodobě se nikdy s tímto pocitem nesetkali. V domově pro seniory se s tímto setkali 2 respondenti, zbylých 18 respondentů uvedlo, že jejich potřeby byly uspokojeny podle jejich očekávání.

Vzhledem k tomu, že v léčebně dlouhodobě nemocných žádný z respondentů nevedl, že by se setkal s nedostatečným uspokojováním potřeb, lze usoudit, že je tato problematika častější u klientů v domovech pro seniory, kde se kladná odpověď na tuto otázku objevila.

Problematikou uspokojování potřeb v domovech pro seniory se zabývala také Kališová (2009). Mezi problematické situace v uspokojování potřeb seniorů řadí absenci doplňkových služeb drobných pochůzek, v oblasti psychických potřeb zdůrazňuje potřebu jistoty a bezpečí, ze sociálních potřeb zdůrazňuje nedostatečnou interakci klientů s prostředím

mimo domov pro seniory. Naopak v tomto výzkumném šetření na otázku, která se týkala změn vedoucích ke kvalitnějšímu uspokojení potřeb, odpovědělo konkrétně pouze 7 respondentů, a to takto: více pohybu, pestřejší strava, více času na klienty, možnost chodit častěji ven nebo možnost mít rádio či televizi na pokoji. (Kališová, 2009, s. 40)

## 9 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na hodnocení potřeb seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory. Do dotazníkového šetření bylo zapojeno celkem 40 respondentů, z toho 20 z léčebny dlouhodobě nemocných a 20 respondentů z domova pro seniory. Vzhledem k tomu, že jsem s klienty dotazník sama vyplňovala, byla návratnost a použitelnost dotazníků 100%. Cíle práce byly splněny.

Na základě teoretických a praktických poznatků získaných uvedených v této práci, bych chtěla navrhnout případná doporučení pro praxi. Prvním doporučením pro praxi by byla možnost aktivnějšího zapojení rodiny do péče o seniory v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory, která by vedla ke snížení výskytu pocitů samoty u seniorů, zároveň by zabránila omezení kontaktu klienta s rodinnými příslušníky. Druhým doporučením pro praxi by bylo větší zapojení dobrovolníků do programu jednotlivých zařízení, a to z důvodu vysokých nároků na ošetrující personál a z toho vyplývající nedostatek času na samotné klienty.

Díky této bakalářské práci jsem měla možnost nahlédnout do pocitů seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory, zjistit, jaký je jejich denní program a kdo se nejvíce podílí na organizaci jejich volného času. Zároveň jsem si uvědomila, že role rodiny je i v tomto případě nezastupitelná a nedokáže ji nahradit nikdo z odborného personálu.

## Seznam použité literatury

1. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 350 s. ISBN 978-802-4737-249.
2. BRÁZDILOVÁ, Lenka. *Fenomén izolace a osamělosti z pohledu seniorské populace*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno.
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Populační prognóza ČR do r. 2050*. 2004. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB5/\\$File/400709a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB5/$File/400709a1.pdf)
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065* [online]. 2009. Dostupné z: [http://www.scitani.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/B6003AA37A/\\$File/40200901.pdf](http://www.scitani.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/B6003AA37A/$File/40200901.pdf)
5. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 136 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2480-5.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HROZENSKÁ, Martina et al. *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008, 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
9. IVA HOLMEROVÁ, Božena Jurašková. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-802-5401-798.
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-736-8110-2.
11. KALIŠOVÁ, Martina. *Naplnění biopsychosociálních potřeb u klientů v domově pro seniory*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně.
12. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308.
13. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
15. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.



16. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
17. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
18. MATĚJKOVÁ, Darina. *Výživa seniorů v zařízeních dlouhodobé péče*. Pardubice, 2010. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.
19. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
20. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. ISBN 80-701-3436-4.
21. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2013 [cit. 2013-06-04]. Dostupné z: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)
22. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
23. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 324 s. ISBN 978-80-247-3185-82.
24. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
25. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.
26. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
27. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. ; Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
28. Programy dobrovolnického centra Ústí nad Labem. *Dobrovolnické centrum, o.s., Ústí nad Labem* [online]. 2005 [cit. 2013-06-28]. Dostupné z: <http://www.dcul.cz/stranky/programy.htm>
29. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009, 300 s. ISBN 978-807-3675-608.
30. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 188 s. Sestra. ISBN 978-802-4717-753.

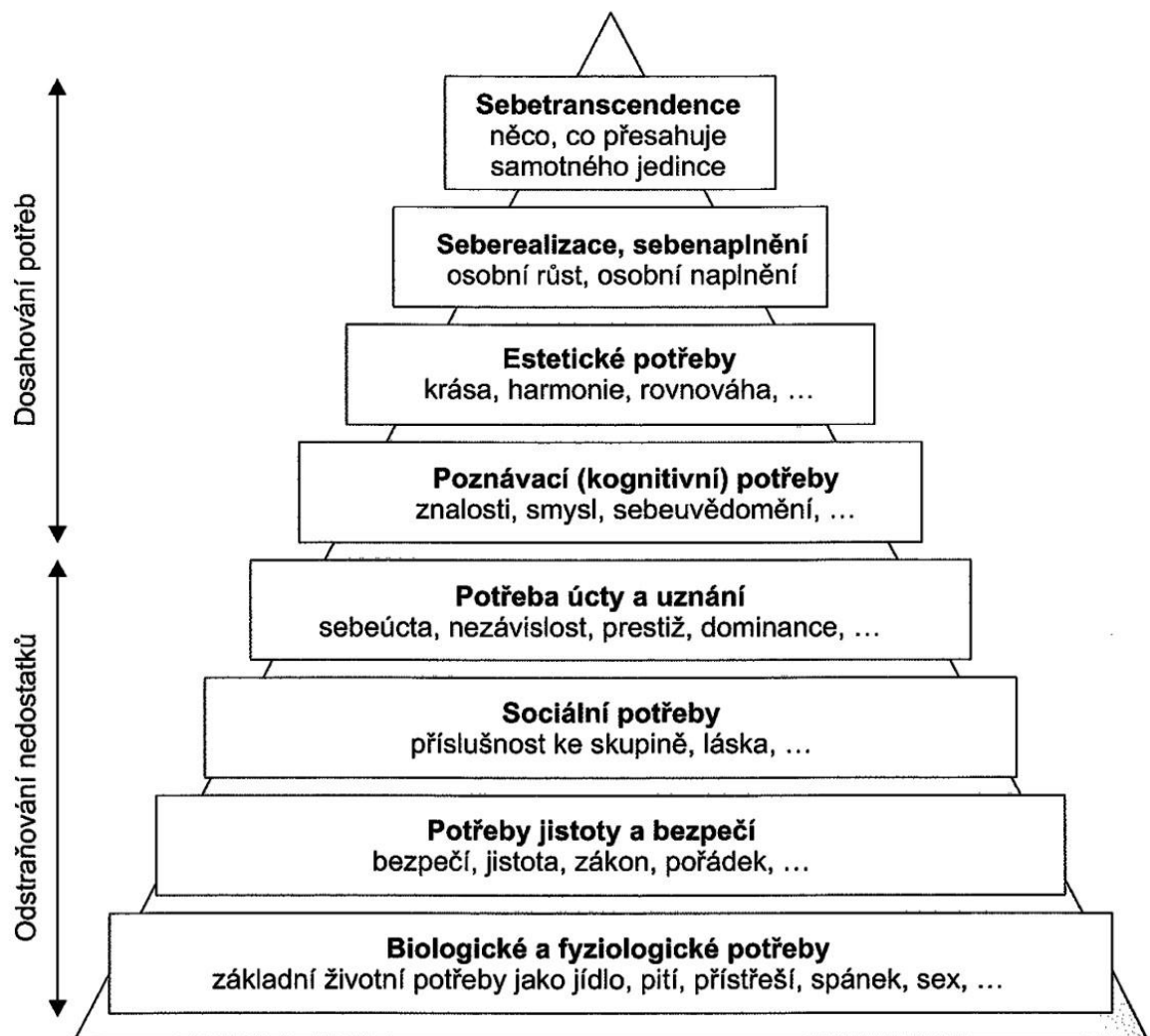
31. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
32. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
33. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
34. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Síť zdravotnických zařízení 2011*. Praha: ÚZIS ČR, 2012. ISBN 978-80-7472-004-8.
35. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Lůžková péče 2007*. Praha: ÚZIS ČR, 2008. ISBN 978-80-7280-742-0.
36. VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.
37. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-7117-8740-X.
38. WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982, 367 s.

## **Seznam příloh**

Příloha A – Rozšířená pyramida potřeb dle Maslowa

Příloha B – Dotazník

## Příloha A – Rozšířená pyramida potřeb dle Maslowa



Zdroj: <http://www.phil.muni.cz/waia/home/aktivita3/ka3f>

## **Příloha B – Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Vendlerová a studuji obor Zdravotně sociální pracovník na Univerzitě Pardubice. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Hodnocení potřeb u klientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory. Tímto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky průzkumu budou zveřejněny pouze v mé práci.

Děkuji Vám za spolupráci.

**1. Kolik je Vám let?**

- a) Méně než 60
- b) 60-69 let
- c) 70-79 let
- d) 80-89 let
- e) 90 a více let

**2. Pohlaví:**            a) Muž                            b) Žena

**3. Typ zařízení:**            a) Léčebna dlouhodobě nemocných    b) Domov pro seniory

**4. Jak dlouho jste v tomto zařízení?**

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 rok
- c) 2 roky
- d) 3 roky
- e) 4 roky
- f) Více než 4 roky

**5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Střední odborné učiliště
- c) Střední vzdělání s maturitou
- d) Vysokoškolské

**6. Co se nejvíce změnilo ve Vašem životě po nástupu do tohoto zařízení? (1 – naprosto souhlasím, 2 – spíše souhlasím, 3 – nemohu posoudit, 4 – spíše nesouhlasím, 5 - nesouhlasím)**

a) Životní styl	1	2	3	4	5
b) Komunikace s rodinou	1	2	3	4	5
c) Koníčky a záliby	1	2	3	4	5
d) Finanční situace	1	2	3	4	5
e) Bydlení	1	2	3	4	5
f) Pocit bezpečí a jistoty	1	2	3	4	5
g) Režimová opatření	1	2	3	4	5

**7. Jak často Vás navštěvuje rodina?**

- a) Každý den
- b) Minimálně 1x týdně
- c) Minimálně 1x měsíčně
- d) Minimálně 1x ročně
- e) Nenevštěvuje
- f) Jiné.....

**8. Máte možnost odjet se svoji rodinou do domácího prostředí? (například na svátky)**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, jak často máte tuto možnost?**

.....

**10. Je pro Vás důležité, aby Vás Vaše rodina mohla navštěvovat dle jejích možností?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**11. Máte pocit, že se méně setkáváte se svými přáteli nebo blízkými od doby, co jste v tomto zařízení?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**12. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, proč si myslíte, že to tak je?**

.....

**13. Cítíte se někdy osaměle?**

- a) Ano
- b) Ne

**14. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, tento pocit se nejčastěji objevuje:**

.....

.....

**15. Hodnocení a uspokojování jednotlivých potřeb**

*(1 – velmi důležitá, 2 – důležitá, 3 – průměrně důležitá, 4 – méně důležitá, 5 – nedůležitá)*

*(1 – zcela uspokojena, 2 – částečně uspokojena, 3 – nemohu hodnotit, 4 – částečně neuspokojena, 5 – zcela neuspokojena)*

	<b>Potřeba</b>	<b>Důležitost</b>					<b>Uspokojení</b>				
a)	Výživa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
b)	Vyprazdňování	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
c)	Hygiena	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
d)	Spánek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
e)	Aktivita	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
f)	Být bez bolesti	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
g)	Bezpečí a jistota	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
h)	Láska	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
i)	Sebeúcta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
j)	Seberealizace	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**16. Měl/a jste někdy pocit, že Vaše potřeby nebyly uspokojovány dle Vašeho očekávání?**

- a) Ne
- b) Pokud ano, jak jste se cítil/a?.....

**17. Máte možnost v tomto zařízení projevovat svůj názor a realizovat své nápady či přání?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**18. Jak vypadá Váš denní program?**

.....  
.....

**19. Pokud máte možnost volnočasových aktivit, využíváte je?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**20. Podílí se personál na realizaci volného času?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

**21. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, který pracovník a jak často se na realizaci volného času podílí?**

- a) Zdravotní sestra.....
- b) Ergoterapeut.....
- c) Sociální pracovník.....
- d) Fyzioterapeut.....



e) Jiný.....

**22. Co byste uvítal/a za změnu, která by vedla ke kvalitnějšímu uspokojování potřeb?**

.....  
.....