

Jak senioři hodnotí kvalitu svého života v domově důchodců

Lucie Kozubíková

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie KOZUBÍKOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Jak senioři hodnotí kvalitu svého života v domově důchodců**

Zásady pro vypracování:

1. Prostudovat literaturu k problematice kvality života seniorů
2. Navrhnout teoretický rámec výzkumu hodnocení kvality života seniorů v domově důchodců
3. Realizovat výzkum kvality života seniorů v domově důchodců – Domov důchodců Luhačovice
4. Zpracovat a interpretovat empirická data
5. Zpracovat doporučení pro praxi

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HOLMEROVÁ, I.; JURÁŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2. doplněné vydání. Čals, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 3. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8.

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

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Vedoucí bakalářské práce: **prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **25. května 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007


Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka




prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Účelem mé bakalářské práce bylo prostřednictvím individuálních rozhovorů a zúčastněného pozorování zjistit, jak senioři hodnotí kvalitu svého života v domově důchodců. Závěr mého kvalitativního výzkumu měl přinést zajímavá zjištění, jak Domovu pro seniory v Luhačovicích, tak také ostatním zařízením pečující o seniory.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že v Domově pro seniory v Luhačovicích postrádají klienti zejména větší soukromí, před nástupem do zařízení nejsou klienti na změnu prostředí řádně připraveni, postrádají častější komunikaci, ztrácí motivaci a to z důvodu získání pasivní role, zaměstnanci pracují ve stresu z důvodu nedostatku pracovníků a tím pádem nemohou z hlediska časové tísně věnovat svým klientům takovou pozornost. Co se týká vybavení domova pro seniory, potýkají se klienti s prostorovými nedostatky, bariérami, s nedostatečným vybavením pro imobilní klienty, chybí zde obměna aktivit a v poslední řadě jsou klienti vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nevhodně k sobě přiděleni.

I přesto, že tato práce nemusí být pro konkrétní zařízení žádným vodítkem, může vést alespoň k zamyšlení se nad tím, jakým způsobem přistupujeme ke starým lidem a v jaké situaci se můžeme jednoho dne ocitnou i my.

Klíčová slova: kvalita života, senior, domov pro seniory, způsob života, životní styl, životní úroveň, smysl života, individuální kvalita života, zdraví, sociální opora, vnější kvalita života, víra.

ABSTRACT

The purpose of my Bachelor paper was to find out by means of individual interviews and my own observation how the old age pensioners evaluated the quality of their life in the Senior Citizens' Home. The conclusion of my qualitative research was to provide interesting findings both for the Home in Luhačovice and for the other establishments taking care of the senior citizens.

It follows from the found out results that in the Senior Citizens' Home in Luhačovice, the clients are especially lacking in more privacy, they are not properly prepared for a change of environment before coming to this establishment, they miss more frequent communication, they lose any motivation for the reason of getting into a passive role, as the Home employees work under stress due to the understaffing, and that is why they are pressed for time and so not able to give their clients such attention as they would like to. Concerning the facilities of the Home for Senior Citizens, the clients have to cope with room shortage, certain barriers, insufficient equipment for immobile clients, there is absence of changes in activities, and lastly, the clients share the rooms with inappropriate persons as regards to their state of health.

In spite of the fact that this paper does not have to be any guiding rule for a particular establishment, it might lead to a consideration in what way we approach the old people and in what situation we may find ourselves one day, as well.

Key words: quality of life, senior citizen, senior citizens' home, way of life, lifestyle, living standard, meaning of life, individual quality of life, health, social support, external quality of life, belief.

Děkuji prof. PhDr. Vlastimilu Švecovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Zlín, květen 2007

Lucie Kozubíková

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÉ ZÁZEMÍ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU VZTAHUJÍCÍHO SE KE KVALITĚ ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVĚ DŮCHODCŮ	10
1 ZÁKLADNÍ POJMY Z HLEDISKA GERONTAGOGIKY.....	11
1.1 POJEM SENIOR	11
1.2 ČLENĚNÍ A TERMINOLOGIE SENIORSKÉHO VĚKOVÉHO OBDOBÍ.....	11
2 DŮVODY ODCHODU DO DOMOVA DŮCHODCŮ	13
3 CO JE TO KVALITA ŽIVOTA	14
3.1 HISTORIE POJMU	14
3.2 SFÉRY POUŽITÍ POJMU.....	15
3.3 PROBLÉMY S DEFINOVÁNÍM POJMU	15
3.3.1 Způsob života	18
3.3.2 Životní styl	18
3.3.3 Životní úroveň.....	19
4 KVALITA ŽIVOTA – SMYSL ŽIVOTA V SĚNIU.....	23
5 INDIVIDUÁLNÍ KVALITA ŽIVOTA.....	24
II KVALITATIVNÍ VÝZKUM VYCHÁZEJÍCÍ Z HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVĚ PRO SENIORY V LUHAČOVICÍCH.....	25
6 VÝZKUMNÉ KROKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	26
6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	26
6.2 CÍLE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	26
6.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	27
6.4 METODY VÝZKUMU	28
6.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	29
6.5.1 Otázky k rozhovorům.....	30
6.5.2 Záznamy rozhovorů.....	32
6.5.3 Vyhodnocení a interpretace dat z rozhovorů.....	48
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
PŘÍLOHY	67

ÚVOD

Úroveň každé společnosti se pozná podle toho, jak se stará o své nejzranitelnější členy. O děti, o postižené – a o staré lidi. Každý zestárne, neurčí-li mu osud jinak. Pojem stáří je spojen s nemocemi, s koncem života – a představa dožití v domově důchodců vyvolává u mnohých mrazení v zádech. Člověk, který sem vstoupí s očekáváním, že najde tísnivé chladno, nepříjemný pach, že spatří smutné pohublé tváře starých lidí a ošklivý nábytek, zjistí, že je tomu naopak, alespoň ve většině případech.

V Luhačovicích se nachází domov důchodců, přejmenovaný na domov pro seniory, s pěkným výhledem na okolí. Samotné místo, kde se domov pro seniory nachází, je vcelku přijatelné – nabízí klientům klid a čisté prostředí. Ovšem nabízí se otázka - ***Jak senioři hodnotí kvalitu svého života v Domově pro seniory v Luhačovicích?*** Na tuto otázku jsem se pokusila odpovědět, a to prostřednictvím kvalitativního výzkumu.

Ne každému se jeví stárnutí či stáří za zajímavé téma ke zpracování bakalářské anebo jakékoliv jiné práce. Mladší populace lidí většinou směřuje k problematice a hledá odpovědi na otázky týkající se drogové závislosti, šikany (zejména na školách), domácího násilí apod. Podstatu celé mé problematiky ovšem netvoří jen samotné stáří a s ním spojené zdravotní komplikace, ale především jsou veškeré mé výzkumné úmysly směřované ke kvalitě života stáří, jelikož stáří je podle mého názoru výsledek a shrnutí toho, jak člověk prožil celý svůj život – je to tedy jedna velká etapa ukončená stářím - zda ho prožil v rámci svých možností naplno, přijatelně či spíše s doprovázenými bolestmi či starostmi a na základě toho lze vyvodit, jak se cítí nyní – tedy v období stáří, v domově důchodců, co mu zařízení poskytlo, vzalo a co by naopak uvítal jako zajímavé zpestření.

Každý z nás by si měl uvědomit, že dříve nebo později se ocitneme i my v situaci, kdy budeme alespoň částečně pomoc vyžadovat. Pokusme se tedy vžít do situace staršího člověka, jež je umístěný do domova důchodců. A tady se mi nabízí hned několik otázek. Je toto prostředí pro tohoto člověka vyhovující? Jaké možnosti domov důchodců nabízí? Jak se v zařízení cítí? Dá se říci, že jako doma? V čem je to jiné? Podobných otázek mě napadá hned několik a právě na tyto a podobné otázky jsem se pokusila nalézt odpovědi v domově pro seniory nedaleko svého bydliště.

Senioři, kteří ať už ze zdravotních či z jiných důvodů jsou přinuceni dožít svůj věk v domově důchodců, by měli být obklopeni takovým prostředím, které je bude i nadále

podněcovat k tomu, co bylo doposud jejich koníčkem, které jim bude nabízet řadu aktivit ke strávení volného času, sociální oporu, pomoc v každodenních situacích, podporu a v neposlední řadě lásku, pochopení i soucit ze strany personálu, což jim nemohou nabídnout každodenně jejich blízcí či příbuzní.

Charakteristika Domova seniorů v Luhačovicích:

Domov pro seniory v Luhačovicích je mi blízký již několik let, pravidelně ho navštěvuji a stejně tak jak znám velmi dobře jeho okolí, prostředí domova seniorů, znám i dobře klienty, kteří zde pobývají a rovněž personál, kde zároveň pracuje jako ošetřovatelka i moje maminka. Odpověď na otázku, co mě vedlo ke zpracování kvalitativního výzkumu zaměřeného na kvalitu života seniorů, je zcela jednoznačná – k této profesi mám velmi blízko a myslím si, že staří lidé jsou právě tou skupinou obyvatel, jež by měli dožít svůj život důstojně a v co nejpříjemnějších podmínkách. Své záměry jsem tedy mimo jiné směřovala i k tomu, v jakých podmínkách senioři žijí, zda by zařízení potřebovalo nutnou finanční podporu či zda je zařízení po všech stránkách zcela vyhovující a mělo by jít příkladem mnoha dalším domovům důchodců. Co se týče historie, domov vznikl v roce 1995 přestavbou z bývalého kojeneckého ústavu. V domově důchodců pobývá 51 klientů, což svědčí o tom, že se jedná o zcela malé zařízení a dokonce je to nejmenší domov důchodců v okolí Zlína. V zařízení se nachází dva čtyřlůžkové pokoje, jeden třílůžkový, šestnáct pokojů je dvoulůžkových a osm pokojů jednolůžkových. Průměrný věk klientů se s velkým překvapením pohybuje na hranici 90-ti let. Velmi mě zaujalo to, že je zde velká převaha žen – pobývá zde pouze 6 mužů a 45 žen, což je jistě značný rozdíl. V zařízení pracuje 6 pracovníků v sociálních službách, 5 zdravotních sester, 1 vrchní sestra, rehabilitační pracovnice, ergoterapeutka, sociální pracovnice, ředitelka, 2 pradleny, 3 údržbáři a kuchaři. Dříve zde pracovalo také 5 vojáků na civilní službě, což bylo pro personál velkou výhodou a značnou pomocnou silou. Dnes zde ale pracují pouze ženy, čímž jsou pracovnice v sociálních službách znevýhodněny a manipulace s téměř všemi obyvateli domova důchodců je skutečně obtížná, neboť převážná část obyvatel jsou lidé nesoběstační, kteří potřebují neustálý dozor a pomoc při každodenních úkonech. Dalším důvodem, proč jsem se zaměřila na výzkum v domově důchodců byl tedy ten, jelikož jsem přesvědčená, že služby, které klientům Domov pro seniory v Luhačovicích nabízí, lze zlepšit, což bych chtěla doložit svým výzkumem.

**I. TEORETICKÉ ZÁZEMÍ
KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU
VZTAHUJÍCÍHO SE KE KVALITĚ
ŽIVOTA SENIORŮ V DOMOVĚ
DŮCHODCŮ**

1 ZÁKLADNÍ POJMY Z HLEDISKA GERONTAGOGIKY

1.1 Pojem senior

Pro označení člověka žijícího v období stáří nacházíme v odborné literatuře různé pojmy. Gerontologie pracuje nejčastěji s pojmem „geront“, v psychologické literatuře se používá pojem „senescent“, jinde se hovoří o „starých“ nebo o „důchodcích“. Zejména označení „starý“ má negativní citový náboj – jeho nevhodnost kritizovaly i materiály OSN při příležitosti Mezinárodního roku starších lidí.

Pojem „senior“ se začal používat především proto, že je významově neutrální. Pro jeho kodifikaci ve vědách o výchově mluví to, že

- neexistuje jiné emočně nezatížené obecné označení pro člověka v celém věkovém období stáří
- systémově navazuje na pojem sénium
- je jasný a flexibilní
- je příznivě přijímán a používán i samotnými účastníky vzdělávacích aktivit

1.2 Členění a terminologie seniorského věkového období

- 60 – 74 let – rané stáří, starší věk, jednatel je označován jako starší člověk, z hlediska gerontagogiky hovoříme o **mladých seniorech**
- 75 – 89 let – vlastní stáří, jednatel je označován jako starý člověk, v gerontagogice pak **starý senior**
- 90 a více let – dlouhověkost, hovoříme o **velmi starých seniorech**

Pro seniorské věkové období se také často používá termín „**postproduktivní věk**“,

který byl přejat z ekonomické literatury. Z gerontagogického hlediska je však jeho používání považováno za neadekvátní. V novější sociologické literatuře se např. u Rabušice setkáváme s termínem ekonomicky postaktivní věk.

Jako společný název pro životní období po 60. roku věku člověka se vžilo spojení „třetí věk“ (např. univerzita třetího věku aj.). Tento termín vychází ze zjednodušeného členění lidského života na tři základní životní etapy, totiž dětství a mládí, dospělost a stáří. Tento termín se rozšířil a ujal také proto, že je eufemistickým (zjemňujícím) označením starých lidí a stáří. Totéž platí o termínu „čtvrtý věk“, který je označením pro období závislosti a osobní nesamostatnosti (Petřková, A., 2004).

2 DŮVODY ODKHODU DO DOMOVA DŮCHODCŮ

Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany vyžadující vzhledem ke svému zdravotnímu stavu komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina ani pečovatelská služba. V povědomí seniorů je nejrozšířenější formou ústavní péče. Obyvatelé mají zajištěnou celoročně celodenní komplexní pečovatelskou, ošetrovatelskou a lékařskou péči. Jsou zde podmínky pro dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost, pro možnosti kulturního a společenského života a každý obyvatel hradí část nákladů ze svého důchodu.

Na rozdíl od počátku éry domovů důchodců, kdy byla častým impulsem nástupu do domova důchodců ekonomická nesoběstačnost, dnes dominují důvody zdravotní. Jedna z autorek uvádí, že nejčastěji se v žádostech jako důvod objevuje špatný zdravotní stav, a to ve 30% případů. Druhým nejčastějším důvodem byly ve 22% obavy z budoucnosti, což je typický důvod pro ty staré občany, kteří žádost do domova důchodců podávají jen pro jistotu, aby v případě zhoršení zdravotního stavu bylo o ně postaráno. Třetím nejčastějším důvodem je „osamělost“ objevující se ve 20% žádostí. Potřeba nástupu do domova důchodců byla podle výsledků tohoto výzkumu opravdu urgentní pouze u jedné čtvrtiny žadatelů. Pouze jedna pětina žadatelů si přála být co nejdříve umístěna, jiní doufali, že k umístění vůbec nedojde nebo zatím být umístěni nechtěli.

Naopak jiní žadatelé díky dlouhé čekací lhůtě dospějí k takovému zhoršení zdravotního stavu, že už by neměli být umístěni do domova důchodců, ale spíše do léčebny pro dlouhodobě nemocné či nemocnice (Vohralíková, 2004).

3 CO JE TO KVALITA ŽIVOTA

3.1 Historie pojmu

Pojem kvality života (quality of life) má relativně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje po 20. letech 20. století. Například američtí autoři se domnívají, že pojem kvalita života byl odborně použit až v pracích dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu. V r. 1958 ekonom J. Galbraith v knize *Společnost hojnosti* kritizoval ideu stálého rozšiřování průmyslové výroby jako zdroje blahobytu. Napsal: To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě, je to kvalita života (Mareš, J., 2006).

Do obecného povědomí však tento pojem vstoupil až v 60. letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně – politické cíle americké administrativy za vlády presidenta Johnsona. L. B. Johnson v r. 1964 totiž prohlásil: *Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají.* Pojem kvalita života se svou stručností a intuitivní srozumitelností pro veřejnost rychle ujal a stal se v politice i v mediálních světech módním slovem (Mareš, J., 2006, in: Rapley, 2003). Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v sedmdesátých letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády (Mareš, J., 2006, in: Hnilicová, 2005).

Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku.

Rozvíjel se třemi směry:

- a) *objektivním* – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi,
- b) *subjektivním* – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedincovy „cesty životem“,
- c) *kombinací objektivních a subjektivních indikátorů* (Mareš, J., 2006).

3.2 Sféry použití pojmu

Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filosofii, teologii, sociální práci, psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se však objevuje také v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví, dopravě atd., tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život (Mareš, J., 2006).

Medicínské přístupy ke kvalitě života se právě objevily ve 30. letech 20. století, a to v souvislosti s chronickými pacienty. Krátce poté se problém kvality života dostal z geriatrických léčen do normálního života, a to v souvislosti s prudkým narůstáním populace starších a starých lidí ve vyspělých zemích (Mareš, J., 2006, in: Kováč, 2001, str. 35).

3.3 Problémy s definováním pojmu

Pojem kvalita života vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů. Vzhledem k tomu, kolik různých věcně odlišných oborů pracuje s tímto pojmem, liší se pochopitelně i jeho definování. Prvním problémem je proto oborová různost, neboť se těžko hledá zastřešující pojetí, které by současně dovolovalo nejrůznější praktické aplikace (Mareš, J., 2006).

Druhým problémem je, že pojem sám (i v rámci každého jednotlivého vědního oboru) navozuje dojem souhrnného, integrujícího, komplexního ukazatele. Jak výstižně upozorňuje jedna z autorek, je to jen iluze, neboť vždy jde jen o výběr, o selektivní, tedy nekompletní zachycení složité skutečnosti. Z věcných důvodů se citovaná autorka dokonce domnívá, že to není principálně možné (Mareš, J., 2006, in: Veenhovenová 2000, s. 24).

Třetím problémem je, že pojem kvality života je nutné z teoretických i praktických důvodů jemněji rozčlenit, odlišit jeho jednotlivé aspekty. Obvykle se mluví o jednotlivých oblastech (domains) kvality života. Díky různosti oborů, různosti teoretických přístupů i různosti diagnostických metod nepanuje shoda v tom, co považovat za konstitutivní oblast, kolik těchto oblastí existuje, ani jak je označovat (Mareš, J., 2006).

Není tedy divu, že např. Cummins při analýze 32 odborných článků o kvalitě života našel 351 názvů oblastí (včetně opakování). Pokusil se je tedy utřídit do obecnějších skupin a dospěl k sedmi kategoriím. Jsou to:

1. materiální zabezpečení (material well-being),
2. zdraví,
3. produktivita, výkonnost (produktivity),
4. velmi dobré, přátelské mezilidské vztahy (intimacy),
5. pocit bezpečí,
6. komunita,
7. emoční pohoda (emotional well-being)

Základem zkoumaného pojmu je výraz „život“, který je sám o sobě složitý. Začneme-li se hlouběji zamýšlet nad kvalitou života, jednou z prvních otázek, které bychom si měli položit je: o jaký **typ života** nám vlastně jde (Mareš, J., 2006, str. 12, in: Veenhovenová, 2000)? Jistě nás zajímá především život člověka, jde nám o lidský život, speciálně pak ve svém výzkumu o kvalitu života seniorů v domově pro seniory (Mareš, J., 2006).

A druhá otázka, která se nabízí, zní: o jaký **typ kvality** nám jde (Mareš, J., 2006, in: Veenhovenová, 2000)? Tradiční dělení zní – objektivní a subjektivní kvalita života. Většinu lidí okamžitě naskočí dělení na objektivně dobré a objektivně špatné podmínky, v nichž lidé žijí (viz. špatné životní prostředí, nezdravé bydlení atd.) a jejich dopady na kvalitu života seniorů. Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního vnímání a prožívání není jednoduchý: dobré životní podmínky → dobrá kvalita života, špatné životní podmínky → špatná kvalita života. Tab. 1 přibližuje čtyři základní možnosti.

Objektivní životní podmínky	Subjektivní pohoda	
	Dobrá	Špatná
Dobrá	Pohoda	Disonance
Špatná	Adaptace	Deprivace

Tab. 1. Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání (podle Zapf, 1984, s. 25, Rapley, 2003, s. 31).

Varianta, kdy jsou objektivně vzato životní podmínky špatné, ale u jedince převládá dobré naladění, pohoda, pocit dobré kvality života, je v tabulce označena výrazem adaptace. Někdy se označuje také jako paradox spokojenosti. Existence těchto osob je důvodem proto, abychom se neomezovali jen na zachycování objektivních indikátorů kvality života, ani nehledali jen podobu jakéhosi „skutečného“ handicapu (Mareš, J., 2006).

Neméně zajímavá je též varianta, kdy jsou objektivně vzato životní podmínky dobré, ale u jedince převládá špatné naladění, nespokojenost se životem. V tabulce je zmíněná varianta označena výrazem *disonance*. Mohli bychom ji také nazvat nespokojencovo dilema. Podle obvyklých měřítek by měl být spokojen, snad i šťasten, ale není. Pozitiva bere jako samozřejmost. Stále v něčem nachází chyby: ať se podaří cokoli, stále mu to není dost dobré. Neumí poznat a vychutnat období, kdy je mu vlastně dobře. Teprve až se jeho životní podmínky zhorší, si to zpětně uvědomí (Mareš, J., 2006).

Holandská badatelka R.Veenhovenová přichází s odlišným pohledem. Za prvé navrhuje rozlišovat mezi příležitostmi pro dobrý, kvalitní život a dobrým, kvalitním životem samotným. Jinak řečeno rozlišovat mezi možnostmi, šancemi na jedné straně a skutečnostmi, výsledkem na straně druhé (Mareš, J., 2006).

Za druhé autorka navrhuje rozlišovat mezi vnějšími a vnitřními kvalitami života, mezi tím, co je charakteristické pro prostředí, v němž jedinec žije a mezi tím, co je charakteristické pro jedince samotného (Mareš, J., 2006, in: Veenhovenová, 2000).

Spojením obou hledisek vzniká čtyřpolní matice, která přináší netradiční pohled na různé kvality života (viz tab. 2).

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedinec)
Životní šance, životní příležitosti	Příhodnost prostředí pro život	Životaschopnost jedince, viabilita
Výsledek života, podoba života	Užitečnost života	Porozumění vlastnímu životu

Tab. 2. Čtyři typy kvality života (Veenhovenová, 2000, s. 4)

Obsah pojmu kvality života si člověk nejvíce uvědomuje právě tehdy, když se jeho životní situace zásadním způsobem změní. Zásadní změnou u seniora je i vstup do důchodu. Mění se dosavadní sociální pozice člověka a touto změnou jsou poznamenány i změny dosavadních hodnot. Ty hodnoty, které dávaly jeho životu smysl (zaměstnání, pracovní vztahy, . . .) přestávají platit a nové hodnoty ještě nejsou vytvořené, respektive existují jen v představách. Postoj seniora by měl vést k tvorbě a aplikaci nových norem, k osobní aktivitě zaměřené na naplňování „*vlastních představ o kvalitním životě*“, a nakolik kvalitu života považujeme za subjektivní kategorii. Samozřejmě, že tato subjektivní kategorie je ovlivňovaná vnějšími okolnostmi (politické, ekonomické, kulturní podmínky), které mohou působit jako determinanty kvality života, avšak nejdůležitějším faktorem je samotný člověk a jeho životní postoj.

S pojmem kvality života se velmi často setkáváme jak v odborné, tak i v běžné terminologii. Často bývá tento termín zaměňován s pojmem **životní způsob, životní úroveň a životní styl** (Tokárová, A., 2002).

3.3.1 Způsob života

Zakládá se na vzájemném vztahu různých druhů činností lidí (pracovní, profesionální, spotřebitelské, politické, kulturní, ideové, rodinné, činnosti ve volném čase atd.) a vyjadřuje je podíl na tvorbě vztahů mezi nimi. Vyjadřuje převládající, typické vztahy ve společnosti, vztahy skupin, vrstev, i lidských individuí a zaměření, i způsoby jejich konání. Způsob života určují tedy životní podmínky, tradice, ale i hodnotová orientace. Novotný definuje tento pojem jako agregátní kategorii charakterizující život člověka vcelku, v jeho úplnosti zachycující jeho charakter, strukturu i obsah. Životní způsob je vyjádřením objektivních a subjektivních aspektů života společnosti a vystupuje jako strukturovaný projev jeho materiálního a duchovního života. Oba dva autoři se shodují v názoru, že životní způsob je determinovaný materiálními podmínkami, osobností člověka, charakterem práce a převažujícím životním stylem (Tokárová, A., 2002).

3.3.2 Životní styl

Vyjadřuje míru a způsob zformovaných norem a zvyklostí ve způsobu života, dále i podíl vlivu osobnostních a duchovních dispozic, návyků, charakteru, temperamentu, osobních potřeb a zájmů na zaměření a způsob konání nebo chování lidí. Za důležité

považujeme tvrzení A. Tokárové , že *životní styl je vytvářený objektivními možnostmi a subjektivními motivy*.

Společensky převládající způsob života se v životě individuů mění na osobité životní styly. Způsob života i životní styl se utváří ve společenských souvislostech a výrazně je ovlivňuje *životní úroveň či životní standard* (Tokárová, 2002).

3.3.3 Životní úroveň

Realizuje se prostřednictvím trhu. Jde však o to, jestli je trh zaměřený na uspokojování potřeb lidí nebo jestli jde o to, že dochází ke zhoršování kvality života přeměnou individuů na „*pasivního, lhostejného, necitlivého a rozumově jednostranně rozvinutého člověka*“ (Křivohlavý, 2001). V praxi často dochází k porovnávání pojmů způsob života a životní úroveň. „Ta představuje stupeň uspokojení potřeb, ve kterém na jedné straně vystupuje uvědomělá potřeba a na druhé straně uspokojení závisující od možné spotřeby“ (Terminologický a výkladový slovník, 2000, s. 420). Míra uspokojování potřeb je subjektivní, jelikož vysoké uspokojení materiálních potřeb nemusí znamenat skutečnou kvalitu života (Tokárová, 2002).

Slovenský psycholog D. Kováč navrhl model, který se pokouší hierarchicky uspořádat jednotlivé oblasti, jež vytvářejí kvalitu lidského života. Jeho podobu přibližuje obr. 2. Kováčův model postuluje tři hierarchické úrovně. Autor je charakterizuje takto:

- nejspodnější je bazální, existenční, všelidská úroveň kvality života.
- je to střední úroveň, individuálně – specifická, též civilizační
- ta je nejvyšší, kulturně – duchovní, elitní úroveň, představuje meta – úroveň kvality života.

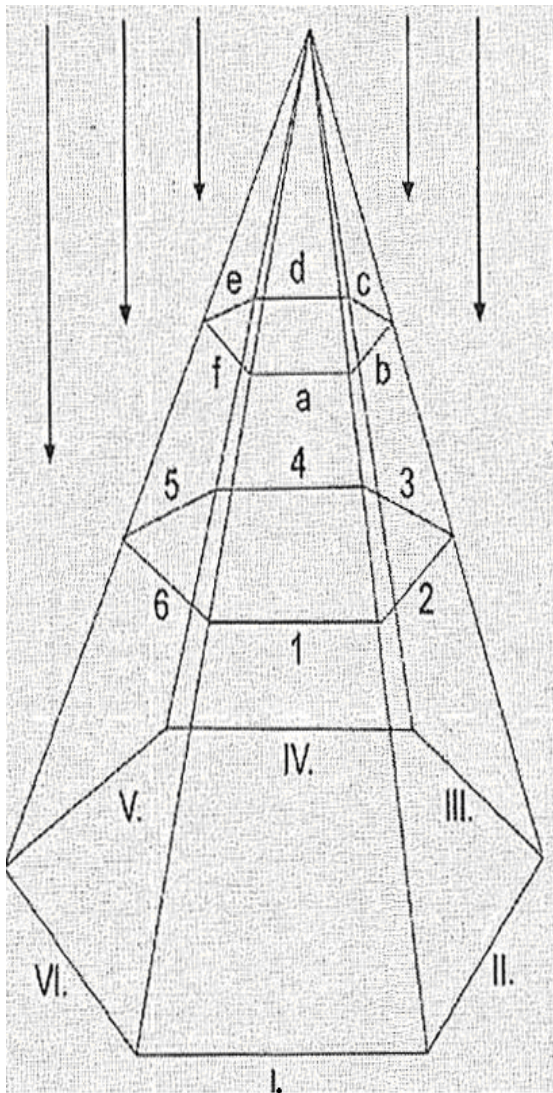
Nad vším stojí proměnná nazvaná smysl života. Nejnižší, základní úroveň tvoří šest oblastí života, které konstituují kvalitu/nekvalitu života kteréhokoliv člověka. Jsou to:

1. somatický stav,
2. psychické fungování v normě,
3. funkční rodina,
4. materiálně – sociální zabezpečení,
5. životodárné okolí,
6. základní schopnosti pro přežití.

Kromě toho každá ze šesti oblastí má své odstupňování na vyšších úrovních, tedy na mezo – úrovni i meta – úrovni. Např. *dobry somaticky stav* → 1. pevné zdraví → a) neproblémové stárnutí; *vývoj ve funkční rodině* → 2. příznivé sociální začlenění → b) zasloužené uznání, atd.

Hierarchické modely však zatím nedokáží specifikovat vztahy mezi horizontálními, ani vertikálními prvky kvality života. V principu jim činí potíže vystihnout proměny kvality života v čase. O to se snaží jiné přístupy.

SMYSL ŽIVOTA



- a) neproblémový stárnutí
- b) požívání zasloužené uznání
- c) diapazon projevů dobra
- d) přispívání k rozvoji života
- e) prosociální chování
- f) intenzita sebekultivace

- 1) pevné zdraví
- 2) příznivé sociální začlenění
- 3) úroveň civilizačního rozvoje
- 4) přátelské prostředí
- 5) získané znalosti - kompetence
- 6) zážitky spokojenosti – pohody

- I) dobrý somatický stav
- II) vývoj ve funkční rodině
- III) materiálně – sociální zabezpečení
- IV) životodárné okolí
- V) návyky a způsobilosti k přežití
- VI) psychické fungování v normě

KVALITA ŽIVOTA

Obr. 1. Obecný hierarchický model kvality života (Kováč, 2001, s. 40).

Podle A. Tokárové by se kvalitou života mohla rozumět žádoucí úroveň existence, život jednotlivců nebo skupin, která je vyjádřená poměrem k standardu vyjádřeného v dokumentech dané oblasti (Tokárová, 2002).

Podle P. Hartla a H. Hartlové můžeme kvalitu života chápat jako míru seberealizace a duševní harmonie, čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti, vyjádření pocitů životního štěstí až k všeobecnějším znakům soběstačnosti při obsluze vlastní osoby a pohyblivosti (Hartl, P., Hartlová, H., 2002).

Dalším faktorem kvality života je subjektivní pohoda. Právě ta je jedním z aspektů duševního zdraví. Vyznačuje se jistou strukturou, která je v současnosti nejčastěji definovaná v souladě s E. Dienerovým modelem subjektivní pohody. Podle něho tvoří strukturu subjektivní pohody emocionální a kognitivní složka. Emocionální složka je reprezentovaná frekvencí pozitivních a negativních emocí, kognitivní složka představuje spokojenost se životem. V druhém případě jde o hodnocení spokojenosti osoby s vlastním životem, které se vztahuje na život jako na celek (Džuka, Dalbertová, 2002).

J. Křivohlavý charakterizuje kvalitu života jako subjektivní úsudek, který je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Podle něho je kvalita sama hodnotou, je zážitkovým vztahem a reflexí nad vlastní existencí.

J. Křivohlavý rozlišuje metody, kterými můžeme měřit kvalitu života a rozdělil je do tří skupin:

- metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba
- metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba
- metody, které vznikají kombinací prvních dvou typů
- Prostředky objektivního měření kvality života jsou ukazatelé – indikátory kvality

života. Indikátory se v praxi získávají prostřednictvím výpovědi respondentů (jde o subjektivní vyjádření, postoje, pocity, úsudky a hodnocení, které budu zjišťovat ve svém výzkumu), ale využívají se i objektivní údaje (Křivohlavý , 2001, s. 164).

Pokud chceme mluvit o kvalitě života seniora, jde o hodnocení individuální kvality života (Individua Duality of Life). Hlavními složkami kvality života a indikátorů individuální kvality života jsou pohoda (well-being), spokojenost (satisfaction), očekávání (expectation) a životní štěstí. Kvalitu života je možné chápat jako rozdíl mezi očekáváním

a tím, čeho člověk ve skutečnosti v životě dosáhne. Čím je menší rozdíl, tím je vyšší kvalita života. (Tokárová, 2002).

4 KVALITA ŽIVOTA – SMYSL ŽIVOTA V SÉNIU

Všeobecné modely kvality života obsahují jednak konkretizované sociálně – ekonomické ukazatele a jednak individuální ukazatele, někdy i způsob kvantifikace výpovědí. A přece jen klinická zkušenost při jejich používání je taková, že i při dosažení objektivně porovnatelných výpovědí ukazatelů, jsou osobní hodnoty kvality života velmi rozdílné. V této souvislosti se ve vztahu k seniorskému věku stále více zdůrazňuje také duchovní stránka subjektivní pohody a životní spokojenosti, hledání významu a smyslu, který přesahuje hranice každodenních událostí. Více autorů poukazuje na vnitřní potřebu duchovní transcendence, která patří k jakési „hlubší struktuře“ lidské povahy (Petřková, 2004). Smysl života považuje naopak D. Kováč za systémový psychický regulátor veškerého konání člověka.

Smysl života je :

- a) *vytvářený individuálně, jednotlivce* – osobnost mu připisuje podstatný existenční význam vlastního bytí, druhým, světu, v souladu s vyznávanými hodnotami
- b) *intrapsychický* – tedy vytvářený integrací kognitivních, emočních a motivačních (schopnost poznávat sebe, porozumět druhým, hledat optimální řešení, pohoda, sebekontrola, účinnost, plánování událostí, vyhledávání cílů, zvládání náročných životních situací atd.)

Společným jmenovatelem různých přístupů vymezení smyslu života je ideálno. A to je společným jmenovatelem i dalších systémových psychických regulátorů, jakými jsou moudrost, svědomí, prosociálnost, střídmost, pokora atd., teda fenomény, které jsou výsledkem kulturně – duchovního rozměru života.

Může to znít trochu paradoxně, ale jak zdůrazňuje D. Kováč, tak je to právě seniorské životní období, ve kterém by mělo být konání jednotlivce výsledkem systémových psychických regulátorů kultivující se osobnosti. K jejich formování však zpravidla nedochází jen samotným nabíráním životní zkušenosti – „zdola“, ale především otevřeností seniora ke kulturně – duchovním rozměrům života – „shora“, ve kterých má spiritualita podstatně významnější místo než v předchozích fázích biodromálního vyvinu člověka (Petřková, A).

5 INDIVIDUÁLNÍ KVALITA ŽIVOTA

Koncepce individuální kvality života vychází z teorie pocíťování kvality života jako subjektivního hodnocení spokojenosti, respektive nespokojenosti člověka s jednotlivými oblastmi života, se životem na základě vlastních představ, nadějí, očekávání a přesvědčení. Tato subjektivní percepce kvality života ovšem implicitně odráží v sobě i podmínky, okolnosti a sociální vztahy, ve kterých člověk prožívá svůj život.

Psychologizující koncepty kvality života vychází z hlubší analýzy individuálního způsobu života, individuálního životního stylu, individuální životní, sociální, rodinné a zdravotní situace, osobnostních postojů a hodnot člověka. Psychologický empirický výzkum se v této oblasti váže s různými tématy: spokojenost se životem (manželstvím, prací apod.), dobré cítění se (subjective well-being nebo psychological well-being), pohoda, seberealizace, naplnění života, životní styl, „flow“ (proudění) atd.

Na druhé straně zde můžeme zařadit aplikační výzkumy a praktické návody na zvládání náročných životních situací, zátěže, stresu, každodenních mrzutostí (hassles), depresí a všeho, co by mělo pomoci zvýšit subjektivní kvalitu života (Sýkorová, D.; Chytil, O., 2004).

Myslím si, že výrazně méně pozornosti se dostává právě individuální kvalitě života seniorů v domovech důchodců, a proto jsem se v následující praktické části pokusila o interpretaci života některých klientů, jak vnímají situaci, ve které se ocitli – ať už z vlastní vůle, ze zdravotních důvodů či na základě jiných okolností. Dále, jestli prostředí, ve kterém žijí, je podněcující k různým činnostem a v neposlední řadě, zda bydlení, služby odpovídají jakémusi standardu, ve kterém by měli obyvatelé domova důchodců žít.

Podle mého názoru je individuální kvalita života přehlížena a opomíjena z toho důvodu, že nikdo z nás se do podobné situaci nedokáže vžít či si něco podobného připustit. Měli bychom si ale uvědomit, že lidé v domovech důchodců bývají přijímáni i na základě toho, že ztratili své blízké, a proto by nejen těmto, ale všem klientům měl veškerý personál v daném zařízení poskytnout takovou oporu a pomoc, aby se pro ně stal domov důchodců „novým domovem“ a aby neměli pocit, že jsou přehlíženi.

**II. KVALITATIVNÍ VÝZKUM
VYCHÁZEJÍCÍ Z HODNOCENÍ
KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ
V DOMOVĚ PRO SENIORY V
LUHAČOVICÍCH**

6 VÝZKUMNÉ KROKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

6.1 Výzkumný problém

Na počátku výzkumu jsem si stanovila otázku, jejíž odpověď jsem se pokusila nalézt v konkrétním zařízení: *Jak senioři hodnotí kvalitu svého života v Domově pro seniory v Luhačovicích?*

Kategorie, ze kterých jsem vycházela v průběhu svého hodnocení a interpretace:

1. zdraví
2. sociální opora (sociální vztahy)
3. vnější kvalita života
4. víra

6.2 Cíle kvalitativního výzkumu

a) Zjistit u klientů, k jakým nejčastějším somatickým a psychickým změnám u nich během pobytu dochází:

- jestli jsou klienti lhostejní, méně emočně zaujatí děním kolem sebe, zda jsou soustředěni jen na sebe a své potíže nebo naopak jestli je zařízení natolik uspokojuje, že by odsud za žádnou cenu neodešli,
- jakých aktivit se účastní,
- jestli se dostavují pocity úzkosti, deprese, strachu nebo naopak pocity radosti, nadšení.

b) Ověřit, zda je prostředí v domově pro seniory vyhovující tzn.:

- jestli je klientům poskytována dostatečná instrumentální, informační, emocionální a hodnotící opora,
- jestli strava, bydlení a služby splňují očekávání klientů

6.3 Výzkumný vzorek

Celkový počet obyvatel v Domově pro seniory v Luhačovicích činí 51 klientů, což je zároveň maximální kapacita pro toto zařízení. Důležité je si ovšem uvědomit, že počet klientů se neustále mění. Z tohoto počtu tvoří mužskou populaci pouze 6 mužů, zbylý počet volných míst náleží ženám, tedy 45. Velmi zajímavým zjištěním pro mě bylo, což jsem uvedla již ve svém úvodu, že věkový průměr klientů se pohybuje kolem 90-ti let. Vzhledem k tomu, že budovu obývají různí klienti, s různými požadavky na péči, je za potřebí rozlišit byvatele domova pro seniory do těchto tří skupin:

Rozdělení obyvatel do kategorií podle stupně soběstačnosti	Počet obyvatel umístěných v domově pro seniory
1. Klienti soběstační	28
2. Klienti odkázaní na pomoc	12
3. Klienti nesoběstační, odkázaní na lůžko	11

Tab. 3. Počet obyvatel rozdělených do kategorií podle stupně soběstačnosti.

Svou pozornost jsem zaměřila na všechny tři skupiny obyvatel, tedy jak na klienty soběstačné, odkázané na pomoc, tak také na klienty zcela odkázané na lůžko.

Výzkumný vzorek tvořili 4 klienti a to:

Vybraní klienti	Věk
1. klient soběstačný, chodící	83
2. klientka odkázaná na pomoc	69
3. klientka nesoběstačná s dobrým psychickým stavem	82
4. klientka nesoběstačná s velmi špatným zdravotním stavem	83

Tab. 4. Důležití klienti pro výzkum

Pro zjištění co nejpřesnějších informací jsem volila *záměrný kvalifikovaný výzkum*, jelikož do souboru jsem vybrala klienty na základě těch znaků základního souboru, které

jsou důležité pro daný výzkum a zároveň jsem zvolila záměrný výběr osob na základě toho, že s těmito klienty mám užší přátelský vztah, neboť jsem zde absolvovala již praxi a zároveň zde chodím několik let na pravidelné návštěvy, tudíž jsem se mohla spolehnout na upřímnost i na otevřenost klientů v následujících rozhovorech.

6.4 Metody výzkumu

Jak jsem již uvedla, veškeré mé výzkumné aktivity se odehrávaly přímo a pouze v terénu, tudíž jsem volila terénní výzkum, který spolu s případovou studií patří ke „zlatému základu“ kvalitativního přístupu a současně pro gerontologii představuje téma, které bylo po dlouhá období podceňováno a nedostatečně diskutováno. Cílem této metody – tedy terénního výzkumu – bylo zkoumání jednání lidí v jejich přirozeném prostředí, v jejich každodenním životě i ve výjimečných životních situacích. Velkou výhodou pro mě samotnou bylo, že s terénem jsem byla již dříve obeznámena, ovšem i přesto jsem usilovala během svého výzkumného šetření o hlubší poznání struktury prostředí, ve kterém obyvatelé domova žijí. Hlavním cílem terénního výzkumu bylo vyzkoumat v co nejpřirozenějším prostředí to, co jsem si na začátku výzkumu stanovila a co bylo od počátku mým záměrem. Ve svém kvalitativním přístupu jsem využila dvě metody, jež by mi měly pomoci blíže poznat jak vnější strukturu prostředí, tak vnitřní pocity klientů a to:

1. **Rozhovor** – ke zjištění potřebných informací pro daný výzkum bylo za potřebí orientovat rozhovor přímo na určený problém, tedy zaměřit otázky na kvalitu života seniorů ve vymezeném zařízení,
 - vycházela jsem z *otevřeného, polostrukturovaného rozhovoru*, neboť i přesto, že otázky k rozhovoru jsem si předem stanovila, připravila, bylo nezbytné reagovat i na odpovědi, jež se k dané otázce příliš nevztahovaly, ovšem i tyto odpovědi měly svůj určitý význam a smysl pro daný výzkum,
 - vycházela jsem z *individuálních rozhovorů*, jež mi pomohly jednak blíže poznat některé klienty a především se jednalo o nejdůležitější výzkumnou část, tedy zjištění spokojenosti a kvality života vybraných seniorů.
2. **Zúčastněné pozorování** – tzn. že po celou dobu svého výzkumu jsem byla v přímém osobním vztahu s pozorovanými osobami,

- stala jsem se tak na určitou dobu „účastníkem“ zkoumané kultury, v tomto případě života seniorů v Domově pro seniory v Luhačovicích.

6.5 Způsob zpracování dat

Na počátku výzkumu bylo třeba si předem ověřit, zda mohu svůj výzkum v domově pro seniory zrealizovat. Bylo nezbytné – i přesto, že jsem prostředí zařízení dobře znala – se blíže seznámit s chodem domova seniorů, s běžným denním režimem, aby mi bylo předem zcela jasné, kde a v kterou dobu se mohu pohybovat. Nejdůležitější částí výzkumu byly právě již zmíněné rozhovory s klienty, které jsem si pro daný výzkum záměrně vybrala. Bylo nutné všechny čtyři klienty předem informovat o mé návštěvě, aby nebyli popřípadě zaskočení a požádat je o svolení či souhlas. Velmi podstatnou informací, na kterou byli rovněž klienti předem upozorněni bylo, že každý rozhovor bude nahráván na diktafon, s čímž museli klienti opět buď souhlasit či nesouhlasit. V mém případě se klienti nahrávce na diktafon nebránili, tedy všichni mi vyjádřili svůj souhlas.

Předem připravený rozhovor obsahoval 25 otázek. U nesoběstačných klientů odkázaných na lůžko bylo ovšem za potřebí některé typy otázek vypustit, popřípadě je nahradit otázkami podobnými např. Kterou aktivitu byste v zařízení uvítala? U této otázky bylo třeba ji převést do minulosti a zeptat se: Do jakých aktivit jste se dříve rád(a) zapojovala? U některých otázek byla nezbytná i improvizace, jelikož ne vždy se jednotliví klienti drželi dané otázky a často raději hovořili o své rodině, příbuzných než o tom, jak jsou spokojeni s domovem jako takovým.

Jak jsem se již v úvodu praktické části zmínila, rozhovory jsem zaměřila na všechny typy klientů a postupovala jsem následovně:

- I. Veškeré nahrávky jsem si doslova přepsala a následovně uvedla text do tištěné podoby pro lepší přehled.
- II. Hledání důležitých slovních spojení – pozivit, negativ, dodatky apod.

- III. Označení výroků, které se ke kvalitě života vztahují a poté všechny již přepsané nahrávky jsem si opět přepsala, ale nyní do stručnější podoby – hledám jen to, co je důležité pro můj výzkum (viz. příloha).
- IV. Jednotlivým částem textu, odpovědím dám vlastní významy – optimismus, nezdolnost, prosociálnost atd.
- V. Ty výroky, které se slučují, jsou pro jednotlivce společným, seřadím k sobě a hledám, co mají tito klienti společné tzn. že vytvářím vlastní příběh o kvalitě života.

Následující otázky, jež byly hlavním východiskem k interpretaci dat, tvoří rámec toho, co bylo podstatné pro daný výzkum. Bylo ovšem zapotřebí – jak jsem již uvedla u způsobu zpracování dat - zejména u třetí klientky se zhoršujícím se zdravotním stavem, některé otázky vypustit popřípadě reagovat na různé dotazy ze strany klientů.

6.5.1 Otázky k rozhovorům

1. Jak se dnes cítíte?
2. Kolik je vám let a jak dlouho v domově důchodců pobýváte?
3. Jaký byl váš první dojem, když jste do domova důchodců nastoupil(a)?
4. Dá se říci, že se tady cítíte jako doma?
5. Co vás v posledních dnech potěšilo?
6. Komu se svěřujete s tím, když vás něco trápí?
7. Po čem toužíte?

8. Dá se říci, že jste v životě něčeho příliš litoval(a)?
9. O čem nejraději přemýšlíte?
10. Co nebo kdo vás dokáže nejvíc povzbudit?
11. Co vám dokáže udělat největší radost?
12. Co vám naopak dokáže zkazit celý den?
13. Jak vycházíte se svým spolubydlícím? (Např. Pomáháte si navzájem? Povídáte si?)
14. Trávíte svůj volný čas sám (sama) nebo se rád(a) zapojujete do kolektivu s ostatními?
15. Přemýšlel(a) jste někdy o změně domova důchodců?
16. Navštěvují vás blízcí přátelé? Pokud ano, tak jak často?
17. Do jakých aktivit se nejraději zapojujete?
18. Kterou aktivitu byste v zařízení uvítal(a)?
19. Uvítal(a) byste přítomnost asistentky, která by s vámi trávila volný čas?
20. Jak byste zhodnotil(a) péči, kterou vám personál poskytuje? (např. jak často si s vámi povídají, zda došlo mezi vámi a personálem někdy ke konfliktu, . . .)

21. Býváte vždy včas o všem informováni?

22. Jak jste spokojen(a) se stravováním?

23. Jak se vám líbí váš pokoj? Postrádáte v něm něco?

24. Co vám tato životní změna přinesla a co vám naopak vzala?

25. Co si v životě ještě přejete?

6.5.2 Záznamy rozhovorů

1.) **KLIENT** – 83 let, v domově pro seniory bude 8 let

1. Jak se dnes cítíte?

„Dneska právě špatně . . . počasím. Jsem celej rozlámaném, takže teda . . . Mám za sebou myslím 10 operací, takže . . . dnes se moc dobře necítím. Hlavně to počasí mi . . .“

2. Kolik je vám let a jak dlouho v domově důchodců pobýváte?

„Nechám vás hádat (smích) . . . Já bych to řekl obráceně . . . 38 let (83).

13. 4. to bude . . . 8 roků. V 95 roce jsem přišel, tuším že to bylo toho třináctýho dubna.“

3. Jaký byl váš první dojem, když jste do domova důchodců nastoupil?

„Tak bylo to pro mě všechno nové, ale zvykl jsem si.“

4. Dá se říci, že se tady cítíte jako doma?

„Já jsem se tady hned od začátku cítil, jak se říká, jak doma. Poněvadž ten život mi už od mládí proběhl nepěkně, takže tady se mi celkem teda líbí. Ale kdyby tak to zdravotníčko lepší sloužilo.

Byl jsem 5 let sám jen s pejskem . . . úplně sám – vařil, uklízel. Původně jsem měl být ve Zlíně a náhodou se to naskytlo tady, tak . . . sem tady spokojenej. Jen kdyby ten domov byl jinší, protože tohle není zařízení pro domov . . . Mně se tady ale velice líbí, nevím jak teda ostatním. Kdyby sloužilo ale zdraví, tak jsem velice spokojený.“

5. Co vás v posledních dnech potěšilo?

„Mně se nepodařilo nic, poněvadž 3. srpna jsem byl na operaci, takže...

Ale mám radost z hudby – vidíte, že tady mám kazety, reprobendny, hraju . . . pořád se zdokonaluju – to jediné mě drží . . . a pak taky práce – všechno si uklidím.“

6. Komu se svěřujete s tím, když vás něco trápí?

„Tak mě kromě toho zdraví netrápí nic . . . jak jsem říkal, to zdravotníčko mi zkrátka chybí. No a jinak mě netrápí nic.“

7. Po čem toužíte?

„Po čem toužím? . . . tak zase bych se opakoval, to zdravotníčko, no . . . ale jinak by bylo hezké, kdyby se měli lidé víc rádi, neubližovali si a tak no . . . aby byl na celém světě mír.“

8. Dá se říci, že jste v životě něčeho příliš litoval?

„To ne . . . já byl vždycky skromnej člověk, takže nedá se říct, že bych něčeho litoval.“

9. O čem nejraději přemýšlíte?

„Tak nejraději přemýšlím o tom, co hezkého sem prožil – tomu se vždycky rád zasměju a pak ta hudba . . . když mám takovou tu náladu ne moc dobrou, tak si nejraději zahraju, zazpívám a tak.“

10. Co nebo kdo vás dokáže nejmíc povzbudit?

„Tak mě určitě sestřičky, jsou tady moc hodné a jinak, když se sám cítím líp, tak to jsem rád. Ale kdyby se ten můj stav zlepšil, tak to by mě nakoplo hned.“

11. Co vám dokáže udělat největší radost?

„No to počasí je pro mě zabiják a říkal jsem to i v nemocnici panu přimáři i doktorovi a říkal mi, jak jsem byl na té operaci, že to byl i malý zázrak, protože v 83 letech žaludek pryč . . . to není žádná legrace. No zrovna jsem po trošce poobědval . . . lepší bych si ale pochutnal, kdyby to šlo, ale Pán Bůh zaplať za to jak to je. Byla nějaká rýže, maso, mrkev. Tak obědy mi chutnají, ale jak říkám . . . lepší by to bylo, kdyby to šlo.“

12. Co vám naopak dokáže zkazit celý den?

„Tak ze začátku na bytovce . . . tam mi dali Řeka, ještě z těch dětí, co sem utekli. Tak on měl špatnou hlavu, takže moc jsme spolu nevycházeli, tak jsme se rozešli . . . ale ne ve špatném. On je někde z Návojně, však se ke mně hlásil teď nedávno. Pak mi tam dali jednoho, co je teď v Loučce – on zpívá, takže v tomhle jsme si rozuměli. No a pak jsem navázal v Loučce (domov důchodců) kontakty . . . 4krát jsem tam vyhrál za hraní (1krát 3. cenu, 2krát cenu poroty a 1krát 1. cenu). Mám tady i památku, fotku jak jsem vyhrál . . .“

13. Jak vycházíte se svým spolubydlicím? (Např. Pomáháte si navzájem? Povídáte si?)

„Dobře. On má už 94, takže ta hlavička není už taky nejlepší, ale ještě jsme se nebili, takže (smích) . . . ale on dědeček většinou taky spí, tak . . . Když je to možné, tak si i pomáháme. A nikdy sem se sám necítil a i když sem sám byl, tak jsem měl koníčky od mládí až jak se říká do stáří.“

14. Trávíte svůj volný čas sám nebo se rád zapojujete do kolektivu s ostatními?

„Ale ne sám . . . s babičkami si i zazpíváme (smích) . . .“

15. Přemýšlel jste někdy o změně domova důchodců?

„Původně na Vysočinu do Třebíče . . . mám tady i přihlášku, ale nevyplněnou. Začal jsem tak přemýšlet, kdyby se něco stalo . . . Od bratra je tam i dcera, sestra už nežije. Hlavně dřív jsem tam za nima jezdil 6krát i 7krát za rok dokud jsem tam pracoval, ale teď už práce není, takže . . . už to nejde.“

16. Navštěvují vás blízcí přátelé? Pokud ano, tak jak často?

„Já tady rodinu prakticky nemám. Manželka zemřela, děti jsme neměli a od 35 jsem marot . . . přišel jsem o ledvinu a to se táhlo . . . a až pak jsem se přizemil do Zlína, ta byla o 9 roků starší. A jsou tady ještě děti od manželčiny strany, hodně lidí, ale . . . nemůžu říct, že bych po nich něco potřeboval.“

17. Do jakých aktivit se nejraději zapojujete?

„Ze začátku jsem se zapojoval – mě nebaví tanec a ten jsem se musel naučit (smích) . . .

Naučil jsem se polonézu, vystupovali jsme i po domovech důchodců a to mě bavilo, ale teď už to nejde prostě . . .“

18. Kterou aktivitu byste v zařízení uvítal?

Zdravotní stav mu to moc neumožňuje, dřív ale rád chodil do divadla.

19. Uvítal byste přítomnost asistentky, která by s vámi trávila volný čas?

„Tak na popovídání . . . jsem na tom špatně, ale snažím se, abych vypadal.“

20. Jak byste zhodnotil péči, kterou vám personál poskytuje? (např. jak často si s vámi povídají, zda došlo mezi vámi a personálem někdy ke konfliktu, . . .)

„To je těžké o tom hovořit – já tu péči nepotřebuji. Já nic nepotřebuji, ani v nemocnici jsem nikoho nepotřeboval, vždycky jsem jen mávl rukou, aby za mnou sestřičky zbytečně nechodili. Ale na ty ležáky . . . s tím to má personál těžké.“

A děláme tady taky často legraci. Sestry jsou tady výborné, ale sou chudery – s těma ležáka jak už jsem říkal. Dřív to bylo dobrý, ale teď tady posílají jen ležáky a všechny je přebalovat, pořád kolem nich běhat, takže tam by bylo potřeba to opravdu vyřešit. Mělo by se to rozdělit na ty, co jsou schopni se o sebe postarat a na ty neschopné. Někdo je totiž i těžší a tam se ty holky teda natahají. A do konfliktu se určitě nezapojuju. Zdraví to stejně nepřidá, takže... tomu se já vyvaruju.“

21. Býváte vždy včas o všem informování?

„To ano . . . prakticky já už nikam nejdu. Tak někdy se to ohlásí dopředu i týden a někdy se i zapomene (smích) . . . Ale jinak je to celkem v pořádku.“

22. Jak jste spokojen se stravováním?

Odpověď u předchozí otázky.

23. Jak se vám líbí váš pokoj? Postrádáte něco?

„Tak v tomhle jsem velice spokojený, jiný bych nechtěl. A tohle všechno jsem si dělal sám – tuhle skříňku, přihrádku na klávesy, harmoniku, ale housle jsem už dal pryč. Tohle je aspoň dost velký pokoj oproti bytovce – tam je ten pokoj dost malý, to se nedá s tímto pokojem vůbec srovnávat. Ale některé pokoje by to větší chtělo. Je potřeba i soukromí, o tom není pochyb, tak ale to se nedá nic dělat. Když nejsou peníze, tak co můžou dělat. Ale mně to stačí, já byl v tomhle skromný od mládí, takže mně tohle stačí . . . no to vám nebudu radši ani vykládat. No nejsou peníze, tak . . .“

24. Co vám tato životní změna přinesla a co vám naopak vzala?

„Tak mně přinesla to, že jsem se dostal mezi lidi, nezůstal jsem sám, ale určitě nemůžu říct, že by mi něco vzala, to ne. Čisto, uklizeno tady máme, personál je výborný, takže já jsem jediné spokojenej. Co víc si můžu kromě toho zdraví přát? (smích) . . .“

25. Co si v životě ještě přejete?

„Já už ani nějaké speciální přání nemám, snad už jen to, abych to dožil tak nějak v klidu a všem tady v tom zařízení, aby se tolik nenadělali. A pak kdyby aspoň trochu se ten můj zdravotní stav zlepšil.“

Analýza z rozhovoru:

- z mého pohledu muž s velkým smyslem pro humor – nemá rád konflikty,
- komunikativní, společenský (rád se zapojuje do kolektivu s ostatními), rád se směje,
- nejvíce ho v životě ovlivnila hudba, zpěv – jeho celoživotní koníček - od mládí až, doposud,
- optimista (i přesto, že od počátku, asi od 35 let, ho provázela nemoc, zemřela mu manželka, většinu svého života strávil sám s pejskem),
- hudba je to, co ho drží při životě, jak sám řekl (klávesy, harmonika, housle),
- duševně vitální,
- bere situaci tak, jak momentálně je, ale nejvíce ze všeho by si přál, aby se cítil líp – jeho zdravotní stav se stále zhoršuje,
- prosociálnost, nezdolnost,
- soběstačný, nevyžaduje žádnou pomoc, naopak se snaží usnadňovat sestřám práci, velmi jejich práci obdivuje,
- ochotný, pilný (výroba vlastních poliček v pokoji),
- jelikož nemá rodinu, tak domov pro seniory mu dal zázemí a oporu – považuje to za svůj domov,
- kromě hudby je pro něho nejdůležitější víra.

2. **KLIENTKA** – 69 let, v domově pro seniory je 12 let

1. Jak se dnes cítíte?

„Ale tak . . . dobré . . . to počasí, no. A když jsem kdysi spadla, tak mě bolí noha. A 6krát mě stěhovali – tak snad už mě tady nechají . . . tak uvidím.“

2. Kolik je vám let a jak dlouho v domově důchodců pobýváte?

„69 a sem tady 12.rok v domově . . . tak musím zaklepat.“

3. Jaký byl váš první dojem, když jste do domova důchodců nastoupila?

„No to už je dlouho . . . no. Tak byla sem taková . . . ale zvykla sem si jaksi, tak jako . . . no.“

(zmínila se o vnučce a příteli)

4. Dá se říci, že se tady cítíte jako doma? V čem je to jiné ?

„Tak jsem spokojená a tady s paní Růženkou jsem nejradši. Tak už jsem si zvykla a už ani nemám kam jít, už nemám domov, tady mám domov (dlouhé zamyšlení) . . .“

5. Co vás v posledních dnech potěšilo?

„Tak když si vykládáme, já jí pomáhám . . . pomáháme si navzájem. I s paní Šůstkovou jsme si pomáhali – byli jsme spolu 6 roků . . . ale jak mě dali tady, tak jsem si zvykla.“

6. Komu se svěřujete s tím, když vás něco trápí?

„Ale ne, nechávám si to v sobě. Když mě bolí hlava, tak si řeknu, že to přejde, řeknu to Růžence a je to dobré.“

7. Po čem toužíte?

„Ale po ničem. Tak nevím, no . . . Aby nám spolu bylo dobře, měli se rádi . . .“

8. Dá se říci, že jste v životě něčeho příliš litovala?

„Ne, to ne . . . já sem spokojená.“

9. O čem nejraději přemýšlíte?

„Tak různě . . . třeba o synovi, jak se má, jestli nemá nějaké problémy a tak . . .“

10. Co nebo kdo vás dokáže nejvíce povzbudit?

„Tak hlavně když je venku hezky, svítí sluníčko – ale na sluníčko nemůžu, chodím jen na balkon do chládku, pak když si povídáme, sestřičky jsou na nás hodné a tak . . .“

11. Co vám dokáže udělat největší radost?

„ . . . Tak když přijede syn . . . a teď tady byl zákaz návštěv, tak jen tak narychlo mezi dvěma jsme se viděli. Syn mě potěší, když přijede, ale většinou nemá čas, tak . . .“

12. Co vám naopak dokáže zkazit celý den?

„Třeba když mi některá něco řekne, tak to urazí, ale není to často . . .“

13. Jak vycházíte se svou spolubydlící? (např. Pomáháte si navzájem?)

Odpověď u 5. otázky. (vzájemně si pomáhají)

14. Trávíte většinu svého volného času sama nebo se ráda zapojujete do kolektivu s ostatními?

„Tak modlíme se . . . nebo dnes jsme si zrovna kreslili, hledali jsme města na mapě a tak...“

15. Přemýšlela jste někdy o změně domova důchodců?

„Ne! Já jsem tady spokojená. Tak už nemám kam jít, tak sem ráda, že jsem tady.“

16. Jak často vás navštěvují vaši příbuzní?

11. otázka (syn 1krát/měsíc a bratr taky – jak kdy mají čas)

17. Do jakých aktivit se nejraději zapojujete?

„Díváme se na televizi, cvičíme v jídelně (út, čt) – s balónama, se šátkama, . . .“

18. Kterou aktivitu byste v zařízení uvítala? (např. častěji chodit do divadla, organizovat pravidelně zájezdy, . . .)

„Nevím.“

19. Uvítala byste přítomnost asistentky, která by s vámi trávila volný čas? (např. chození do města, povídání si, . . .)

„Tak někdy si popovídat, to jo . . .“

20. Jak byste zhodnotila péči , kterou vám personál poskytuje? (např. jak často si s vámi povídají, zda došlo mezi vámi a personálem někdy ke konfliktu, . . .)

„Věnují se dostatečně, jsou tady hodné sestřičky. A jsou tady dvě děvčata – chodí za nama každý den. A jinak tady vycházíme.“

21. Býváte vždy včas o všem informováni?

„Ano.“

22. Jak jste spokojená se stravováním?

„Dobře vaří, já sním všechno, jen ryby nemůžu.“

23. Jak se vám líbí váš pokoj? (např. Uvítala byste pestřejší výzdobu v celém zařízení? Postrádáte něco ve vašem pokoji?)

„Ale ano, dobré je to . . .“

24. Co vám tato životní změna přinesla a co vám naopak vzala?

„Tak nevím, no . . . čisto tady máme, chutná nám tady, tak . . . jsem tady spokojená.“

25. Co si v životě ještě přejete?

„Ale tak já už nic, jsem spokojená . . .“

Analýza z rozhovoru:

- z mého pohledu žena smířená s tím, že tady už musí zůstat, nic jiného jí nezbyvá – domov pro seniory jako sociální opora, zázemí),
- stále stejný výraz v obličeji, úsměv nedává příliš najevo, působí na mě sklesle,
- poznamenaná i častým stěhování (může mít pocit, že je na obtíž, překáží),
- vcelku je ale spokojená, nemá žádné velké nároky, spíše žádné,
- stále opakuje: „Domov mám tady, nemám už kam jít.“
- viditelná spokojenost se spolubydlící (nesoběstačná klientka), které pomáhá – ochota, snaha pomoci druhému, dokáže se vcítit do druhého člověka, se spolubydlící zřejmě důvěrnější vztah,
- z mého pohledu citlivá osoba, která nechce nikoho svým trápením zatěžovat,
- nekonfliktní,
- ráda se zabaví – u TV, cvičením, ale z mého pohledu to bere jako vyplnění času – aby čas nějakým způsobem plynul – nedává najevo příliš velkou radost z něčeho,
- nejdůležitější je pro ni víra – často se modlí (společné modlitby i sama),
- potěší ji přítomnost syna a bratra,
- spokojena vcelku s celým zařízením – personál, čistota, vybavení, strava,
- „Starý člověk je zvyklý na staré věci.“

3. KLIENTKA – 83 let, v domově pro seniory je 2 roky

1. Jak se dnes cítíte?

„Celkem dobře.“

2. Kolik je vám let a jak dlouho v domově důchodců pobýváte?

„83 a jsem tady 2. rok.“

3. Jaký byl váš první dojem, když jste do domova důchodců nastoupil(a)?

„Tak bylo to všechno nové . . . pomalu jsem si zvykla.“

4. Dá se říci, že se tady cítíte jako doma? V čem je to jiné ?

„Tak střídavě . . . někdy jsou problémy – ukládání na bok, aby netrnuly ruce, aby to nebolelo.“

5. Co vás v posledních dnech potěšilo?

„Když mě navštíví zdravotní sestra.“

6. Komu se svěřujete s tím, když vás něco trápí?

„Tak někomu to řeknu, vždycky někdo pomůže.“

7. O čem nejraději přemýšlíte?

„O zdraví a abych mohla všechno dělat.“

8. Co vám dokáže udělat největší radost?

„Kdyby se zlepšil zdravotní stav.“

9. Přemýšlela jste někdy o změně domova důchodců?

„Ne, není nic, co by mi moc vadilo.“

10. Navštěvují vás blízcí přátelé? Pokud ano, tak jak často?

„Spolupracovníci, z rodiny sestra, kamarádi . . . není to ale pravidelně – naposled před 14ti dny (spolupracovnice).“

11. Co jste dříve ráda dělávala?

„Ráda chodila na koncerty do lázní na kolonádu.“

12. Uvítal(a) byste přítomnost asistentky, která by s vámi trávila volný čas? (např. chození do města, povídání si, . . .)

„Radši jsem sama – mám klid, ten druhý má různé návyky, mám ráda soukromí.“

13. Jak byste zhodnotil(a) péči , kterou vám personál poskytuje? (např. jak často si s vámi povídají, zda došlo mezi vámi a personálem někdy ke konfliktu, . . .)

„Jsem spokojená.“

14. Jak jste spokojen(a) se stravováním?

„Mám vývod, tak dostávám krmení sondou.“

15. Jak se vám líbí váš pokoj? (např. Uvítal(a) byste pestřejší výzdobu v celém zařízení? Postrádáte něco ve vašem pokoji?)

„Ale je dobrý.“

16. Co si v životě ještě přejete?

„Žádné zvláštní přání nemám – tak aby se zlepšil jen ten stav.“

Analýza z rozhovoru:

- dříve pracovala v lázních – zdravotní sestra, práce se jí líbila, pracovala 30 let,

- 2 roky je ležící, půl roku zavedenou sondu přímo do žaludku, do domova důchodců nastoupila jako chodící klient, soběstačný, ale postupně začala odmítat stravu, přestala chodit,
- mluví pomalu, pomalu přemýšlí, používá jednoduché věty, ale z mé přítomnosti, měla radost a měla snahu komunikovat, paměť dobrá
- hygiena se provádí na speciální koupací posteli,
- z mého pohledu je zdravotní stav klientky spíše špatný (potvrzeno sestrou),
- nejvíce se obává svého zdravotního stavu – ten se stále zhoršuje,
- viditelné ztuhlé tělo, především ruce, pleteniny,
- 4krát ji stěhovali, momentálně je na pokoji sama – má ráda soukromí a chtěla by už na pokoji zůstat,
- příchod do DD považovala spíše za nutnost, postupně si na nové prostředí zvykla,
- nejvíce ji potěší přítomnost příbuzných (spolupracovníci, sestra, kamarádi),
- nic nevyžaduje, z mého pohledu si myslím, že klientka bere situaci tak, jak je a snaží se překonávat pouze bolest, kterou jí způsobuje její zdravotní stav (nad ničím konkrétním, kromě příbuzných, nepřemýšlí),
- samotářská, tichá.

4. KLIENTKA - 82 let, v domově pro seniory je 5 let

1. Jak se dnes cítíte?

„Dobře. Ráno jsem byla sice nešťastná, protože já mám močové cesty . . . jsem se pomohla a museli mě přebalovat. A to počasí. Ani jsem nepila, vrátila jsem oběd . . . Ale děvčata jsou tady hodné, protože to nedávají ani najevo, když se pomohím, ale mě to vždycky tak mrzí . . . jsou tady velice slušné, se službami jsem spokojená.“

2. Kolik je vám let a jak dlouho v domově důchodců pobýváte?

„V květnu 82. A v březnu to bude 5 let, co jsem tady.“

3. Jaký byl váš první dojem, když jste do domova důchodců nastoupil(a)?

„Byla jsem vystrašená, ale doktor mě utěšoval. Jeho maminka tady pracovala, říkal, že jsou tady hodní, tak mě i utěšoval, že se nemusím přebalování bát. Dříve tady byl totiž kojeňák a některé ty holky tady už dříve pracovali, takže už měli v přebalování zkušenosti s těma malýma miminkama. Takže my jsme vlastně takové miminka (smích) . . .“

4. Dá se říci, že se tady cítíte jako doma? V čem je to jiné ?

„Tak doma jsem ležela sama - ovdověla jsem. Kluci a dcera za mnou ale chodili vždycky večer, jedna paní mi vozila obědy, takže navštěvovali mě. Mám vlastně odvápněnou hlavě páteř, takže celé tělo a doma jsem byla právě nešťastná. Tady mi dali chodítka, sestřička mi několikrát ukázala, jak se s ním chodí a za pár dní už jsem chodila alespoň s pomocí toho chodítka – je to veliká pomoc. Už jsem ale několikrát i spadla a vždycky mě musí zvedat alespoň 4, protože já jsem i dost silná, takže nemají to kolikrát se mnou jednoduché.“

5. Co vás v posledních dnech potěšilo?

„Když přišly děti. Ale já se umím zabavit i sama, nikdy se tady nenudím – pletu ponožky, sleduji televizi a pořád se tak nějak snažím něco dělat. Kdybych ale mohla chodit, tak jsem určitě doma, protože já mám hlavu naprosto dobrou. Psychicky mě to tady ale nijak nedeptá, kdybych ale mohla chodit, tak . . . myslí mi to dobře. A taky strašně ráda čtu, mám už tady přečtenou celou knihovnu, tak mi nosí knížky dcera.“

6. Komu se svěřujete s tím, když vás něco trápí?

„Já se snažím se netrápit. Vnitřně se s tím snažím tak nějak srovnávat už jen kvůli tomu, abych nepřidělávala starosti dceři (53 let) , vždyť ta má starosti určitě sama a do toho kdybych ještě fňukala já . . .Dcera mi volá ale často, jsme pořád v kontaktu a vždycky když se mě zeptá na můj zdravotní stav, tak jí řeknu, že je všechno v pořádku, aby neměla strach, protože hned by dojela a akorát bych jí přidělávala starosti. Tak někdy mě napadají i ty chmurné myšlenky, to asi každého, hlavně teda promítání si toho minulého života, protože já jsem udělala v životě spoustu kopanců, že jsem tady nemusela možná ani ležet. Teď už teda čtu i hodně literatury o zdraví, protože dřív to nebylo a na vesnicích se všechno tajilo. Dříve se třeba nebraly hormonální tablety po přechodu, ale teď už ano,

jenže za komunistů se o tom nemluvilo. Tím si to moje tělo bralo vápník z kostí a tím pádem mám odvápněné kosti . . . takže zčásti to byla vina doktorů, protože jsem v té době nebrala žádné léky. Ale taky jsem si to zavinila sama, protože jsem těžce pracovala, ale zase ráda, byla jsem taková hbitá a děti mi i říkali „generál.“ (smích).

- hodně mluví o svém domově, o rodině (kladně)

7. Po čem toužíte?

„Teď už ani tak po ničem, ale chodit – tak moc bych se chtěla projít tady po okolí . . . to mi opravdu strašně moc chybí. Chodila bych opravdu hodně . . .“

8. Dá se říci, že jste v životě něčeho příliš litoval(a)?

„Ani ne, ale tu práci jsem přeháněla.(hodně pracovala na stavbě). Jinak si ale myslím, že děti jsem vychovala dobře.“

9. O čem nejraději přemýšlíte?

„Dříve jsem ráda chodila do divadla, strašně ráda se hezky oblékala . . . ale pak už jsem to oblečení rozdala známým. Moc ráda jsem se strojila, procházela se po trhu. A ráda bych se starala zase o rodinu jako dřív a hlavně o chod domácnosti.“

10. Co vám dokáže udělat největší radost?

„Že jsou zdravé děti, chodí za mnou vnuci a když vím, že jsou všichni spokojeni.“

11. Co vám naopak dokáže zkazit celý den?

„Mně tady nedokáže zkazit celý den nic. A kdyby to skřípalo v rodině . . . to by mě mrzelo.

- vypráví o svém synovi, který odešel do Kanady, tam se pak s manželkou rozvedl (podle ní byla lehkomyšlná, záleželo jí hlavně na penězích, ne na vztahu) – v té době se starala hodně o jejich syna a tehdy, jak sama líčí, konflikty u nich v rodině jí vzaly 10 let života.

12. Jak vycházíte se svou spolubydlící? (např. Pomáháte si navzájem?)

„Ona je úplně hluchá, má sluchadlo, ale nepoužívá ho a špatně vidí, takže vůbec spolu nemluvíme . . . jako kdybych tady byla sama. (smích). Já třeba sluchadlo používám, na co bych měla mít taky v šuplíku.“

13. Trávíte většinu svého volného času sama nebo se ráda zapojujete do kolektivu s ostatními?

„Tady se moc povídat nedá, je tady hodně ležáků a s nimi si nepovídám. Tak se alespoň procházím (s chodítkem) po chodbě a dívám se z oken.“

14. Přemýšlela jste někdy o změně domova důchodců?

„Ne. Vlastně párkrát mě to napadlo. Dcera totiž bydlí ve Zlíně, takže přemýšlela jsem o tom Burešově, ale pan doktor říkal, že v Luhačovicích je menší kolektiv a na Burešově je 150 lidí takových jako já, takže tam spolu málo vycházejí a je tam špatná atmosféra i mezi sestřičkami.“

15. Jako často vás navštěvují příbuzní?

„Každý týden a mám i telefon – zrovna včera jsme si s dcerou povídali.“

16. Uvítala byste přítomnost asistentky, která by s vámi trávila volný čas? (např. povídání si)

„Ne, mně stačí, když si povídám s dcerou.“

17. Jak jste spokojena se stravováním?

„Vaří tady dobře, ale mně by stačila klidně poloviční porce - vždycky hodně vrátím.“

18. Jak se vám líbí váš pokoj? (např. Uvítal(a) byste pestřejší výzdobu v celém zařízení? Postrádáte něco ve vašem pokoji?)

„Líbí se mi tady velice a říkali, že už tady zůstanu. Stěhovali mě už předtím 3krát, ale tady už teda snad zůstanu a byla bych i ráda, protože mám tady hodně světla na pletení, na čtení. Tady jsem spokojená.“

19. Co vám tato životní změna přinesla a co vám naopak vzala?

„Mně to jediné pomohlo, protože se tady o mě starají a doma jsem nemohla nic, tam jsem zůstat nemohla.“

20. Co si v životě ještě přejete?

„Jen kdybych mohla chodit . . . jinak jsem spokojená.“

Analýza z rozhovoru:

- společenská, přátelská, komunikativní,
- duševně vitální, empatická osoba,
- svůj pobyt si zpestřuje zálibami, jež si zachovává od mládí např. háčkování, pletení
- pevný vztah s rodinou – s dcerou neustále v kontaktu, neustále pozitivně naladěná, nic nepostrádá, pouze by uvítala, kdyby znovu začala chodit.

Po zpracování rozhovorů jsem se pokusila o následující interpretaci (ta vychází z kategorií, které jsem uvedla na samém počátku výzkumu), která vytváří vlastní příběh o kvalitě života seniorů.

6.5.3 Vyhodnocení a interpretace dat z rozhovorů**1. ZDRAVÍ****➤ somatické**

- projevy aktivity
- projevy únavy

- psychické
 - pocity úzkosti, deprese
 - ztráta nadšení
 - radost, potěšení
 - pocity strachu

2. SOCIÁLNÍ OPORA = SOCIÁLNÍ VZTAHY

- instrumentální opora
- informační opora
- emocionální opora
- hodnotící opora

3. VNĚJŠÍ KVALITA ŽIVOTA

- strava
- bydlení
- služby
 - právo na osobní svobodu
 - právo na soukromí
 - právo svobodně se rozhodnout
 - právo na rodinný život
 - právo účastnit se společenského života
 - právo na kvalifikovanou péči
 - právo podávat stížnosti

4. VÍRA

- náboženské vyznání
- vnitřní síla

1) ZDRAVÍ

a) somatické

Ze čtyř rozhovorů, ze kterých jsem po celou dobu svého výzkumného projektu vycházela a které byly nejdůležitější součástí kvalitativního výzkumu vyplývá, že u většiny klientů převládá únava a pasivita nad aktivní složkou i přesto, že klienti mají poměrně dostatečné množství nejrůznějších příležitostí a možností k tomu, jak strávit svůj volný čas a jak si v zařízení zpestřit svůj pobyt. I přesto, že výzkumný vzorek tvoří 2 klienti, kteří jsou soběstační a 2 klienti, kteří nevykazují známky sebemenší samostatnosti, tak nelze říci, že by klienti „upoutaní na lůžko“ nevykazovali žádnou aktivitu či se nezapojovali do společenských akcí. Dá se s jistotou říci, že veškerý přístup jednotlivých klientů je velmi úzce spojen a propojen s jejich životní historií (History of life) či životními událostmi (Life events). Ti klienti, kteří tvoří a zastupují tu část obyvatel, jež jsou aktivní, vykazují svou aktivitu a pozitivní přístup k životu především tím, že si zachovali od mládí až do stáří nesčetné množství zálib, které je udržují při smysle života a mají stále pro co žít. Nesoběstačná klientka – dále jen **kn1**, u které došlo v minulosti na základě chyby lékařů k odvápnění kostí a následnému „upoutání na lůžko“, nalézá svůj smysl života neustálým zdokonalováním se a to prostřednictvím četby nejrůznější literatury o zdraví, kterou mají všichni klienti domova pro seniory k dispozici a nadále se intenzivně věnuje svým koníčkům, které si pěstuje již od mládí. Stejně tak jako již u zmíněné klientky hrají i u soběstačného klienta – dále jen **ks1**, důležitou roli předchozí koníčky, kterým se věnuje od mládí až doposud – nejvíce byl ovlivněn hudbou, a rovněž se snaží využívat svůj čas ke zdokonalení svého bydlení a to prostřednictvím výroby vlastního nábytku. Ovšem vzhledem k tomu, že tento klient je již po několika úspěšných operacích, trpí častou únavou a na první pohled je znát, že pouze jeho zdravotní stav je to, co ho tíží a velmi rád by tuto situaci nějakým způsobem změnil k lepšímu. I přesto, že **ks1** je obklopen svými koníčky, které si pěstuje již od mládí, tak jsou to právě pouze jeho vlastní záliby, které ho „drží při životě“ a dávají mu sílu žít.

Z tohoto šetření tedy vyplývá, že ti klienti, kteří mají touhu a smysl pro něco žít, byli ve své minulosti ovlivněni silným zážitkem, který si s sebou neustále nesou, který je posilňuje optimismem a zároveň mají snahu překonávat a zvládat problémové situace, tedy i únavu, což se označuje termínem nezdolnost. Lze tedy říci, že tito klienti jsou ve velké výhodě díky svým předchozím zkušenostem získaných v minulosti.

Druhou skupinu seniorů zastupují rovněž 2 klientky, u kterých se ale naopak objevují typické projevy ztráty smysluplnosti života. První soběstačná klientka – dále jen **ks2**, nenalzáá uspokojení téměř v žádné činnosti či aktivitě, ale na druhou stranu o to alespoň usiluje a to prostřednictvím zapojování se do různých aktivit, i když je na první pohled zřetelné, že ji činnosti neuspokojují natolik, jak by měly. Na základě toho se dá tedy říci, že ve své minulosti nebyla příliš ovlivněna nějakým pozitivním zážitkem, kterému by věnovala svou pozornost i nadále. Druhou nesoběstačnou klientkou – dále jen **kn2**, je žena s velmi špatným a stále se zhoršujícím zdravotním stavem, jež trpí projevy napětí, trnutím rukou a na základě svého ne příliš dobrého zdravotního stavu usiluje a touží pouze po zlepšení svého zdravotního stavu a zejména po tom, aby znovu začala chodit a mohla se věnovat naplno aktivitám, kterým věnovala svou pozornost dříve. Na základě těchto dvou výpovědí mých klientek je s velkou pravděpodobností více než zřejmé, že **ks2** postrádá motivaci, zaujatost něčím novým či více aktivit, které by se staly jejím koníčkem. Dá se tedy říci, že v domově pro seniory postrádají někteří klienti více nových aktivit, aby tak nedocházelo ke každodennímu stereotypu a k jakémusi ubírání se jedním směrem. Jelikož domov pro seniory je obydlen spíše nesoběstačnými klienty, kteří vyžadují stálý dohled, pomoc při veškerých úkonech, tak se dá vyvodit, že ostatním klientům nevěnuje personál takovou pozornost, jaká by se měla všem klientům dostávat a to z důvodu nízkého počtu zaměstnanců vzhledem k počtu obyvatel umístěných v domově pro seniory.

b) psychické

Vzhledem k tomu, že **kn1** a **ks1** jsou velmi silné osobnosti plné optimismu, dá se podle toho usoudit, že jejich psychický stav je velmi dobrý a s velkou pravděpodobností bude opět úzce spjat s jejich minulostí. Domnívám se, že právě psychika lidí v senilním věku je založena na jejich předchozí minulosti, zkušenostech, zážitcích, jelikož rodina, dřívější zaměstnání, příbuzní, přátelé a celková spokojenost s minulým životem jsou podkladem k tomu, jak se bude člověk cítit ve staří, jak ho bude prožívat, neboť v tomto období si rekapituluje veškerý svůj život a uvědomuje si, zda ho prožil až do této fáze naplno, podle svých představ, možností nebo zda něco zanedbal a svých chyb lituje. I přesto, že somatický stav jak u **kn1**, tak u **ks1** není nejlepší, projevují svou spokojenost ze života nadšením, radostí a neustálým zdokonalováním se např. hraním na hudební nástroje, zpěvem, četbou literatury apod. Jak jsem se již zmínila, tak u **kn1** je jediným handicapem

ztráta chůze a na základě tohoto nežádoucího vlivu dochází i občas k úzkostem a pocitům beznaděje. Na základě výpovědi klientky ovšem dochází k těmto stavům jen velmi zřídka a pokud taková situace nastane, snaží se s ní vypořádat sama a to prostřednictvím svých koníčků. Stejným způsobem se vypořádává se svými občasnými stavy úzkosti i ks1, ale oproti kn1 je ve výhodě díky tomu, že je soběstačný a není odkázán pouze na lůžko či chodítko. Jak kn1, tak i ks1 jsou velmi empatické typy osobností, jež soucítí jednak s personálem a jednak se u nich projevuje tzv. prosociálnost tzn. schopnost pomáhat druhým i přesto, že sami pomoc potřebují, ovšem nevyžadují ji – pouze v nutných případech. A v neposlední řadě zde hraje důležitou roli také smysl pro humor, jež posiluje jejich optimismus a smysl pro život. Dá se tedy říci, že v domově pro seniory je i skupina těch klientů, kteří se jakýmsi způsobem alespoň částečně snaží svůj zdravotní stav posilňovat, povzbuzovat a udržovat tak, aby neupadaly do stavů či pocitů úzkosti a deprese, ale věnovali se alespoň tomu, co si s sebou do domova pro seniory přinesli.

Naopak u ks2 a kn2 dochází k mnohem častějším pocitům úzkosti a to na základě větší uzavřenosti. Tyto dva typy klientů bych zařadila do skupiny osob, pro které je domov pro seniory pouhou existenční oporou, místem, kde mohu momentálně žít, místem jistoty a to na základě výpovědi ks2: „Jsem spokojená. Už nemám kam jít, jsem ráda, že jsem tady.“ Z tohoto výroku lze usoudit, že ks2 v domově pro seniory nějakým způsobem pouze „přežívá“ a nenalézá již ve svém životě žádný smysl, nadšení či touhu svůj dosavadní psychický stav zlepšit. Rovněž jsem zjistila, že obě klientky jsou příliš zaujaté svým zdravotním stavem, tedy pouze sami sebou a okolnímu světu, dění kolem sebe takový důraz nepřikládají. U kn2 se tato situace dá chápat a přijmout za zcela běžné chování, jelikož její zdravotní stav se zhoršuje velmi rychle a její nepohyblivost je spojena se silnými bolestmi a únavou. Myslím si ale, že u ks2 je příliš velká starostlivost o své zdraví spojena pouze s psychikou a vlastní nevyrovnaností či nezájmem přijmout situaci takovou, jaká je – tedy umístění do domova pro seniory. Z výroků ks2 a kn2, které mají většinou spojitost s jejich zdravotním stavem lze tedy usoudit, že v domově pro seniory není dostatečně využíván volný čas obyvatel, chybí zde větší motivace, zapojování seniorů do nových činností, kulturních akcí a v neposlední řadě zde postrádám větší komunikaci ze strany personálu, aby nedocházelo u některých klientů k uzavírání se do sebe, ale aby se naopak naučili zaměstnancům v zařízení důvěřovat a svěřovat se se svými pocity.

2) SOCIÁLNÍ OPORA = SOCIÁLNÍ VZTAHY

a) instrumentální opora

Jde o velice konkrétní formu pomoci např. poskytnutím finanční výpomoci, obstaráním různých potřebných věcí, zařízením neodkladných záležitostí, které postižený sám nemůže provést, poskytnutím materiální podpory apod. Někteří autoři hovoří v této souvislosti o tzv. asistenci potřebným. Iniciativa k pomoci při ní nevychází od člověka v tísní, ale od druhého člověka – od toho, který se z vlastní vůle rozhodl postiženému pomoci, a to velice konkrétně – věcně.

Již od samého počátku svého výzkumu bylo mým cílem zaměřit všechny typy otázek alespoň částečně na emocionální složku, tedy také na emocionální oporu, o níž se zmíním posléze. Domnívám se ale, že je rovněž nezbytné uvést několik zjištěných postřehů směřujících i na zbylé složky sociální opory (instrumentální opora, informační opora, hodnotící opora) a to proto, neboť kvalita života nezahrnuje pouze vyjádření spokojenosti či nespokojenosti klientů, ale zároveň je nezbytné všimnout si i ostatních činitelů, které mohou klienty ať už pozitivně či negativně ovlivňovat. Je také za potřebí si uvědomit, že všechny čtyři složky sociální opory se vzájemně prolínají, a proto také nelze některou z těchto částí sociální opory vyloučit, jež jsou pro přesné zjištění kvality života důležité a během svého výzkumu mi mohou přinést zajímavé a nečekané výsledky.

Co se týká instrumentální opory, lze říci, že svou pozornost jsem nejvíce zaměřila na to, zda je klientům poskytována dostatečná materiální podpora - především dostatečné vybavení obývaných prostorů - o níž se zmíním ještě v následujících výzkumných krocích. Co se týká výpovědí mých čtyř klientů, tak ve třech případech se klienti shodují v tom, že zařízení je sice vybavené starým nábytkem, ale oni musí být spokojeni, jelikož už nemají kde jít. Silným podmětem byl pro mě právě ten signál, že klienti sice jsou s vybavením zařízení spokojeni ale jen z toho důvodu, že musí být spokojeni, jelikož už nemají kde jít. Z vlastního pohledu mohu říci, že domov pro seniory vyžaduje nutnou finanční podporu, neboť veškeré vybavení i prostory, ve kterých klienti pobývají se mi jeví jako zcela nevyhovující a i přesto, že u všech čtyřech klientů a jistě i u dalších klientů se projevuje velká skromnost, tak se domnívám, že i když si tuto situaci nepřipouští, je prostředí

jedním z těch činitelů, které nejvíce ovlivňuje psychiku každého z nás a rovněž kvalitu života.

b) informační opora

Postiženému jedinci je dodána informace, která by mu mohla pomoci při orientaci v situaci, do níž se dostal. Například mu poskytují rady lidé, kteří mají s obdobnou situací zkušenosti jak osobní, tak profesionální. Zjišťují se potřeby i jeho představy o tom, co by bylo možno pro něho udělat.

Zde bych uvedla vyjádření spokojenosti jedné z mých klientek, která zažívala na počátku svého pobytu v domově pro seniory nejistotu a strach z toho, zda ji přijmou ostatní spolubydlící do svého kolektivu, jak s ní bude zacházeno, zda bude o ni po všech stránkách dobře postaráno, jestli nebude na obtíž a to především proto, jelikož do domova pro seniory nastupovala jako nesoběstačná klientka s poruchou inkontinence tzn. pomočování. Jak již sama uvedla, hned od počátku byla ujišťována a pevně přesvědčena o tom, že se všemi klienty je zacházeno obezřetně a toto tvrzení personálu mi také nyní potvrdila. Nejen výpověď této klientky, ale i po rozhovorech s dalšími klienty mi bylo potvrzeno, že již od samého počátku byli klienti ze strany personálu vždy o všem pevně ujišťováni ,povzbuzováni a informováni, aby nezažívali obavy z nového prostředí či z nových zkušeností např. naučit se používat chodítko apod.

c) emocionální opora

Člověku je empatickou formou sdělována emocionální blízkost (láska, soucítění), laskavým jednáním s ním je mu naznačována přejná náklonnost, je mu podána ruka, když se propadá do deprese, beznaděje a pocitů odcizení, je mu dodávána naděje, je uklidňován v rozrušení apod.

Z hlediska mého výzkumu, který je obecně nejvíce zaměřen právě na tuto oblast – tedy na složku emocionální, lze obecně říci, že o emocionální blízkosti zde nelze pochybovat. Ze svých šetření jsem ovšem zjistila i několik zajímavých postřehů. I přesto, že klienti jsou s přístupem personálu spokojeni, vyjadřují nad jejich profesionálním

přístupem obdiv a uznání, postrádá většina z nich častější komunikaci s nimi, což podle mého názoru souvisí s nedostatečnou empatičností, větší náklonností a projevy lásky. Z vlastního pozorování jsem zjistila, že klienti spíše obdivují jejich vnější přístup na rozdíl od přístupu vnitřního.

d) hodnotící opora

Postiženému člověku je sdělováno – např. tím, jak je s ním jednáno – úcta (respekt), je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí, je podporována jeho snaha o autoregulaci (řídít věci podle vlastního přání), je povzbuzován ve víře, naději apod. Spadá zde i sdílení těžkostí s člověkem v tísní (sparing) i společné nesení některých těžkých úkolů spolu s ním (mutuality).

Společně s emocionální oporou patří tato oblast – tedy opora hodnotící k dalším významným bodům, které tvoří nejdůležitější a nejpodstatnější část mého výzkumného projektu. Myslím si, že přístup personálu ke klientům je základem k tomu, jak bude klient každý okamžik svého života v domově pro seniory prožívat, jak se bude cítit. Podle mého názoru úcta nebo-li respekt hraje především u starších lidí – seniorů jednu z nejdůležitějších rolí a to proto, jelikož senioři přikládají důraz tomu, zda budou lidé kolem nich ochotni přijmout je takové jací jsou, jestli budou respektovat jejich již zaběhnuté návyky, jejich věk, způsob komunikace, nemoci apod. Je také nezbytné podporovat u starších lidí jejich sebevědomí, vyzdvihovat je, aby i v tomto věku měli pocit důležitosti, významnosti a necítili se ostrčením od civilizace či dokonce netrpěli dojemem, že jsou v těch nejhorších případech na obtíž.

3) VNĚJŠÍ KVALITA ŽIVOTA

a) strava

Stravování v domově pro seniory je poskytováno v souladu se zásadami správné výživy, s ohledem na věk a zdravotní stav klientů dle stanovených stravovacích jednotek /vyhl. č. 83/93 Sb. /.

Strava je podávána v jídelně v době uvedené na nástěnce před jídelnou a ti klienti, kteří se ze zdravotních důvodů nemohou dostavit do jídelny, se jídlo donáší na pokoj. A stejně tak je to i s podáváním nápojů.

Podávání jednotlivých jídel:

- snídaně od 7:30 do 8:00 hodin
- oběd od 11:30 do 12:00 hodin
- svačina od 15:00 do 15:30 hodin
- večeře od 17:30 do 18:00 hodin
- diabetici dostávají druhou večeři (dle rozhodnutí lékaře)

Jak jsem se již zmínila, tak ze čtyř klientů, kteří mi poskytovali rozhovory, byli dva klienti nesoběstační a tudíž i vyžadovali nutnou pomoc při stavování, což také souvisí se spokojeností klientů, tedy s kvalitou života. Co se týká spokojenosti s kvalitou stravy, tak pouze v jednom případě ze čtyř poskytnutých výpovědí projevila klientka se stravováním spokojenost – v tomto případě se jednalo o nesoběstačnou klientku, která dokonce uvedla, že by ji uspokojila i poloviční porce. U dalších dvou soběstačných klientů (muž, žena) jsem zjistila, že se stravou jsou vcelku spokojeni, ale uvítali by častější obměnu jídel, což se týká zejména obědů, večeří. U poslední nesoběstačné klientky se nedá hovořit o spokojenosti či nespokojenosti, jelikož tato klientka je odkázaná pouze na umělou výživu – strava se jí podává sondou zavedenou přímo do žaludku.

Zjistila jsem tedy, že klienti by jistě uvítali častější změny ve výběru jídel. Personálem jsem byla informována, že na tuto změnu asi před rokem přistoupili, ovšem jak sami předpokládali, tato situace se stala ještě více komplikovanější a nastaly mnohem větší problémy, dokonce i stížnosti ze strany klientů. Zaměstnanci domova pro seniory chtěli klientům po této stránce vyhovět, ovšem sestavit jídelníček na základě přání každého jednotlivce bylo samozřejmě nemožné a o to hůř, že klienti se mezi sebou nedokázali domluvit tak, aby jídelníček vyhovoval všem obyvatelům alespoň částečně. Na základě tohoto nesjednocení nastávaly mezi obyvateli rozvraty, dohady, jelikož každý si chtěl prosadit svůj vlastní názor a upravit si jídelníček podle svého vkusu. Po této ne příliš dobré zkušenosti zaměstnanci usoudili, že tudy východisko nevede, a proto zůstali při starém zaběhnutém systému – a to obměna jídel co 3 týdny. I přesto, že klienti by uvítali změny ve

stravování, je to pouze na samotných obyvatelích, zda se dokážou domluvit tak, aby jídelníček vyhovoval alespoň větší části obyvatel. A pak je zde problém s těmi klienty, kteří na velké změny přistoupit nemohou, jelikož mají nařízenou dietu a ta je buď normální, žlučníková = šetřící nebo diabetická.

b) bydlení

Jak jsem již výše uvedla u sociální opory = instrumentální opory, svou pozornost jsem z velké části zaměřila i na vybavenost a prostory celého zařízení. I přesto, že někteří klienti nepovažují lepší zařízení a vybavení místností, zejména tedy pokojů, ve kterých tráví většinu svého času za nutnost, přesto si většina z nich uvědomuje, že domov pro seniory by potřeboval nutnou finanční podporu a to právě z hlediska rekonstrukce celého objektu, především vnitřních prostorů. Nutnost zlepšit kvalitu prostředí zařízení vyplývá již z toho, když mi jeden z klientů předvedl výrobu vlastního nábytku a to jistě nejen z důvodu zabavení se a strávení volného času, ale rovněž z důvodu nedostatečného zařízení pokojů, které domov pro seniory postrádá. I přesto, že se jednalo zejména o nábytek pro vlastní potřebu – přihrádka na klávesy, harmoniku, měli by mít klienti i dostatek prostoru pro své vlastní potřeby a zájmy. Ve všech čtyřech případech se také ukázalo, že klienti dávají přednost soukromí a respektování zájmů i návyků druhých lidí, zejména klienti nesoběstační. Každý z klientů uvedl, že by rád uvítal, kdyby byli pokoje pouze jednolůžkové, než-li dvou a více lůžkové. Tuto změnu by uvítali zejména klienti nesoběstační, jelikož téměř veškerý čas tráví ve svém pokoji a jsou znevýhodněni právě tím, že musí sdílet jednu místnost s člověkem, který se zcela liší ve svých zaběhnutých návycích. Jedna z nesoběstačných klientek se zmínila, že si přímo vyžadovala samostatný pokoj a to zejména z důvodu jejího velmi špatného zdravotního stavu. Uvedla: „Radši jsem sama. Mám klid, ten druhý má různé návyky, mám ráda soukromí.“ Lze tedy říci, že klienti si vyžadují zejména soukromí, tedy jednolůžkové pokoje a co se týká spokojenosti s vybavením zařízení, tak si tuto situaci sice uvědomují, ale nepřikládají tomu takový důraz.

c) služby

Služby jsou dalším významným ukazatelem toho, jak kvalitní je život seniorů v domově pro seniory. V oblasti sociálních služeb proto dochází v posledních letech k významným změnám, ovšem ne každé zařízení se těmito změnami začne řídit.

Hlavními úkoly Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) je prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném společenství, ochrana zranitelných skupin obyvatel před porušováním jejich občanských práv a před neodborným poskytováním služeb. Aby tyto úkoly mohly být zabezpečeny, rozhodlo MPSV stanovit požadavky na kvalitu poskytovaných sociálních služeb v podobě standardů kvality. Standardy jakýmsi způsobem popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a jejich podstatným rysem je obecnost a to, že jsou použitelné pro všechny druhy sociálních služeb.

V současné době se na standardech kvality sociálních služeb v domově pro seniory v Luhačovicích pracuje, zatím se jimi zařízení ale neřídí, a proto jsem neměla ani tu možnost se blíže se standardy kvality služeb seznámit. Myslím si ale, že výsledky tohoto výzkumu by byly pro domov seniorů v Luhačovicích jistě velmi významným podnětem i přínosem, jež by poskytovatelům služeb mohl pomoci ke zlepšení v těch oblastech služeb, kde je to za potřebí.

I přesto, že každé zařízení si vypracovává vlastní standardy kvality služeb, jimiž by se po zpracování mělo řídit, zároveň by se mělo zařízení řídit i ochranou práv uživatelů, tedy jakýmsi nároky uživatelů služeb, jež by mělo zařízení plnit a svým uživatelům vyhovět tak, aby byli s kvalitou služeb spokojeni.

Mezi práva uživatelů patří například **právo na osobní svobodu** a tzn. že ústavy by si měly analyzovat, zda počet personálu je dostatečný vzhledem ke kapacitě ústavu a ke stupni závislosti klientů. Nevyhovující početní stav pracovníků by se měl tedy řešit tak, aby byla zajištěna dostatečná sociální práce s klienty a aby nesoběstační klienti nebyli nepřiměřeně omezeni ve svobodě pohybu fakticky, tj. nedostatkem pracovníků. Pro zajištění doprovodů by se proto ústavy, ale i zřizovatelé, měli pokoušet získat např. dobrovolníky, studenty apod. Z rozhovorů jak s klienty, tak s personálem, ale i z vlastního pozorování jsem zjistila, že vzhledem ke kapacitě domova pro seniory v Luhačovicích (kapacita zařízení činí 51 klientů) nabízí zařízení příliš stísněné prostory a nedostatečný počet personálu k poskytnutí kvalitních služeb. Jak jsem již dříve uvedla, zařízení nabízí

především dvoulůžkové pokoje. (přesněji je to 1krát 3 lůžkový, 16krát 2 lůžkový a 8krát jednolůžkový pokoj). S tím tedy souvisí i **právo na soukromí**, což znamená, že zařízení by se mělo pokusit o úpravu pokojů či celého objektu tak, aby se rozrostl počet především jednolůžkových pokojů oproti pokojům dvoulůžkovým. Jak již sami klienti uvedli, každý má své zaběhnuté návyky a to by také měli brát na vědomí poskytovatelé služeb. Zařízení společně se zřizovatelem by se tedy mělo pokusit či vynaložit větší úsilí o zvýšení pohody bydlení klientů domova pro seniory a zvyšovat počet jednolůžkových pokojů, neboť soukromí klientů tohoto zařízení je jedním z nejvíce diskutovaných problémů, jež by chtěli klienti změnit k lepšímu. Dále jsem z vlastního pozorování zjistila, že vzhledem k vysokému počtu dvoulůžkových pokojů nejsou klienti s ohledem ke svému věku a zdravotnímu stavu přidělováni na pokoje tak, aby mezi nimi nebyly příliš vysoké patrné rozdíly. Myslím si, že vzhledem ke kvalitě a spokojenosti života seniorů je i nezbytné, aby brali zaměstnavatelé zařízení v potaz, že starší člověk nesnese to, co člověk mladý. Podle mého názoru je tedy nepřijatelné, aby zcela zdravý klient sdílel jeden pokoj s klientem, jehož psychický stav je narušený a s ohledem na jeho celkový zdravotní stav je na tom nejen po psychické, ale i fyzické stránce prokazatelněji hůře.

Dále je nezbytné, aby měli klienti **právo se svobodně rozhodovat**. Zde bych se vrátila již ke zmíněnému stravování. Klienti v domově pro seniory sice dostali možnost se svobodně rozhodnout v rámci sestavování vlastního jídelníčku, získali tedy možnost se svobodně vyjádřit, ale právě to byla jedna ze situací, kde nebylo možné na tato rozhodnutí přistoupit. Z vlastního pohledu i z výpovědí svých čtyř klientů mohu také říci, že obyvatelé domova pro seniory by měli mít více možností k prosazování svých názorů, jelikož zařízení je místem, kde veškerý svůj čas tráví právě oni, je to jejich místo, kde mohou žít a zároveň je pro ně tento domov jakýmsi azylem, který by měl všem klientům nebo alespoň většině z nich poskytnout takové podmínky a možnosti, aby se zde cítili jako ve „vlastním domově.“ Oceňuji to, že klienti zde mají poměrně dost možností ke strávení volného času prostřednictvím volno-časových aktivit, ovšem bylo by za potřebí tyto aktivity častěji obměňovat, jak jsem se již zmínila v úvodu svého výzkumného šetření. A v neposlední řadě bylo překvapujícím zjištěním, že většina klientů není spokojena s častým stěhováním a nemají ani sebemenší možnost se vyjádřit k tomu, jestli s nastávající změnou souhlasí nebo nesouhlasí. Všichni čtyři klienti se zmínili o častém stěhování a sdělili mi, že by už rádi zůstali v pokoji, kde jsou nyní. Tato situace týkající se častého stěhování klientů se mi

zdá z jejich pohledu zcela pochopitelná, jelikož se domnívám, že žádný ze starších lidí nemá rád náhlé, nečekané změny a rovněž si obtížněji zvyká na nového spolubydlícího a o to hůře, pokud s předcházejícím spolubydlícím vyházeli a najednou jsou od sebe odděleni. Přesně taková situace nastala před rokem u mých dvou vypovídajících klientek, jež byly od sebe odděleny a každá umístěna do jiného pokoje i do jiného patra. Zaměstnavatelé domova pro seniory by si měli tedy uvědomit, že pro starší lidi jsou tyto časté změny velmi nepříjemnou záležitostí a i když nám se takové momenty jeví jako naprosto běžné, jsme na změny zvyklí, pro seniory je to velký zásah do jejich soukromí a jejich svobody.

Co se týká **práva na rodinný život**, tak v tomto ohledu jsou klienti tolerováni. Zjistila jsem, že návštěva rodiny a příbuzných hraje u většiny obyvatel nejdůležitější roli. Je tedy za potřebí a to domov seniorů také dodržuje, aby měli příbuzní možnost pravidelných návštěv či telefonického kontaktu se svými blízkými. Zjistila jsem, že u tří klientů jsou rodina a příbuzní na prvním místě. Klienti jsou spokojeni, když ví, že jejich příbuzní jsou zdraví, spokojení, nic je netrápí a přijdou je pravidelně navštívit. Pouze u jednoho klienta nehraje rodina důležitou roli, ani se nezmiňuje o návštěvě svých příbuzných, jelikož pochází až z Vysočiny a rodinu již žádnou nemá. Myslím si tedy, že těchto klientů, kteří své příbuzné ztratili, nemají se komu blízkému svěřovat, nemají žádnou podporu ze strany rodiny, by měli mít jakousi oporu v zaměstnancích, kteří by jim měli dodávat sílu žít, povzbuzovat je, oceňovat jejich snahu (u tohoto klienta za výrobu vlastního nábytku), a v neposlední řadě je naučit být otevřený a upřímný, což jsem v zařízení v některých případech ze strany personálu postrádala.

V souvislosti s **právem účastnit se společenského života** postrádám v domově pro seniory v Luhačovicích ponechání většího prostoru pro vlastní návrhy klientů, co se týká organizace různých akcí či výletů. Domnívám se, že klientům by měl být nabídnut větší prostor k vyjádření svých přání a v souvislosti s jejich názory by se mělo zařízení pokusit o realizaci těchto plánů. U soběstačných klientů jsem zjistila, že by měli velký zájem o výlety i do jiným míst, jelikož všechny výlety se pořádají do stále stejných oblastí, což klienti považují samozřejmě za ne příliš záživné. S radostí by tedy uvítali změnu v organizaci akcí či výletů, aby poznali více své okolí. A v neposlední řadě zde spadají **právo na kvalifikovanou péči a právo podávat stížnosti**, čemuž jsem ve svém kvalitativním výzkumu takovou pozornost nevěnovala, jelikož ve všech čtyřech případech klienti uváděli, že jsou s péčí ošetřovatelek spokojeni a nemají potřebu stížnosti podávat.

Obecně lze shrnout, že klienti nevyžadují žádná zvláštní či neobvyklá přání a s péčí ošetřovatelek jsou velmi spokojeni, dokonce jejich práci oceňují. Jeden z klientů projevuje svůj obdiv takto: „*Sestry jsou tady výborné, ale jsou chudery. Dřív to bylo dobrý, ale teď tady posílají jen ležáky a všechny je přebalovat, pořád kolem nich běhat, takže tam by bylo potřeba to opravdu vyřešit. Mělo by se to rozdělit na ty, co jsou schopni se o sebe postarat a na ty neschopné.*“ A podobnými výroky reagují i ostatní klienti např.: „*Děvčata jsou tady hodné, protože nedávají najevo, když se pomůčím. Se službami jsem spokojená.*“

Co se tedy týká péče a ochoty ošetřovatelek, dá se říci, že pro své klienty se snaží vynaložit maximum. Na druhé straně zde pracují dvě asistentky, které by se měli klientům věnovat tím způsobem, aby s nimi co nejvíce komunikovali, ptali se klientů na jejich pocity ze stráveného dne, zjišťovali, jestli je něco trápí, naučit klienty větší otevřenosti a upřímnosti, což jsem v zařízení postrádala, a to proto, jelikož z mého pohledu se asistentky klientům dostatečně nevěnují a tři klienti by ocenili častější komunikaci s nimi.

4) VÍRA

Lze říci, že víra je v první řadě osobním rozhodnutím pro zcela určité zaměření života, jež může být orientováno k různému cíli – a to (čemu věřím) hraje podstatně důležitou roli. Toto zaměření je osobním přijetím cíle a s tím úzce spojenou velice konkrétní angažovaností. To vše jsou velice subjektivní jevy, které se nemusí vždy stejně (jednoznačně) projevit navenek tak, aby se daly hrubým popisem některých projevů identifikovat. Přesto se domnívám, že do přehledu faktorů, které mohou kladně ovlivňovat zdraví, důvěra a víra patří. Totéž si myslí i někteří obyvatelé domova seniorů v Luhačovicích. Ze čtyř rozhovorů se ve třech případech ukazuje, že víra hraje u seniorů velmi podstatnou roli a to především ve spojení se zdravím. Klienti uvádějí, že víra je to, co posiluje jejich zdraví, díky čemu se cítí dobře a co je „drží při životě.“

ZÁVĚR

Shrnutím všech kategorií jsem dospěla k následnému závěru, jež by měl Domov pro seniory v Luhačovicích pomoci nejen ke zkvalitnění služeb v některých oblastech, ale zároveň by měl zaměstnancům pomoci lépe pochopit chování některých klientů.

Jak senioři hodnotí kvalitu svého života v domově důchodců? To je téma a zároveň obecná otázka, která byla od samého počátku základem i východiskem kvalitativního výzkumu. I přesto, že Domov pro seniory v Luhačovicích je mi velmi blízký, jak jsem již uvedla v úvodu, některá zjištění byla novým přínosem i pro mě samotnou. V závěru svého výzkumu bych tedy uvedla a vyzdvihla ty údaje a fakta, jež by mohly být přínosem ke zlepšení nejen pro konkrétní domov důchodců, ve kterém se odehrávaly veškeré mé výzkumné kroky, ale i pro další zařízení, jejichž úkolem je pečovat o pohodlí a blaho seniorů.

Doporučení:

- *omezené soukromí* – zařízení jsou kapacitně předimenzována, na jednom pokoji pobývají až čtyři klienti tzn. že možnost soukromí je prakticky vyloučena. Bylo by potřeba zajistit alespoň nearchitektonické řešení k zachování intimity (např. plenty).
- *dezorientace v novém prostředí* – podle mého názoru nejsou klienti před zařazením do zařízení připravováni na změnu prostředí a často je to pro ně psychický šok. Myslím si, že vhodnou variantou řešení by byla bližší spolupráce se sociálním pracovníkem před umístěním do příslušného zařízení, v tomto případě do Domova pro seniory v Luhačovicích.
- *nedostatečná komunikace mezi klienty a sociálním pracovníkem* – sociální pracovnice by měla častěji naslouchat svým klientům, diskutovat s nimi o problémech, které je tíží, popřípadě zavést pravidelné „komunikační kroužky nebo sezení“, kde by se zabývali tím, co klienty zajímá, co by chtěli vylepšit apod.
- *ztráta motivace* – myslím si, že klienti nástupem do Domova pro seniory v Luhačovicích ztrácejí motivaci tím, že se nespolutodílejí na zlepšování a

spoluzodpovědnosti kvality poskytované péče, ale dostávají se do pasivní role a tím pádem přenechávají veškerá rozhodnutí na samotném zařízení.

- *práce ve stresu při zajištění péče* – v Domově pro seniory v Luhačovicích je velký nedostatek v počtu zaměstnanců, konkrétně ošetrovatelek, které dbají o veškerou běžnou denní péči klientů. Chronický nedostatek personálu tak způsobuje vystavování se stresovým situacím, což se odráží v psychickém stavu klienta. Domov pro seniory tedy potřebuje a vyžaduje navýšení počtu zaměstnanců, aby tak nedocházelo ke stresovým a unáhleným situacím, na základě kterých dochází k nedostatečné komunikaci ze strany personálu z hlediska časové tísně a přepracovanosti.
- *prostorové nedostatky* – původní účel budovy neodpovídá současným požadavkům, jelikož jak jsem již uvedla v úvodu své bakalářské práce, původně byla budova využívána jako kojenecký ústav a pro tyto účely byla budova k tomu i přizpůsobena, s čímž souvisí následující bod.
- *bariéry* – budova není přímo vhodná pro osoby na vozíčku, jelikož lidé s handicapem by měli být umístěni v přízemí objektu, ovšem v Domově pro seniory jsou zcela běžně umístěni klienti na vozíčku do pater. Rovněž se mi jeví za nevhodné pokoje klientů, které působí velmi stísněně a dveře, které by měly být široké tak, aby v případě požáru byli klienti vyvezeni na chodbu, tomu vůbec neodpovídají.
- *nedostatečné vybavení pro imobilní klienty* - i přesto, že domov byl nedávno vybaven polohovacími lůžky, celkově se mi zařízení pro ležící klienty „trvale upoutané na lůžku“ jeví za zcela nevyhovující, jelikož je za potřebí vybavit prostory celkově tak, aby prostředí nepůsobilo depresivně, ale naopak klientům poskytlo „příjemný nový domov.“
- *chybí obměna aktivit* – domov pro seniory by se měl především pokusit o organizaci výletů či akcí do jiných míst než doposud, jelikož většina klientů postrádá něco „nového.“
- *nediferencované umístění klientů* – je zcela běžné, že klient „trvale upoutaný na lůžku“ je umístěn s klientem soběstačným. Takto rozlišní

klienti mají pak narušený běžný denní režim, jelikož klient nesoběstačný si vyžaduje zcela jiný přístup a zvláštní režim.

Co mi výzkum přinesl:

Úplným závěrem lze podotknout, že výsledky výzkumu, které z rozhovorů vybraných klientů vycházejí, naplnily mé očekávání. Doporučení, která z rozhovorů vyplynula, mi potvrdila, že v Domově pro seniory v Luhačovicích je celá řada nedostatků, nad kterými je potřeba se zamyslet a uvážit, jak dojít k jejich zlepšení.

Prostřednictvím blízkého kontaktu s některými klienty mi výzkum poskytl zejména hlubší pochopení některých obyvatel žijících v domově pro seniory a na závěr se mi nabídla myšlenka, jestli se obecně domovům důchodců věnuje dostatečná pozornost nebo zůstávají opomíjeny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DŽUKA, J.; DALBERT, C. *Model aktuální a habituální subjektivní pohody*. In *Československá psychologie*. 2002.
- GLOSOVÁ, D. A KOL. *Bydlení pro seniory*. 1. vydání. Brno: ERA, 2006. ISBN 80-7366-057-1.
- GOJOVÁ, A. *Senioři ve společnosti a jejich autonomie pohledem sociálních pracovníků*. 1. vydání. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě: František Šalé – Albert, 2004. ISBN 80-7326-068-9.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál
- HOLMEROVÁ, I.; JURÁŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. doplněné vydání. Čals, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
- HOTÁR, V. S.; PAŠKA, P.; PERHÁCS, J. *Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 2000. ISBN 80-08-02814-9.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006.
- JOHNOVÁ, M.; ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha: MPSV, 2003. ISBN 80-86552-45-4.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8.
- KOVÁČ, D. *Kvalita života – naléhavá výzva pro vědu nového století*. In *Československá psychologie*. 2001. ISSN 0009-062 X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- LANGMEIER, J.; LANGMEIER, M.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyziologie*. 2. vydání. Praha: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2002. ISBN 80-7319-016-8.
- MAŇÁK, J.; ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.

MAREŠ, J. A KOL. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 1. vydání. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-866633-65-9.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

PETŘKOVÁ, A. *Gerontagogika – úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0879-1. (brož.).

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000-2001. ISBN 80-716-9828-8.

SÝKOROVÁ, D.; CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vydání. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě: František Šalé – Albert, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

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

ŠVEC, V. *Pozvání do metodologie pedagogického výzkumu. Pracovní sešit*. 231. publikace. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-121-9.

TOKÁROVÁ, A. *Sociální práce. Kapitoly z dějin, teorie a metodiky sociální práce*. Prešov: FF PU, 2002. ISBN 80-8068-086-8.

VOHRALÍKOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4218-2. (brož.).

Internetové zdroje:

<http://www.pecujici.cz/publikaceonline.shtml>

<http://www.mpsv.cz/cs/1072>

<http://www.luhacovice.cz/page/5811.senior-2004/>

PŘÍLOHY

1) KLIENT

- 1) Počasí.
- 2) Věk 83 let.
- 3) Jak doma, tady se mi celkem teda líbí (kdyby tak to zdravotníčko lepší sloužilo).
- 4) Viz 3.od.
- 5) Pořád mě něco těší, ale mám největší radost z hudby, stále se zdokonaluji a pak taky práce – všechno si uklidím.
- 6) To zdravotníčko a bylo by hezké, kdyby se lidé měli víc rádi, neubližovali si.
- 7) Já byl vždycky skromnej člověk.
- 8) O tom, co hezkého jsem prožil.
- 9) Sestřičky - jsou tady moc hodné a kdyby se ten můj zdravotní stav zlepšil.
- 10) No to počasí je pro mě zabiják.
- 11) Dobře. Pomáháme si a nikdy jsem se sám necítil, mám koníčky od mládí.
- 12) S babičkami si zazpívám.
- 13) Rodinu prakticky nemám...nemůžu říct, že bych po nich něco potřeboval (lidé z manželčiny strany).
- 14.) Mě nebaví tanec a ten jsem se musel naučit...teď už to ale nejde prostě.
- 15.) Dřív jsem rád chodil do divadla.
- 16.) Na popovídání...snažím se, abych vypadal.
- 17) Já tu péči nepotřebuji...ale na ty ležáky, s tím to mám personál těžké.
- 18) A děláme tady taky často legraci. Sestry jsou tady výborné, ale sou chudery. Dřív to bylo dobrý, ale teď tady posílají jen ležáky a všechny je přebalovat, pořád kolem nich běhat, takže tam by bylo potřeba to opravdu vyřešit. Mělo by se to rozdělit na ty, co jsou schopni se o sebe postarat a na ty neschopné.
- 19) To ano. ..prakticky já už nikam nejdu. Tak někdy se to ohlásí dopředu i týden a někdy se i zapomene.

23) Tak v tomhle jsem velice spokojený. A tohle všechno jsem si dělal sám – tuhle skříňku, přihrádku na klávesy, harmoniku, ale housle jsem už dal pryč. Ale některé pokoje by to i větší chtělo, je potřeba i soukromí.

24) Že jsem se dostal mezi lidi. Nemůžu říct, že by mi to něco vzalo, to ne. Co víc si můžu kromě toho zdraví přát?

25) Já už ani nějaké speciální přání nemám, snad už je to abych dožil...a všem tady v zařízení, aby se tolik nenadělali.

2) KLIENTKA

- 1) Dobré...to počasí. Bolí mě noha a 6krát mě stěhovali.
- 2) 69 let...tak musím zaklepat
- 3) Zvykla jsem si.
- 4) Jsem spokojená (důležitá osoba Růženka), už jsem si zvykla a ani už nemám kam jít, už nemám domov, tady mám domov.
- 5) Vykládáme si, navzájem si pomáháme
- 6) Nechávám si to v sobě. Když bolí hlava, tak si to řeknu, že to přejde a řeknu to jen Růžence
- 7) Ale po ničem. Aby nám bylo dobře a měli se rádi.
- 8) Ne to ne.
- 9) O synovi.
- 10) Když je venku hezky, svítí sluníčko, když si povídáme, sestřičky jsou hodné...
- 11) Syn – potěší mě, ale většinou nemá čas.
- 12) Když mi některá něco řekne, tak to urazí
- 14) Modlíme se...dnes jsme si kreslili, hledali města na mapě...
- 15) Ne! Jsem spokojená. Tak už nemám kam jít, jsem ráda, že jsem tady.
- 16) Syn
- 17) Díváme se na TV, cvičíme.
- 18) Neví.
- 19) Někdy si popovídat, to jo.
- 20) Věnují se dostatečně, sestřičky jsou hodné – každý den za námi chodí dvě děvčata.
- 21) Ano.
- 22) Dobře vaří, sním všechno.
- 23) Ale ano, dobré je to.
- 24) Tak nevím no. Jsem spokojená.
- 25) Ale tak já už nic, jsem spokojená

3) KLIENTKA

- 1) Celkem dobře.
- 2) 83 let.
- 3) Jsem si zvykla.
- 4) Střídavě. Někdy jsou problémy – ukládání na bok, aby netrnuly ruce, aby to nebolelo.
- 5) Návštěva zdravotní sestry.
- 6) Vždycky někdo pomůže.
- 8) O zdraví.
- 11) Kdyby se zlepšil zdravotní stav.
- 15) Ne.
- 16) Spolupracovníci, z rodiny sestra, kamarádi.
- 17) Ráda jsem chodila na koncerty do lázní, na kolonádu.
- 19) Radši jsem sama – mám klid, ten druhý má různé návyky, mám ráda soukromí.
- 20) Jsem spokojená.
- 22) Mám vývod, krmení sondou.
- 23) Dobrý.
- 25) Aby se zlepšil stav.

4) KLIENTKA

1) Dobře. Ráno sice nešťastná – pomohla jsem se a museli mě přebalovat. A počasí. Ale děvčata jsou tady hodné, protože to nedávají najevo, když se pomochím. Se službami jsem spokojená.

2) 82 let.

3) Byla jsem vystrašená. My jsme vlastně takové miminka.

4) Doma jsem ležela sama. Doma jsem byla nešťastná. Tady mi dali chodítka, sestřička mi několikrát ukázala, jak se s ním chodí a za pár dní už jsem chodila alespoň s pomocí toho chodítka – je to velká pomoc

5) Když přišly děti. Ale zabavím se i sama, nikdy se tady nenudím. Kdybych ale tak mohla chodit...myslí mi to dobře. A taky strašně ráda čtu.

6) Já se snažím netrápit. Tak někdy mě napadají chmurné, to asi každého. Teď čtu i hodně literatury o zdraví. Dříve se nebraly hormonální tablety po přechodu, ale teď už ano, jenže za komunistů se o tom nemluvalo. Tím si to moje tělo bralo vápník z kostí a tím pádem mám odvápněné kosti. Ale taky jsem si to zavinila sama – těžce jsem pracovala, děti mi říkaly „generál.“

7) Chodit. To mi strašně moc chybí, chodila bych opravdu hodně.

8) Přeháněla jsem práci. Myslím, že děti jsem vychovala dobře.

9) Dříve jsem ráda chodila do divadla, ráda se hezky oblékala, ráda se starala o rodinu, o chod domácnosti.

10) Že jsou zdravé děti.

11) Nic. Ale kdyby to skřípalo v rodině – to by mě mrzelo.

12) Ona je úplně hluchá, takže vůbec spolu nemluvíme.

13) Tady se moc povídat nedá. Alespoň se procházím s chodítkem po chodbě.

14) Párkrát mě to napadlo. Dcera totiž bydlí ve Zlíně.

15) Každý týden a mám i telefon.

16) Ne.

17) Vaří tady dobře – stačí mi klidně poloviční porce.

18) Líbí se mi tady velice. Mám tady hodně světla na pletení, na čtení. Tady jsem spokojená.

19) Mně to jedině pomohlo.

20) Kdybych mohla chodit.