

Well-being hospitalizovaných seniorů

Anna Divínová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Divínová**
Osobní číslo: **H19009**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Well-being hospitalizovaných seniorů**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti well-being, stáří a hospitalizace seniorů.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- CABAN, P. Well-being seniorov v kontexte fyzického i duševného zdravia a spirituálnej dimenzie. *Stárnutí 2016* [online]. Praha, 2016, s. 32-36. ISBN 978-80-87878-22-4. Dostupné z: https://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2016_sbornik.pdf#page=32
- KELLER, S. What does mental health have to do with well-being? *Bioethics*. 2020, vol. 34, no. 3, pp. 228-234. ISSN 0269-9702 DOI: 10.1111/bioe.12702.
- KUBZANSKY, L. D., J. C. HUFFMAN et al. Positive Psychological Well-Being and Cardiovascular Disease: JACC Health Promotion Series. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018, vol. 72, no. 23, pp. 3012-3026. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.07.042
- PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
- PTÁČKOVÁ, H., R. PTÁČEK a kol. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. 184 s. ISBN 978-80-271-0876-3.
- VÁGNEROVÁ, T. a kol. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum, 2020. 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sylvie Chvatíková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na osobní pohodu (tzv. well-being) seniorů hospitalizovaných v nemocničním zařízení. V teoretické části je pozornost věnována oblasti stárnutí, stáří, hospitalizaci, potřebám seniora a náležitostem, které je potřeba si uvědomit při péči o geriatrického pacienta, oblasti well-being a související kvality života. Praktická část se zabývá vyhodnocením výsledků výzkumu realizovaného na oddělení Centra klinické gerontologie ve vybrané nemocnici zlínského kraje. Hlavním cílem bylo porozumět prožívání osobní pohody (well-being) hospitalizovaných seniorů. Výzkum byl proveden u tří participantů kvalitativní metodou formou polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, gerontologie, geriatrie, adaptace, well-being

ABSTRACT

This Bachelor thesis focuses on the personal well-being (so-called well-being) of seniors hospitalized in a hospital. In the theoretical part, the attention is paid domain of aging, old age, hospitalization, senior needs and essentials that need to be aware of when caring for the geriatric patient, domain of well-being and related quality of life. The practical part deals with the evaluation of research results realized in a geriatric ward in selected hospital in the Zlín region, the main goal was to understand the personal well-being of hospitalized seniors. The research was conducted with three participants using a qualitative method in the form of semi-structured interviews.

Keywords: aging, old age, gerontology, geriatrics, adaptation, well-being

Poděkování

Velmi děkuji mé vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Sylvii Chvatíkové, za její přístup, podporu i trpělivost. Dále také personálu vybrané nemocnice ve Zlínském kraji za umožnění výzkumu, všem participantům, kteří se na něm ochotně podíleli, za jejich čas a výdrž navzdory zdravotnímu stavu i osobnímu rozpoložení, za jejich důvěru a úslužnost sdílet semnou vlastní příběhy a prožívání. Neméně děkuji své rodině, přátelům a blízkým, kteří mi byli po celou dobu tou největší oporou.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ | 13 |
| 1.1 VYMEZENÍ POJMU STÁRNUTÍ | 13 |
| 1.2 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ..... | 14 |
| 1.2.1 Periodizace stáří | 14 |
| 1.2.2 Senior a seniorský věk | 15 |
| 1.2.3 Změny ve stáří..... | 16 |
| 1.2.4 Adaptace na stáří | 17 |
| 2 GERONTOLOGIE A GERIATRIE | 20 |
| 2.1 ZDRAVÍ A NEMOC | 20 |
| 2.1.1 Adaptace na nemoc | 21 |
| 2.2 GERONTOLOGIE A GERIATRIE | 22 |
| 2.2.1 Adaptace na hospitalizaci..... | 25 |
| 2.2.2 Potřeby seniorů..... | 27 |
| 3 WELL-BEING | 30 |
| 3.1 DIMENZE A DĚLENÍ WELL-BEING | 31 |
| 3.1.1 Subjektivní well-being | 33 |
| 3.1.2 Psychologický well-being | 34 |
| 3.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ WELL-BEING | 34 |
| 3.3 WELL-BEING A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ..... | 35 |
| 3.4 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ | 37 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |
| 4 METODIKA VÝZKUMU | 39 |
| 4.1 POPIS PŘEDVÝZKUMU | 39 |
| 4.1.1 Výzkumný soubor v předvýzkumu | 39 |
| 4.1.2 Sběr dat a organizace předvýzkumu | 40 |
| 4.1.3 Důležité poznatky plynoucí z předvýzkumu..... | 41 |
| 4.2 POPIS VÝZKUMU | 43 |
| 4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE | 43 |
| 4.4 METODA A TECHNIKA SBĚRU INFORMACÍ | 43 |
| 4.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU | 44 |
| 4.6 ORGANIZACE VÝZKUMU..... | 45 |
| 4.7 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ | 46 |
| 5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ | 47 |
| DISKUZE | 73 |

| | |
|--|-----------|
| ZÁVĚR | 74 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 76 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 79 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 80 |
| SEZNAM TABULEK..... | 81 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 82 |

ÚVOD

Pojem well-being je poměrně novodobé téma, jehož zkoumání nejvíce vrcholí v současných třech desetiletích. Někdy bývá zaměňováno jinými slovy jako například: „osobní pohoda“, „štěstí“, „životní spokojenost“, „úspěšný vývoj“, „rozkvět“. Spojován často bývá také s kvalitou života. Jedná se o odvětví pozitivní psychologie, která se orientuje na kladné a příznivé stránky lidské osobnosti a psychiky. Její uplatnění v pomáhajících profesích vzrůstá na významu. Osobní pohoda v sobě zahrnuje celou řadu hodnotících prvků: smysl života, adaptace, autonomie, osobní růst, frekvence pozitivních a negativních emocí, celkové hodnocení kvality života, spokojenost a další. Řada dosavadních výzkumů vyloučila vztah mezi sociodemografickými údaji a osobní pohodou, a naopak potvrdila spojitost s osobností jedinců. Blatný (2020, s. 36) ve své literatuře uvádí: *„Podrobná analýza vztahů mezi osobností a jejími úrovněmi k osobní pohodě tak může vést k lepšímu pochopení prožitku štěstí a napomoci tak vytváření intervenčních strategií vedoucích k zlepšení života člověka a jeho spokojenosti.“*

Z hlediska historického vývoje prošlo medicínské vnímání zdraví a nemoci významnou obměnou. V biomedicínském modelu byla veškerá pozornost věnována čistě tělesné stránce člověka. Model zohledňoval hlavně biologické potřeby a kladl si za cíl úplné uzdravení člověka. Navzdory svému poutavému záměru byl přístup k pacientovi neosobní a jedinec byl chápán spíše jako diagnóza, kterou je potřeba vyléčit. Oproti tomuto modelu stojí v dnešní době model humanistický, který je někdy díky své komplexnosti nazýván také jako celostní (Kalvach, 2019). Vychází z holistického přístupu k člověku a tělo i duši vnímá jako dvě neoddělitelné substance. Podstatou moderního ošetrovatelství je vnímání a respektování člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytosti se svými potřebami, které uspokojuje na úrovni tělesné, psychické, sociální i duchovní. Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky částky 6 z roku 2021 jsou zmíněny principy humanismu. Mimo úctu k životu a lidské důstojnosti, rozkvět člověka a jeho schopností či práva na svobodu je zmíněno také právo na štěstí. Za zmínku stojí jistě uvést definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která v sobě zahrnuje pojem well-being a zdraví ve své komplexnosti definuje jako: *„stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoli pouhé nepřítomnosti nemoci či vady“* (Česko, 2021, s. 11).

K výběru tématu mé bakalářské práce mně vedlo hned několik důvodů. Prvním z nich je právě bio-psycho-socio-spirituální přístup v ošetrovatelství, který vnímá člověka jako jedinečnou bytost. Svou práci jsem proto zaměřila na celistvé zkoumání všech těchto

komponent za účelem pochopení prožívání osobní pohody u hospitalizovaných seniorů. Druhým podnětem k tématu byla současně celosvětově přítomná situace, kdy vlivem pokroku medicíny dochází k nárůstu seniorské populace a prodlužování délky života, což s sebou mnohdy přináší také vyšší potřebu zdravotnické a ošetrovatelské péče a také zvyšování počtu hospitalizovaných seniorů v nemocnicích. Věkovou kategorii stáří jsem zvolila díky vlastní zkušenosti se seniory ve zdravotnickém zařízení i mimo něj. Vykonávání dobrovolnictví v domově pro seniory, odborná praktická stáž v Berlíně v Seniorenpflegeheim Bischof-Ketteler Haus stejně jako odborné praxe na různých odděleních, kde jsem se se seniory potkávala, ve mně vypěstovaly obrovský vztah k této etapě života. U hospitalizovaných seniorů jsem pozorovala nejen potřebu, aby bylo postaráno o jejich tělesnou stránku, nýbrž i o tu psychickou. A to představovalo moment, kdy jsem se rozhodla se tématem celkové osobní pohody více zabývat. Stáří je nedílnou součástí našeho života. Vnímání této etapy života je zcela individuální, odvíjí se od osobnosti jedince, jeho zkušeností, schopnosti adaptace, vyrovnávání se, vliv mohou mít předsudky o stáří, míra zdraví nebo také sociální opora rodiny a blízkých. Toto období moudrosti může být krásné, zároveň to však může pro některé jedince představovat psychicky náročné období změn. Senior se musí vypořádávat kupříkladu se změnou zdravotního stavu, různými omezeními, ztrátou partnera či jiných blízkých, s pocitem osamělosti, zbytečnosti nebo bezmoci často v souvislosti se ztrátou soběstačnosti. Odchod do institucionálního zařízení a adaptace na něj může být další z velkých změn v životě seniora.

Ve své práci jsem se proto zaměřila na výzkum osobní pohody u pacientů hospitalizovaných na geriatrickém oddělení. Výzkum je proveden kvalitativní metodou technikou polostrukturovaných rozhovorů a jeho účelem je pochopit prožívání osobní pohody (well-being), nalézt příčinné souvislosti a faktory ovlivňující osobní pohodu při hospitalizaci seniora v nemocničním zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutí a stáří představují očekávanou, ireverzibilní a biologicky specifickou část lidského života, která se odlišuje svým časovým nástupem, mírou i rozsáhlostí involučních změn a bývá výsledkem mnoha faktorů, které tyto změny ovlivňují. Mezi významné činitele patří genetická dispozice, prodělané choroby, životní styl, vnější a sociální prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a žije, a také souhrn dosavadních životních poznatků a zkušeností (Dvořáčková, 2012; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

1.1 Vymezení pojmu stárnutí

Stárnutím se označuje fyziologický dynamický celoživotně probíhající proces doprovázený řadou funkčních změn, které se promítají v rovině tělesné, psychické i sociální. Můžeme říct, že se jedná o nezvratný bio-psycho-sociálně-spirituální proces, jehož průběh není soudržný ani přímočarý. Při fyziologickém stárnutí bývají patrné typické projevy stárnutí (tzv. stařecký fenotyp), patologickým stárnutím se rozumí nežádoucí stav, kdy je stárnutí patologicky urychleno (Příbyl, 2015; Ptáčková, Ptáček a kol. 2021). Mühlpachr (2017) ve své publikaci uvádí, že na stárnutí může být také pohlíženo jako na společenský fenomén, který se dotýká nejen stránky sociální, ale i ekonomické.

Celosvětově dochází k nárůstu seniorské populace a prodlužování délky života, což je dáno rozvojem medicíny a kvalitně poskytované péče o zdraví, zlepšováním životních i pracovních podmínek. Zároveň dochází ke snižování porodnosti často jako výsledek ovlivněný oddálením plánování rodičovství. Pokud porovnáme údaje různých publikací, můžeme pozorovat kontinuální nárůst starší populace, která je charakterizována jako populace tvořící více než 7 % občanů nad 65 let. Už v roce 1950 v České republice tento podíl tvořil 7,8 %, v roce 2000 dosáhl 13,8 %, rok 2006 zařadil ČR mezi země s vysokým počtem seniorů převažujícím nad počtem dětí, v roce 2015 vzrostl počet osob nad 65 let na 18,7 % obyvatel a dále se předpokládá nárůst do roku 2030 o dalších 5-7 % a do roku 2050 dokonce až na 33 %, přičemž se předpokládá, že se bude zvyšovat i počet velmi starých osob nad 80 let (Mühlpachr, 2017; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021; Wernerová, Zvoníková, 2016; Hudáková, Eliášová a kol., 2017).

Čevela, Čeledová a kol. (2014) rozdělují stárnutí do tří možných podob:

Úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří – ekonomické i sociální podmínky jsou příznivé, zdravotní, funkční i psychický stav seniora umožňuje jeho seberealizaci a spokojenost, na

stáří je adekvátně adaptován, účastní se různých aktivit, prostředí i podmínky jsou uzpůsobeny k jeho růstu.

Obvyklé stárnutí a stáří – mezi výše zmíněnými položkami se vyskytuje nerovnováha, společně se zhoršeným zdravím či změnou vlastních potřeb se začíná objevovat nespokojenost, absence participace, seberealizace nebo její nedostatečnost.

Patologické stárnutí – adaptace, seberealizace, spokojenost i ostatní položky jsou oproti vrstevníkům zhoršeny, zdravotní a funkční stav progreduje dříve či výrazněji oproti vrstevníkům, deficity nalézáme v soběstačnosti, komunikaci, plnění rolí, senior často rezignuje na situaci.

1.2 Charakteristika stáří

Pro vysvětlení pojmu **stáří** existuje mnoho definic, většina autorů se však shoduje na vnímání stáří jako konečné etapy lidského života nebo dovršení poslední vývojové fáze v ontogenezi člověka. Stáří je výsledkem stárnutí a je doprovázeno nejen involučními změnami, ale také změnami v oblasti osobnostní a psychické, kdy dochází k vyžívání jedince, uvědomění si smyslu života, přijetí vlastního života i jeho konce, vyrovnávání se všemi zdary i neúspěchy, radostmi i zklamáním. Zatímco časový nástup stáří se všemi jeho změnami je pro každého člověka zcela individuální, horní věková hranice stáří je ostře vymezena smrtí (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021; Sak, Kolesárová, 2012).

1.2.1 Periodizace stáří

Stáří nejčastěji dělíme na kalendářní, biologické a sociální.

1. **Kalendářní stáří** (též *chronologické*) je časově definovatelné období dané dosažením určitého věku, které však nemusí vypovídat o skutečném funkčním a zdravotním stavu člověka, jeho potenciálu ani soběstačnosti. Autoři Dvořáčková (2012), Příbyl (2015) a Ptáčková s Ptáčkem a kol. (2021) ve své literatuře uvádějí periodizaci lidského věku dle Světové zdravotnické organizace: 60-74 let: rané stáří (vyšší věk), 75-89 let: vlastní stáří (stařecký věk), 90 a více let: dlouhověkost.

Příbyl (2015) se však raději přiklání k tomuto rozdělení: 65-74 let: mladí senioři, 75-84 let: staří senioři, 85 let a více: velmi staří senioři. Toto rozdělení podporují také odborné články Wernerové se Zvoníkovou (2016) nebo Hudákové s Eliášovou a kol. (2017), které hovoří v souvislosti se spodní věkovou hranicí stáří o čísle 65.

2. **Biologické stáří** vyjadřuje celkový stav organismu a míru involučních změn, které nemusí být úměrné věku kalendářnímu. Podílejí se na něm genetické procesy a životní styl každého jedince, přítomnost chorob, působení zevních vlivů (životní a pracovní prostředí, klima, rodinné a finanční zázemí, bydlení...) a ve velké míře také psychický stav seniora (zda sebe a svůj život vnímá kladně či naopak negativně, zda je vyrovnaný, sociálně izolovaný, jak se adaptoval na stáří, případně na nemoc apod.).
3. **Sociální stáří** je spojeno se sociálními událostmi v životě seniora jako např. odchod do důchodu, změna životního stylu, změna potřeb ve stáří. Velmi často se může vyskytovat maladaptace na toto období, pocit strachu z nesoběstačnosti, nepotřebnosti, nedostatečné ekonomické zajištění, osamělost, smutek ze ztráty partnera, ztráta společenské prestiže, projevy ageismu až záměrná sociální izolace seniora.

Pro život po 60. roce se používá také pojem „třetí“ a „čtvrtý“ věk. Třetí věk doprovází pokles produktivity člověka s jeho současným odchodem do penze. Zároveň však označuje nezávislý, činorodý, finančně zabezpečený a soběstačný život ve stáří, jenž by měl být vyvrcholením osobnostního růstu člověka. Čtvrtý věk naopak charakterizuje omezení a nutnost zajišťování základních potřeb jinými osobami a často proto bývá nazýván jako fáze závislosti. Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) ve své knize Úvod do gerontologie však naznačují, že pojem čtvrtý věk může mylně vyvolávat pocit nevyhnutelnosti a nepřívětivého závěru života. Přitom toto údajně bolestné období nemusí být nutně zapříčiněno věkem, jak se v názvu „čtvrtý věk“ používá, nýbrž především nemocemi postihujícími člověka. Navíc dle Světové zdravotnické organizace (WHO) lze naše zdraví ku prospěchu podpořit a stárnout aktivně a s úspěchem. Dále se také používá pojem „funkční věk“, který je dán skutečným funkčním potenciálem člověka a zahrnuje v sobě rysy biologické, sociální i psychologické (např. změny psychiky ve stáří, odezva na stáří, osobnost seniora...) (Příbyl, 2015; Wernerová, Zvoníková, 2015).

1.2.2 Senior a seniorský věk

Psychologický slovník charakterizuje seniora jako osobu starší 60 let (Dvořáčková, 2012). Slovník cizích slov seniora definuje jako příslušníka starší věkové kategorie, člena sboru požívajícího zvláštní úcty nebo staršího ze dvou lidí stejného jména. Z výzkumů uvedených v Příbylově literatuře (2015) vyplývá, že v 75 % případů lidé hodnotí seniorský věk dle

fyzického stavu člověka, nikoli dle kalendářního věku (pouze v ¼ případů). **Z hlediska funkční zdatnosti** (použitelné i pro orientační hodnocení geriatrické křehkosti) autor rozděluje seniory tímto způsobem: **1) senioři elitní** – schopni extrémních výkonů, **2) senioři zdatní** – aktivní ve sportu i v práci, jsou v dobré duševní i tělesné kondici, **3) senioři nezávislí** – soběstační, avšak s mírnými rezervami, slabší svalová síla, přizpůsobivost i odolnost, **4) senioři křehcí** – mající nedostatky ve funkčním i zdravotním stavu, riziko dekompenzace, problémy s denními aktivitami, nutná péče, **5) senioři závislí** – nutná podpora a dlouhodobá péče od druhých osob, mají nízký funkční a zdravotní potenciál, **6) senioři zcela závislí** – upoutání na lůžko, výskyt imobilizačního syndromu, demence, nutná komplexní péče, bazální stimulace, **7) umírající** – příjemci paliativní péče. Toto rozdělení uvádějí také Čeledová, Kalvach a Čevela (2016).

Obecně je za seniora považován člověk, který je takto označen většinou částí společnosti (Příbyl, 2015).

1.2.3 Změny ve stáří

Involuční změny ve stáří jsou vnějším projevem biologického stáří. Tyto změny se týkají oblasti tělesné, psychické i sociální, přičemž představují propojený komplex, ve kterém na sebe všechny složky navzájem působí. Tělesné projevy stáří označujeme jako fenotyp stáří. Je pro něj typické svráštění kůže a ztráta její pružnosti, šedivění vlasů, chlupů, úbytek kostní hmoty, svalů a svalové síly, opotřebenosti kloubů, snížení tělesné výšky a současná tendence ke zvyšování hmotnosti, snížení psychomotorického tempa, zhoršení paměti, schopnosti konstruktivního řešení situací, smyslové deficity. Člověk se rychleji unaví, potřebuje delší čas na regeneraci a velmi častá je také polymorbidita (přítomnost více nemocí současně). Zhoršení zdravotního stavu může vést ke snížení soběstačnosti a změně vnímání sama sebe, což významně ovlivňuje také psychiku seniora. Stáří bývá spojeno s emočními výkyvy a změnou osobnosti. Může se vyskytnout emoční oploštělost, ztráta zájmu, sebedůvěry, nedůvěřivost, pasivita nebo agrese. U některých se naopak může projevit vyšší míra opatrnosti, trpělivosti, motivace, úsilí či empatie. Výjimkou není ani přítomnost duševních chorob jako jsou demence nebo deprese, které mnohdy mohou vést k sebevražednému jednání. Sociální změny ve stáří souvisejí s omezením sociálních kontaktů, neschopností navazování nových vztahů či udržování starých, senioři mohou mít problém s nadbytkem volného času důsledkem penzionování, s vyrovnáváním se ztráty produktivní role, ztrátou životního partnera nebo jiných blízkých osob (Dvořáčková, 2012; Příbyl, 2015; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

Mimo genetickou predispozici lze vývoj stárnutí v mnoha oblastech ovlivnit. Například skrze výživu bohatou na bílkoviny, minerály, a vitamíny se současným udržováním optimální tělesné hmotnosti, přiměřené hodnoty cholesterolu a cukru v krvi a dostatkem vhodného pohybu lze úspěšně ovlivnit fenotyp stáří. Zůstáváme-li tělesně aktivní, předcházíme mnoha potížím jako například problémům s dýcháním nebo poklesu kondice a díky tomu udržujeme naši soběstačnost. Při psychické pasivitě se začíná zhoršovat paměť, která může vést až ke snaze se distancovat od svých blízkých. Důsledkem sociální pasivity se člověk izoluje od ostatních, stává se duševně pasivní a osamělý. Pokud dojde k pasivitě na spirituální úrovni, člověk ztrácí smysl života, veškerou radost z vlastního bytí i důvod pečovat o sebe sama, a tím dojde k pasivitě na všech úrovních – psychické, tělesné i sociální. Fenotyp stáří ovlivňuje také životní prostředí, podmínky, v nichž lidé žijí, psychika člověka, jeho vnímání sebe sama nebo adaptace na stáří. Podmínkou úspěšného stárnutí je snaha být zodpovědný sám za sebe, vlastním úsilím, motivací a pílí dosahovat stanovených cílů a přání, a nenechat se přemoci mylnou představou o stáří, jakožto období nemoci a bezmoci (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016; Vágnerová, 2020).

1.2.4 Adaptace na stáří

Příbyl (2015, s. 22) ve své literatuře uvádí: „*Příprava na stáří by měla být celoživotním úkolem a zodpovědností každého člověka, úkolem ostatních faktorů (stát, organizace, instituce) je tuto problematiku dostat do povědomí široké veřejnosti.*“ Z toho vyjádření je patrné, že je důležité se s předstihem zabývat možnostmi aktivního života ve stáří, abychom i v seniorském věku mohli kvalitně naplňovat naše potřeby a efektivně se na stáří adaptovat. Tato příprava začíná již rodinnou výchovou v dětském věku, pokračuje úvahou nad ekonomickým zajištěním a životním stylem zhruba 10 let před penzionováním a následně asi 3-5 let před penzionováním je potřeba zvážit úpravy bydlení, dostupnost zdravotní péče, dopravy, volnočasových aktivit, prohlubovat sociální vztahy a podporovat vlastní zdraví. Za jeden z nejvýznamnějších zlomů v životě člověka se považuje právě přijetí stárnutí a odchod do důchodu.

Příbyl (2015) jej popisuje jako proces složený ze 4 fází: 1. fáze – příprava na důchod (analýza možností, snaha nalézat pozitiva), 2. fáze – bezprostřední reakce na změnu (opuštění dosavadního životního stylu, nový styl se teprve tvoří, rozmanité pocity), 3. fáze – deziluze a postupné přizpůsobování (uvědomění si nadmíry volného času, chybění pravidelné činnosti, pocity prázdnoty či nudy, nutnost udržovat kontakty, vyhledávat aktivity), 4. fáze – adaptace na nový životní styl (přivyknutí novému životu, spokojenost).

Neexistuje žádný jednotný postoj pro vyrovnávání se stářím. Každý člověk se adaptuje jiným způsobem, využívá jiné strategie, a ty se v průběhu času prolínají a mění se vnějšími podmínkami. Následující **model adaptace na stáří** představuje 5 různých postojů, kterými může člověk reagovat na tuto etapu života:

- **Konstruktivní strategie** – člověk je na stáří připraven, je vyrovnaný, tolerantní, spokojený a optimistický, udržuje sociální kontakty, žije aktivním životem, posiluje svou soběstačnost, má radost ze života a přehled o svých možnostech a plánech, okolím bývá vnímán jako milý, otevřený, přizpůsobivý
- **Obranná strategie** – člověk odmítá stáří i jakoukoli pomoc, do penze odchází, až když je to pro něj nevyhnutelné, touží mít vše pod kontrolou, mnohdy působí jako konfliktní, obvykle bývá tento postoj přítomen u společensky prestižních lidí
- **Strategie závislosti** – člověk je pasivní, snadno ovlivnitelný, závislý na okolí, má rád svůj klid, odpočinek, pohodlí, vynucuje si pozornost a péči, v pozadí tohoto chování se často skrývá osamělost seniora
- **Strategie hostility** – člověk vystupuje nepřátelsky vůči všemu a všem, bývá mrzutý, samotářský, závistivý, podezřívavý, podrážděný až agresivní s tendencí obviňovat, odchod do penze vnímá spíše jako krivdu
- **Strategie sebenenávisti** – člověk nenávidí sám sebe, zlobí se na sebe, cítí se lítostivý, osamělý, prázdný, bez smyslu života, nemá chuť ani sílu nic dělat, svůj život kritizuje a ve smrti vidí jediné vysvobození

Čeledová, Kalvach, Čevela (2016) ve své publikaci rozdělují adaptaci na stáří ještě na 3 odlišné teorie. Jedná se o **teorii aktivního stáří**, jejíž smysl spočívá ve snaze udržet dosavadní aktivity na nejvyšší úrovni, **teorii substituční**, kdy jsou dle potřeby určité aktivity nahrazovány jinými, a **teorii postupného uvolňování**, v níž je potřeba některých činností postupně zanechávat. Na poslední teorii můžeme pohlížet jako na teorii smíření. Výběr strategie závisí čistě na rozhodnutí seniora, jeho osobnosti, motivaci, životním stylu a zkušenostech. Autoři uvádějí, že pro úspěšnou adaptaci je vhodné přihlídnout k individualitě každého člověka, jeho schopnostem, způsobu života, potřebám a přáním.

Pro úspěšnou adaptaci na stáří existuje model tzv. „**5P**“, obsahující 5 významných položek, které mohou pozitivně ovlivnit přijetí stáří a všeho, co s ním souvisí:

- 1) **perspektiva** – kladný pohled do budoucnosti, péče o životní styl a jeho náplň

2) **pružnost** – zájem o nové věci, otevřenost, vzdělávání se

3) **prozíravost** – chápat věci v souvislostech, zvolit vhodné cíle, kompenzace obtíží a ztrát, ekonomické a sociální zajištění

4) **porozumění** – pěstovat dobré vztahy, myslet optimisticky

5) **potěšení** – mít důvod k radosti, dobrou náladu, užívat si každého dne naplno (Dvořáčková, 2012; Příbyl, 2015; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

2 GERONTOLOGIE A GERIATRIE

2.1 Zdraví a nemoc

Zdraví je pro svou komplexnost poměrně obtížně definovatelná hodnota. Jeho definice se postupně vyvíjela a přepracovávala. V roce 1946 Světová zdravotnická organizace (WHO) uvedla definici zdraví jako: „stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s normálními stresy života, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispět ke své komunitě“ (Jochmannová, Kimplová, 2021, s. 21-22). Tato definice se v současnosti vztahuje na duševní zdraví. O dva roky později následovala více holistická definice zdraví jako: „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestavá se jen z absence nemoci nebo vady“ (Velemínský, 2017, s. 8). V dalších definicích bývá zdraví označeno jako významný prvek napomáhající vyšší kvalitě života, dovednost vypořádat se s určitou poruchou či poškozením a Jochmannová s Kimplovou (2021, s. 23) uvádějí, že spíše než: „nepřítomnost psychického stresu je zdraví chápáno jako schopnost se se stresem adekvátně vyrovnat.“ Vývoj od biomedicínského modelu (zaměřeného na tělesnou stránku, nemoc) k humanistickému modelu (celostní, bio-psycho-sociálně-spirituální model) ukázal, že zdraví není výsledkem ryze fyzického stavu, nýbrž se na něm podílí i psychika a osobnost jedince, jak se cítí, jak vnímá své zdraví či svou nemoc, zda ho jeho okolí podporuje, jaké má sociální vztahy a významnou roli hraje také spiritualita. V souvislosti se zdravím je potřeba zvážit i míru tzv. potenciálu zdraví („dílcí zdraví“), který je dle WHO dán autonomií člověka a jeho zvládnáním se postarat o sebe i ostatní. Jedná se o schopnost adaptace, míru zdatnosti a odolnosti, kterou je zvláště u nemocných potřeba posilovat (Jochmannová, Kimplová, 2021; Kalvach, 2019).

Nemoc je „stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů“ (Velemínský, 2017, s. 22). Je opakem zdraví a každý jedinec ji prožívá jiným způsobem, proto je při péči o nemocného vyžadován individuální přístup a mimo léčbu nemoci samotné potřeba přihlédnout i k bio-psycho-socio-spirituálním komponentám, funkčnímu stavu jedince, jeho soběstačnosti a následné schopnosti seberealizace. Způsob prožívání anebo chronický strach či stres z choroby může sehrát velkou roli ve vzniku nemoci. Jedná se o psychosociální stresor, který je schopen vyvolat psychosomatické onemocnění (Kalvach, 2019; Jochmannová, Kimplová, 2021). Nemoc obvykle zapříčiňuje souhra více faktorů najednou. Příčinou nemoci mohou být vnější vlivy (nevhodný životní styl, výživa, záření, poranění, ovzduší, karcinogeny, patogeny apod.), vnitřní vlivy (genetika, vrozené vývojové

vady, pohlaví, vývojová fáze jedince – stárnutí), psychické vlivy (výše zmiňované obavy, stres, napětí a jiné negativní pocity), mylné vlivy (přehnaná reakce organismu, alergie, tvorba protilátek proti vlastním tkáním), esenciální nemoci s neznámou příčinou či sekundární nemoci vzniklé následkem předešle prodělané choroby. Může mít akutní nebo chronický průběh (Velemínský a kol., 2017).

Pro nemoci ve stáří je charakteristická **polymorbidita (multimorbidita)**, přítomnost více nemocí najednou), jejímž důsledkem bývá **polypragmazio** (užívání velkého množství léků), které mohou způsobit nežádoucí interakce, zesílení, snížení či změnu účinnosti léků. V geriatrici proto platí pravidlo: co není indikováno, je kontraindikováno. Často bývají modifikovány projevy onemocnění tzv. **mikrosymptomatologií** (příznaky nemoci minimální), **oligosymptomatologií** (chybějící příznaky nebo jen několik), **vzdálenými příznaky** (potíže jiného orgánu, než je příčina), **nespecifickými příznaky** (malátnost, slabost), které mohou být příznakem různých onemocnění, a proto je diagnostika i léčba ztížena. Onemocnění často probíhají chronicky a mají tendence se komplikovat. Při hospitalizaci se navíc zvyšuje riziko dekompenzace zdravotního a funkčního stavu, takže například pacient může být uzdraven z nemoci, kvůli které byl hospitalizován, avšak propuštěn může být například s poruchou mobility. Zdravotní stav silně ovlivňuje sociální status seniora, který se může distancovat od ostatních, uzavírat se do sebe, cítit se zbytečný, ukřivděný a osamělý, a to vše může napomoci k negativní adaptaci na situaci (Kabelka, 2018; Poledníková, 2013; Vágnerová, 2020).

2.1.1 Adaptace na nemoc

Adaptaci chápeme jako proces přizpůsobování se a odpovědi na změny. Máme-li se na nemoc správně adaptovat, potřebujeme tuto skutečnost přijmout a naučit se s ní kooperovat. Samotná kvalita našeho života totiž nemusí být nevyhnutelně ohrožena nemocí, nýbrž je mnohdy více ovlivněna našim přístupem k ní. Přestože je v moderním ošetřovatelství člověk chápán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, v institucionálních zařízeních se často zapomíná na význam psychosociální péče. A navzdory poskytování plnohodnotné zdravotní péče výsledek nemusí být tak pozitivní, jako by byl, kdyby byl pacient na nemoc adekvátně psychosociálně adaptován. Adaptaci ovlivňují faktory jako například osobnost jedince, věk, pohlaví, rodinný stav, dosažené vzdělání, povaha a trvání onemocnění, sociální vztahy a opora blízkých a další. Ve vztahu k psychosociální adaptaci a nehledě na povahu omezení (tělesné, smyslové, mentální, pohybové, různé handicap) se autoři Ptáčková, Ptáček a kol. (2021) zmiňují o důležitých pojmech, které doprovázejí nemoci či jiná omezující poškození.

V prvopočátku je člověk vystaven náporu stresujících situací, snaží se s nimi vyrovnat, nadále fungovat nejlepším možným způsobem, splňovat životní role a očekávání. Při výrazném zdravotním omezení, oznámení životu nebezpečné choroby dochází ke krizi, která navzdory svému dočasnému trvání výrazně ovlivňuje chování, myšlení i společenskou rovinu člověka. Následně člověk prožívá pocity ztráty a smutku z nemoci či postižení, může být narušen obraz těla, sníženo sebevědomí a sebeúcta nemocného, což bývá posíleno, pokud je přítomna stigmatizace a diskriminace daného jedince. Jistota a nejistota jsou dalšími důležitými pojmy, které mají vliv na psychosociální adaptaci. Čím vyšší je nejistota v nemoci, tím nižší je schopnost psychosociální adaptace na ni. Pro hodnocení úspěšné psychosociální adaptace má největší význam vnímaná kvalita života. Ta je výsledkem a reakcí na psychosociální adaptaci. Úspěšně adaptovaného jedince můžeme definovat jako osobu, jež se v rámci možností svého zdravotního stavu naučila integrovat svou nemoc do života, fungovat ve vnějším sociálním prostředí, udržuje harmonii svého vnitřního prostředí (pocity, chování, kognice), jedinec spolupracuje a participuje se na denních a společenských aktivitách, přijal své onemocnění, kladně vnímá sebe a své tělo, a je schopen žít plnohodnotným kvalitním životem (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

2.2 Gerontologie a geriatrie

Termín gerontologie pochází z řeckých slov gerón (stařec) a logos (nauka, slovo), doslovně „nauka o starém člověku“. Jedná se o interdisciplinární vědní obor, který se zabývá stárnutím, stářím se všemi okolnostmi týkajícími se stárnoucího člověka a životem ve stáří. Zahrnuje v sobě 3 odlišné disciplíny: **experimentální gerontologie** (teoretická, zkoumá proč a jak živé organismy stárnou), **sociální gerontologie** (zabývá se vztahy mezi seniory a společnostmi, vztahy napříč generacemi, může řešit například souvislosti odchodu do penze, potřebu lékařské, ošetrovatelské či jiné péče, využívá poznatků jiných věd) a **klinická gerontologie** (též **geriatrie**, v roce 1983 ustanovena jako samostatný lékařský obor, zabývá se specifiky zdravotního stavu ve stáří, chorobami, jejich prevencí, diagnostikou a léčbou, zahrnuje v sobě prvky sociální a jejím cílem je celkové zlepšení zdravotního i funkčního stavu, zvýšení potenciálu zdraví, seberealizace, soběstačnosti a také vnímané kvality života) (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016; Vágnerová, 2020).

Geriatrické ošetrovatelství poskytuje služby ambulantní i institucionální formou. Klade si za cíl poskytovat efektivní komplexní péči pro podporu zdravotního stavu, mentální, tělesné, sociální i spirituální pohody u osob starších 65 let. Uspokojuje potřeby nemocných seniorů

na všech úrovních, přičemž přihlíží k individualitě každého člověka. V praxi využívá moderní postupy vycházející z vědecky ověřených výzkumů a zkušeností, dbá na zachování práv pacienta a etických způsobů, zapojuje rodinu do péče a poskytuje jí oporu a edukaci. Samotné ošetřování v geriatrici probíhá metodou ošetřovatelského procesu, který je systematicky schopen skrze jednotlivé fáze procesu (fáze posuzování, diagnostická fáze, fáze plánování, fáze realizace, fáze vyhodnocení) posoudit pacientův stav, určit potenciální a aktuální ošetřovatelské diagnózy a na základě této znalosti naplánovat vhodné aktivity pro saturaci vzniklých potřeb (Krajčík, Dúbrava a kol., 2022; Poledníková a kol., 2013).

Mimo **komplexnost** a holistický přístup k pacientovi je pro geriatrické ošetřovatelství typická **kontinuálnost**, jakožto trvalá návaznost péče (nemocniční péče, domácí péče, denní stacionáře, sociální péče), **diferencovanost** poskytované péče odrážející se od stupně závislosti pacienta (dle WHO rozlišujeme 3 stupně závislosti: lehká, střední, těžká), **preventivnost** (důslednou edukací pacienta a jeho rodiny, předcházení imobilizačního syndromu a dalších geriatrických syndromů), **aktivní přístup** ošetřovatelského personálu vedoucího k motivaci, aktivizaci a vyšší soběstačnosti seniora, **plánovitost** (racionální systematický plán poskytování péče metodou ošetřovatelského procesu) (Krajčík, Dúbrava a kol., 2022; Poledníková a kol., 2013).

V předchozí podkapitole o zdraví a nemoci jsme si vysvětlili pojem potenciál zdraví. Jedná se o schopnost adaptability, zdatnosti a odolnosti. Pokud dojde ke klinickému poklesu této schopnosti, nazýváme stav jako **geriatrická křehkost** (frailty syndrom). Geriatrická křehkost je pokládána za hlavní úkol geriatrici. Potenciál zdraví se týká všech 4 dimenzí člověka: tělesné, psychické, duchovní i sociální, přičemž dekompenzace jedné složky, může vést k rychlé dekompenzaci složek dalších. Geriatrická křehkost negativně ovlivňuje osobní pohodu a chování člověka, jeho autonomii, rozhodování, reakci na zdravotní situaci a fungování v běžném životě. Zvyšuje se potřeba zdravotní a sociální péče, projevují se zdravotní potíže a deficity. K zhoršení zdravotního a funkčního stavu dochází snadno, i malá stresová zátěž (např. zavedení nové medikace) může u pacienta vyvolat rychlou dekompenzaci stavu. Rekonvalescence bývá zdlouhavá, obtížná a mnohdy vlivem zvýšené mortality již neuskutečnitelná (Kalvach, 2019; Krajčík, Dúbrava a kol., 2022; Vágnerová, 2020).

Krajčík, Dúbrava a kol. (2022) zmiňují výsledky výzkumu, které ukázaly, že již lehký stupeň geriatrické křehkosti zvyšuje riziko smrti na 50 % v období pěti let. Varovnými příznaky počínající křehkosti mohou být: pokles BMI a síly stisku ruky o 20 a více procent, snížení

rychlosti chůze a pasivita v činnostech, extrémní únava a vyčerpanost. Pro pozitivní vývoj stavu je zapotřebí včasná diagnostika, určení potenciálu seniora, vytvoření a realizace navrženého plánu za multidisciplinární spolupráce, aktivní participace a motivace pacienta.

Jak hovoří Kabelka (2018), syndrom sice nelze vyléčit, lze ho však intervenovat. Jako křehké seniory označujeme zranitelné jedince s nízkou úrovní soběstačnosti, vysokou rizikovostí a rozvojem závislosti na péči (Čevela, Čeledová a kol., 2014; Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016; Kalvach, 2019; Krajčík, Dúbrava a kol., 2022). Ptáčková, Ptáček a kol. (2021) ještě definují pojem „**geriatrický pacient**“, jakožto specificky vymezeného seniora hodnoceného svým funkčním stavem a křehkostí, souvisejícími zdravotními a funkčními problémy. Nespecifické příznaky dekompenzace označujeme jako „**geriatrické syndromy**“ nebo „**geriatrické obří**“. Jedná se o typická onemocnění, komplikace a projevy, které vznikají především při dlouhodobé hospitalizaci. Je pro ně příznačná chronicita, multikausalita, složitá léčba s požadavkem na vysoké finanční náklady a náročnou ošetrovatelskou péči, vedou k odkázanosti na péči, zhoršení sebeobsluhy a poklesu kvality života. Řadíme mezi ně instabilitu (nestabilita, pády), imobilitu (narušení pohyblivosti, nepohyblivost), intelektové poruchy (demence, deliria, deprese, zmatenost), inkontinenci (samovolný únik moče, stolice) a iatrogenní poškození (nežádoucí účinky léků např. polypragmazií, hospitalismus). Krajčík, Dúbrava a kol. (2022) hovoří i o dalších syndromech odvozených od písmena I: infection (infekce), isolation (izolace), inanition (problémy s výživou), insomnia (nespavost), impotencia (neschopnost soulože, dysfunkce erekce), impecunity (chudoba), immune deficiency (poruchy imunity), irritable colon (dráždivý tračník), impairment of vision and hearing (poruchy zraku a sluchu). Řadíme zde právě i geriatrickou křehkost, která se na vzniku disability podílí. Dalšími geriatrickými syndromy doprovázejícími stárnutí jsou nechutenství, narušená termoregulace, přítomnost dekubitů, změny v chování a maladaptace, závislost na péči jiné osoby, osamocení, nefunkční rodina, týrání či zneužívání seniora, časté úrazy nejčastěji důsledkem pádů a absence soběstačnosti (Čeledová, Kalvach, Čeleda, 2016).

Pro zhodnocení zdravotního a funkčního stavu se obvykle využívá komplexní geriatrické vyšetření (KGV), kterým geriatr zjišťuje tělesné a mentální zdraví především u křehkých a rizikových pacientů. Tvoří základ pro vytvoření individuálního plánu poskytování péče a navzdory své časové a obsahové náročnosti dokáže včas odhalit potencionální problémy, řešit aktuální potíže a zabránit zhoršení stavu. Využívá nejrůznější vyšetření, dotazníky a testy k odhalení disability a míry soběstačnosti (ADL – Activities of Daily Living, IADL –

Instrumental Activities of Daily Living, FIM/FAM test pro měření funkční kapacity a nezávislosti, DAD – Disability Assessment for Dementia, BADLS – Bristolská škála aktivit denního života), geriatrické křehkosti (FRAIL – Škála křehkosti), tělesné kondice a rizika pádu (SPPB – Short Physical Performance Battery, Time Up and Go test – tzv. test „vstaň a chod“, různé zátěžové testy a testy rovnováhy), stavu výživy (MNA – Mini-Nutritional Assessment, BMI 24-29 kg/m, antropometrická měření v oblasti nedominantní paže, měření tloušťky kožní řasy), demence (Folsteinův test – MMSE - Mini Mental State Examination, Montrealský kognitivní test - MoCA – Montreal Cognitive Assessment, Clock draw test – test kreslení hodin, Three-item recall – tříbodový test, Animal naming test), deprese (GDS – Geriatric Depression Scale, PHQ-9 – Patient Health Questionnaire) či delirium (CAM - Confusion Assessment Method). Komplexní geriatrické vyšetření dále zjišťuje sociální okolnosti (osamělost, sociální izolace, bydlení, zda je rodina schopna se o seniora postarat, podporuje rodinu a blízké), reviduje účinnost léčby a seniorem užívané léky v prevenci polypragmatie, hodnotí bolest (VAS – Vizuální analogová škála, Škála obličejů bolesti, Melzackova škála, Mapa bolesti, PAINNAID – hodnocení bolesti pro osoby s demencí), smyslové poruchy, inkontinenci, sexualitu, duševní pohodu a duchovní potřeby, hodnoty, vnímání sebe sama a také subjektivní hodnocení kvality života (Kabelka, 2018; Krajčík, Důbrava a kol., 2022).

2.2.1 Adaptace na hospitalizaci

Odchod do ústavní péče bývá pro seniory velmi náročným obdobím. Oproti mladším jedincům se hůře vyrovnávají se samotnou hospitalizací a adaptace na změny bývá ztížená. Vlivem hospitalizace jsou senioři nuceni přivyknout si na neznámé prostředí, nemocniční řád, omezení až ztrátu sociálních kontaktů, mnohdy i vlastní identity, narušení soukromí nebo vlastní autonomie. Může být u nich přítomna nejistota a absence pocitu bezpečí, vzrůstá obava a stres, které mohou vyústit až v depresi seniora. I když vzrůstá názor (obvykle rodiny a příbuzných), že ústavní péče je z důvodu své kvality a profesionality pro seniora to nejlepší, v moderním ošetrovatelství se snažíme o deinstitucionalizaci a o to, aby senior strávil svůj čas ve svém přirozeném domácím prostředí. Z psychologického hlediska se kromě hospitalizace musí senior vyrovnávat i s dalšími těžkostmi a změnami jako jsou například snížení soběstačnosti, zhoršení zdravotního stavu, případně náhlé ovdovění či ztráta někoho blízkého. Senior je ohrožen vznikem **tzv. hospitalismu**, jakožto negativní odezvy na dlouhodobou hospitalizaci. Adaptace může být buď úspěšná anebo neúspěšná. Závisí na dobrovolnosti odchodu do zařízení, na povahových vlastnostech, zkušenostech a

okolnostech přijetí do instituce. Každopádně bychom měli usilovat o to, aby přijetí do zařízení bylo pro pacienta co nejméně traumatizující. Ošetřující personál by měl dbát na úpravu zevnějšku a profesionální vystupování, poskytovat seniorovi informace o jeho zdravotním stavu, vyšetřeních i průběhu léčby, podporovat ho a motivovat k spolupráci. Základem dobré psychosociální adaptace je správná a kvalitní komunikace se seniorem. Pro zmírnění potencionálního rizika špatné adaptace je vhodné seniorovi zajistit v dosahu či dohledu předměty, které mu budou připomínat domov a dbát na pohodlí a příjemnost prostředí (Krajčík, Dúbrava a kol., 2022; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021; Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Jak ukazuje literatura Zrubákové a Bartošoviče (2019), můžeme při práci s pacienty adaptujícími se na hospitalizaci vycházet z modelu adaptační strategie, se kterým jsme se seznámili v podkapitole o adaptaci na stáří. Zde jsme si rozlišili typy osobností (strategie adaptace) na konstruktivní typ, závislý typ, obranný typ, hostilní typ nebo sebe nenávislný. Pokud je senior do zařízení umístěn **nedobrovolně**, rozdělují autoři adaptaci do 3 fází: 1) fáze odporu – nepřátelskost až agrese, náládovost a nepřičetné chování k personálu a okolí, 2) fáze lhostejnosti a zoufalství – rezignace, ztráta zájmu a smyslu, mnohdy setrvávání v této fázi až do smrti, 3) fáze vytvoření nových pozitivních vazeb – vycházení s personálem. Při **dobrovolné** hospitalizaci uvádějí autoři tyto 2 fáze: 1) fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu – potřeba pozitivního prvního dojmu, zájem o chod zařízení, o informace, 2) fáze adaptace a přijetí – smíření, úspěšná adaptace a socializace. Dobrou adaptaci poznáme dle participace a aktivní spolupráce seniora, který adekvátně komunikuje s okolím, je v rámci svých možností spokojen, vidí smysl života, má chuť k jídlu a projevuje zájem o okolí. Při vyhovující adaptaci je pacient převážně neutrální, neprojevuje se negativisticky ani nejeví zvýšený zájem. Naopak špatnou adaptaci provází plačtivost, smutek, rezignace, uzavřenost, absence participace, nechutenství, netečnost a zpravidla doba adaptace se prodlužuje až na dvanáct měsíců (Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Selhání adaptace se ve vyšším věku odborně nazývá **geriatrický maladaptivní syndrom** (GMS). Je charakteristický život ohrožujícími tělesnými a mentálními problémy, vzniká důsledkem působení chronického stresu a často právě na podkladu nástupu seniora do ústavní péče. Krajčík, Dúbrava a kol. (2022) zmiňují tyto 3 fáze GMS: 1. fáze vývoje syndromu – stres, psychické změny a potíže, následně zdravotní problémy v tělesné rovině, často postižen kardiovaskulární či imunitní systém, trvá týdny až měsíce, 2. fáze adaptace – nejrizikovější, typické příznaky onemocnění, přibývající zdravotní problémy, komplikace a

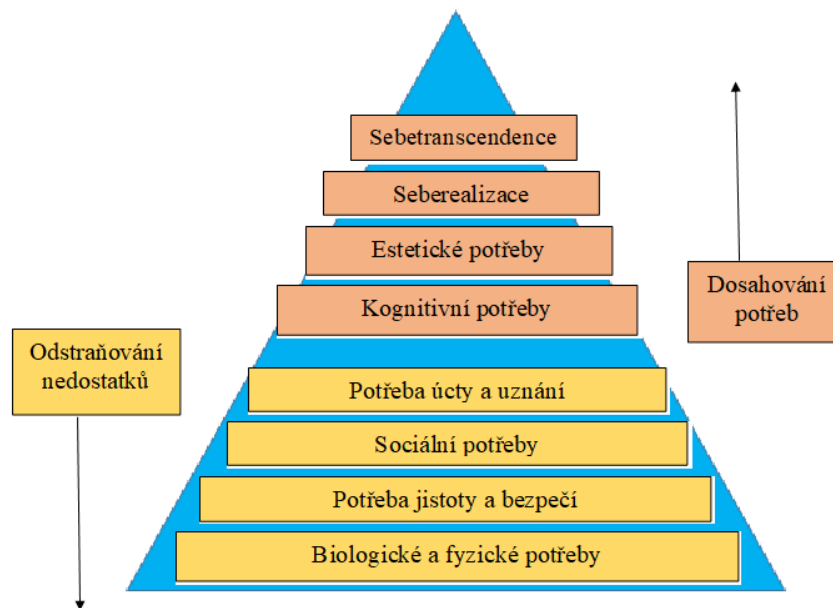
selhání, depresivní ladění, poruchy chování, 3. fáze následná – může být příznivá (zlepšení tělesných i mentálních potíží) nebo nepříznivá (srdeční selhání, selhání imunity, lhostejnost, agrese, psychické poruchy, pokusy o sebevraždu). Léčba spočívá v redukci přítomných projevů onemocnění, nejdůležitější zde je však prevence, aby GMS u pacienta neměl vůbec šanci vzniknout (Krajčík, Dúbrava a kol., 2022).

2.2.2 Potřeby seniorů

Potřebu můžeme chápat jako stav jakéhokoliv nedostatku nebo nadbytku v oblasti biologické, psychologické, sociální či duchovní. Pociťuje-li jedinec přítomnost nějaké potřeby, má tendenci postupovat tak, aby došel k jejímu naplnění a současnému obnovení rovnováhy organismu. Dle Příbyla (2015, s. 31-32) se nejedná pouze o vnitřní stabilitu, ale také o rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Uvádí zde také, že: *„Uspokojení či neuspokojení potřeb ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka (pozornost, myšlení, volní procesy), zcela zásadně se podílí na tvorbě vzorce chování jedince.“* Míra saturace potřeb má vliv také na osobní pohodu (well-being) (Křivohlavý, 2010). Každý člověk bez ohledu na věk potřebuje naplňovat své potřeby. Je důležité si uvědomit, že tyto potřeby jsou pro každého jedince individuální, mění se v průběhu života a dle probíhajících situací, mění se jejich kvantita, pořadí i priority. S přicházejícím stářím se mohou měnit také způsoby jejich naplňování a mnohdy se uspokojení vlastních potřeb stává pro stárnoucí osobu těžšími anebo úplně ztratí schopnost tyto každodenní potřeby naplňovat. Pro pochopení potřeb ve vyšším věku považují Ptáčková, Ptáček a kol. (2021) vhodné využít pyramidu potřeb amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa, který systematicky roztřídil potřeby do jednotlivých pater pyramidy dle jejich naléhavosti a důležitosti. Jeho teorie předpokládá, že uspokojení základních potřeb je podmínkou pro saturaci potřeb vyšších. Tuto skutečnost však autoři nepodporují, neboť je dnes již obecně známo, že vyšší potřeby může mít uspokojeny i člověk, u něhož jsou základní potřeby nedostatečně saturovány. Po pozdější revizi jeho teorie A. H. Maslow rozdělil potřeby do dvou skupin: D-potřeby (Deficiency Needs, deficitní) a B-potřeby (Being Values, potřeby bytí).

Mezi D-potřeby řadíme biologické a tělesné potřeby (dýchání, strava, spánek, vyprazdňování, sex, teplo...), potřeby jistoty a bezpečí (řád, kontrola nad situací, pravdivé informace...), sociální potřeby (láska, vztahy, sociální interakce...), potřeba úcty a uznání (autonomie, sebeúcta, důstojnost...). Vedou k přežití, motivují člověka k naplnění potřeby, při jejím nenaplnění člověk pociťuje úzkost a při její postačující saturaci člověk nepociťuje nic významného. Zatímco naplnění B-potřeb působí dobrý pocit a vede k ještě silnější

motivaci dosáhnout něčeho vyššího. B-potřeby dříve obsahovaly pouze doménu seberealizace (osobní růst, naplnění...), byly však doplněny ještě o další tři oblasti: kognitivní potřeby (smysl, znalost, sebeuvědomění...), estetické potřeby (rovnováha, krása, harmonie...) a sebetranscendence (něco přesahující člověka) (Příbyl, 2015; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).



Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb (Příbyl, 2015, s. 34)

S přicházejícím stářím u člověka vzrůstá potřeba být zdravý a bez bolesti, jedinec potřebuje pociťovat jistotu, bezpečí, lásku, spokojenost, vidět smysl života, a vědět, kam patří. Z biologických potřeb stojí v popředí potřeba hygieny (zajištění pravidelné péče o tělo a kůži), která z důvodu narušené pohyblivosti může být nedostatečná a u pacienta hrozí vyšší riziko vzniku dekubitů. Při narušené mobilitě je potřeba pacienta pravidelně polohovat, provádět pasivní či aktivní cvičení, využívat kompenzační pomůcky a motivovat seniora v pohybové aktivitě. Další významnou biologickou potřebou je potřeba hydratace a výživy (u starší populace přítomna absence pocitu žízně, nechutenství, hrozba malnutrice, anorexie, dehydratace, špatného hojení ran), potřeba vyprazdňování moče a stolice (častá inkontinence, poruchy motility střev a vyprazdňování), přičemž se snažíme dbát na soukromí nemocného. Dále je důležitý dostatek spánku a odpočinku, který je vlivem hospitalizace mnohdy narušen. Rovnováha mezi spánkem a odpočinkem, denní rituály (nepospávat přes den, nejíst a nepít pozdě navečer, klidový režim před spaním apod.), odstranění rušivých vlivů (hluk, světlo, nepohodlí, teplo nebo chlad) či aplikace farmakologických a

nefarmakologických postupů (relaxace, aromaterapie...) mohou spánek příznivě podpořit (Poledníková a kol., 2013; Příbyl, 2015; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

Co se týče uspokojování psychických potřeb je v první řadě důležité odstranit přítomnou bolest, beznaděj, úzkost a strach, jenž jsou u seniorů nejčastěji způsobeny obavou z onemocnění, samotou či ztrátou soběstačnosti. Vnímání sebe sama v seniorském věku může být buďto výrazně sníženo (nepřijetí vzhledu těla, vlastní osoby, negativní názor sám na sebe) nebo patologicky zvýšeno (pocit vlastní důležitosti a zvýšený zájem o sebe sama). Tento problém je potřeba včas rozpoznat a často ve spolupráci rodiny, ošetřujícího personálu a případně psychiatra řešit. Aktivizace a pohyb hraje pozitivní roli pro psychickou i fyzickou stránku člověka. Vhodné je cvičení, udržování a podpora v každodenních činnostech, volnočasové aktivity. Potřebu vyvolávají také smyslové deficity (zrak, sluch, chuť, vnímání, vědomí, porozumění, vyjadřování se, paměť, pozornost, orientace...), u nichž se, pokud možno snažíme zabezpečit kompenzační pomůcky a metody k podpoření kognice a myšlení. Sociální potřeby zahrnují potřebu socializace a komunikace, potřebu vídat se s členy rodiny a blízkými, potřebu být dostatečně informován a správně se adaptovat na nemocniční režim a změnu prostředí. Spirituální potřeby vedou k nalezení smyslu života, pocitu klidu, radosti, naděje, lásky, vyrovnanosti, odpuštění a jejich uspokojení subjektivně zvyšuje kvalitu života (Krajčík, Dúbrava a kol., 2022; Poledníková a kol., 2013; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

U nemocného a stárnoucího člověka je potřeba si uvědomit, že nejde jen o prosté uspokojení potřeb, nýbrž o empatický proces zachovávající jeho důstojnost, sebeúctu a autonomii na co nejvyšší úrovni, a to při saturaci jakékoli potřeby napříč patry pyramidy (Ptáčková, Ptáček, 2021).

3 WELL-BEING

Studium pozitivních hledisek a atributů bylo v psychologii dlouho zanedbáváno. Psychologie se v minulosti zabývala spíše snahou o nalezení a řešení negativních symptomů. Teprve od 80. let 20. století vzrostl zájem o studium kladných stránek lidského života, na jehož základu vznikl na přelomu století nový směr zvaný **pozitivní psychologie** (Blatný, 2020). Pro pochopení smyslu pozitivní psychologie si můžeme uvést jednoduchou škálu sestávající z hodnot od -5 do hodnoty +5. Využívá ji ve své literatuře Jochmannová s Kimplovou (2021) i Slezáčková (2012). Obvyklá pozornost většiny odborníků je věnována hodnotám od -5 (absolutní nespokojenost) do 0 (neutrální bod, bez potíží, nalezení řešení). Pozitivní psychologie si však klade za cíl zaměřovat se na hodnoty vyšší, a to až k hodnotám +5 (nejvyšší možná spokojenost). Směřuje tedy k určité přidané hodnotě, životní spokojenosti, smyslu a pozitivnímu prožívání, přičemž se opírá o pozitivní rysy lidské osobnosti. Zajímá ji síla a četnost emocí, kladné vlastnosti nebo také faktory přispívající osobní pohodě.

Well-being patří mezi podstatná témata multidisciplinárního výzkumu v pozitivní psychologii. Pro překlad pojmu well-being se v různých literaturách někdy zaměnitelně používají jiná pojmenování: „osobní pohoda“, „duševní pohoda“, „životní pohoda“, „štěstí“, „radost“, „blaho či blahobyť“, „zdraví“, „vzkvétání“, „kvalita života“, „úspěšný vývoj“, „dobrý život“ nebo „životní spokojenost“ (Blatný, 2020; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021; Urban, 2016). Šolcová (2004) doporučuje používat český termín „osobní pohoda“ vzhledem k tomu, že tento termín v sobě zahrnuje (oproti termínu „duševní pohoda“) fyzický, mentální i sociální rozměr. Vzhledem k holistickému přístupu v ošetrovatelství by bylo k tvrzení vhodné doplnit také spirituální rozměr, který ve well-being hraje významnou roli. Naopak Urban (2016) překlad anglického slova „well-being“ na český termín „osobní pohoda“ příliš nepodporuje, neboť by se dle něj více hodil pro překlad sousloví „good feeling“. Navrhuje termín „prospívání“ či „prožívání zdařilého života“, nicméně je autorovi jasné, že univerzalita pojmu well-being zůstane nenahraditelná. Z tohoto důvodu zachováme pro práci pojem „well-being“ v tomto znění, za současného užití termínu „osobní pohoda“ vzhledem k rozsáhlosti užití tohoto překladu v české literatuře.

Well-being je odvozen od anglického „well“ (dobře) a „being“ („to be“ – být), doslovně znamená „jsem v pohodě“ nebo „cítím se dobře“ (Křivohlavý, 2010). Již z polysémie a nejednotnosti pojmenování může být patrné, že definování well-being je poměrně neujasněná záležitost. Mohlo by se zdát, že se najednou všechna ta pojmenování navzájem

vylučují, nicméně každé z nich je jen jiným konstruktem stejného záměru (Urban, 2016). Šolcová (2004) charakterizuje well-being jako emoční stav, v němž se v dlouhodobém horizontu odráží spokojenost člověka. Společně s Ptáčkovou, Ptáčkem a kol. (2021) se shodují na zařazení well-being do kategorie nálad, postojů, myšlenkových hnutí a osobnostního vybavení, kde svůj vliv má i momentální psychické rozpoložení nebo okolnostní faktory včetně náležité odezvy na ně. V podstatě jde o prožitek a způsob vnímání vlastního života, který jak hovoří Čevela, Čeledová a kol. (2014) může být částečně modifikován vlivem dědičnosti, dále závisí na pocíťování smyslu života nebo schopnostech saturovat vlastní potřeby. Na základech **teorie opravdového štěstí** Martina Seligmana, představitele pozitivní psychologie, vznikla **teorie duševní pohody** pojímající 5 důležitých elementů, které na osobní pohodu působí. Jsou to: pozitivní emoce, angažovanost, smysluplnost, kladné vztahy a zdařilá výkonnost. Obecně jsou z angličtiny označovány jako PERMA (Jochmannová, Kimplová, 2021; Slezáčková, 2012).

3.1 Dimenze a dělení well-being

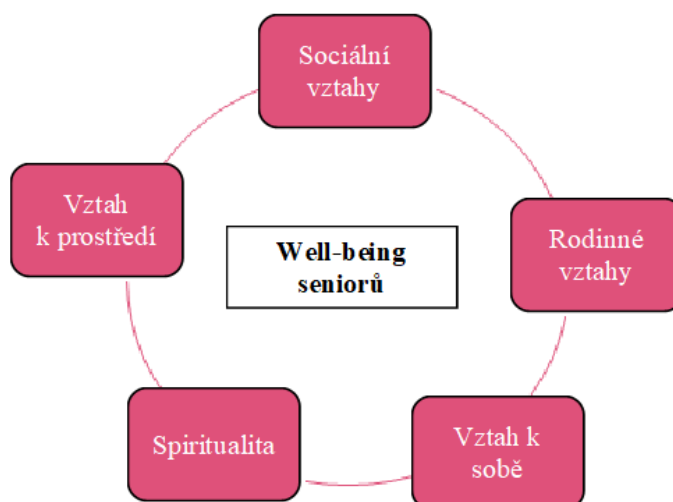
Pro well-being je charakteristická komplexnost a součinnost více dimenzí osobní pohody (Urban, 2016). Většina autorů se shoduje na šestidimenzionálním modelu, který zahrnuje:

- **Přijetí sebe sama** (pozitivní akceptace vlastního já, vzhledu těla, vlastní osoby a vlastností, včetně silných i slabých stránek, přijetí minulosti)
- **Autonomie vlastní osoby** (nezávislost, samostatnost v činnosti, vlastní názor)
- **Pozitivní sociální vztahy** (silné pozitivní vazby s druhými, zájem o druhé, sociální opora, empatie)
- **Zvládání prostředí** (dostatek informací a přehled o okolním dění, pocit participace, naplňování denních potřeb a cílů, schopnost kontrolovat a vést svůj život)
- **Smysl života** (pocit smyslu minulosti i přítomnosti, usměrňování záměrů)
- **Osobní rozvoj** (trvalý osobní růst a vývoj sebe sama k lepšímu, pocit užitečnosti, pružnost a otevřenost novým příležitostem, nepodléhání nečinnosti a stagnaci)

(Ryff, Keyes, 1995 cit. podle Křivohlavý, 2010; Ptáčková, Ptáček a kol, 2021; Slezáčková, 2012; Šolcová, 2004).

Tento šestidimenzionální model v sobě zahrnuje oba důležité prvky úspěšného vývoje, jimiž jsou adaptace a růst. Zatímco v mladším věku dochází k paralelnímu zvyšování osobního růstu i adaptace, ve starším věku a stáří převládají spíše adaptivní procesy (Blatný, 2020).

Křivohlavý (2010) rozděluje dimenze osobní pohody (well-being) do 2 skupin: **psychický well-being** (zahrnuje v sobě všechny prvky obsažené v šestidimenzionálním modelu) a **sociální well-being** (zahrnuje v sobě zvlášť ještě sociální akceptaci, aktualizaci, spoluúčast ve společnosti, soudržnost a sociální integraci). Obsahově se prakticky shoduje s pojmáním well-being podle Blatného (2020), kterým se budeme podrobněji zabývat dále. Zejména ve stáří může deficit v jedné oblasti vyvolat snížení pohody i v oblasti druhé. Jiné studie dělí well-being na objektivní (zdraví, polymorbidita seniorů, vzdělání, bydlení, finance, funkční potenciál...) a subjektivní (sebeúcta, sebedůvěra, kontrola nad prostředím, nad svými emocemi, sebou samým, duševní vyrovnanost...) (Caban, 2016; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021). Další možností pojmání well-being může být na základě 3dimenzionálního hodnocení četnosti, intenzity a povahy nálad v závislosti na čase, případně hodnocení z hlediska minulosti (životní spokojenost, plnění cílů), přítomnosti (štěstí) a budoucnosti (mravnost, víra) (Šolcová, 2004). Ať už jde o jakékoliv dimenze, všechny zároveň jsou zdrojem osobní pohody. Hlavní prameny osobní pohody u seniorů se snaží zachytit Caban (2016, s. 33) ve svém schématu:



Obrázek 2: Zdroje životní spokojenosti seniorů (Caban, 2016, s. 33)

Blatný (2020) se ve své publikaci věnuje dvěma konceptům osobní pohody: subjektivní pohodě (přejímané z anglického subjective well-being) a psychologické pohodě (psychological well-being). Přitom žádná koncepce není nezávislá, ba naopak jsou vzájemně provázané.

3.1.1 Subjektivní well-being

Subjektivní well-being má původ v hédonické tradici (dosahování potřeb, jistot a štěstí). Původní dvoukomponentová struktura (jíž tvořilo štěstí a životní spokojenost), se vyvinula ve všeobecně uznávanou třídímenzionální strukturu tvořenou vysokou mírou kladných emocí, nízkou mírou záporných emocí, a celkovou spokojeností se životem. Emoce jsou samostatným činitelem a jejich momentální stav obvykle nemá vliv na celkovou životní spokojenost, i když určitý podíl působení tam může být přítomen. Z hlediska časového je pro subjektivní well-being typická stálost, zároveň se však nevylučuje, že ji mohou silné události ovlivnit. V rámci posuzování subjektivního well-being můžou být hodnoceny jednotlivé oblasti spokojenosti samostatně (např. spokojenost se zdravotním stavem, sebeobsluhou, sám se sebou, s oporou rodiny a přátel apod.). Existují **dvě teorie subjektivního well-being:**

- **Top-down:** směr shora dolů, předpokládáme, že osobnostní výbava člověka ovlivňuje emoce a dle nich člověk hodnotí jednotlivé oblasti svého života a prožitky.
- **Bottom-up:** směr zdola nahoru, hromadění prožitků, předpokládáme zde, že spokojenost v dílčích oblastech života vede k celkové životní spokojenosti.

Demografické rysy (jako jsou věk, pohlaví, rodinný stav, socioekonomický status apod.) a události v životě nemají na subjektivní well-being příliš velký vliv. Na krátký čas může dojít k výkyvu osobní pohody, která se však díky úspěšné adaptaci pohotově vrací na neutrální pozici (toto vysvětlení přináší koncept tzv. „hédonického mlýnu“). Jinou teorií je tzv. **set-point**, v níž individuálně působí vliv temperamentu člověka (neuroticismus, extraverte) a člověk se vrací na sobě vlastní úroveň (Blatný, 2020).

Subjektivní well-being je spojován se sociálními procesy, proto je pro něj vhodné užití **5dimenzionálního modelu**, který obsahuje složky:

- **sociální akceptace** (přijetí, pozitivní vztahy, tolerance, úcta)
- **sociální aktualizace** (předpoklad rozvoje a kladných rysů společnosti)
- **spoluúčast ve společnosti** (prospěch společnosti)
- **sociální soudržnost** (smysl a řád společnosti, přispívání a zájem)
- **sociální integrace** (podpora, sdílení)

(Blatný, 2020; Čevela, Čeledová a kol., 2014; Křivohlavý, 2010).

3.1.2 Psychologický well-being

Psychologický well-being má původ v eudaimonické tradici, která vnímá blaženost jako největší dobro a skládá čest mravním zásadám (Šolcová, 2004). Tato tradice zároveň povzbuzuje k sebepoznání a uskutečňování vlastních životních cest. Jedná se o zdařilý výsledek lidského snažení a uskutečňování vlastních předsevzetí a záměrů. Pro zkoumání psychologického well-being je vhodné využít šestidimenzionální model Ryffové a Keyes, který jsme si již výše představili. Vzhledem k propojenosti určitých dimenzí mezi sebou považují někteří autoři za dostačující pouze 3dimenzionální složení: autonomie, kladné vztahy a tzv. EGPS zahrnující zbylé čtyři dimenze (Blatný, 2020). Kubzansky a Huffman et al. (2018) upozorňují, že nepřítomnost duševního strádání neznamena přítomnost pozitivního psychologického well-being.

3.2 Faktory ovlivňující well-being

Mezi faktory ovlivňující míru osobní pohody či nepohody se obecně řadí zdravotní stav a vlastní vnímání zdraví, schopnost fungování člověka v každodenním životě a ve společnosti, podpora okolí, sebeláska, spiritualita, případně socioekonomický status, souvislosti odchodu do důchodu, příslušnost k etnické skupině, rodinný stav nebo věk (Šolcová, 2004). Co se týče sociodemografických údajů většina studií dospěla k závěru, že míra osobní pohody se může měnit v závislosti na věku, kdy nejnižší míra well-being se prokázala přibližně ve středním věku života. Ženy obvykle uvádějí vyšší míru pohody než muži, není to však podmínkou. Jednotlivé studie prokázaly pouze malý vliv sociodemografických faktorů (Blatný, 2020). Vydeme-li z 6dimenzionálního modelu pro hodnocení psychického well-being, dochází u seniorů a s přibývajícím věkem ke snižování hodnocení osobního růstu a smyslu života, naopak zvládání prostředí bývá obvykle kladně oceněno. Stejně tak bývá pozorována vyšší míra osobní pohody a spokojenosti u seniorů mladších 84 let. Záleží velmi na přidružených onemocněních a potížích člověka. Za pozitivní faktor osobní pohody je též považováno vzdělání, zaměstnanost a finance, dále zájem o dobro druhých, kvalita i kvantita sociálních vztahů, pohybová aktivita a také spiritualita (Blatný, 2020; Šolcová, 2004).

Spiritualita má zvláště u seniorů obrovský význam a mnohdy pro seniora znamená více než samotné zdraví, fyzický stav nebo finance. Duchovní život seniorovi pomáhá překonat obavy a životní těžkosti a vede k plnohodnotné životní spokojenosti a osobní pohodě. Spiritualita je také úzce spojena se smyslem a kvalitou života (Caban, 2016; Dvořáčková, 2012). Nejde jen o náboženskou stránku, nýbrž o nejvyšší hodnotu, moudrost, lásku, pravdu,

etiku, důvěru, cestu k pokoji a nalezení sebe sama. Více se o spiritualitě rozvíjí například Křivohlavý (2011) ve své knize. Provázanost osobní pohody byla nalezena i v závislosti na typu osobnosti, temperamentu a dalších osobnostních charakteristikách. Významný vliv neuroticismu (sklon k negativním emocím) a extravertze (obsáhlejší, prožívání pozitivních emocí), jakožto samostatných prediktorů osobní pohody a životní spokojenosti byl potvrzen v mnoha studiích. Další vlivnou osobnostní charakteristikou se prokázala svědomitost, laskavost a otevřenost novému (Blatný, 2020; Křivohlavý, 2010). Když se na faktory ovlivňování podíváme z opačného pohledu, můžeme využít například článek Kubzanského a Huffmana et al. (2018), kteří zde prokazují vzájemný vliv osobní pohody na kardiovaskulární systém. Výzkumy prokázaly, že pozitivní psychická pohoda může snížit riziko vzniku kardiovaskulárních chorob. Vliv optimismu na úmrtnost na srdeční choroby prokazoval snížení o 38 % a na cévní mozkové příhody o 39 %. Vyšší well-being byl také spojen s lepšími zdravotními výsledky (glykovaný hemoglobin, lipidy, krevní tlak, nižší riziko metabolické dysfunkce).

3.3 Well-being a duševní zdraví

Duševní zdraví stejně jako well-being jsou významnými tématy, kterými se pozitivní psychologie zabývá. O všeobecně uznávané definici duševního zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsme se již zmínili v kapitole o zdraví a nemoci. Zahrnuje v sobě schopnost naplňování vlastního potenciálu, zvládnání životních stresů, produktivitu a také prospěch společnosti. Americká psychologická asociace mimo výše zmíněné zvládnání stresů charakterizuje duševní zdraví jako stav přítomné emocionální pohody, určitého emočního vybavení, absence úzkosti a nepříznivých příznaků a také schopnosti kvalitní socializace. Tyto dvě definice jsou však při hlubším zamyšlení sporné. Uveďme si příklad seniorů v důchodu, kteří již z hlediska produktivity definici nemohou adekvátně naplňovat, to však neznamena, že by jejich duševní zdraví nebylo v pořádku. Navíc je přirozené prožívat i negativní emoce, tudíž trvalá emocionální pohoda v definici také není na místě. Proto nacházíme výtky i u 3 komponentové hedonistické charakteristiky duševního zdraví, které má sestávat z emočního well-being (pozitivní emoce, blaho, štěstí, satisfakce), psychologického well-being (odpovědnost, sebedůvěra, dobrosrdečnost, kladné vztahy, životní spokojenost) a sociální well-being (sounáležitost a prospěch komunitě). Důraz na pozitivní emoce a na trvale dokonalé fungování s sebou totiž nese riziko vyloučení. Na základě této znalosti vznikla nová definice duševního zdraví, která jej charakterizuje jako neustále se vyvíjející stav vnitřní rovnováhy zahrnující schopnost koordinace a efektivní

práce s vlastními emocemi, schopnost vyrovnávání se, pružnosti, empatie, plnění sociálních rolí a soulad těla s vlastní duší (Galderisi, Heinz et al., 2015; Jochmannová, Kimplová, 2021). Předpokladem pro tuto definici je respekt k sobě i ke společnosti, zachovalá kognice, sociální interakce a obratnost, komunikace, empatie (Galderisi, Heinz et al., 2015).

Zaměňováním duševního zdraví s osobní pohodou (well-being) se zabývá Keller (2019) ve své studii, jejíž cílem bylo upozornit na to, že duševní zdraví není totéž, co osobní pohoda (well-being) a nelze proto tyto dva pojmy zaměňovat. Autor uvádí konkrétní příklady, jimiž dokazuje, že i člověk s vysoce pozitivním duševním zdravím může mít nízkou osobní pohodu, a naopak člověk s nízkým pozitivním duševním zdravím může prožívat pohodu na vysoké úrovni a vnímat svůj život jako kvalitní. Představme si člověka po velké životní ztrátě, který prožívá celou řadu negativních pocitů. Navzdory smutku, tápání a pochopitelně nízké úrovni duševní pohody, může být duševní zdraví díky jeho konstruktivnímu řešení situace a vyrovnanosti emocí maximální. Jiná situace může nastat, když nás naše pozitivní duševní zdraví, vytrvalost, sebejistota, vůle a plánování donutí obětovat naši pohodu pro něco důležitého (například rozhodnutí pečovat o nemocného příbuzného). Opačným případem je špatné duševní zdraví například vlivem přítomnosti duševní poruchy. Keller (2019) pro názornost zmiňuje člověka trpícího sociální fobií, který si však uspořádá život tak, aby se nevystavoval jemu rizikovým situacím, svůj čas tráví sice jen s pár přáteli či blízkými členy rodiny, ale naplňuje ho příjemnými činnostmi a samostatnými aktivitami, díky nimž se cítí šťastný. Jako další příklad uvedl autor alkoholika, který díky terapeutickým skupinovým sezením našel svou osudovou lásku a navzdory jeho deficitu v duševním zdraví, prožívá vysokou míru osobní pohody. Neboť propast v duševním zdraví mu napomohla učinit svůj život nikoli horším, ale lepším a šťastnějším. Stejně tak může i nemocný člověk prožívat pozitivní osobní pohodu a vnímat kladně kvalitu svého života. Může to být i naopak, když jedinec hodnotí svou osobní pohodu a kvalitu života jako neuspokojivou navzdory tomu, že je zdravý. Zároveň platí pravděpodobnost, že lidé mající větší pozitivní duševní zdraví obvykle prožívají i vysokou míru osobní pohody (Caban, 2016; Keller, 2019).

Vše, co se týká duševního zdraví souvisí se stavem mysli. Pokud bychom spojovali termíny duševní zdraví a osobní pohoda (well-being), došli bychom k názoru, že jakákoliv negativní životní událost, nepohoda či okolnosti snižující kvalitu života, jsou výsledkem špatného duševního zdraví. Duševní zdraví a pohoda nejsou totéž. Duševní zdraví je cenné a je nástrojem pro žití dobrého života, osobní pohoda (well-being, též blahobyt) je jednou z částí

dobrého života. A i když pozitivní duševní zdraví nezaručuje přítomnost osobní pohody, je mezi těmito dvěma termíny významný vztah (Keller, 2019).

3.4 Kvalita života seniorů

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života takto: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ (Křivohlavý, 2011, s. 124-125). Jedná se o subjektivní hodnocení vlastního života, na které je potřeba pohlížet komplexně z bio-psycho-socio-spirituální perspektivy. Mnohdy bývá mylně zaměňována s osobní pohodou (well-being). Well-being a kvalita života nejsou totéž, dle WHO je však well-being jejím důležitým indikátorem. Slezáčková (2012) uvádí, že na kvalitu života můžeme pohlížet z objektivního hlediska (zdraví, postavení ve společnosti, podmínky života...) a ze subjektivního hlediska, který zahrnuje právě well-being a životní uspokojení. Kvalita života jde ruku v ruce s psychosociální adaptací seniorů a jejím cílem je její zvýšení na co nejvyšší možnou úroveň. Musíme myslet na to, že tato kvalita je u seniorů umožněna mírou saturace potřeb. Tyto potřeby a jejich saturace se ve stáří mění z hlediska obsahu, pořadí i přednosti v jejich uspokojování. Pokud hodnotíme kvalitu života ve stáří, musíme vzít v potaz nikoli pouze přítomné choroby a věk, ale celou řadu faktorů. Jmenujme si některé z nich: fungování v každodenním životě a v sociálních vztazích, opora rodiny, míra tělesných, mentálních či smyslových omezení, socioekonomické faktory, autonomie pacienta, participace na životě, vlastní postoj seniora, sebedřívětí, spokojenost s různými oblastmi, smysl života... (Caban, 2016; Ptáčková, Ptáček a kol., 2021; Wernerová, Zvoníková, 2016).

WHO zahrnuje 6 aspektů kvality života: psychické zdraví, duševní rozměr, tělesná stránka, samostatnost, sociální vztahy a prostředí života (Slezáčková, 2012). Hughesová (1990, cit. podle Ptáčková, Ptáček a kol., 2021) uvádí 7 hlavních oblastí, na které se kvalita života nejčastěji zaměřuje: obecné informace (věková kategorie, pohlaví, zdravotní stav), socioekonomické faktory (vzdělání, bydlení, finanční situace, rodinný stav), životní podmínky (pocit bezpečí, pohodlí), sociální podmínky (vztahy, zapojení do společenského dění a činnosti), nezávislost, osobnost a subjektivní vnímání spokojenosti. Výsledkem hodnocení kvality života je holistický přehled o celkovém stavu člověka a jeho subjektivním vnímání kvality vlastního života (Dvořáčková, 2012).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Pro realizaci výzkumu byla zvolena kvalitativní metoda technikou polostrukturovaných rozhovorů. Samotnému výzkumu předcházela předvýzkum, který byl realizován kvantitativní metodou technikou dotazníkového šetření. Průběh šetření a poznatky nabyté během provádění předvýzkumu nás přiměly zúžit místo působení a zaměřit se hlouběji na danou problematiku. Proto jsme z původně kvantitativního sběru dat přešli na kvalitativní metodu získávání informací.

4.1 Popis předvýzkumu

Předvýzkum byl uskutečněn na jaře roku 2022 v období od 1. 4. 2022 do 30. 4. 2022 kvantitativní metodou technikou dotazníkového šetření. Vévodová, Ivanová a kol. (2015, s. 47) hovoří, že kvantitativní metoda výzkumu, v našem případě předvýzkumu: „...zachycuje realitu pomocí měřitelných proměnných. Jeho cílem je mimo jiné nalézt vzájemné vztahy mezi těmito proměnnými.“ Dotazník je pak jednou z možných technik sběru dat pro kvantitativní metodu šetření a vychází ze subjektivity zúčastněných osob (Kudlová, Pavelková, 2022; Vévodová, Ivanová a kol., 2015). Uskutečnění předvýzkumu bylo umožněno na základě schválené žádosti o sběr dat pro studijní účely u příslušné organizace, podepsání prohlášení o mlčenlivosti a ochraně osobních údajů. Smysl předvýzkumu spočíval v ověření použitelnosti dané metody a techniky pro následný výzkum. Samotným cílem dotazníkové techniky sběru dat bylo získat informace o psychické pohodě hospitalizovaných seniorů a také vnímaná kvalita jejich života.

4.1.1 Výzkumný soubor v předvýzkumu

Výzkumný soubor charakterizoval reprezentativní vzorek respondentů určený na základě dostupného záměrného výběru. Základní výběrový soubor tvořili senioři ve věku nad 65 let hospitalizovaní ve vybrané nemocnici Zlínského kraje, samotný výběrový soubor pak zahrnoval seniory hospitalizované na třech odlišných odděleních: rehabilitační oddělení, interní oddělení a centrum klinické gerontologie. Tedy na odděleních s největší kumulací seniorů. Pro předvýzkum v bakalářské práci je postačující nízký počet respondentů, Kudlová s Pavelkou (2022) ve své publikaci uvádějí počet tři až pět. Navzdory této skutečnosti se našeho předvýzkumu zúčastnilo celkově 60 respondentů, z toho jedna třetina pocházela z rehabilitačního oddělení, druhá třetina z interního oddělení a zbylých 20 respondentů tvořilo pacienty hospitalizované na gerontologickém oddělení. Tato vyšší účast respondentů

na předvýzkumu byla dána původním záměrem využít daný dotazník pro samotný výzkum v oblasti well-being a kvality života.

Osloveni byli senioři nad 65 let, přičemž ženy a muži byli v celkovém poměru 40:20. Z toho na rehabilitačním oddělení tvořilo účastníky předvýzkumu 12 žen a 8 mužů, na interním oddělení 13 žen a 7 mužů, na gerontologickém oddělení 15 žen a 5 mužů. Poměr mužů a žen byl dán převážně strukturou pacientů na jednotlivých odděleních, jejich ochotou a také schopnostmi se na předvýzkumu podílet.

4.1.2 Sběr dat a organizace předvýzkumu

Sběr dat byl proveden využitím generického dotazníku WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Tento dotazník zaměřený na kvalitu života a zdravotní stav byl použit v kombinaci s vlastním dotazníkem zaměřeným na osobní pohodu (well-being) a hospitalizaci seniora. Výsledný dotazník tedy sestává ze 2 částí na sebe navazujících a jeho celé znění nalezneme v přílohách (viz. Příloha P I.). Dotazník kvality života WHOQOL-BREF se skládá z 24 aspektů rozdělených do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a 2 samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a spokojenost s vlastním zdravím. Jeho využití v rámci bakalářské práce bylo umožněno na základě schválené žádosti u autorky české verze dotazníku WHOQOL. Objednávkový formulář (viz. Příloha P II) i souhlasný email k využití standardizovaného dotazníku je k nahlédnutí u autorky bakalářské práce. Druhou část dotazníku mimo otázky well-being a hospitalizace doplňují otázky týkající se sociodemografických údajů konkrétního seniora. Vyplněním dotazníků dávali respondenti kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala uvedené údaje za účelem předvýzkumu v rámci bakalářské práce. Účast byla dobrovolná a anonymní. Dotazníky byly hospitalizovaným seniorům předány osobně v tištěné formě a jejich vyplňování probíhalo za přítomnosti autorky práce. V instrukcích pro vyplňování dotazníku sice bylo uvedeno (viz. Příloha P I), že jej respondenti mohou vyplňovat kdykoli v průběhu dne nebo si jej rozvrhnout do 2 dnů dle vlastního uvážení, schopností, únavy a dalších okolností, ale naprostá většina respondentů trvala na společném vyplňování, případně předčítání otázek a následném doplňování seniory řečených odpovědí do dotazníků autorkou bakalářské práce. Vstup na konkrétní oddělení byl umožněn díky předem provedenému telefonnímu rozhovoru s vrchní sestrou daného oddělení, na jehož základě byl vyjádřen souhlas s osobním kontaktem s jednotlivými pacienty. Povolení také bylo uděleno staniční sestrou konkrétního oddělení, která byla o úmyslu návštěvy pacientů předem informována. Dbáno bylo na

individuální stav, potřeby pacienta a případné zajištění soukromí v případě společného vyplňování dotazníku vzhledem k ostatním pacientům hospitalizovaným na téže pokoji. Vyplňování bylo podmíněno zachovanými mentálními funkcemi seniora a ochotou spolupracovat.

4.1.3 Důležité poznatky plynoucí z předvýzkumu

Již na počátku předvýzkumu vyšel najevo důležitý poznatek spočívající ve zvýšeném zájmu seniorů o společné vyplňování dotazníků. Hospitalizovaní senioři vítali společnost při jejich vyplňování a ve větší polovině případů pozitivně přijímali možnost předčítání otázek autorkou této bakalářské práce. Jejich odpovědi byly následně zaznamenávány do jejich vlastního dotazníkového archu dle přesného znění. V průběhu vyplňování dotazníků s hospitalizovanými seniory se projevil zvýšený zájem o hlubší rozvíjení konverzace. Byla pozorována přítomná potřeba komunikace a kvantitativní dotazníkové šetření často inklinovalo spíše ke kvalitativnímu rozhovoru. Tato potřeba rozvíjení komunikace byla potvrzena napříč všemi třemi vybranými odděleními: oddělení rehabilitace, interní oddělení i gerontologické oddělení.

Další poznatek přinesl samotný dotazník WHOQOL-BREF. Jeho využití v rámci empirické části se zdálo přínosné i z toho důvodu, že jeho otázky mimo jiné cílí i na osobní pohodu (well-being) a spokojenost s různými oblastmi života. Oproti dotazníku WHOQOL-OLD, který je sice cílený na starší populaci, avšak zdaleka nepojímá všechny otázky, které považujeme za potřebné pro tento výzkum. Výtečnost dotazníku WHOQOL-BREF se prokázala jako hodnotná, nicméně pro seniory (zejména pro seniory se slabším zrakem nebo jinou disabilitou, kteří potřebovali dotazník předčítat), bylo náročné vybrat jednu z pěti odpovědí, které každá otázka v dotazníku nabízí. Náročné se pro ně prokázaly proměnlivé významy pětice odpovědí (např. velmi špatná-špatná-ani špatná ani dobrá-dobrá-velmi dobrá, v jiné otázce: velmi nespokojen/a-nespokojen/a-ani spokojen/a ani nespokojen/a-spokojen/a-velmi spokojen/a, v další: vůbec ne-trochu-středně-hodně-maximálně apod.). Jako efektivnější způsob pro nalezení odpovědí na otázky se proto ukázalo číselné označení od 1 do 5, přičemž hodnota 1 znamenala nejhorší, hodnota 5 nejlepší, hodnota 3 tzv. „zlatý střed“ a zbylé hodnoty 2 a 4 jsou mezi nimi jako doplňkové ve smyslu buďto negativa nebo pozitiva. Na základě číselného označení byli senioři schopni jednodušeji odpovídat na otázky generického dotazníku WHOQOL-BREF. Pro využití tohoto dotazníku u seniorů mohla být sporná také jedna z otázek, konkrétně otázka č. 21, která zní: „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ Pokud senioři již nevedli sexuální život, měli možnost tuto

otázku chápat a reagovat na ni jako na spokojenost se svým partnerským nebo manželským životem.

Nyní si uvedeme vybrané poznatky, které nás vedly k rozhodnutí zaměřit samotný výzkum konkrétně na pacienty gerontologického oddělení. Pacienti rehabilitačního oddělení v dotaznících uváděli subjektivně vyšší kvalitu vlastního života, než pacienti hospitalizovaní na interním a gerontologickém oddělení. Spokojenost se zdravím byla pro první dvě zmíněná oddělení prakticky srovnatelná, nejhůře ve smyslu negativního hodnocení dopadlo posuzování vlastní spokojenosti se zdravím na oddělení centra klinické gerontologie. 75 % dotazovaných gerontologických pacientů v předvýzkumu uvedlo, že jejich zdravotní stav silně ovlivňuje i jejich osobní pohodu. Téměř jedna polovina těchto pacientů uvedla, že samotná hospitalizace jejich pohodu ovlivňuje mírně, dále následovala odpověď „velmi“ a nakonec jednu čtvrtinu odpovědí tvořila možnost „vůbec“. Na interním oddělení tuto větší polovinu tvořila odpověď, že hospitalizace, jejich osobní pohodu ovlivňuje velmi. Zatímco bylo hodnocení náležitostí za hospitalizace, péče a zájmu zdravotníků, jejich přístupu a důstojnosti k člověku, ze strany pacientů interního i rehabilitačního oddělení spíše pozitivní, v dotaznících realizovaných na oddělení centra klinické gerontologie byla patrna o něco vyšší frekvence negativního hodnocení. Položky, které měli senioři zaznačit jako ty, s nimiž jsou za hospitalizace spokojeni, byly ve srovnání především s odpověďmi z rehabilitačního oddělení opravdu skromné. Proto si pokládáme otázku „proč?“ Jaké životní zkušenosti vedou hospitalizované seniory k negativnímu hodnocení? Předvýzkum vyvolal mnoho dalších otázek a touhu po hlubším pochopení osobní pohody a vzájemných souvislostí. Pacienti na otázku dotazníku: „Existuje něco, co byste zdravotníkům doporučil/a změnit či zlepšit v péči o Vás, případně další pacienty (abyste se cítili lépe)?“ odpovídají: „*přístup*“, „*být milejší*“, „*být lidštější, víc trpělivosti a pochopení*“, „*větší péče o hygienu (starost a pomoc sester)*, *více soukromí (koupelna a WC pro dva pokoje společně)*, *není zde žádná péče o nohy a nehty*“, „*aby přestali křičet (hluk na oddělení)*“, „*sociální zázemí, WC, lepší komunikace a čas*“. Nejčastějším přáním pacientů bylo „*uzdravení*“, „*jít domů*“, „*být schopni se sám o sebe postarat*“, „*vidět děti a vnoučata*“, „*udržet se v kvalitním zdravotním stavu, co nejvíce let*“, dále efektivita cvičení, zbavení se bolesti, konec covidu, války, dopřání sobě oblíbené pochutiny (zmrzlina, pivo), možnost věnovat se svým zálibám. Osobní pohoda (well-being) je ryze individuální záležitostí jedince a jednotlivé charakteristiky a události nelze vytrhávat z kontextu. Jde o vzájemné působení mnoha faktorů, které well-being ovlivňují, a proto jsme se více než na statistické výsledky a

zkoumání zaměřili na individuální prožívání osobní pohody (well-being) u pacientů hospitalizovaných na oddělení Centra klinické gerontologie vybrané nejmenované nemocnice Zlínského kraje.

4.2 Popis výzkumu

Výzkum byl uskutečněn na jaře roku 2023, z předvýzkumu vyplývajících skutečností byla pro jeho zpracování nakonec vybrána kvalitativní metoda sběru informací technikou polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor je druh rozhovoru, který je veden na základě připravených otázek či stanovených okruhů, které chce výzkumník s participantem projít. Otázky mohou být v průběhu rozhovoru pokládány v zaměnitelném pořadí a mohou být doplňovány o nové otázky, které během rozhovoru vyvstanou. Výzkumník nechává participanta hovořit a dle potřeby se doptává (Hendl, Remr, 2017).

4.3 Výzkumné otázky práce

Hlavní výzkumnou otázkou práce bylo porozumět prožívání osobní pohody (well-being) seniorů hospitalizovaných na gerontologickém oddělení.

Díličními výzkumnými otázkami bylo:

- zjistit, co ovlivňuje osobní pohodu (well-being) hospitalizovaných seniorů
- zjistit, jak ovlivňuje hospitalizace a nemocniční péče osobní pohodu (well-being) seniorů

4.4 Metoda a technika sběru informací

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda technikou polostrukturovaných rozhovorů. Tuto metodu jsme zvolili také kvůli hlubšímu pochopení prožívání well-being a vzájemně působících faktorů. Stěžejní otázky rozhovoru jsou součástí příloh (viz. Příloha P III). Pro kvalitativní výzkum je charakteristické zkoumání obyčejného života jedinců s důrazem na jejich subjektivní hodnocení, vnímání, postoj a názory. Předpokladem je zkoumání z osobního pohledu konkrétního participanta a s významy, které daným jevům a skutečnostem připisuje on sám, dle jeho skutečného výkladu, v jeho vlastních životních souvislostech, prostředí a jeho přirozeném jazyce. „*Výsledky kvalitativního výzkumu se nezískávají prostřednictvím statistických procedur, ale prostřednictvím porozumění zkoumanému problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz o zkoumaném problému.*“ (Vévodová, Ivanová a kol., 2015, s. 102).

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval dotazy na sociodemografické údaje (pohlaví, věk, rodinný stav, sociální situace, vzdělání) a základní údaje vztahující se k hospitalizaci (délka hospitalizace, důvod hospitalizace), škálu osobní pohody (zdroj: autorka práce, 2023), na které měli účastníci výzkumu ukázat míru jejich aktuální psychické pohody a vlastní otázky rozhovoru, které čítaly 11 samostatných položek. Otázky vycházely z šestidimenzionálního modelu osobní pohody (sebepřijetí, autonomie, pozitivní vztahy, zvládnutí prostředí, smysl života a osobní rozvoj) a také z tématu a záměru bakalářské práce.

4.5 Charakteristika výzkumného souboru

Participanty výzkumu tvořili senioři hospitalizovaní na gerontologickém oddělení, konkrétně na pracovišti Centra klinické gerontologie v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Hlavním kritériem výběru byl věk nad 65 let, schopnost a ochota podílet se na výzkumu. Podmínkou bylo podepsání informovaného souhlasu, kterým účastníci mimo jiné udělovali souhlas se zaznamenáváním rozhovoru na diktafon. Účastníci byli informováni, že účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a že mohou kdykoli bez udání důvodu výzkum opustit. Základní informace o účastnících výzkumu znázorňuje tabulka 1. Vzhledem k ochraně osobních údajů a zachování anonymity jsou účastníci výzkumu pojmenováni jako P1, P2 a P3.

Tabulka 1 Základní informace o účastnících výzkumu

| Účastníci | P1 | P2 | P3 |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Pohlaví | Žena | Žena | Muž |
| Věk | 75 let | 82 let | 77 let |
| Rodinný stav | Vdaná | Vdova | Vdovec |
| Sociální situace | Bydlí s manželem | Bydlí sama | Bydlí s dcerou |
| Nejvyšší dosažené vzdělání | Střední vzdělání s maturitou | Střední vzdělání s výučním listem | Vysokoškolské vzdělání (Ing.) |
| Délka hospitalizace | Přibližně 3 týdny | 3 měsíce | Přibližně 2,5 měsíce |

| | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---|
| Důvod hospitalizace | Pád, zlomenina lopaty kosti kyčelní | Kolapsový stav, zánět páteře | Odstranění ledviny, následný pád za hospitalizace, zlomenina krčku femuru |
|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---|

4.6 Organizace výzkumu

Rozhovory s participanty výzkumu proběhly v nejmenované nemocnici na pracovišti zvaném Centrum klinické gerontologie na jaře roku 2023. Výzkum byl započat po podepsání potřebných souhlasů a na základě schválení uskutečnění výzkumu personálem daného oddělení po předchozí telefonické domluvě. Personál byl opětovně informován o účelu návštěvy participantů, názvu bakalářské práce, záměru výzkumu i časovém rámci. Ve dnech konání výzkumu se na výběru vhodných kandidátů podílel přítomný ošetřující personál, který měl dostatečný přehled o schopnostech hospitalizovaných seniorů a jejich aktuálním rozpoložení. Pacienti splňující kritéria výběru (hospitalizace na gerontologickém oddělení, věk nad 65 let, pohlaví nerozhodovalo, schopnost a ochota spolupracovat, schopnost podepsat informovaný souhlas) byli následně citlivě osloveni, byl jim vysvětlen důvod, průběh i záměr výzkumu. Součástí bylo i představení výzkumnice a navození příjemné atmosféry pro získání důvěry a budování vztahu mezi participantem a výzkumnicí. Participanti byli informováni o dobrovolnosti účasti, anonymitě výzkumu a potřebě nahrávat rozhovor na zvukový záznamník pro účely zpracování a analýzu informací. Před započatím rozhovorů byly podepsány informované souhlasy účastníků. Jejich originály jsou k nahlédnutí u autorky bakalářské práce. Rozhovory trvaly přibližně 25-40 minut. Tento čas v sobě však nezahrnuje úvodní seznámení, podepisování informovaných souhlasů, otázky na základní sociodemografické údaje ani hodnocení škály osobní pohody, jedná se pouze o čistý čas vlastních otázek rozhovoru. Rozhovory probíhaly v odpoledních až podvečerních hodinách na pokojích vybraných pacientů. Byl vznesen dotaz na zajištění soukromí v případě sdíleného pokoje s jinými pacienty, nicméně všichni tři participanti projevili ochotu podílet se na výzkumu i za přítomnosti jiné osoby. Pro výzkum jsme měli připraveny otázky k rozhovoru s jednotlivými podotázkami a okruhy, které jsme chtěli projít, škálu osobní pohody, na které pacienti názorně ukazovali míru jejich aktuální psychické

(ne)pohody, diktafon a poznámkový blok pro případné zaznamenávání emočních reakcí a doprovodných gest v průběhu rozhovoru.

4.7 Zpracování získaných informací

Nahrávky rozhovorů byly autorkou práce přepsány do elektronické podoby konkrétně do programu MS Word. Přepis rozhovorů participantů byl ponechán v jeho původním znění včetně slangových a nespisovných výrazů, které hospitalizovaní senioři používali. Důvodem byla snaha o zachování maximální autentičnosti výpovědi. Z hlediska ochrany osobních údajů byly odstraněny (nahrazeny) pouze ty informace, které by vedly k identifikaci jednotlivých participantů. V přepisu rozhovorů jsou autenticky zapsány i emoční a jiné reakce participantů výzkumu (např. smích, smutek, výraz tváře, tón hlasu, pohybová reakce...). Tyto reakce a emoce jsou stejně jako mluva participantů napsány kurzívou a vkládáme je do kulatých závorek. Kompletní přepisy rozhovorů jsou k dispozici u autorky práce. Pro vyhodnocování kvalitativního výzkumu bude použita metoda otevřeného kódování, jakožto induktivní proces analýzy informací skrze kódování (Vévodová, Ivanová a kol., 2015).

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

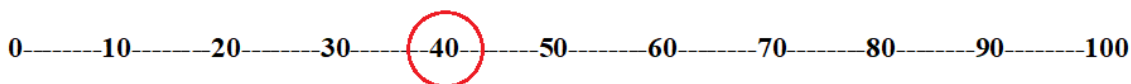
Pro analýzu rozhovorů byla využita metoda otevřeného kódování. Jedná se o pečlivý analytický proces zkoumání, třídění, komparace, konceptualizace a kategorizace textu. Při analýze vytváříme jednotlivé kódy (koncepty) a tyto kódy třídíme a seskupujeme (kategorizujeme). Pro metodu je typický abstraktní charakter a zakotvenost v datech (Říháček, Čermák a kol., 2013; Vévodová, Ivanová a kol., 2015).

Jednotlivé přepisy rozhovorů byly opakovaně pročítány. Nalezené významové jednotky vztahující se k výzkumné otázce jsme si v textu barevně označili a přiřadili jim kód, který daný úsek nejlépe vystihoval. Pro každý rozhovor tak vznikl poměrně vysoký počet kódů, s nimiž bylo potřeba nadále pracovat a třídít je do zastřešujících kategorií. Na základě analýzy nám vzniklo celkově 5 kategorií. Vlastnosti kategorií vyjadřují to „*co mají všechny prvky náležící k dané kategorii společně*“ (Říháček, Čermák a kol., 2013, s. 49) a dimenze pak znamená možnost zařazení na škále (Říháček, Čermák a kol., 2013; Vévodová, Ivanová a kol., 2015).

5.1 Rozhovory s participanty

Před započítáním rozhovorů byly od participantů získány sociodemografické údaje a informace vztahující se k hospitalizaci. Pro lepší orientaci tyto informace znovu níže shrnujeme. Uvádíme zde i škálu osobní pohody (zdroj: autorka práce, 2023), jejíž instrukce k zaznačení zněly takto: na škále od 0 % do 100 % zaznačte míru Vaší aktuální psychické pohody, přičemž 0 znamená nejhorší možná psychická nepohoda (cítím se velmi špatně), 100 nejlepší možná psychická pohoda (cítím se velmi dobře).

Participant P1: Žena, 75 let, vdaná, bydlí s manželem, střední vzdělání s maturitou, hospitalizována přibližně 3 týdny, důvod: pád – zlomenina lopaty kosti kyčelní



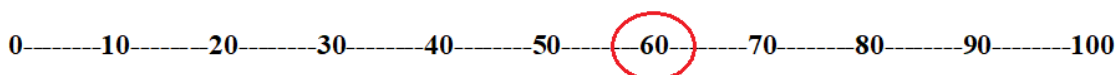
Obrázek 3: Škála osobní pohody P1 (zdroj: autorka práce)

Participant P2: Žena, 82 let, vdova, bydlí sama, střední vzdělání s výučním listem, délka hospitalizace: 3 měsíce, důvod hospitalizace: kolapsový stav, zánět pátěře



Obrázek 4: Škála osobní pohody P2 (zdroj: autorka práce)

Participant P3: Muž, 77 let, vdovec, bydlí s dcerou, vysokoškolské vzdělání (Ing.), hospitalizace přibližně 2,5 měsíce, důvod: odstranění ledviny, následný pád za hospitalizace se zlomeninou krčku femuru



Obrázek 5: Škála osobní pohody P3 (zdroj: autorka práce)

5.2 Kategorizace

Na základě analýzy a zpracovávání rozhovorů jsme vytvořili těchto 5 kategorií:

Kategorie č. 1: HOSPITALIZACE POHLEDEM SENIORA aneb „každý máme právo na důstojnou péči“

Kategorie č. 2: VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO ZDRAVÍ aneb „stáří bylo krásné než...“

Kategorie č. 3: VZTAHOVÉ PROSTŘEDÍ aneb „důležitost sociální opory“

Kategorie č. 4: DŮLEŽITOST VZPOMÍNEK aneb „co činí život hodnotným“

Kategorie č. 5: PROŽITEK OSOBNÍ POHODY aneb „máme ještě přání“

1) HOSPITALIZACE POHLEDEM SENIORA aneb „každý máme právo na důstojnou péči“

Tabulka 2 Kategorie č. 1: Hospitalizace pohledem seniora

| Vlastnost | Dimenze |
|-------------------|----------------|
| Informovanost | Nedostatečná |
| Důstojnost | Velmi důležitá |
| Chování personálu | Zásadní |

| | |
|-------------------------|---------------|
| Reakce na hospitalizaci | Důležitá |
| Naplňování času | Malé až velké |

Jako první máme v této kategorii uvedenou vlastnost **informovanost**. Této vlastnosti přiřazujeme dimenzi nedostatečná. Z pohledu participantů je tato oblast vlivem neefektivní komunikace zdravotníků nedostatečně saturována. Participantů se cítí nedostatečně informovaní, což může vést k pocitům nejistoty, pasivity či uzavřenosti.

„Třeba bych měl už vědět, že za týden půjdu domů, ale to Vám nikdo neřekne.“ (P3)

„No tak to, kromě paní doktorky, co přijde se optat, tak sestřičky přijdou, nadzdvihnou kapnu, podívají se, „Máte to dobré,“ a jdou.“ (P2)

„To, to je pravda. To neříkají. No. No to, to je těch blbejch 40 procent.“ (P3)

(mávnutí rukou) „No nevadí no, tak já už jsem si na to zvykla.“ (P2)

Při dotazu, zda by participantů uvítali více komunikace a lidskosti, odpovídali:

„Tož kolikrát jo. Někdy ano někdy ne. Někdy člověk je tak uzavřený sám do sebe, že by nemusel je ani vidět... A vesměs je tu dobrý personál... nedá se no.“ (P2)

„Asi jo.“ (P3)

Jako druhou vlastnost jsme do kategorie zařadili **důstojnost** s dimenzionálním rozsahem velmi důležitá. Předpokladem ošetrovatelské péče by měla být úcta k člověku, k životu, a poskytování trpělivé citlivé péče se zachováním důstojnosti člověka. Participantů se vyjadřovali k tomu, zda je o ně v nemocnici pečováno s úctou, důstojností a trpělivostí a zda je v nemocnici vhodně pečováno o uspokojování jejich potřeb.

„To jo, to jo, to jo. Více méně ano. Ne, ze strany... toho... personálu, jsem spokojenej. Záchod vynesou...“ (P3)

„Já si myslím, že tady je. Aspoň na těchto dvou odděleních, co jsem – na té traumatologii a tady.“ (P1)

„...Sú spokojená velice. Já jsem to říkala i na té traumatologii a tady aji před panama doktorama, před paní primářkou, panem primářem, já su absolutně. Co taky slušně pozdravím, poprosím nebo požádám podle toho, poděkuju za kdejakú maličkost, co pro mě udělají. Ochetné jsou, ať tam na té trauma anebo tady. To opravdu, opravdu...“ (P1)

„No...“ (vrtění hlavou, že ne, bolest a žal ve tváři) (P2)

(Ztrápený výraz) „...To už je horší... Ale tak...jak kdy.“ (P2)

Při dotazu, co převažuje, participant P2 odpověděl: „No ta dobrá stránka...“ (P2)

Třetí vlastností této kategorie je **chování personálu**, jemuž připisujeme dimenzi zásadní. Participanti za hospitalizace procházeli pozitivními i negativními zkušenostmi s chováním zdravotnických pracovníků. Chování zdravotníků může zásadně ovlivnit adaptaci na hospitalizaci i osobní pohodu seniora.

„Ono by se dalo moc věcí zlepšit. (odmlka) Třeba přístup některých sestřiček...“ (P2)

„No nemám špatnou zkušenost, ale vidíte, jak se která chová jo. Třeba Vám odmotává nohy a hodí Vám to do ksichtu, ten obvaz. Tady, jsem jí řekla, že nejsu žádná... kráva (ztišení hlasu), aby mně to házala na pusou... Tak se velice omlouvala, tak oni...nehážu všechny do jednoho pytlá (rázně řečeno), některá je dobrá, některá ne, jak člověk no. Každý jsme jenom člověk.“ (P2)

„Aby, když zazvoníte na ně, na to mám zvonek, tak aby přišli. A ne, aby přišli za hodinu jo. Přece zvoním opravdu, když něco potřebuju, aby, anebo nepřijde vůbec. Aj to se stává. A večer si to vypnú v osm hodin a hotovka. Někteří si to vypnou a mají pokoj. Tož někdy, když to mají zaplé, tak se dostaví, když to nemají zaplé, tak... Víím, že jsme tady s paní, co tu byla ještě před touto, že jsme volali myslím půl hodiny: „Sestřičko, sestřičko,“ a nikdo se nedostavil. Zvonek vyplý a neslyšeli.“ (P2)

„...Někdy, někdo je ochotný Vám to dát, někdy Vám řeknou: „Už jste dostala.“ ...No však ale třeba to dostanu v poledne a chcu to v noci a řekne, že už jsem dostala.“ (P2)

„No starají se. Starají se, co, co jim zdraví a tělo dokáže.“ (P3)

„Ale tady ted' nemožu říct ani půl slova, ne slova, ale ani půl slova, ani na té traumatologii, a tady to. Opravdu ochotu s.... včera mě ta noha hrozně bolela no a to víte, že tu není vizita v sobotu, v nedělu, ve svátky, a no, a tak zavolali potom, večer přišel pan doktor... na převaz a on mi to zařídil, tak jsem byla...“ (P1)

„Jenom kladně. Ať je to uklízečka, ať jsou to sestřičky, ať jsou to páni doktoři, páni primáři, prostě nemůžu říct ani půl slova. Ani půl slova.“ (P1)

Čtvrtou vlastností první kategorie je **reakce na hospitalizaci** s dimenzí důležitá. Míra dobrovolnosti či nedobrovolnosti může ovlivnit způsob adaptace seniora ve zdravotnickém zařízení a jeho následné chování, prožívání i přístup.

„No já jsem spadla ze schodů, a to jsou normálně betonové schody, tak jsem asi špatně narazila na ten okraj, nebo narazila na ten, tak jsem se dostala z toho sklepa až do kuchyně... Tož, zavolali jsme záchranku a už to bylo.“ (P1)

„Tož, to jsem byla ráda, že mi pomůžou.“ (P1)

„Tož třeba, když jedeme na tu traumatologii na ten převaz, tak minule ta sestřička musí jet semnou a musí tam semnou být. Tak jsme tam dvě a půl hodiny čekaly. To bylo...já si myslím, že by měli vzít, třeba když je úraz nějaký těžký, tak samozřejmě, ale myslím si, že aji vůči těm sestřičkám – mají svoji práci tady a musijá sedět tam u mě...“ (P1)

„Nespokojena, nespokojena... člověk je tady nespokojený s ničím, když to tak vezmete. Že byste nejradši utekla...“ (P2)

„...No strašně spím. Ježíši, to si nepřejte vědět, já mám... já mám, no tak 2 měsíce, jakstakš, protože mně dávali kapačky a všecko, tak to bylo všecko uvolněné, tak toto, ale teďka mám syndrom neklidných nohou. Víte, co to je? ... No, co z postele, já nevím, kam bych je dala...nemožu...v noci právě v noci, nejvíce v noci. Že jsem, jsou čtyři hodiny ráno a já ještě nespím. A pak o půl šesté nás přijdou budit... (odmlka) To je hrůza. To je právě to, že já přes den neusnu... Kolikrát mě tak bolí hlava, až mi třeští, jak sú nevyspaná.“ (P2)

„...Spíš dobré, než špatné... Nechávejí mě žít.“ (P3)

Pro participanta P3 nebylo těžké se na hospitalizaci adaptovat: *„...protože já jsem si to způsobil sám...Jo? Už tady minimálně přes měsíc ležím se zlomenou nohou.“ Ale to jste si neudělal sám ne? „Udělal. Já jsem neposlouchal pana doktora a vyrazil jsem na záchod jenom o... (přemýšlí) ...Ne, ne, ne, ne. Bez nadstavce, jasně, ale jinak jsem šel jako na to a upadl jsem na dlažbu.“ (P3)*

„...Nejradši bych byl doma.“ (P3)

Při dotazu participanta P3 na to, jaké pocity nejčastěji zde za hospitalizace prožívá, zněla odpověď: *„...Naštvaní... Na mě. Jo, kdybych bejval poslouchal, tak... už jsem byl měsíc doma.“ (P3)*

Poslední vlastností první kategorie je **naplňování času** se svým dimenzionálním rozsahem malé až velké. Participantů byli dotazováni na to, jak tráví svůj čas v nemocnici a zda prožívají často pocity nudy.

„Čumím na strop.“ Nudíte se často? „No (přikyvování).“ (P3)

„Nudím, protože mám tady rozečtenou knížku a nejsou schopná ji dočíst. Časopisy už jsem přelouskala ...no ale...nic moc... Mám tady rádio i s sebou tam malé, no poslouchám no.“
Odreaguje Vás to trošku? „Tak aspoň na chvíli...“ (P2)

„Nemám na to čas. Nemám, protože máme těch králíčků, a tak já sú, já si s nima vykládám, zpívám jim, a když mě napálí, a a když mně vylejů misku na hlavu, tož jim nadávám. Aji škaredě někdy.“ (P1)

V souvislosti s náplní času jsme se participantů ptali i na jejich záliby:

„To už, to já se podívám na sport pasivně – gaučing (smích) – a na soutěže, křížovky, dyť já mám plný stolec křížovek... Tak podívám se na sport. Já nemám ráda nějaké takové ty horory nebo takové ty střelačky.“ (P1)

„No ted'ka už ani moc ne, ale měla jsem, pletla jsem, šila, háčkovala...no a ted' už...čtu, luštila jsem sudoku, osmisměrky...ted' už mě nebaví nic, ani čtení.“ (P2)

„Skoro žádný. Chybí mi práce, chybí mi styk se zákazníkama, protože my jsme měli soukromou firmu, která vyráběla takovýhle prášky a takovýhle pití... No. Já jsem dělal účetního, skladníka...prostě já jsem byl jako jeden člověk, kterej řídil celou firmu...“ (P3)

„Já nemám rád telefony a nemám rád, rád televizi nemám rád... tady není. Ne, ne, ne, ne, já nenávidím televizi, protože krade čas.“ A rádio třeba? Máte rád hudbu? „No mám no.“ A uvítal byste si třeba rádio pustit? (chvíli přemítá) „Ne (přesvědčivě). Ne, protože tam jsou reklamy.“ (P3)

2) VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO ZDRAVÍ aneb „stáří bylo krásné než...“

Tabulka 3 Kategorie č. 2: Vnímání vlastního zdraví

| Vlastnost | Dimenze |
|-------------------|-------------------------|
| Nepřijetí stáří | Příznačné |
| Zdravotní omezení | Mensší až středně velké |
| Vůle žít | Žádoucí |

| | |
|--------|-------|
| Strach | Častý |
|--------|-------|

Jako první vlastnost druhé kategorie uvádíme **nepřijetí stáří**, kterému jsme přiřadili dimenzi příznačné. Participanti v této oblasti vyjadřovali, co pro ně stáří znamená a jak se na něj adaptovali, případně zda vůbec. Za nepřijetím stáří mnohdy stojí omezující zdravotní stav nebo nevyrovnanost s nadbytkem času po odchodu do důchodu.

„Já říkám, že by nemělo být... (smích) ...Tož protože přibývá těch nemocí, já to vidím po sobě, dyť co já jsem podělala práce a (polknutí ztěžka) ted'ka (pokles intonace hlasu) ...“
(P1)

„No tak člověk pomaly musí, ubývat, ubírat práce...“ (P1)

„A ted' se musí bojovat, musí bojovat sám no...“ (P1)

„No, každý říká: „Stáří bývá krásné,“ ale tak to moje bylo krásné tak do, do těch...než mě začly bolet záda... No, dvacet roků léčím záda, dvacet roků! (zvýšení intonace hlasu)“ (P2)

„...No, nijak právě. Nepřijal jsem. Měli jsme firmu, kterou jsme prodali v sedmnáctém...a pak jsem neměl, co dělat... No já už jsem byl v důchodu...Hmm (pokrčení rameny).“ (P3)

„Nic moc. Nemůžu jezdit autem (odmlka). Třeba půjdu domů...nebo doufám, že půjdu domů...“ (P3)

Další vlastností této kategorie je vlastnost **zdravotní omezení** s dimenzí menší až středně velké. Vlastní zdraví, soběstačnost a míra fungování v běžném životě může modifikovat chování a spokojenost člověka. Zdraví je propojením mezi fyzickou a psychickou stránkou.

„No tak, dokad' jsem byla zdravější, já jsem nebyla nikdy jako úplně, že bych byla nějaký sportovec nebo něco, no ale tož ten zdravotní stav čím, říkám Vám, přibývá roků, přibývá nemocí.“ (P1)

„...No zvládám, protože automatka je, myčka je, všecko prostě tady tyto věci, to nebylo...“
(P1)

„No ted' už mizerný... Tak, celkem byl dobrý... Sama jsem všecko zvládala, než jsem jela do nemocnice, tak všecko jsem si doma podělala sama... Tak nevím, tak chodit chodím, zatím pajdám na (zakotání) na jednu nohu, že mě to tady bolí... záda.“ (P2)

„Mám tady postel a nemožu chodit. No, tady mám tak maximálně 10 %.“ (P3)

Pohyb: „*No s pomocí ano. Jak jsou takový ty vozejčky, tady na chodbě jich je spousta, no. A když jde někdo semnou tak já projdu chodbu dvakrát třikrát. To jo. Ale sám ne. Sám se bojím.*“ (P3)

Hygiena: „*Jo. V mezích možností pochopitelně jo? Zadek je problém.*“ (P3)

Další vlastnost druhé kategorie tvoří **vůle žít** a její dimenzionální rozsah žádoucí. Je žádoucí, když jsou pacienti motivováni za sebe bojovat, nevzdávají se a vědí proč.

„*A teď se musí bojovat... No, tak musím, proto se, mi říkají...aj páni doktoři a sestřičky všechny, že prostě no tož, že my jsme nejlehčí – ne váhově ale (pousmání) prostě takový nejšikovnější pokoj, který se snaží...*“ (P1)

„*...když to vidím tady... (zamyšlení) já se snažím cvičit a chodím a snažím se, co nejvíc abych...protože manžel, jak byl po té operaci, on ho to bolelo, tak nechtěl chodit a víte, jak to je, ochably mu svaly...*“ (P1)

„*Protože nechci, abych dopadla, tak jak můj, aby mě ochrnuly nebo znehybnily se ty nohy, já potřebuju chodit... Zodpovědně, na sebe hlavně, abych mohla (odmlka)...nechtělo by se mi ještě odcházet.*“ (P1)

„*Protože, co teďka todle tělo umí, to já nevím. To budu muset odzkoušet znova.*“ A máte tu chuť k tomu to znova odzkoušet? „*Mám.*“ (P3)

Poslední vlastností druhé kategorie je vlastnost **strach**, přiřazujeme k němu dimenzi častá. Strach je limitujícím faktorem. Strach participantů vyvstával především z nového prostředí a z vlastních schopností se sám o sebe postarat.

„*Mám z toho obavy, že tam bude zas všechno jiné v těch lázních... No...no však právě, no. Tak už člověk chodí třeba na to jenom, nemusím chodit na záchod, tam budu muset chodit na záchod, jestli bude záchod nízko, zase nevstanu. Z toho mám obavy.*“ (P2)

„*A když jde někdo semnou tak já projdu chodbu dvakrát třikrát. To jo. Ale sám ne. Sám se bojím.*“ (P3)

„*Já jsem v přízemí... A doufám, že se dostanu na záchod.*“ (P3)

3) VZTAHOVÉ PROSTŘEDÍ aneb „sociální opora je nesmírně důležitá“

Tabulka 4 Kategorie č. 3: Vztahové prostředí

| Vlastnost | Dimenze |
|--------------------------|----------------|
| Sebepojetí | Ovlivnitelné |
| Sebepřijetí | Přínosné |
| Podpora za hospitalizace | Velmi důležitá |
| Nenahraditelnost rodiny | Velmi vysoká |

První vlastností třetí kategorie je **sebepojetí** s dimenzionálním rozsahem ovlivnitelné. Vnímání sebe sama bylo hodnoceno nejen na základě vlastní osobnostní výbavy, ale bylo významně ovlivněno také zdravotním stavem jedince a hodnocením prožitého života.

(dlouhá odmlka, smutný výraz) „Někdy špatně... (bolestný smích) ...Protože jsem si představovala to stáří lepší, že takhle nedopadnu...“ (P2)

„...Ale tak, co naděláte, člověk si neporučí, ale nemoce nechodijou po horách, ale po lidech, takže...“ (P2)

„Tož, jak bych Vám to řekla, no tak...tož mohlo to být lepší no (smích) ...Nevzala jsem si žádnýho boháča, bez auta (hledání slov) ...takže co, co jsme si prostě nevybudovali sami, tak jsme neměli.“ (P1)

„...Držka su! (smích) ... taková co, však to vidíte, co prostě...“ Upřímná. „No (přítakání), někdy mě to aji mrzí, že jsem to nemusela říkat, no ale tož to už se nedá vzít zpátky nikdy no... No (přítakání), ale jinač sú dřič, to Vám řeknu jako.“ (P1)

„No... takhle, je mi 77, jo... bylo by nejlepší, kdybych tady už nebyl... Mně nebaví život... No, já už za tejdén snad půjdu domů, tam mě zase čeká postel, protože nemám nikoho, kdo by se o mě staral.“ (P3)

„No bejvalo to lepší... Hm, určitě... No to zdraví.“ Ale to přeci neovlivňuje Vaše vlastnosti a chování. „...No, doufám. Doufám, že ne.“ (P3)

Druhou vlastností třetí kategorie je **sebepřijetí** s dimenzí přínosné. Patří zde přijetí svých silných i slabých stránek, vlastností, své osoby i tělesného vzhledu. Sebepřijetí může pozitivně ovlivňovat psychiku seniora a jeho přístup k sobě i k životu.

„Tož to víte, že jo už... co už já říkám, už to mám blíž tam (ukazování prstem nahoru k nebi). A včel, když se mi to stalo, tak jsem říkala: „Svatý Petr měl zamklé dveři, nechtěl mě tam.“ (smích) (P1)

„...ale... nestěžuju si (smířlivý tón), co jsem si udělala, co jsem si...udělala svoju práci, to mám a o to si toho víc vážíme, aji můj aji já.“ (P1)

„No tak já si myslím, že dobré... Spokojená.“ (P2)

„Snad jo.“ (P3)

Při dotazu na přijetí tělesného vzhledu participanti odpovídali:

„Tož s tím už nezměním nic. Nemalovala jsem se nikdy...“ (P1)

„...říkám, já mám krém, kosmetiky a nic nepoužívám. Ne. To indulona nejlepší...“ (P1)

„Ne, je mi to úplně jedno.“ (P3)

U vlastnosti **podpora za hospitalizace** jsme zvolili dimenzi velmi důležitá. V rozhovorech jsme se tázali na to, zda mají participanti v průběhu hospitalizace kolem sebe lidi, kteří jsou jim ochotni naslouchat., s nimiž si mohou popovídat a svěřit se jim se svými radostmi i starostmi.

„...No moc ne, protože každéj má nějaký povolání, že jo, každéj chodí do práce.“ (P3)

„Tady nemám nikoho. Ani paní vedle, ta věčně spí. Anebo mluví tak vydělá si zuby a já jí nerozumím nic.“ (P2)

„Hmm...tak sestřičky některé můžete si s nima povykládat, s paní doktorkou...“ (P2)

„Tak přijdou, přijdou, tož s túto paní s tú jsme tady samy dvě, ona je na jedno ucho neslyší vůbec a tož, ale však můžeme na sebe křičet, když tu nikdo není (nadsázka v hlase). Takže já třeba jsem donesla, nebo syn donesl krabicu zákusků, tak jsme jí dali...“ (P1)

„Já si myslím, že jo. Aji ted'ka, to mě volala ta policajtká, kámoška, co jsem jí doopatrovala tatínka. Súsedka, no súsedka přes tři baráky nebo štyry, tak snažíja se mi pomáhat...“ (P1)

„Ano, chodíja, chodíja, ten syn, ten starší, ten, co bývá ten nás má, ted' je momentálně v tom Darkově, no tak ted', ale ta policajtká ta...tu byla...“ (P1)

Jako poslední vlastnost jsme do této kategorie zařadili **nenahraditelnost rodiny** s dimenzí velmi vysoká. Rodina zaujímá významné místo v životě seniora.

„Kluci jeden je pryč, ten si postavil barák na Vítověj, druhý jsme mu to dali teď ten baráček, takže ten se o nás stará.“ (P1)

„...Děti... Dvě, kluka a holku a jsou hodné, teď mi balijou doma kufr, já jedu ve středu do lázní z tadyma.“ (P2)

„No baže chodí, každý druhý den vždycky je tu jeden den syn, jeden den dcera, střídají se, jak jim to vychází. Protože dcera dělá od sedmi do sedmi do večera, a když má volno, tak vždycky přijde.“ (P2) *„No byl tu. Je počkejte, vnuk tu... byli tu oba dva. No. A čtyři pravnoučata.“ (P2)*

„...Syn je v Nehvězdech, což je kousek od Prahy. Dcera se snaží...učit děti vidět bez vočí...“ *A jezdí za Vámi? „Jo, tak co dva dny.“ (P3)*

„Ne, vona, dělá vše pro to, abych se dostal domů. Už máme doma postel, už máme jednu sestřičku...“ (P3)

4) DŮLEŽITOST VZPOMÍNEK aneb „co činí život hodnotným“

Tabulka 5 Kategorie č. 4: Důležitost vzpomínek

| Vlastnost | Dimenze |
|--------------|-------------------------|
| Vzpomínky | Trvale přítomné |
| Významnost | Vysoká |
| Smysl života | Směrodatný |
| Kvalita | Přijatelná |
| Přijetí | Podprůměrné až průměrné |

Jako první vlastnost čtvrté kategorie uvádíme **vzpomínky** se svou dimenzí trvale přítomné. Participanti se vyjadřovali ke svému dětství, dospívání a celkově k nejutkvělejším vzpomínkám života. Vyprávěli dobré i špatné příběhy, které jim zůstaly uchovány v mysli a tvoří součást jejich života.

„Tak to bylo horší, protože tatínek byl... (odmlka) no spíš, ne notorik, ale rád si vypil a... a no s maminku aj semtam... (pauza, zarmoucený výraz ve tváři) uderil, takže to jako nebylo,

dětství nebylo moc kladné... takže na něho nemám dobré vzpomínky jako (sklíčený tón hlasu).“ (P1)

„...a musela jsem pomáhat, protože jsme měli kusek pola, přišla jsem ze školy a už jsem musela jít do pola.“ (P1)

„Sice práce dělala jsem celý život těžce, žádný kanceláře, seděla jsem 3 měsíce v kanceláři a utekla jsem z tama, to nebylo na mě. A dělala jsem v JZD, takže... (pokrčení rameny)“ (P1)

„No jsme měli zlatou svatbu.“ Krásné. „No no (usměvavé přitakávání). V šedesátém sedmém jsme se brali, takže už je to šestapadesát roků no.“ (P1)

„No bylo nás doma šest dětí, pět děvčat, jeden kluk poslední... (zamyšlení) docela dobře no... manžela jsem měla hodného, děcka hodné...“ (P2)

„Vzpomínky mám zajímavé na Jablonné, tam jsem se narodil a chodil do první třídy...potom se naši stěhovali... No, ale taky tak po skupinách.“ (P3)

„No...(odmlka) Moje vzpomínky nejsou žádné...ne, nejsou, prostě zastavilo auto, tak jsme nasedli a převezli se.“ (P3)

„Co se mi povedlo? Spousta věcí, který už zase neexistují. ...Jo. Z toho Novýho Města jsem dojížděl do F...do na gympl do Frýdlantu. To bylo zajímavý, protože jsem jezdil vlakem. Jo? To bylo zajímavý. Potom jsem nastoupil na vysokou školu...“ (P3)

„To bylo taky příjemný, i když tam jsem poznal, že zájem některých lidí je: já a potom, potom všichni ostatní.“ A jak jste to přijal? „Dost špatně, protože...jsem zanevřel na cestování.“ Rád jste cestoval? „No, rád.“ A to Vás odrazilo od cestování? „Jo.“ A jakou spojitost to s tím mělo? „...Naštval jsem se.“ (P3)

„Práce...Rodina táhla vždycky rok...rok jsem vždycky dojížděl a za rok jsem sehnal bydlení, tak přišli za mnou...“ (P3)

Druhou vlastností této kategorie je **významnost**, dimenze k ní je vysoká. Jedná se o významnost, kterou participanti přisuzují důležitým událostem v jejich životě. Popisovali významné události jejich života a to, co se v jejich životě podařilo.

„No tak pěkné no tak zamilovaná jsem byla rok a týden.... Ano, pak jsme se vzali, v únoru jsme se brali a v srpnu se synek narodil. Ten má padesát šest roků. Já jsem měla neměla dvacet roků, když jsem ho měla a za šestnáct měsíců jsem měla druhého.“ (P1)

„No tak hlavně, že mám zdravé děti, a to je důležitý, no tak přijdou roky, přijdou nemoci a všeko se vám už potom ide k horšímu no.“ (P1)

„...Narození za deset roků dcery... No, po synovi. Protože syn měl pomaly už deset a pak se nám narodila dcera konečně.“ (P2)

„...Děti.“ Povedly se děti. (přikývnutí) (P2)

„Co se mi povedlo? Spousta věcí, který už zase neexistujou. Ale byly.“ (P3)

Další vlastností je **smysl života**, jemuž přiřazujeme dimenzi směřodatný. Přítomnost či nepřítomnost smyslu života rozhoduje o dalším vývoji člověka, o jeho postoji k životu, motivaci za sebe bojovat a chuti žít. Participanti uváděli, co tvořilo smysl jejich života v minulosti nebo v čem vidí smysl života nyní.

„V práci jedině. Protože jsem nic jinčího v životě nedělala, opatrovala jsem... ...No tož teď už nemožu, teď už su ráda, že udělám po baráku...“ (P1)

„To, že sú na světě. Že jsem se dožila už tolika, maminka už byla v mojich rokoch už bohužel nebyla. Tak tatínek 71 a maminka 74.“ (P1)

„V rodině... Mmm (slabé přitakání) ...Ještě mi to myslí, takže to vnímám (smích).“ (P2)

„...Nemám.“ (P3)

Při dotazu participantů, zda existuje aspoň něco, co je pro ně v životě důležité, odpověděl participant P1: „No tak hlavně, že mám zdravé děti, a to je důležitý.“, participant P2: „Rodina.“ a participant P3: „Nic.“

„Měli jsme firmu, kterou jsme prodali v sedmnáctým...a pak jsem neměl, co dělat... No já už jsem byl v důchodu...Hmm (pokrčení rameny).“ Vy jste práci prakticky žil? „No právě.“ Myslíte si, že jste tou prací ztratil smysl svého života nebo...? „...Tak nějak.“ (P3)

„No, já už za tejdén snad půjdu domů, tam mě zase čeká postel, protože nemám nikoho, kdo by se o mě staral. Dcera na to nemá čas...mmm...no, syn má práci, ten dělá do reklamy. No a tak, a tak vůbec. Já nevím, nemám žádněj cíl.“ (P3)

Jako další vlastnost této kategorie uvádíme **kvalitu** se svou dimenzí přijatelná. Participanti subjektivně hodnotili nejprve vnímanou kvalitu jejich života a v druhé řadě prameny, které přispívají zvyšování kvality jejich života.

„No tak, já si myslím, že bych neměnila. No tak někdy, říkám, někdy to bylo horší někdy to bylo lepší, jak každý... Spíš spokojená, jak nespokojená no. Říkám, aji bylo aji plus aji minus.“ (P1)

„Tož že mám takovou náladu celkem optimistickou.“ (P1)

„(delší odmlka) Celkem pozitivně no...“ (P2)

„...Rodina.“ (přikyvování) (P2)

„...Na těch 60 % no... No spokojenej jsem byl. Někdy víc, někdy míň, ale život je život.“ (P3)

„Dobré jídlo, dobré vztahy, aspoň nějaký vztahy a uvidíme, jak to dopadne.“ (P3)

Vlastnost **přijetí** s dimenzionálním rozsahem podprůměrné až průměrné charakterizuje pohled na život, přijetí minulosti, současnosti a budoucnosti.

MINULOST:

„...Máme, jsme mívali hospodářství, tři prasata, deset moráků, husy, kačeny, slépký, všeko... My jsme měli aji pole, traktor, máme stroje za traktor, všeko, ale bohužel.“ (P1)

„Tož já si myslím, že ten svět nebyl pro mě až ten nejhorší.“ (P1)

„Velice dobře. Spokojená.“ (P2) V dalším dialogu participant P2 na otázku přijetí minulosti přikyvuje.

„Tam je těch 40 procent.“ (P3)

PŘÍTOMNOST:

„No tak není moc dobrý, protože nejsou zdravá a zdravotně já mám kardiostimulátor, čtyřikrát vlastně už po mrtvičce a ještě teďka tu epilepsii, takže to tých nemocí mám... (rázné rozpomenutí) ještě mám zúžené cévy... abych toho neměla málo (ukazování na ovázanou nohu).“ (P1)

„Teď přítomnost je blbá...“ (bolestný smích) (P2)

„Mám tady postel a nemožu chodit... No, tady mám tak maximálně 10 %.“ (P3)

„Já říkám dceři: „Mělas mě nechat zdechnout.“ (P3)

BUDOUCNOST:

„...snažím se, však oni všeci říkají, že prostě se snažím. Protože nechci, abych dopadla, tak jak můj, aby mě ochrnuly nebo znehybnily se ty nohy, já potřebuju chodit... Nechtělo by se mi ještě odcházet.“ (P1)

(velmi dlouhá odmlka, zahloubání se do sebe) „To nemožu říct, to nevím. To nevím, co bude, jak bude...co bude...“ (P2)

„No myslím si, že by to mohlo být lepší no...“ (P2)

„...Co naděláte, člověk to musí brát tak, jak to jde.“ (P2)

(odmlka) „Uvidíme...“ Musíte věřit a doufat. „Jedině. Protože naděje nás uzdravuje.“ (P2)

„...uvidíme, jak to dopadne.“ (P3)

5) PROŽITEK OSOBNÍ POHODY aneb „máme ještě přání“

Tabulka 6 Kategorie č. 5: Prožitek osobní pohody

| Vlastnost | Dimenze |
|---------------------|------------------|
| Pohoda | Multifaktoriální |
| Obavy z technologií | Velké |
| Spiritualita | Nízká až střední |
| Seberozvoj | Nízký |
| Přání a touhy | Velmi důležité |
| Zmoudření | Důležité |

První vlastností páté kategorie je **pohoda**, její dimenzionální rozsah je multifaktoriální. U participantů jsme zkoumali, čím je jejich osobní pohoda za hospitalizace nejvíce ovlivněna.

„Tady ničím, žádnú pohodu nemám... Kdybych si mohla lehnout večer, byla jsem zvyklá chodit spát o půl jedenácté... kdybych mohla lehnout a spát až do rána...a je čtyry hodiny, tři hodiny... a eště nespím.“ A myslíte si, kdybyste byla doma, ve svém vlastním prostředí...?

„Tak také někdy nespím, ale už vím, že možu jít se projít po bytě, možu, dyť já su, kolikrát jsem šla třeba aji si nachystat oběd v noci, když jsem nemohla spát nebo tak, abych se zaměstnala, abych na to nemyslela, že nemožu spát. Ale nebylo to zas tak hrozné jak tady.“ (P2)

„... (přikyvování) Ani, ani do tých lázní se netěším.“ (P2)

Vliv zdravotního stavu na osobní pohodu:

„No tak někdy bych, se cítím na sto padesát roků a z toho se cítím na třicet. Podle toho, aji změna počasí, změna tlaku dělá, aji na to srdíčko, to mi dělá problémy.“ A co převažuje většinu času? Jak se cítíte? „Spíš dobře, spíš víc, víc jako toho lepšího.“ (P1)

„Člověk nemože myslet jenom na to, kdybych já měla myslet jenom na tu zlomenou nohu, tak bych se musela ukúsnút, jak víte, jak se to říká, zadek ukúsnút. No ale tak snažím se...“ (P1)

„No hrozně...“ Velký vliv. (přikyvování hlavou, smutek) (P2)

„No právě, nic moc.“ Takže hodně ovlivňuje? (přitakávání) (P3)

Vliv spirituality na osobní pohodu:

„Nikdo neví, co tam navrchu je (odhodlaně), nikdo se z tama ještě nevrátil ani nevrátí, já říkám, takže na to já nevěřím. Tak pomodlím se akorát, ale že bych jako nějak, říkám, abych byla fanatik, chodila každý týden do kostela, k přijímání nebo té, to jako ne.“ (P1)

„Tož někdy ano, někdy ne...“ (P2)

„Nic.“ (P3)

Optimismus vs. pesimismus

„Dělám si, však sestřičky ví kolikrát tady krápnu nějakú švandu a se smějú všechny, říkajú: „Tož takovou pacientku to bysme chtěli, víc jich takových.“ (Srdečný smích, potěšení)“ (P1)

Působíte na mě, že se na svět díváte optimisticky. „...Optimisticky, říkám...“ (P1)

(odmlka, přemýšlí) „Počkejte, to pesimisticky znamená...? ...Tož to ne, to první. Spíše optimistická.“ (P2)

„Spíš pesimisticky... Já jsem byl tři měsíce v roce dvacet, devatenáct, tady v nemocnici s covidem, jo? No, pak jsem přijel domů a jedna paní mě z toho nějak dostala, naučila mě chodit, zpátky, protože ty tři měsíce jsem takhle ležel... (odmlka) Asi jo.“ (P3)

A myslíte, že kdyby tady byla Vaše žena, tak byste se na svět díval optimističtěji? „Ne, ne, my jsme se brali jen tak jako z rozumu... Prostě jsme se potkali a vzali se.“ A Vaše manželství bylo šťastné? „Tak napůl. Každý jsme dělali... věci podle sebe... No my jsme si na sebe zvykli.“ (P3)

Druhou vlastností páté kategorie jsou **obavy z technologií**, kterým náleží dimenze velké. Moderní technologie mohou být dobrým pomocníkem, zároveň však vytváří zdroj rozhořčení a jsou nositelem špatných zpráv, které následně ovlivňují psychiku seniora.

„Jinak, aj třeba hlupý telefon, jeden telefon byl v celé dědině... jako normální, teď má kdekdo telefon u ucha. Ať se podíváte děcka se školku, jak chodí kolem našeho, má to čtyry roky a už telefon u ucha (rozhořčení). A stařícci v trolejbusi... to samé (smích). Dyť já se nemožu naučit toť na tomto...“ (P1)

„Jako ta moderní technika prostě je...ne, že by mi nic neříkala, říká mi, je to vymoženost. Ale někdy je to aji na škodu (smích).“ (P1)

„...to je pro mě španělská vesnice, dyť...já jsem měla ze začátku ten normální ťuk ťuk telefon číselný no a toto taky neumím. Zavolat' aj zprávu vezmu, ale poslat neumím. Toho posledního pána, co jsem opatrovala, ten mi aj po rukách dal, on měl ten telefon, co já, že se nemožu naučit posílat zprávu (smích).“ (P1)

„Počítač a takové to, chtěli mi kúpit tablet...já říkám: „Nic mi nekupujte!“ Ani internet nemám v telefoně, nic, protože já říkám, já su takový technický anti-talent.“ (P1)

„...Člověk by to chtěl vidět pozitivně, ale když si vzpomenete, co se ve světě děje, tak, tak někdy ta pozitiva je pryč.“ (P2)

„Já blbě vidím, takže já tam, tady mám nějaké, jakéjsi mobil...je tam? ...Já nemám rád telefony a nemám rád, rád televizi nemám rád... tady není. Ne, ne, ne, ne, já nenávidím televizi, protože krade čas.“ (P3)

Participant P3 uvedl, že k jeho pesimistickému pohledu na svět vede: *„...Nevím. Zprávy...nějaký blbý zprávy...proto taky se nedívám na televizi ani na rádio.“ (P3)*

Další vlastností této kategorie je **spiritualita**, dimenzi k ní připisujeme nízkou až střední. Participant se vyjadřovali k otázce, zda se někdy v myšlenkách obrací k něčemu přesahujícímu (Bohu, osudu, vesmíru...), jaký je přínos a zda jim to nějakým způsobem pomáhá například zvládat těžkosti.

„No... tak já su teda, to Vám řeknu, su věřící, ale že bych byla nějaký fanatik, to ne. Já jdu do kostela, když je příležitost, třeba při pohřbu nebo nějaké výročí...“ (P1)

„...když nemožu spát, tak aji sto „otčenášu“ udělám. A tam mám, když se podíváte (ukazování na andílka na nočním stolku, úsměv), tak to mi ta policajtko donesla...“ (P1)

„...tak jsem zas se modlila „andělíčku, můj strážníčku“ a nakonec říkám: „Andělíčku, kdes byl, když se to stalo, tys měl dovolení?“ (P1)

„Tak ale, že bych věřila na nějakou tu reinkarnaci nebo to, to nevěřím. Nikdo neví, co tam navrchu je (odhodlaně), nikdo se z tama ještě nevrátil ani nevrátí, já říkám, takže na to já nevěřím. Tak pomodlím se akorát, ale že bych jako nějak, říkám, abych byla fanatik, chodila každý týden do kostela, k přijímání nebo té, to jako ne.“ (P1)

„To víte, že jo, někdy... No tak já se vždycky večer pomodlím...než usnu...no...jestli mi to pomáhá nebo nepomáhá, to nemožu říct.“ (P2)

„No. Pro svůj vnitřní klid to mám.“ Dodává Vám to třeba nějakou naději do budoucnosti?
„Ani ne.“ (P2)

„Někdy si říkáte, že snad ani Bůh není. Když se dějou takový zvěrstva na světě...že? Třeba...třeba vemte tu Ukrajinu, že? Tolik nevinných dětí tam pozabíjejí a všechno, tak vždycky si říkám, kdyby nějaký Bůh snad byl, tak to nedopustí. Jenomže to nikdo neví...“ (P2)

„Někdy k osudu. K Bohu těžko, přestože mám křestní list. Z...Československé...Československá církev? Existuje něco takového? ...Asi jo...“ Co Vám to přináší? „Nic.“ Jenom tak přemítáte? „Jenom.“ (P3)

Další vlastnost této kategorie tvoří **seberozvoj**. Jeho dimenzionální rozsah je nízký. Participanti se vyjadřovali, zda existují oblasti, ve kterých by se chtěli ještě i nadále rozvíjet.

„Ted' v mojím věku už ani ne. To už, to já se podívám na sport pasivně – gaučing (smích) – a na soutěže, křížovky, dyť já mám plný stolek křížovek.“ (P1)

„Už nemám se v čem rozvíjet. Budu ráda, když budu se moct postarat sama o sebe.“ (P2)

„Už ne.“ (P3)

Předposlední vlastností páté kategorie jsou **přání a touhy**, jimž prisuzujeme dimenzi velmi důležité. Přání hospitalizovaných seniorů vytváří určitou naději, motivaci, smysl nebo směr,

který má i jedince ve vysokém věku posouvat v životě dál za účelem prožívání dobrého pocitu, dosažení spokojenosti a pohody.

„Nechtěla bych ještě odejít (srdečný spokojený smích).“ (P1)

„Být zdravá (posmutněle).“ (P2)

„Co bych si přál? Dostat se domů, naučit se chodit, a sice se nedostanu do auta, to nemá cenu zkoušet to... No, a to je všechno.“ (P3)

Poslední vlastností této kategorie je **zmoudření**, její dimenzionální rozsah je důležité. Moudrost je darem života a odrazem léty nabytých zkušeností. V závěru rozhovoru jsme se proto ptali, zda je něco, co by senioři rádi vzkázali mladším generacím.

„Aby nebyli tak sobečtí, jak je táto generace těch mladých.“ (P1)

„Stála jsem v trolejbusu, stála jsem u dvou holek, to byly asi dvojčata – vypadaly to tak – seděly na poznačených pro invalidy na sedadlech. Myslíte si, že stouply, že mě...? Ne.“ (P1)

„Ale to je výchova rodičů. Oni si neuvědomují, že i ony budou staré? (rozhořčení v hlase, gestikulace) Já si pamatuju, už mám teda kterýsi pátek, že bylo v trolejbusu cedula: „Mládeži, uvolněte sedadla dospělým.“ Ale to by měl každý si uvědomit, no ale když viděly, že stojím s paliců a ony seděly samozřejmě (předvádění sluchátek v uších a lupkání na mobilu) ťuk ťuk ťuk, ano, každá mobil a psaly a...“ (P1)

„To mě, to mě jako, aj mě to mrzelo a potom jsem tomu šoferovi říkala: „Děkuji.“ „Proč jste jim neřekla, ať Vás pustí?“ A já říkám: „No mně to bylo blbé, když jim to nenapadlo, že baba stará stojí u nich s paliců a ony sedí jak žaby.“ (P1)

„Aby byli ohleduplnější ke straším lidem a nebyli tak sobečtí.“ (P1)

„(dlouhá odmlka, přemýšlení) Aby když se vezmou, aby se hned nerozváděli. Protože těch rozvodů je čím dál víc. Jak, jak nejsou peníze, hned se rozvádějí... je to tak. A kvůli blbostem. Se hádají, pohádají a už jdou k rozvodu, už... A to chudáci, ty děcka, co zůstanou... s mamou nebo tatou (zívání).“ (P2)

„Aby neblbli... Něco viděj, nějakou reklamu a honem to musí mít. Jo? Místo toho, aby se na to vykašlali.“ (P3)

5.3 Interpretace a vyhodnocení dat

Otázky, které byly použity v rozhovoru, vedou k nalezení odpovědí na stanovené výzkumné otázky. Hlavní výzkumnou otázkou práce bylo porozumět prožívání osobní pohody (well-being) seniorů hospitalizovaných na gerontologickém oddělení. Dílčími výzkumnými otázkami bylo: 1) zjistit, co ovlivňuje osobní pohodu hospitalizovaných seniorů, 2) zjistit, jak ovlivňuje hospitalizace a nemocniční péče osobní pohodu seniorů. Analýza dat pomocí otevřeného kódování a třídění pojmů do jednotlivých kategorií nás dovedly k zajímavým objevům. Během analyzační fáze docházelo k vyvstávání nových důležitých pojmů, které bychom jinak před výzkumem považovali za nevýznamné nebo minimálně ovlivňující (typickým příkladem je vlastnost obavy z technologií z kategorie č. 5).

Začneme-li od počátku škála osobní pohody se jevila jako dobrý pomocník pro vytvoření jakési představy o momentálním psychickém rozpoložení seniora před zahájením samotného rozhovoru. Nicméně hodnota uvedená na škále nevypovídá o celkové osobní pohodě hospitalizovaných seniorů, což je potvrzená skutečnost, s níž jsme při vytváření škály osobní pohody počítali. V průběhu rozhovorů dokonce vyvstalo, že participantka P1, která na škále uváděla hodnotu 40 %, projevuje vyšší míru osobní pohody než participant P3, který na škále osobní pohody uvedl hodnotu 60 %. Škála osobní pohody může být teda kreativně přínosná pro hodnocení aktuálního subjektivního stavu, určitě však není směrodatná z hlediska komplexního posuzování osobní pohody v delším časovém horizontu.

Při porovnávání sociodemografických údajů participantů musíme opomenout vliv pohlaví. V teoretické části jsme se zmínili, že některé studie poukazují na vyšší míru osobní pohody u žen než u mužů. Ačkoli ženy-participantky (P1 a P2) v našem výzkumu projevovaly vyšší míru osobní pohody než participant výzkumu-muž (P3), byla by tato informace poněkud zavádějící pro nevyváženost zastoupení obou pohlaví ve výzkumu. Věkový rozdíl mezi participanty se pohyboval v rozmezí 2 až 7 let. Jediná participantka P2 měla věk vyšší 80 let, zbylí dva participanty se vyskytovali pod touto věkovou hranicí (P1 a P3). Všichni 3 participanty však spadali do téže kategorie: na základě dělení dle WHO (75-89 let: vlastní stáří – stařecký věk), stejně jako při jiném dělení (75-84 let: staří senioři), které uvádí například Příbyl (2015). U participantky P1 může osobní pohodě přispívat rodinný stav (vdaná), zatímco participanty P2 a P3 uvedli rodinný status vdovec/vdova. Nicméně, jak z rozhovoru s participantem P3 vyplynulo, přítomnost jeho ženy by neměla výrazný vliv na jeho osobní pohodu ani optimističtější přístup k životu. Důvodem této skutečnosti byly nepřilíživé vztahy mezi manželi: „...my jsme se brali jen tak jako z rozumu...“ Vliv

vyššího vzdělání na pozitivní prožívání osobní pohody se v našem výzkumu také nepotvrdil. Navzdory vysokoškolskému inženýrskému vzdělání participanta P3 byla jeho osobní pohoda (well-being) nízká. Potencionálním ovlivňujícím faktorem osobní pohody však může být délka hospitalizace (P1 pouze tři týdny, P2 a P3 měsíce) a také důvod hospitalizace, což si rozvedeme dále v souvislosti se zdravím.

Přístupme tedy k první dílčí výzkumné otázce, kterou bylo: **co ovlivňuje osobní pohodu (well-being) hospitalizovaných seniorů?**

Analýzou dat jsme se snažili rozluštit možné potenciaální zdroje osobní pohody a faktory, které well-being ovlivňují, ať už ve smyslu pozitiva nebo negativa. Nejvlivnější faktorem nejen pro modifikaci osobní pohody se prokázalo zdraví (respektive nemoc) a míra zdravotního omezení. Zdravotní stav hodnotili participanti jako mizerný (P2) nebo hodnotou 10 % při hodnocení na škále z důvodu nemožnosti chodit (P3). Participant P3 vnímal nemoc jako otravu a spokojenost s vlastním zdravím jako „*Co mi zbývá (pousmání)*“. Omezení se týkalo nejčastěji pohyblivosti, případně hygieny. „*Přibývá roků, přibývá nemocí*“, vyjadřuje se P1. Výzkum potvrdil významný vliv zdravotního stavu na osobní pohodu (well-being) hospitalizovaných seniorů. Vlivnost zdraví spočívá i v tom, že se tento pojem vyskytuje také v souvislosti s jinými hodnocenými oblastmi. Například vnímání sebe sama participanti posuzují právě na základě svého zdravotního stavu, nikoli na základě své osobnostní výbavy, vlastností nebo spokojenosti se sebou ve smyslu „jsem takový/á jaký/á jsem“. Tohle překvapující zjištění mohou podpořit výroky participantů, kteří odpovídali na otázku, jak vnímají sami sebe: „*Někdy špatně... (bolestný smích) ...Protože jsem si představovala to stáří lepší, že takhle nedopadnu...*“ (P2) nebo „*No bejvalo to lepší... Hm určitě... No to zdraví.*“ Participantovi P3 jsme odpovídali, že zdraví přeci neovlivňuje jeho vlastnosti, a to jaký je. „*No, doufám. Doufám, že ne.*“ Další výroky participantů jsou obsaženy v předchozí kapitole, konkrétně v kategorii č. 3 u vlastnosti sebepojetí. Hodnocení sebepřijetí (psychické přijetí sebe i přijetí tělesného vzhledu) dopadlo ve všech případech kladně. Konfrontace se zdravím se nachází také při hodnocení adaptace na stáří. Výzkumem jsme zjistili, že u všech tří participantů se projevovalo nepřijetí stáří právě důsledkem přibývajících nemocí nebo přítomných zdravotních omezení. Participant P3 mimo zdravotní omezení (vedoucímu k nemožnosti řídit auto) uvedl ještě pocit prázdnoty z důvodu přemíry volného času po odchodu do důchodu. Smysl jeho života totiž v minulosti tvořila práce.

Dalším faktorem ovlivňujícím osobní pohodu (well-being) byla míra sociální opory, přičemž nenahraditelnou se stala právě rodina, která zvláště při hospitalizaci sehrává důležitou roli.

Tvoří nejsilnější zdroj podpory a sociálního kontaktu při hospitalizaci. A pro některé participanty (P2) tvořila také smysl života a pramen zvyšující kvalitu života. Imobilizace manžela participantky P1 a typické důsledky nevěle se pohybovat namotivovaly pacientku také k vyšší snaze bojovat sama za sebe. Projevila zodpovědnost v přístupu ke svému zdraví, snahu cvičit a pohybovat se. Vyjádřila, že nechce skončit jako její manžel, který po operaci odmítl chodit a ochablo mu veškeré svalstvo. Zkušenost rodinného příslušníka tedy může taky přinést kýžený výsledek. Sociální opora přicházející od zdravotníků či spolu pacientů na stejném pokoji se ve výzkumu sice také potvrdila (P1), ale již v menší míře než od rodiny a případných přátel participantů.

Strach bývá limitujícím faktorem, který může negativně ovlivňovat psychiku seniora. Ve výzkumu se vyskytoval jako častý. Zdroj strachu pramenil ze změny prostředí a nutnosti adaptovat se na nové prostředí (P2), další zdroj strachu tvořily obavy o schopnost vykonávání každodenních činností (samostatná chůze, přesun na WC v domácím prostředí) (P3).

Jako další jsme zkoumali vliv minulosti a vzpomínek. Z dětství a výchovy rodičů totiž může pramenit určitý předpoklad prožívání osobní pohody. Nicméně tuto skutečnost z výzkumu nemůžeme potvrdit. Participanti vyprávěli dobré i špatné vzpomínky, některé z nich je ovlivnily na celoživotní trati: „*zanevřel jsem na cestování*“ (náhradou byla práce) (P3), ale zásadní vliv na osobní pohodu nebyl pozorován. Větší hodnotu představovala významnost, kterou participanti přisuzovali důležitým událostem jejich života. Tyto události jsou zapsány v kategorii č. 4. Nejčastěji zmiňovanou významnou hodnotou byly právě děti. Pokud chceme, můžeme tuto hodnotu opět zastřešit pojmem rodina.

Ke vzpomínkám do stejné kategorie náleží také přijetí života z pohledu minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Zatímco s minulostí se participanti vyrovnali poměrně dobře, jejich přítomnost byla hodnocena negativně na základě jejich zdravotního stavu. Co se týče budoucnosti, byla zde ze strany participantky P2 vyjádřena určitá dávka naděje, od participantky P1 vůle a snaha bojovat a pro participanta P3 představuje budoucnost otevřenou knihu, kde „*...uvidíme, jak to dopadne.*“ (P3)

Smysl života udává směr proudu života člověka. Obrazně řečeno fouká vítr do plachet směrem, kterým chceme jít. Pokud známe smysl života, máme touhu i pro něco žít, proto je smysl života důležitý i pro prožívání osobní pohody (well-being). Ne nadarmo tvoří součást šestidimenzionálního modelu psychologické pohody. Participanti P1 a P3 se shodli na tom, že smyslem jejich života v minulosti byla práce. Participant se ztrátou práce vlivem odchodu

do důchodu ztratil i smysl života. Participantka P1 se však raduje z maličností a jejím smyslem se stalo prosté „*to, že sú na světě*“. Participantka P2 zase vidí smysl života v rodině. Dalším faktorem působícím na osobní pohodu (well-being) byla zkoumána spiritualita. Dvě participantky (P1, P2) v rozhovoru uvedly, že jsou věřící a v myšlenkách se někdy k Bohu obracejí. Když mohou, tak se pomodlí, ale ani jedna to s vírou nepřehánějí. Participantka P2 se k Bohu obrací pro svůj vnitřní klid, nicméně žádnou naději do budoucna jí to údajně nepřináší, ba dokonce vyjadřuje pochyby, zda Bůh vůbec existuje, když se ve světě dějí takové hrozné věci. Participant P3 se někdy v myšlenkách obrací k osudu, avšak žádný přínos z onoho přemítání o životě nečerpá. Důsledkem zjištění pouze nepatrného pozitivního vlivu spirituality na osobní pohodu, jsme vlastnosti spiritualita v našem výzkumu přiřadili dimenzi nízká až střední.

Jak jsme se již v úvodu této podkapitoly zmínili, překvapující pro nás byl vliv moderní technologie na osobní pohodu (well-being) hospitalizovaných seniorů. Moderní technologie mohou být užitečným pomocníkem pro život. Jako příklad uvádíme třeba myčku, sušičku a jiné spotřebiče, které kdysi nebyvaly, ale nyní pomáhají seniorům zvládat i to, co by už třeba normálně nezvládali (P1). Nicméně dialog týkající se moderní techniky, televize a telefonů vedl seniory spíše k rozhořčení. Jednak je pro některé seniory těžké se s moderními telefony naučit, jednak žijeme v době, kdy na mobilu tráví velké množství času mladí i staří. Participant P3 se vyjádřil, že to krade čas a jeho pesimistickému pohledu na svět přispívají právě blbé zprávy. „*Proto se nedívám na televizi ani na rádio.*“ Podobně se vyjádřila i participantka P2, která by toužila vidět svět optimisticky, avšak vzpomínka na negativní události, které se ve světě dějí, ji o onu pozitivu ihned připravují.

Co se týče seberozvoje, tak se všichni tři participanté výzkumu vyjádřili, že se ve svém věku již nemají kam rozvíjet. „*Budu ráda, když budu se moct postarat sama o sebe.*“ (P2)

Přáními hospitalizovaných seniorů bylo: „*Nechtěla bych ještě odejít.*“ (P1), „*Být zdravá.*“ (P2), „*Dostat se domů, naučit se chodit a sice se nedostanu do auta, to nemá cenu zkoušet to... No, a to je všechno.*“ (P3)

Druhou dílejší výzkumnou otázkou bylo: **jak ovlivňuje hospitalizace a nemocniční péče osobní pohodu (well-being) seniorů?**

Ke zodpovězení této otázky nám je nápomocná kategorie č. 2. Jednotlivé vlastnosti této kategorie (informovanost, důstojnost, chování personálu, reakce na hospitalizaci a naplňování času), způsob a míra jejich uspokojování vytváří osobní pohodu nebo nepohodu

hospitalizovaného seniora. Výzkumem jsme zjistili, že se participanti výzkumu jakožto pacienti gerontologického oddělení cítí nedostatečně informováni ze strany zdravotnického personálu. Nejen výhledově o vývoji péče a propuštění domů (P3), ale hlavně o vykonávání odborných či méně odborných činností na pacientovi, kdy senioři nejsou informováni o tom, co se s nimi bude dít (P2, P3). Zatímco participant P3 v rozhovoru říká, že tato nedostatečná komunikace zdravotníků tvoří „*těch blbejch 40 procent*“, které při hospitalizaci pociťuje, participantka P2 spíše přechází do adaptivní pasivity „*už jsem si na to zvykla*“. Pacienti by uvítali více lidskosti a komunikace, přestože jak participantka P2 hovoří: někdy není nálada zdravotníky ani vidět.

Míra důstojnosti, úcty a trpělivosti s jakou zdravotníci přistupují ke svým pacientům se projevila taky jako velice důležitá v prožívání osobní pohody. Participanti P1 a P3 se k důstojnému zacházení ze strany personálu vyjadřují pozitivně, jsou spokojeni s jejich přístupem. U participantky P2 se však projevil opak, na otázku reagovala žalostným bolestným výrazem a vrtěním hlavou. Přiznala, že: „*...To už je horší...*“ Z odpovědi bylo patrné, že tento negativní pocit není stále přítomný, nýbrž záleží na tom, kdo z personálu zrovna slouží na směně a (ne)pečuje o ni. Zároveň však projevila, že při komparaci pocitů převažuje spíše ta dobrá stránka (důstojné zacházení) nad nedůstojným zacházením.

Jako další faktor působící na osobní pohodu (well-being) seniora během hospitalizace je chování ošetřujícího personálu. Výzkum odhalil touhu některých participantů (P2) po lepším chování zdravotníků. Negativní zkušenosti popisuje participantka P2, která se během dlouhodobé hospitalizace v nemocničním zařízení setkala s neadekvátním chováním pracovníků. Popisuje situaci, kdy jí personál při sundávání bandáží z nohou vhodil obinadlo do tváře, nechotu personálu podat pacientce lék při bolestech (přestože doba od podání poslední dávky byla větší, než je doporučený odstup), dále nemožnost se dozvonit na zdravotnický personál v případě potřeby nebo vypínání signalizačního zařízení na noční směně. Participantka P1 naopak vyjadřuje maximální spokojenost s chováním zdravotníků, podobně jako participant P3, který je s jejich chováním a péčí spokojen.

Vlastní reakci a postoj seniorů k nutnosti hospitalizace uvádíme také jako ovlivňující faktor. Participantka P1 se k nutnosti hospitalizace vyjadřuje kladně: „*Tož, to jsem byla ráda, že mi pomůžou.*“ Participant P3 zaujímá spíše smířený postoj, ačkoli by raději trávil svůj čas doma: „*Spíš dobré, než špatné... Nechávej mě žít.*“ Tato adaptace na hospitalizaci pramení z jeho přijetí zodpovědnosti za to, že si úraz zavinil sám. Participantka P2 vyjadřuje nejvyšší míru nespokojenosti s hospitalizací ze všech participantů. Vše během hospitalizace vidí jako

důvod k nespokojenosti, na závažnosti přidává tvrzení: „*Že byste nejraději utekla.*“ Pacientce na osobní pohodě nepřidává ani nekvalitní spánek, který v nemocnici v průběhu hospitalizace zažívá. Její spánek je narušen nejen bolestmi a brzkým ranním nemocničním buzením, ale také syndromem neklidných nohou, kterým pacientka trpí.

Posledním zjištěním v oblasti působících faktorů na well-being seniora je způsob trávení času v nemocnici. U pacientů byl zjištěn častý výskyt pocitu nudy. Participant P3 vyplňuje svůj čas díváním se do stropu, nemá žádné záliby, nemá rád křížovky, sudoku, telefony, televizi, rádio (reklamy). Chybí mu práce (tvořila smysl jeho života) a styk se zaměstnanci. Participantka P2 prožívá také častý pocit nudy, občas poslouchá rádio, luštila sudoku, křížovky, ale teď ji nebaví nic, ani čtení. Jediná participantka P1 se k pocitu nudy vyjádřila jako: „*Nemám na to čas.*“ Má své záliby (doma hospodářství, v nemocnici soutěže, křížovky...) a optimisticky se vyjadřuje i k dalším svým zálibám.

Výzkum prokázal významný vliv hospitalizace na osobní pohodu (well-being) seniorů gerontologického oddělení. Nejde jen o samotné vědomí nutnosti hospitalizace, které by well-being modifikovalo, ale jednotlivé události a faktory při hospitalizaci, které buďto napomáhají pozitivně ovlivnit osobní pohodu a adaptaci anebo naopak ji ničí a vedou ke zhoršování osobní pohody.

Zodpovězením dílčích výzkumných otázek a podrobnou analýzou rozhovorů docházíme ke zodpovězení hlavní výzkumné otázky, kterou je: **porozumění prožívání osobní pohody (well-being) seniorů hospitalizovaných na gerontologickém oddělení.**

Pro porozumění prožívání osobní pohody (well-being) hospitalizovaných seniorů je zapotřebí komplexní a individuální pohled na člověka. Osobní pohodu ovlivňuje mnoho faktorů, proto zkoumání well-being není jednoduchou záležitostí. Pro zkoumání osobní pohody je vhodné vycházet z šestidimenzionálního modelu psychologického well-being. Otázky v našem rozhovoru byly postaveny právě na jeho základech. Je však potřeba zmínit, že mimo tyto dimenze (sebeřijetí, autonomie, pozitivní vztahy, zvládání prostředí, seberozvoj a smysl života) je potřeba přihlížet i k dalším stránkám lidského života dle účelu zkoumání. Náš výzkum byl konkrétně zaměřen na seniory hospitalizované na gerontologickém oddělení. Došli jsme v něm k závěru, že to, jakým způsobem hospitalizace probíhá, může zásadně ovlivnit osobní pohodu (well-being) seniora. Zdravotní stav ovlivňuje nejen psychickou stránku člověka (pohodu), ale také celkový pohled na stáří a vnímání sebe sama. Navzdory tomuto vysokému vlivu úrovně zdraví mají zdravotničtí pracovníci osobní pohodu hospitalizovaných seniorů částečně ve svých rukou. Během

hospitalizace může zdravotnický personál příznivě podpořit osobní pohodu (well-being) seniorů hospitalizovaných na jejich odděleních. A to skrze důslednou informovanost a efektivní komunikaci, profesionální ale zároveň lidské jednání se zachováváním důstojnosti člověka, dále skrze napomáhání správné adaptaci, citlivé uspokojování potřeb, smysluplné vyplňování času seniorů a utváření příjemného prostředí během hospitalizace.

DISKUZE

Hlavním účelem naší práce bylo zabývat se u nás ještě poměrně čerstvým a nezažitým tématem: well-being. V České republice již však pomalu přibývá autorů, kteří se touto tematikou také zaobírají, i když mnohdy zatím pod jiným pojmenováním. Ve své bakalářské práci jsem se pokusila zaměřit na prožívání osobní pohody seniorů hospitalizovaných konkrétně na gerontologickém oddělení.

Blatný (2020), jeden z českých autorů, který se osobní pohodou zabývá, ve své knize uvádí nízký vliv socioekonomických a demografických údajů na osobní pohodu. V našem výzkumu jsme brali v potaz pohlaví, věk, rodinný stav, soc. situaci, vzdělání. Dle Šolcové (2004) byl v některých studiích potvrzena vyšší míra osobní pohody u žen než u mužů, tato je v našem výzkumu potencionálně možná, avšak vzhledem k nevyrovnanosti počtu žen a mužů je tato informace pro nás spíše s otazníkem. Co se týče sociodemografických údajů, přikláníme se k malému vlivu, který je v různých literaturách popisován.

Šolcová (2004) ve své publikaci uvádí, že čím více člověk stárne, tím hůře hodnotí osobní rozvoj a smysl vlastního života. Naopak stoupá zvládání prostředí. Na základě námi provedeného výzkumu můžeme potvrdit, že osobní rozvoj opravdu ustupuje do pozadí. O smyslu života bychom se vyjádřili takto: pro seniory bylo jednodušší hodnotit to, co tvořilo smysl jejich života v minulosti, nicméně až na jednoho participanta byl smysl života stále přítomný. Ať už to bylo díky rodině nebo prostému bytí.

Dle Cabana (2016) hraje spiritualita v prožívání osobní pohody obrovský význam. Ve své publikaci odkazuje na výzkumy, které vedou k závěrům, že spiritualita ovlivňuje well-being více než zdravotní stav nebo ekonomická situace. Proto jsme při rozhovoru předpokládali významný vliv spirituality, který se však nakonec nepotvrdil. Vliv spirituality na osobní pohodu hospitalizovaných seniorů se prokázal jako nízký.

Limitací naší práce může být menší vzorek zkoumaných participantů. Jistě by bylo zajímavé zkoumání vyššího počtu osob nebo přinejmenším alespoň zařazení ještě jednoho muže do výzkumu, aby byly počty z hlediska pohlaví vyvážené. Nicméně toto rozhodnutí bylo záměrné, jednak jsme z hlediska rozsahu práce poněkud limitováni, jednak je well-being velice obsáhlé téma, které si vyžaduje důkladné zkoumání z různých úhlů pohledů. Výsledky výzkumu lze srovnávat a potvrzovat na základě již prováděných studií, avšak nelze z nich vyvozovat obecná fakta, která by byla univerzálně použitelná pro větší vzorek lidí. Well-being je osobní prožitek každého jedince zvlášť, a proto si zaslouží kvalitativní zkoumání.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali tématu well-being hospitalizovaných seniorů. Well-being můžeme chápat jako emoční prožitek, ve kterém se v dlouhodobém horizontu odráží spokojenost člověka. Jedná se o komplexní jev, na němž se podílí mnoho faktorů. Někdy mylně dochází k zaměňování pojmu well-being a kvality života. Je třeba si uvědomit, že kvalita života a well-being nejsou totéž, well-being je však jejím důležitým indikátorem.

Práci členíme do dvou částí: na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části je charakterizováno stárnutí, stáří, adaptace na stáří, na nemoc, na hospitalizaci, dále pojmy gerontologie, geriatrie, zdraví a nemoc, popsán je zde well-being, jeho dělení na subjektivní a psychologický a neméně také faktory, které well-being ovlivňují. V praktické části se pak snažíme nalézt tyto faktory, respektive identifikovat co ovlivňuje osobní pohodu (well-being) seniorů při hospitalizaci na oddělení Centra klinické gerontologie, zjistit, jak hospitalizace ovlivňuje osobní pohodu (well-being) seniorů, a především pochopit prožívání osobní pohody (well-being) za hospitalizace na gerontologickém oddělení. Pro předvýzkum v praktické části byla nejprve využita kvantitativní metoda technikou dotazníkové šetření. Na základě poznatků z realizovaného předvýzkumu a touze po hlubším pochopení prožívání osobní pohody byla nakonec pro samotný výzkum vybrána kvalitativní metoda výzkumu technikou polostrukturovaných rozhovorů.

Výsledky výzkumu odhalily, že osobní pohodu seniorů ve spojitosti s hospitalizací ovlivňují tyto faktory: míra informovanosti a komunikace ze strany zdravotnických pracovníků, důstojnost zacházení, chování zdravotnických pracovníků, adaptace seniora na hospitalizaci a způsob trávení času v nemocnici.

Well-being je multifaktoriální a interpretace našeho výzkumu na názorných příkladech znázorňuje působení jednotlivých faktorů a vlastností kategorií na osobní pohodu. Výzkum odhalil, že zdravotní stav tvoří jeden z nejvlivnějších činitelů v prožívání osobní pohody. Rozměr zdravotního stavu je tak velký, že zasahuje i do autonomie člověka, jeho sebepojetí, sebepřijetí, přijetí stáří a dalších. Významné místo v prožívání osobní pohody zaujala také míra sociální opory, v níž se jako nejhodnotnější a nenahraditelná projevila právě rodina. Naopak vliv spirituality se prokázal jako střední až nízký. Podobně jako osobní rozvoj člověka. Sebeřijetí spolu s autonomií, pozitivními vztahy, zvládnutím prostředí, smyslem života a osobním rozvojem tvoří významné komponenty osobní pohody. Všechny tyto

komponenty byly v našem výzkumu zkoumány, a kromě osobního rozvoje se projevily všechny jako významné dimenze prožívání osobní pohody (well-being).

V rámci rozhovorů s pacienty byly odhaleny určité deficity přicházející ze strany zdravotnických pracovníků. Tato bakalářská práce může být podnětem pro další zkoumání v této oblasti například za účelem korekce těchto deficitů v nemocničním prostředí. Náš výzkum má své limity, není vyčerpávající, ale podnítil nás v hledání dalších odpovědí na naše otázky. Možná by bylo vhodné položit si otázku: jakým způsobem předejít nevhodnému zacházení se seniory v nemocnici? Nebo jak edukovat zdravotnické pracovníky o významu osobní pohody při hospitalizaci? Případně co stojí za tím, že se takto zdravotníci chovají? Je důležité si tyto otázky i nadále klást. A je důležité mít na paměti, že moderní ošetřovatelství vychází z komplexního přístupu k člověku a holistického pojmání, v němž je člověk vnímán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. Proto je potřeba citlivě pečovat nejen o tělesnou stránku pacienta, nevnímat jej jen jako působiště výkonů odborných činností, ale pečovat také o psychickou, sociální a spirituální rovinu hospitalizovaného seniora, jeho osobní pohodu, potřeby a přání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BLATNÝ, Marek, 2020. *Osobní pohoda a osobnost v celoživotní perspektivě*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-3064-1.

CABAN, P., 2016. Well-being seniorov v kontexte fyzického i duševného zdravia a spirituálnej dimenzie. In: *Stárnutí 2016* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, s. 32-36 [cit. 2022-10-13]. ISBN 978-80-87878-22-4. ISSN 2695-110X. Dostupné z: https://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2016_sbornik.pdf#page=32

ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČESKO, 2021. Koncepce ošetrovatelství. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 6/2021*. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/05/Vestnik-MZ_6-2021.pdf

ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ a kol., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

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

GALDERISI, S., A. HEINZ et al., 2015. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* [online]. 14(2), 231-233 [cit. 2022-10-13]. Dostupné z: doi:10.1002/wps.20231

HENDL, J. a J. REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-1192-1.

HUDÁKOVÁ, A., A. ELIÁŠOVÁ a kol., 2017. Diferenciácie vo vnímaní kvality života u seniorov. *Praktický lékař* [online]. 97(4), 168-173 [cit. 2022-15-10]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/LudmilaMajernikova/publication/320107602_Differentiations_in_the_quality_of_life_perception_in_seniors_Objective/links/5a9fafb945851543e634cd7e/Differentiations-in-the-quality-of-life-perceptionin-seniors-Objective.pdf

JOCHMANNOVÁ, L., T. KIMPLOVÁ a kol., 2021. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2569-2.

KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.

- KALVACH, Z., 2019. *Zdraví a nemoc: Nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. Středokluky: SUSA. ISBN 978-80-88084-21-1.
- KELLER, S., 2020. What does mental health have to do with well-being?. *Bioethics* [online]. 34(3), 228-234 [cit. 2022-10-13]. ISSN 0269-9702. Dostupné z: doi:10.1111/bioe.12702
- KRAJČÍK, Š., M. DÚBRAVA a kol., 2022. *Geriatría*. 2. přepracované a doplněné vydání. Bratislava: HERBA. ISBN 978-80-8229-020-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Pozitivní psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-726-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUBZANSKY, L. D., J. C. HUFFMAN et al., 2018. Positive Psychological Well-Being and Cardiovascular Disease: JACC Health Promotion Series. *Journal of the American College of Cardiology* [online]. 72(23), 3012-3026 [cit. 2022-10-20]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jacc.2018.07.042
- KUDLOVÁ, P. a J. PAVELKOVÁ, 2022. *Metodika ke zpracování závěrečných prací pro vybrané nelékařské zdravotnické obory* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [cit. 2023-03-11]. ISBN 978-80-7678-131-3. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/52401/Pavla_Kudlova_Metodika_ke_zpracovani_zaverecnych_praci_pro_vybrane_nelekarske_zdravotnicke_obory_2022.pdf?sequence=1
- MÜHLPACHR, P., 2017. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-260-3.
- POLEDNÍKOVÁ, E. a kol., 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-410-0.
- PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- PTÁČKOVÁ, H., R. PTÁČEK a kol., 2016. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.
- ŘÍHÁČEK, T., I. ČERMÁK a kol., 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SAK, P. a K. KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

SLEZÁČKOVÁ, A., 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3507-8.

ŠOLCOVÁ, I., 2004. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života* [online]. Kostelec nad Černými lesy: IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 21-32 [cit. 2023-01-13]. ISBN 80-86625-20-6. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf#page=23>

URBAN, P., 2016. Věda o well-being – několik (více méně kritických) poznámek. *Československá psychologie* [online]. 60(1), 13-21 [cit. 2023-01-13]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Petr-Urban/publication/304349203_The_science_of_well-being_-_Some_more_or_less_critical_remarks/links/588db93945851567c93e3138/The-science-of-well-being-Some-more-or-less-critical-remarks.pdf

VÁGNEROVÁ, T., 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4620-6.

VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Zdraví a nemoc*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-664-7.

VÉVODOVÁ, Š., K. IVANOVÁ a kol., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-80-244-4770-4. Dostupné z: <https://docplayer.cz/39322824-Zaklady-metodologie-vyzkumu-pro-nelekarske-zdravotnicke-profese-vevodova-sarka-ivanova-katerina-a-kolektiv.html>

WERNEROVÁ, J. a A. ZVONÍKOVÁ, 2016. Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. 19(2), 68-73 [cit. 2022-15-10]. Dostupné z: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c4971cfa-8cb1-4f66-9246-a3b4f415331b%40sdc-v-sessmgr02>

ZRUBÁKOVÁ, K., I. BARTOŠOVIČ a kol., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2207-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol. a kolektiv

apod. a podobně

GMS geriatrický maladaptivní syndrom

KGV komplexní geriatrické vyšetření

KNTB Krajská nemocnice Tomáše Bati

MS Microsoft

tzv. takzvaně

UTB Univerzita Tomáše Bati

VAS Vizuální analogová škála

WHO World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Maslovova pyramida potřeb..... | 28 |
| Obrázek 2 Zdroje životní spokojenosti seniorů..... | 32 |
| Obrázek 3 Škála osobní pohody P1 | 47 |
| Obrázek 4 Škála osobní pohody P2..... | 48 |
| Obrázek 5 Škála osobní pohody P3..... | 48 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Základní informace o participantech výzkumu | 44 |
| Tabulka 2 Kategorie č. 1: Hospitalizace pohledem seniorů | 48 |
| Tabulka 3 Kategorie č. 2: Vnímání vlastního zdraví..... | 52 |
| Tabulka 4 Kategorie č. 3: Vztahové prostředí..... | 55 |
| Tabulka 5 Kategorie č. 4: Důležitost vzpomínek | 57 |
| Tabulka 6 Kategorie č. 5: Prožitek osobní pohody | 61 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazníkové šetření (předvýzkum)

Příloha P II: Objednávkový formulář

Příloha P III: Otázky k rozhovorům

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ (PŘEDVÝZKUM)

1. Část

Instrukce: Pro práci s dotazníkem potřebujete **propisku**, případně **podložku a brýle**. Dotazník můžete vyplňovat kdykoliv v průběhu dne nebo si jej rozvrhnout do 2 dnů dle Vašeho uvážení, schopností, únavy a dalších okolností.

Dotazník kvality života dle Světové zdravotnické organizace (WHO)

WHOQOL-BREF (krátká verze)

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Vaše odpovědi prosím **zakroužkujte na číselné stupnici**.

| | | | | | | |
|---|--|--------------|--------|-------------------------|-------|-------------|
| 1 | Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? | velmi špatná | špatná | ani špatná ani dobrá | dobrá | velmi dobrá |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 2 | Jak jste spokojen/a se svým zdravím? | velmi nespokojen/a | nespokojen/a | ani spokojen/a ani nespokojen/a | spokojen/a | velmi spokojen/a |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

| | | | | | | |
|---|--|----------|--------|---------|-------|-----------|
| | | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 3 | Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Jak moc Vás těší život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Jak se dokážete soustředit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a, nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

| | | vůbec ne | spíše ne | středně | většinou ano | zcela |
|----|---|-------------|----------|---------|-----------------|-------|
| 10 | Máte dost energie pro každodenní život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Máte možnost věnovat se svým zálibám? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | velmi špatně | špatně | ani špatně ani dobře | dobře | velmi dobře |
|----|----------------------------|-----------------|--------|-------------------------|-------|----------------|
| 15 | Jak se dokážete pohybovat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

| | | velmi nespo kopen/ a | nespok ojen/a | ani spokojen/a ani nespokoje n/a | spokojen/ a | velmi spokojen/ a |
|----|--|-------------------------------|------------------|--|----------------|-------------------------|
| 16 | Jak jste spokojen/a se svým spánkem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 24 | Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Jak jste spokojen/a s dopravou? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

| | | | | | | |
|----|--|-------|-------|---------|--------------|----------|
| | | nikdy | někdy | středně | celkem často | neustále |
| 26 | Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. část

Odpovědi na otázky zaškrtněte. Zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Jsem:

Muž

Žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

a) 65-75 let

b) 75 let a více

3. Rodinný stav:

a) Ženatý/vdaná, s druhem

c) Rozvedený/á

b) Vdovec/vdova

d) Svobodný/á

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

a) Základní

c) Střední škola s maturitou

b) Střední škola s výučním listem

d) Vysokoškolské vzdělání

e) Vyšší odborná škola

5. Sociální situace:

a) Bydlím sám

d) Bydlím v domě

b) Bydlím s partnerem/rodinou

s pečovatelskou službou

c) Bydlím v domově pro seniory

e) Jiné (dopište)

.....

6. Přibližná délka hospitalizace:

a) Méně než 2 týdny

c) Více než 1 měsíc

b) Více než 2 týdny

d) Nevím

7. Jak moc ovlivňuje nynější hospitalizace osobní pohodu a Vaši spokojenost?

Velmi

Mírně

Vůbec

8. Jak moc ovlivňuje Váš zdravotní stav osobní pohodu a Vaši spokojenost?

Velmi

Mírně

Vůbec

9. Myslíte si, že může Vaše psychická pohoda nebo nepohoda ovlivnit Váš zdravotní stav?

Určitě ano Mírně Vůbec ne

10. Jak jste spokojen/a s ošetrovatelskou péčí zdravotníků?

Naprosto ano Spíše ano Spíše ne Vůbec ne

11. Cítíte, že se o Vás zdravotníci dostatečně zajímají a pečují o Vaši osobní pohodu (abyste se cítil dobře)?

Naprosto ano Spíše ano Spíše ne Vůbec ne

12. Máte pocit, že je o Vás v nemocnici pečováno důstojně, s úctou a trpělivostí?

Naprosto souhlasím Spíše souhlasím Spíše nesouhlasím Vůbec ne

13. Cítíte, že jste aktivním účastníkem léčby (podílíte se na rozhodování, nemusíte se bát vyjádřit názor, Váš názor je pro zdravotníky důležitý...)?

Naprosto ano Spíše ano Spíše ne Vůbec ne

14. Máte za hospitalizace kolem sebe lidi, kteří jsou ochotni Vám naslouchat, když si potřebujete promluvit? Koho? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

Zdravotnické pracovníky Rodinu nebo přátele Spolu pacienty na pokoji Nikoho

15. Cítíte se od počátku hospitalizace často osamělý/á?

Ano Ne

16. Obracíte se někdy v myšlenkách například k Bohu, vesmíru nebo osudu?

Často ano Občas Vůbec ne

17. S čím jste v nemocnici spokojen/a? (Vaši odpověď zakroužkujte, možno vybrat více odpovědí. Pokud s danou položkou nejste spokojeni, políčko nekroužkujte)

- a) Rychlost příchodu sestry po zavolání
- b) Komunikace ošetřujícího personálu
- c) Chování zdravotnických pracovníků
- d) Způsob, jakým s Vámi zdravotníci jednají a zacházejí
- e) Čas, který Vám zdravotníci věnují
- f) Dostatek informací o Vašem zdravotním stavu
- g) Vysvětlení vyšetření, výkonů
- h) Uklížečka a úklid pokoje
- i) Spolu pacienti na pokoji
- j) Televize, internet, rádio
- k) Jiné:(dopíšte)

.....

18. Jak jste spokojen/a s nemocniční stravou? Zakroužkujte položky, se kterými jste spojen/a. (Možno vybrat více odpovědí. Pokud nejste spojeni, políčko nekroužkujte)

- a) Množství jídla
- b) Vzhled jídla
- c) Teplota jídla

- d) Chut' jídla
- e) Konzistence jídla
- f) Chování zdravotníků při podávání jídla

19. Máte přehled, jaké léky nyní při hospitalizaci užíváte, a k čemu slouží?

Ano Ne

20. Uvítal/a byste, kdyby Vám zdravotník při rozdávání léků vysvětlil, jaký je účinek léku a proč jej užíváte?

Ano Ne

21. Existuje něco, co byste zdravotníkům doporučil/a změnit či zlepšit v péči o Vás, případně další pacienty (abyste se cítili lépe)? (Dopíšte)

.....
.....

22. Na škále od 0 % do 100 % označte míru Vaší aktuální psychické pohody, přičemž 0 znamená nejhorší možná psychická nepohoda (cítím se velmi špatně), 100 nejlepší možná psychická pohoda (cítím se velmi dobře). (Číslo zakroužkujte nebo podtrhněte)

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

23. Je něco, co byste si právě teď nejvíce přál/a? (Dopíšte)

.....
.....

PŘÍLOHA P II: OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ

OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

První užití Opakované užití

| | |
|------------------|-------------------|
| Jméno a příjmení | Organizace/ škola |
| Adresa | Telefon |
| E-mail | URL adresa |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Název projektu | | |
| Charakteristika zkoumané populace | Předpokládaná velikost souboru | Předpokládané datum ukončení |

Stručný popis projektu

Při opakovaném užívání stejného dotazníku k odlišným výzkumným účelům Vás laskavě žádáme o detailnější informace, kde a kým bude dotazník použit. Využijte k tomu tento formulář a zaškrtněte políčko "opakované použití".

Objednávám WHOQOL-BREF WHOQOL-100 WHOQOL-OLD AAQ

Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.

Dne

Podpis

Zašlete na adresu: Mgr. Jitka Prajsová, Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany, e-mail: jitka.prajsova@nudz.cz

PŘÍLOHA P III: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

Sociodemografické údaje a obecné informace zahrnují otázky na:

- pohlaví, věk, rodinný stav, sociální situaci (bydlení), nejvyšší dosažené vzdělání
- délku hospitalizace, důvod hospitalizace

Škála osobní pohody:

Na škále od 0 % do 100 % zaznačte míru Vaší aktuální psychické pohody, přičemž 0 znamená nejhorší možná psychická nepohoda (cítím se velmi špatně), 100 nejlepší možná psychická pohoda (cítím se velmi dobře).

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

Vlastní otázky rozhovoru:

1. Jak pohlížíte na prožití Vašeho vlastního života?
2. Co pro Vás v současné době znamená stáří, tato etapa Vašeho života?
3. Jak vnímáte sám/sama sebe?
4. Jak vnímáte Váš zdravotní stav a fungování v běžném životě?
5. Jak jste přijal/a vědomí, že musíte být hospitalizován/a? Jaké pocity a zkušenosti Vám hospitalizace přináší?
6. Jak byste hodnotil/a Vaše vztahy s druhými lidmi (rodina, přátelé, nemocniční personál...)?
7. V čem spatřujete smysl Vašeho života?
8. Obracíte se někdy v myšlenkách například k Bohu, vesmíru nebo osudu?
9. Existují oblasti, ve kterých byste se chtěl/a i nadále rozvíjet?
10. Jak byste hodnotil/a kvalitu Vašeho života a životní spokojenost?
11. Co byste vzkáزال/a mladším generacím?