

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální péče

**PŘÁNÍ A SPOKOJENOST SENIORŮ
VYUŽÍVAJÍCÍCH PEČOVATELSKÉ SLUŽBY**

Bakalářská práce

Autor práce: Matěj Čehák

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Matěj Čehák**

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Obor: Zdravotně sociální péče

Garant studijního programu: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Název práce: **Přání a spokojenost klientů pečovatelské služby**

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je zjistit přání a spokojenost klientů pečovatelské služby.

Abstrakt

Ve své bakalářské práci jsem se zabýval přáními a spokojeností seniorů vybrané pečovatelské služby. Cílem této práce bylo zjistit, jaká přání klienti tohoto zařízení mají a zda jsou spokojeni se službami poskytovanými zařízením, případně zda jsou spokojeni se službami nebo dalšími aspekty jejich života, které se službami zařízení přímo nesouvisí.

Metodou výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor s 10 klienty vybraného zařízení.

Výzkum ukázal, že participant, kteří své sociální vazby vnímají jako naplněné, vykazují vyšší celkovou životní spokojenost a větší psychickou odolnost vůči nepříznivým projevům stárnutí, což naznačuje, že sociální inkluze je klíčovým faktorem pozitivně ovlivňujícím kvalitu života seniorů.

Klíčová slova

Pečovatelská služba, pečovatelská zařízení, spokojenost seniorů, péče o seniory, kvalita života

Abstract

In my bachelor's thesis, I dealt with the wishes and satisfaction of seniors in a selected care service. The aim of this work was to find out what wishes the clients of this facility have and whether they are satisfied with the services provided by the facility, or whether they are satisfied with the services or other aspects of their lives that are not directly related to the services of the facility.

The research method was a semi-structured interview with 10 clients of the selected care service.

The research has shown that the participants who perceive their social connections as fulfilled show higher overall life satisfaction and greater psychological resilience to adverse effects of aging, suggesting that social inclusion is a key factor positively influencing the quality of life of the elderly.

Keywords

Caregiving service, caregiving facilities, elderly satisfaction, elderly care, quality of life

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice provedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do její skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 24. listopadu 2025

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Rád bych zde poděkoval vedoucí bakalářské práce PhDr. Vlastě Řezníkové, Ph.D. za čas, trpělivost a rady, které mi věnovala. Dále chci poděkovat vedoucí zařízení, jeho zaměstnankyním, a především participantům za ochotu, vstřícné jednání a umožnění realizovat výzkum. A v neposlední řadě své přítelkyni za její podporu a zkušenosti.

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
1 Vymezení pojmů „stáří“ a „stárnutí“	10
1.1 Stáří z hlediska sociální práce	10
1.2 Rozdělení stáří	10
1.3 Stárnutí	12
2 Vymezení pojmů „přání“, „spokojenost“ a „potřeba“	16
2.1 Definice přání	16
2.2 Definice spokojenosti	16
3 Poskytování sociálních služeb seniorům	17
3.1 Senioři jako sociální skupina	17
3.2 Služby sociální péče	19
3.3 Sociální pracovník a jeho role v péči o seniory	19
4 Výzkum	21
4.1 Cíl výzkumu	21
4.2 Hlavní výzkumná otázka	21
4.3 Dílčí výzkumné otázky	21
4.4 Metodologie výzkumu	21
4.5 Charakteristika vybraného zařízení	23
4.6 Průběh výzkumu	23
5 Interpretace získaných dat	25
5.1 Poskytované služby klientům	25
5.2 Vnímání vlastního zdravotního stavu	26
5.3 Samota a změny sociálního prostředí	27
5.4 Rodinné vztahy	28
5.5 Kvalita prostředí a ztráta domácího prostředí	29
5.6 Přání klientů – shrnutí	31
5.7 Spokojenost klientů – shrnutí	31
6 Diskuse	33
7 Doporučení pro praxi	34
Závěr	35
Seznam použitých zdrojů	36
Seznam příloh	39

Seznam zkratek

DPS1 – Dům pečovatelské služby 1

DPS2 – Dům pečovatelské služby 2

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SWB – Subjective Well-Being

CMP – Cévní mozková příhoda

Úvod

Stárnutí populace je významným demografickým trendem současnosti, který významně ovlivňuje sociální a zdravotní systémy v celé Evropě, včetně České republiky. „Seniorská složka populace (osoby ve věku 65 let a více) se ze všech tří hlavních věkových skupin¹ mění nejvýrazněji, přičemž již od poloviny 80. let 20. století nepřetržitě početně roste. Na konci roku 2023 bylo v seniorském věku téměř 2,24 mil. obyvatel Česka, o 412 tis. více než o deset let dříve. V rámci celé populace představovali senioři 20,5 % obyvatel, oproti počátku roku 2014 měli v populaci podíl o 3,2 p. b. větší.“ (Český statistický úřad)

Se zvyšujícím se počtem seniorů roste i potřeba kvalitních a dostupných služeb, které těmto osobám umožní důstojné a co nejdéle samostatné fungování v přirozeném prostředí. Jednou z klíčových forem sociální podpory v tomto směru jsou pečovatelské služby, které poskytují pomoc osobám se sníženou soběstačností při zvládání běžných denních činností.

V kontextu zajištění kvality péče je důležité věnovat pozornost nejen samotnému rozsahu a způsobu poskytovaných služeb, ale především vnímání těchto služeb ze strany klientů. Jejich subjektivní spokojenost, potřeby a přání hrají zásadní roli při hodnocení efektivity a lidskosti péče. Přitom není možné opomenout ani význam prostředí, ve kterém klienti žijí, a jeho vliv na jejich celkový pocit spokojenosti a životní pohody.

Tato bakalářská práce se proto zaměřuje na zjištění spokojenosti klientů pečovatelské služby nejen s kvalitou poskytovaných služeb, ale také s prostředím, ve kterém žijí – a to jak v pečovatelských domech, tak v rámci domácího prostředí při terénní péči. Součástí výzkumného zájmu byla rovněž celková životní spokojenost klientů, protože právě ta bývá komplexním ukazatelem kvality života seniorů a jejich subjektivního prožívání stáří.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru s celkem deseti klienty vybrané pečovatelské služby, která působí ve dvou pečovatelských domech a zároveň poskytuje terénní péči v rámci obce a několika přilehlých obcí. Cílem výzkumného šetření bylo získání informací o tom, jak klienti vnímají poskytovanou péči, jak hodnotí prostředí, ve kterém žijí, a jak sami popisují svou životní spokojenost.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaká jsou přání klientů pečovatelské služby, jak jsou spokojeni s prostředím, v němž žijí, a jaká je jejich celková životní spokojenost. Pozornost je věnována jak klientům žijícím v pečovatelských domech, tak klientům využívajícím terénní formu péče, čímž práce nabízí komplexní pohled na danou problematiku z perspektivy samotných uživatelů (klientů pečovatelské služby).

Práce je rozdělena do teoretické a praktické části. V teoretické části je nejprve vymezen pojem stáří a stárnutí, přičemž je věnována pozornost různým typům věku (biologickému, sociálnímu, kalendářnímu i psychickému) a změnám, které stárnutí provázejí z fyziologického i psychologického hlediska. Následně je popsána problematika poskytování sociálních služeb seniorům. Zvláštní důraz je kladen na roli prostředí, kvalitu péče, autonomie seniorů a význam

¹ Dětská složka (0-14 let)

Produktivní složka (15-64 let)

Seniorská složka (65+ let)

sociálního pracovníka. Praktická část je věnována samotnému výzkumu, jeho metodologii, analýze získaných dat a interpretaci výsledků.

1 Vymezení pojmů „stáří“ a „stárnutí“

1.1 Stáří z hlediska sociální práce

Samotný věk není důvodem pro vyšší potřebu péče. Sociální potřeba pomoci starším lidem se objevuje až v situacích, které mohou nastat v důsledku zdravotních nebo sociálních problémů. Sociální práce by měla být zaměřena především na nejvíce zranitelné seniory, tedy ty, kteří žijí osamoceně, byli propuštěni z nemocnice, dlouhodobě se léčí doma, mají křehké zdraví nebo trpí demencí či depresí. Další skupinou jsou starší lidé žijící v chudších oblastech a ve špatných či nevyhovujících podmínkách jako jsou nevyhovující byty a ti, kteří jsou sociálně nebo geograficky izolováni nebo vystaveni špatnému zacházení (Matoušek, 2005). Je však nutné vzít v úvahu, že stárnutí přináší řadu důsledků, a to jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost. Tyto důsledky zahrnují zejména ekonomické, zdravotní, sociologické a psychosociální aspekty (Ondrušová, Krahulcová, 2019).

1.2 Rozdělení stáří

Stáří je chápáno jako závěrečná etapa života. Starší lidé – senioři – představují různorodou skupinu, která žije v různých stupních aktivity. Tato rozmanitost ve stáří se projevuje jak v obdobích naplněnými moudrostí, zkušenostmi, klidem a spokojeností, tak v obdobích spojených s depresemi, úzkostmi, bolestí, strachem, nemocemi a bezmocností (Vágnerová v Sýkorová, 2007).

Existuje několik různých způsobů, jak rozdělit etapy lidského života. Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí život na následující období:

1. Dětský věk (0-14 let);
2. Mladý věk (15-29 let);
3. Dospělý věk (30-44 let);
4. Střední věk (45-59 let);
5. Presenium neboli starší věk (60-74 let);
6. Starý věk (75-89 let);
7. Období nad 90 let, označováno jako dlouhověkost

(Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Lidský věk lze definovat podle různých kritérií, jako je kalendářní věk, biologický věk, sociální stáří, funkční stav a podobně. Kalendářní stáří je jasně definováno a v současnosti je považováno za začátek stáří věk 65 let, přičemž samotné stáří je obvykle spojováno s věkem 75 let. Kalendářní věk však neodráží změny, kterými jedinec prochází v rámci involučních², pracovních a sociálních rolí (Ondrušová, Krahulcová, 2019).

1.2.1 Biologický věk

Biologický věk je hodnocený biologickými parametry tělesného nebo psychického rozvoje, zrání, involuce a opotřebování. Čeledová a kol. (2016) konstatují, že souhrnně se vývojově termín

² Involuce (v biologickém a kognitivním smyslu) = atrofie; snížení schopnosti

biologický věk používá k výkonovému či jen pocitovému vyjádření shody či rozporu stavu konkrétního člověka s obvyklým stavem lidí daného věku.

Biologický věk vypovídá o celkovém stavu organismu, míře involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. Ondrušová (2019) uvádí, že u stárnoucího člověka se na biologických změnách spolupodílejí ve vyšší míře i nemoci.

1.2.2 Sociální věk

Čeledová a kol. (2016) zmiňují, že sociální věk je dán sociálními zkušenostmi, sociálním statutem a též generační příslušností. Ondrušová (2019) uvádí, že sociální stáří je charakterizováno rolí, kterou člověk zastává ve společnosti a tvrdí, že jako sociální stáří je zpravidla považován věk odchodu do důchodu. Jesenský (2000) dodává, že sociální stáří zahrnuje různé stránky sociálního života člověka a jeho společenské vztahy vůči jiným lidem.

Mühlpachr (2009) konstatuje, že sociální stáří je obdobím nastupujících změn, nejčastěji jde o problematiku penzionování, změnu rolí a způsobu života.

Kvalita sociálního života je do určité míry determinována sociálním stavem, ekonomikou a přijetím vlastního stáří (Valenta, Müller, 2013).

1.2.3 Kalendářní věk

Čeledová a kol. (2016) uvádí, že ačkoliv se kalendářní věk může jevit jako nejjednodušší pojetí věku, může zároveň vykazovat nesoulad s biologickým a sociálním pojetím věku.

Ondrušová (2019) konstatuje, že podle WHO, která přijala patnáctiletou periodizaci lidského života v 60. letech 20. století, se vyšší věk dělí následovně:

1. 60–74 let: rané stáří (počínající stáří);
2. 75–89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku);
3. 90 a více let: období dlouhověkosti.

Vzhledem k demografickému vývoji a zlepšování funkčního stavu seniorů je v současnosti za počátek stáří považován spíše věk 65 let a jako vlastní stáří je označován věk 75 let. Členění je následující:

1. 65–74 let: mladí senioři (*young-old*);
2. 75–84 let: staří senioři (*middle-old*);
3. 85 a více let: velmi staří senioři (*oldest-old*).

Kalendářní věk však necharakterizuje míru involučních změn, zdatnosti, pracovní schopnosti ani sociální role v životě stárnoucího člověka. Jedná se spíše o administrativní nástroj využívaný například v demografii (Ondrušová 2019).

Čeledová a kol. (2016) v souvislosti s kalendářním věkem hovoří o tzv. „*participativní dospělosti*“ a uvádí, že v důsledku trvale se zlepšujícího zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucích populací dochází k posunu hranice biologického a funkčního stáří do vyššího věku. Paralelně s tím se snižuje dolní hranice sociální dospělosti. Tento vývoj přispívá k rozšíření skupiny občanů, kteří jsou kompetentní, způsobilí, odpovědní a oprávněni k aktivní účasti ve společnosti. Autoři zdůrazňují, že z konceptu participativní dospělosti by neměl být člověk vylučován na základě

věku, ale pouze v případech vážného onemocnění, jež zásadně omezuje občanské kompetence, například u osob s demencí. V tomto kontextu je věk chápán jako osobní charakteristika, která by neměla ovlivňovat možnosti občanské participace, což vede k představě tzv. „bezvěké společnosti“.

Je důležité si uvědomit, že stárnutí je proces, který se liší u každého jednotlivce. Každý člověk prochází různými fázemi života odlišným způsobem, a to buď pomalu, nebo rychle (Haškovcová, 2010).

1.2.4 Psychické stáří

Dále se můžeme setkat s pojmem psychické stáří, o kterém se Valenta a Müller (2013) vyjadřují následovně: „*Psychické stáří je determinováno různými vlivy, kterými mohou být osobnostní dispozice, adaptace na změny ve stáří, průběh chorob a stav osobnosti daného člověka.*“

1.2.5 Dlouhověkost

Dlouhověkost je definována jako pozitivní odchylka během stárnutí a délky života, nejčastěji jde o věk 90 let a více. Za maximální délku života je považován věk 125 let (Kalvach a kol. 2008). Počet osob, kteří se vysokého věku dožívají, stále roste a je způsoben například vyšší úrovní lékařské péče a zvýšením životní úrovně a životního prostředí (Valenta, Müller, 2013).

1.3 Stárnutí

Podle Erika Eriksona (1950) je klíčovým vývojovým úkolem člověka po 65. roce života dosažení integrity. To znamená, že člověk přijme svůj život se všemi jeho nedokonalostmi a chybami. Tím se vyhne pocitu zoufalství, který by mohl vzniknout z myšlenky, že už není dost času začít znovu. Tato integrita je to, co označujeme jako životní moudrost.

Stárnutí bývá často vnímáno převážně negativně a je spojováno s různými obavami. Mezi nejčastěji očekávané problémy patří ztráta soběstačnosti, pokles kognitivních schopností, omezení sociálních kontaktů a snížené možnosti seberealizace. Tyto obavy jsou navíc doprovázeny strachem ze ztráty lidské důstojnosti, pocitu ponížení a závislosti na druhých. Je však třeba zdůraznit, že taková očekávání nejsou vždy oprávněná, neboť proces stárnutí je vysoce individuální a výše uvedené obtíže se nemusí nutně objevit u každého jedince (Malíková, 2020).

Proces stárnutí lze kategorizovat do dvou základních forem. Prvním typem je stárnutí fyziologické, které probíhá přirozeně a představuje normální součást životního cyklu člověka, tedy kontinuální vývoj od početí až po smrt. Druhou formou je stárnutí patologické, které se vyznačuje určitými odchylkami, jako je například předčasný nástup známek stárnutí, nesoulad mezi kalendářním a biologickým věkem, nebo výrazné snížení úrovně soběstačnosti (Malíková, 2020).

Fenomén stáří byl vnímán v různých obdobích s různou intenzitou a odlišnými úhly pohledu (Dvořáčková, 2012).

Úspěšné stárnutí vyžaduje přizpůsobení novým podmínkám, které stárnutí přináší (Thorová, 2015).

1.3.1 Fyziologické změny spojené se stárnutím

S nástupem stáří dochází ke zpomalení metabolismu. Trávení se prodlužuje a produkce trávicích enzymů klesá. To vede k horší vstřebatelnosti živin a celkovému poklesu chuti k jídlu, což může vést k podvýživě. Pokud na zpomalení metabolismu není včas reagováno úpravou stravy a zvýšením fyzické aktivity, může se objevit i nárůst tělesné hmotnosti. Tuková hmota roste na úkor svalové hmoty. Navíc využívání glukózy v krvi je méně efektivní kvůli stárnutí buněk a vzniku inzulinové rezistence (Thorová, 2015).

Dalším projevem fyziologického stárnutí jsou změny na kůži. Kůže plní zásadní úlohu při poskytování tělu ochrany proti vnějším poškozením a je klíčová pro udržení celkové homeostázy³ organismu. Během stárnutí dochází k degeneraci buněk přítomných v kůži a k postupnému narušení struktury mimo buňky, zejména v dermis⁴, což ovlivňuje normální strukturu kůže a schopnost její regenerace (Bonté a kol., 2019).

S přibývajícím věkem dochází k procesu zvanému vetchozrakost (presbyopie). Oči se stávají méně výrazné, ztrácí se tuk v očníchích a víčka povolují, což způsobuje, že oči starších lidí vypadají zapadlé. Schopnost rozlišovat barevné tóny klesá již po 35. roce. Čočka ztrácí svou pružnost kolem 45. roku, což zhoršuje schopnost zaostřování na blízké objekty. Po 50. roce se k těmto změnám přidávají degenerativní změny na sítnici. To vede k horší ostrosti zraku, méně jasnému vnímání barev a pomalejší reakci na zrakové podněty. V průběhu stárnutí také dochází k zakalování čočky, což ztěžuje rozlišování mezi žlutou a modrou barvou. Až dvě třetiny lidí starších 70 let trpí očními problémy. Častou příčinou slepoty ve stáří je makulární degenerace⁵, která způsobuje slepotu u přibližně 15 % starších lidí (Thorová, 2015).

Se stárnutím se také zhoršuje sluch, což je proces označovaný jako presbyakusis.⁶ Sluchová ostrost a vnímání, zejména u vysokých tónů, se začíná zhoršovat již v mládí. Ztráta sluchu je nejběžnějším smyslovým deficitem ve starší populaci a představuje vážný problém s dopady na sociální i zdravotní oblast. Ztráta sluchu, zejména u starších lidí, výrazně ztěžuje přenos informací a negativně ovlivňuje každodenní život, což může vést k pocitům osamělosti, izolace, závislosti, frustrace a problémům v komunikaci. S rostoucí stárnoucí populací v rozvinutých zemích se presbyakusis stává čím dál větším problémem, který údajně zhoršuje kvalitu života. Progrese tohoto typu sluchového postižení je nevratná, což zdůrazňuje nutnost včasné diagnostiky a rehabilitace, stejně jako hodnocení celkové kvality života (Ciorba a kol., 2012).

Výzkum lidských genetických poruch a využívání myších modelů s genetickými mutacemi poskytly důkazy, že mechanismy regulující stabilitu genomu⁷, signalizace po poškození DNA⁸ a metabolické procesy spolupracují při stárnutí. Zejména poškození telomer⁹ spojené se

³ Schopnost udržovat stálé vnitřní prostředí organismu

⁴ Nebo také „škára“ – druhá, silná vrstva kůže umístěná pod pokožkou

⁵ Onemocnění postihující žlutou skvrnu (makulu) na sítnici, která zodpovídá za ostré vidění

⁶ Stařecká nedoslýchavost

⁷ Veškerá genetická informace organismu

⁸ DNA neboli deoxyribonukleová kyselina je molekula nesoucí genetickou informaci většiny organismů.

⁹ Koncových částí chromozomů

stárnutím, snížená funkce telomerázy¹⁰ a aktivace p53¹¹ se ukázaly jako klíčové faktory, které ovlivňují ztrátu funkce tkáňových kmenových buněk a dysfunkci mitochondrií. Tyto procesy mají negativní vliv na obnovu a energetickou podporu v různých typech tkání (Sahin a DePinho, 2010).

Ve stáří také často dochází k potížím spojeným se ztrátou hybnosti a výkonu běžných aktivit. WHO (2017) uvádí, že metaanalýza 54 studií ukázala, že prevalence¹² omezení v běžných denních aktivitách byla 39 % u osob starších 65 let. S přibývajícím věkem schopnost starších osob provádět tyto úkony klesá.

1.3.2 Psychologické změny spojené se stárnutím

S věkem dochází k poklesu mozkové aktivity. Starší lidé potřebují více času na přemýšlení a rozhodování. Jsou rovněž opatrní, protože i drobné zdravotní problémy, včetně psychických potíží, mohou mít vážné následky. Každý jedinec má navíc svůj vlastní psychický vývoj, což znamená, že jeho pohled na stáří se může značně lišit od reality. Senioři také hůře zvládají změny, ať už jde o narušení jejich běžného rytmu, stěhování nebo změnu prostředí. Říčan (2014) ve své úvaze o psychických změnách vyjadřuje jistý skeptický názor a považuje je za nevyhnutelnou součást stárnutí.

Hlavní roli v pozornosti má senzorický registr (Atkinson a Shiffrin, 1968), který je součástí pracovní paměti a uchovává informace přijaté ze smyslových orgánů. S věkem se zhoršuje schopnost soustředit se na důležité podněty a ignorovat ty méně podstatné. Zhoršuje se také koordinace příjmu informací z různých zdrojů a schopnost efektivně rozdělovat a přesouvat pozornost. Schopnost soustředit se na známé situace zůstává více stabilní, ale i v běžných aktivitách může dojít k selhání kvůli přetížení pozornosti, například v důsledku rušivých zvuků. Výrazné změny se objevují zejména v oblasti rozdělování a přenášení pozornosti (Miyake a kol., 2000; Li a kol., 2005; Murman, 2015).

1.3.3 Sociální vyloučení

Sociální izolace je stav, kdy jedinec nemá vztahy, kontakt nebo podporu okolí. (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

Světová zdravotnická organizace (2025) uvádí, že příčiny vzniku sociální izolace zahrnují například zhoršený zdravotní stav, nízký finanční příjem, nízké vzdělání, život o samotě, neadekvátní komunitní infrastrukturu¹³ a politiku. Sociální vazby mají vliv na psychické i fyzické zdraví v průběhu celého života. Jejich absence může zvyšovat riziko nejrozličnějších zdravotních komplikací, jako například riziko CMP, srdečních onemocnění, diabetu, kognitivního úpadku a předčasného úmrtí. Zároveň výrazně podporuje vznik deprese, úzkosti a myšlenek na sebepoškození a sebevraždu.

¹⁰ Telomeráza – enzym, který je schopen prodlužovat samotné konce eukaryotních chromozomů (neboli telomer) (pozn. Eukariotními organismy se rozumí všechny známé mnohobuněčné formy života).

¹¹ Protein, který funguje jako nádorový supresor – jeho hlavní funkcí je zabránit vzniku rakoviny.

¹² Prevalence = rozšířenost nebo podíl osob v populaci, u kterých se daný jev vyskytuje

¹³ Dostupnost dopravy, služeb atd.

1.3.4 Přístup ke smrti

Wong, Reker a Gesserová (1994) definovali 5 postojů, které lze k smrti zaujmout. Jsou jimi strach ze smrti, vyhýbavý postoj ke smrti, neutrální přijetí smrti, vstřícné přijetí a únikové přijetí smrti. Byly vytvořeny jako výsledné škály Revidovaného profilu postojů ke smrti (DAP – R) a každá z nich má následující dominující charakteristiku:

1. **Strach ze smrti** – obavy ze smrti, které jsou na rozdíl od úzkosti ze smrti vědomé a specifické.
2. **Vyhýbavý postoj** – stranění se myšlenkám na smrt kvůli úzkosti, kterou v člověku vzbuzuje.
3. **Neutrální přijetí** – člověk smrt nevíta a ani se jí nebojí, akceptuje ji jako nepopíratelnou součást života.
4. **Vstřícné přijetí** – úzce souvisí s vírou v posmrtný život a ta je spjata s náboženským přesvědčením.
5. **Únikové přijetí** – představuje alternativu ke zmírnění bolesti a utrpení, které člověku život přináší.

Postoje vycházející ze škál neutrálního, vstřícného a únikového přijetí smrti jsou chápány jako formy pozitivního vztahu ke smrti. Podle autorů tyto přístupy úzce souvisejí s prožíváním smyslu života a se strachem ze smrti. Teoretické ukotvení pojmu smyslu života je výrazně spjata s myšlenkami Viktora E. Frankla (1994). Ve svých pracích, vycházejících mimo jiné z vlastních zkušeností z koncentračního tábora, Frankl zastává stanovisko, že ačkoliv člověk nemá moc nad některými okolnostmi svého osudu, může k nim zaujmout vědomý postoj a nalézt v životě hlubší smysl či cíl, pro který žít. Výzkumy zároveň ukazují, že jedinci, kteří vnímají svůj život jako smysluplný a naplňující, vykazují nižší míru strachu ze smrti a větší schopnost ji akceptovat (Wong a kol., 1994).

2 Vymezení pojmů „přání“, „spokojenost“ a „potřeba“

2.1 Definice přání

V oblasti zdravotně sociální práce je pojem *přání* úzce spjat s individuálními potřebami a očekáváními klienta. Hartl a Hartlová (2000) definují přání jako subjektivní vyjádření touhy po určité skutečnosti. V kontextu péče o klienta/pacienta představuje přání vyjádření toho, co klient/pacient považuje za podstatné pro svůj život nebo pro přístup k práci s ním.

Snaha o plnění přání či realistických cílů stanovených na jejich základě může značně ovlivnit kvalitu klientova/pacientova života a mít přímý vliv na jeho pohodu a spokojenost.

2.2 Definice spokojenosti

Životní spokojenost je v odborné literatuře často spojována s kvalitou života. Diener (1984) říká, že životní spokojenost představuje kognitivní složku subjektivního *Well-Being*¹⁴; jedná se o proces, při kterém jednotlivec posuzuje kvalitu svého života na základě jím stanovených kritérií.¹⁵

¹⁴ Well-Being je možné jednoduše přeložit jako životní pohodu

¹⁵ volně přeloženo ze *Subjective Well-Being* s.545

3 Poskytování sociálních služeb seniorům

Tato kapitola se zaměřuje na seniora, sociální práci se seniory, kvalitu péče o seniory a autonomii seniorů i autonomii jako takovou.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. definuje seniora, který má zájem o pobyt v domově pečovatelské služby, jako žadatele o službu. Jakmile žadatel podepíše smlouvu s poskytovatelem sociální služby, stává se uživatelem těchto služeb.

V literatuře se často používá pojem klient pro označení osoby, která je závislá na pomoci druhých. Klientem je obvykle jedinec, který si službu vybere, objedná a následně ji zaplatí (Haškovcová, 2010).

3.1 Senioři jako sociální skupina

Senioři představují velmi zranitelnou sociální skupinu, která bývá často znevýhodněna nebo utiskována na základě svých zdravotních problémů. Sociální služby jsou určeny pro lidi, kteří se nacházejí v nepříznivých životních podmínkách a mají za cíl zlepšit kvalitu jejich života. Tyto služby chrání společnost před určitými riziky, která mohou tito lidé představovat. Proto se nezaměřují pouze na jednotlivce, ale i na jeho rodinu, životní prostředí a okolnosti, ve kterých žije (Matoušek, 2008). Podle názorů seniorů je pro zachování jejich autonomie klíčové, aby pracovníci projevovali zájem, vlídnost, zdvořilost, respektovali soukromí a přistupovali k nim individuálně (Kalvachová, 2004).

3.1.1 Vymezení pojmu senior

V českém kontextu je pojem senior frekventovaně využíván, a to včetně právní terminologie. Přesto však chybí jeho jednotná a přesná definice. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, tento termín sice používá – například v souvislosti s domovy pro seniory, poradnami pro seniory či sociálně-aktivizačními službami určenými této skupině obyvatel – nicméně konkrétní a jednoznačné vymezení pojmu senior v textu zákona obsaženo není.

3.1.2 Vliv prostředí na kvalitu života seniorů

Prostor bydliště a jeho bezprostřední okolí představují významný symbolický rámec, kterému jedinec přisuzuje osobní významy, utvářené na základě dlouhodobě prožívaných zážitků a vzpomínek spojených s tímto místem. S rostoucí délkou pobytu v dané lokalitě dochází k hlubšímu pocitu zakořenění. Ztráta tohoto prostoru proto může mít zásadní negativní dopady na individuální i kolektivní identitu, paměť, vztah k minulosti a v neposlední řadě i na psychickou pohodu jednotlivce (Geiryn, 2000, citováno podle Zachariášová, 2007).

Sýkorová (2006) upozorňuje, že v rámci výzkumu *"Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie"* se prostor ukázal být důležitým tématem starých lidí. Pojem prostor si vztahují především ve významu jeho zvládnutí uvnitř „svého“ prostředí, tj. bytu, domu či obce. Z výpovědí některých seniorů je patrné, že prostorové uspořádání i architektura budov můžou mít nezanedbatelný vliv na množství interakcí a na možné riziko sociální izolace. Důležitou složkou prostoru je pro seniory také vzdálenost, kterou nejčastěji vztahují k plnění každodenních

úkolů a k dosažitelnosti významných druhých. S přibývajícím věkem v závislosti na fyzických zdrojích má vzdálenost tendenci se zužovat na sousedství, lavičku před domem či pouhou část bytu.

3.1.3 Definice autonomie

Autonomie jednotlivce znamená mít schopnost rozhodovat o svém životě a být respektován ostatními (Levická, Tomašovičová v Sýkorová, 2004).

Dvořáčková (2012) definuje autonomii jako „*schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost*“.

Soběstačnost lze také definovat jako „*schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí*“ (Kalvach, 2004).

3.1.4 Autonomie seniorů

Soběstačnost lze vnímat jako komplexní celek, který se skládá ze čtyř různých složek. První složkou je fyzická komponenta, v níž klíčovou roli hraje pohyblivost osoby ve vyšším věku. Druhou složkou je psychická komponenta, která zahrnuje schopnost jednotlivce vykonávat úkoly a řídit své záležitosti samostatně. Třetí složka je sociální a zaměřuje se na úroveň integrace jednotlivce do rodiny, širšího příbuzenstva a společnosti. Poslední, tedy čtvrtou složkou, je ekonomická komponenta, která je přímo ovlivněna výší finančního příjmu, jež je dostatečný k pokrytí životních nároků a potřeb osoby ve stáří (Zavázalová, 2001).

Fyzická a psychická onemocnění patří k nejčastějším důvodům snížení soběstačnosti ve stáří. Nelze však opomenout ani sociální a ekonomické příčiny, které mají významný vliv na kvalitu života osob ve vyšším věku (Kalvach, 2008).

3.1.5 Kvalita péče o seniory

Národní strategie rozvoje sociálních služeb konstatuje, že: „*Jde o oblast, která se zabývá nastavením systému sociálních služeb, tak aby byly poskytovány osobám, jež je opravdu potřebují, a reagovaly na jejich skutečné potřeby. Klíčovým pojmem je zde ne příznivá sociální situace, od které se odvíjí řada dalších činností v oblasti sociální práce. Nicméně tím hlavním je předpoklad, že sociální služby budou reagovat na potřeby svých klientů a budou jim individuálně „šity na míru“. Nejednotné uchopení a různorodé praktické používání tohoto principu výrazně komplikuje a nezpřehledňuje poskytování sociálních služeb i vnímání role sociálních pracovníků v sociálních službách*“ (MPSV, 2015, s. 45).

Standardy kvality sociálních služeb jsou základním nástrojem pro individuální přístup k uživatelům, ukazatelem „dobré praxe“ a určují, jak by měla být konkrétní služba poskytována. Jejich definice je stanovena zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb., která upravuje některá ustanovení tohoto zákona. Standardy slouží k hodnocení kvality služeb a zároveň vycházejí z principů základních lidských práv a svobod, zaměřují se na zajištění důstojnosti, rozvoj nezávislosti a autonomie uživatelů.

Standardy se dělí na:

- **Procedurální:** Určují, jak by měla služba vypadat, kdo je její příjemce a jak ji přizpůsobit

individuálním potřebám každého jednotlivce.

- **Personální:** Definují personální zajištění služeb, pracovní podmínky, požadavky a vlastnosti pracovníků, profesní rozvoj jednotlivců i pracovních týmů.
- **Provozní:** Určují místní a časovou dostupnost služby, postupy při nouzových a havarijních situacích, a hodnotí kvalitu poskytovaných služeb (MPSV, 2008).

V oblasti teoretických východisek kvality péče o seniory stále chybí shoda, a rovněž neexistuje jednotná a přesná definice kvality péče o seniory v sociálních vědách (Jabůrková, Mátl, 2007).

Kvalita péče o seniory má přímý vliv na kvalitu jejich života. V oblasti sociálních a zdravotních služeb existuje několik způsobů, jak na kvalitu pohlížet. Klíčovým faktorem je především spokojenost uživatele a jeho rodiny, schopnost služby reagovat na specifické potřeby osoby, které je péče poskytována, profesionalita personálu, efektivnost služby a její cenová dostupnost. Stejně důležitým aspektem je i vhodnost prostředí, ve kterém je péče poskytována, a její dlouhodobá udržitelnost (Dudová, 2015).

3.2 Služby sociální péče

Služby sociální péče jsou v §38 zákona o sociálních službách definovány jako: „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí*“.

3.3 Sociální pracovník a jeho role v péči o seniory

V této podkapitole se věnuji atributům a rolím sociálního pracovníka obecně a v kontextu péče o seniory.

3.3.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník je jedním z členů multidisciplinárního týmu. Předpoklady pro výkon této profese určuje zákon o sociálních službách. Mezi základní předpoklady patří plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Spolupracuje společně s dalšími členy týmu, jako jsou zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách, fyzioterapeuti, aktivizační pracovníci a další (Malíková, 2020).

Dle §109 zákona o sociálních službách „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zajišťuje potřeby obyvatel obce a kraje, koordinuje poskytování sociálních služeb*“.

Sociální pracovník se ve své činnosti zaměřuje na psychické a sociální potřeby klienta, přičemž klade důraz na reálné možnosti jejich naplnění. Nedílnou součástí této profese je navázání a udržování kvalitního mezilidského vztahu, jenž tvoří základ pro účinnou pomoc (Kopřiva, Šiklová, 2013). Musil (2004) pak akcentuje význam celostního přístupu k člověku, kdy je pozornost

směřována na komplexní životní situaci klienta. Tento přístup se realizuje prostřednictvím cílených sociálních intervencí, jejichž cílem je usnadnit klientovi zvládání náročných životních okolností. Sociální pracovník tak může v případě potřeby doporučit i zapojení dalších odborníků z oblasti pomáhajících profesí.

Základní profesní aktivity sociálního pracovníka lze souhrnně rozdělit do čtyř hlavních oblastí. První z nich představuje činnost sociálně-administrativní povahy, která zahrnuje zejména vedení dokumentace a administrativní agendu. Druhou oblastí je přímá práce s klienty, zaměřená na individuální podporu a řešení jejich specifických potřeb. Třetí rovina spočívá v metodickém vedení pracovníků v sociálních službách, zejména v kontextu realizace individuálního plánování péče. Čtvrtou oblastí je pak plánování a realizace programů volnočasových či aktivizačních aktivit, které přispívají k celkové kvalitě života klientů (Matoušek a kol., 2013).

3.3.2 Role sociálního pracovníka v péči o seniory

Role sociálního pracovníka zahrnuje široké spektrum činností, které se odehrávají napříč celým procesem poskytování sociální služby. Mezi klíčové aktivity patří komunikace se zájemcem o pobytovou službu, navázání prvotního kontaktu a realizace sociálního šetření. Následně pracovník zajišťuje proces přijetí klienta do zařízení, včetně vypracování smlouvy o poskytování sociální služby a administrativního zajištění všech potřebných dokumentů. V průběhu pobytu seniora v zařízení se sociální pracovník podílí na jeho adaptaci, zodpovídá za koordinaci individuálního plánování služby a monitoruje míru spokojenosti klienta s její realizací. Součástí jeho kompetencí je rovněž hodnocení kvality poskytované péče. Významnou oblastí činnosti je i fáze ukončení služby, jež často souvisí s úmrtím klienta. Profese sociálního pracovníka tak zasahuje do všech etap práce se seniorem jakožto klientem sociální služby (Malíková, 2020).

4 Výzkum

Tato kapitola praktické části bakalářské práce vymezuje cíl a hlavní výzkumnou otázku a také popisuje použitou kvalitativní výzkumnou metodu zvolenou s ohledem na zkoumanou problematiku. Následně se věnuje technice polostrukturovaného rozhovoru pro sběr dat, představím zde komunikační partnery, charakteristiku vybraného zařízení, etiku výzkumu, jeho limity a postup analýzy a interpretace získaných dat.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaká přání mají klienti vybraného zařízení a zda jsou spokojeni s poskytovanými službami onoho zařízení.

4.2 Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka pro výzkum v mé práci zní: *Jaká přání a potřeby mají klienti vybraného zařízení a zda jsou spokojeni s poskytovanými službami.*

4.3 Dílčí výzkumné otázky

1. *Jsou klienti spokojeni s poskytovanými službami?*
2. *Jak klienti vnímají svůj zdravotní stav?*
3. *Jak klienti vnímají svou autonomii?*
4. *Jak klienti zvládají samotu a změny sociálního prostředí?*
5. *Jak klienti vnímají své rodinné vztahy?*
6. *Jak klienti vnímají své životní prostředí?*
7. *Jak se klienti vyrovnávají se ztrátou domácího prostředí?*

4.4 Metodologie výzkumu

V této podkapitole se věnuji popisu metodologického přístupu, který jsem použil při realizaci svého výzkumu zaměřeného na přání a spokojenost klientů vybraného zařízení. Metody byly vybrány s ohledem na charakteristiku tématu mého výzkumu, cíl práce a cílovou skupinu, v rámci které byl výzkum prováděn.

Dále v této kapitole specifikuji charakteristiku výzkumného vzorku a metodu jeho výběru, charakteristiku kvalitativního výzkumu, polostrukturovaného rozhovoru a vybraného zařízení, ve kterém byl výzkum proveden. Déle se věnuji etickým aspektům výzkumu, limitům a překážkám, které mohou výsledky výzkumu a interpretaci výzkumem získaných dat ovlivňovat.

4.4.1 Kvalitativní výzkum

Svůj výzkum jsem se rozhodl provést formou polostrukturovaného rozhovoru. Jedná se o metodu kvalitativního výzkumu, která mi, na rozdíl od kvantitativního výzkumu, umožnila sbírat data konkrétnější, podrobnější a celistvější. Kromě samotných informací jsem byl také schopen

zachytit například emoci, se kterou participant informaci sděluje. Kvantitativní výzkum poskytuje možnost doptávat se na další informace a získat tak komplexnější kontext pro zkoumané téma.

Kvalitativní výzkum podle Švaříčka a Šedové (2014, str. 17): „*Jedná se o proces zkoumání jevů problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hloubkových datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.*“

Důvod použití kvalitativní metody spočívá v komplexnosti a subjektivní povaze tématu. Hodnotit spokojenost participantů, která je jejich subjektivním hodnocením jejich životů a životních situací by nebylo za pomoci kvantitativní metody možné.

4.4.2 Polostrukturovaný rozhovor

Metodu polostrukturovaného rozhovoru jsem zvolil za účelem získání komplexních informací o přáních, spokojenosti, ale také pocitech participantů, které je možné zasadit do kontextu a okolností jejich života a prostředí.

Polostrukturovaný rozhovor je hloubkový rozhovor, při kterém jeden badatel klade jednotlivému účastníkovi několik otevřených otázek. Cílem polostrukturovaného a hloubkového rozhovoru je získání detailních a komplexních informací o určitém jevu (Švaříček, Šedová, 2014).

Pro účely výzkumu byl sestaven rámcový scénář rozhovoru, který byl rozdělen do tematických okruhů odpovídajících výzkumným otázkám. Otázky byly formulovány tak, aby navozovaly co nejpříjemnější atmosféru a zároveň umožnily získat relevantní informace o přáních, spokojenosti a pocitech participantů.

Na začátku rozhovoru byla položena otázka „*Jak se máte?*“, která sloužila nejen k navázání přátelské a uvolněné atmosféry, ale zároveň mohla ihned odhalit aktuální pocity participanta.

V návaznosti na první otázku následoval dotaz „*Jak se Vám líbí/daří tady v zařízení/bytě?*“, jehož účelem bylo odhalit limity a bariéry prostoru, který participant obývá, ale také často vedl participanta k vyjádření se k personálu a vedení zařízení. V případě participantů ubytovaných v prostorách zařízení téma ztráty domácího prostředí vždy vyplynulo z této otázky.

Následující otázka se věnovala právě spokojenosti s přístupem personálu, vedení a spokojenosti s poskytovanými službami.

Otázka týkající se zdravotního stavu byla zařazena do seznamu, avšak nebylo ji nikdy třeba položit, jelikož participanti téma zdravotního stavu otvírali sami.

Téma sociálních vazeb jsem otvíral otázkou „*Navštěvují Vás blízcí?/Kdo Vás navštěvuje?*“, kterou jsem následně doplňoval a rozhovor jsem vedl dále otázkami na děti a vnoučata. Tímto způsobem jsem se snažil zjistit o sociálních vazbách participantů co nejvíce.

Kompletní znění použitých otázek je uvedeno v **Příloze A1**.

4.4.3 Metoda výběru a charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl proveden v bytových jednotkách pečovatelských domů pečovatelské služby a v domácím prostředí terénních klientů dohromady s 10 klienty. Klienti a klientky byli vybíráni na základě toho, zda se výzkumu chtěli dobrovolně účastnit, museli to být lidé důchodového věku,

tedy ve věku 65 let a více, kteří jsou zároveň klienty vybraného zařízení, kteří pobývají v pečovatelských domech vybrané služby nebo využívají jejich služeb v domácím prostředí.

4.5 Charakteristika vybraného zařízení

Jedná se o pečovatelskou službu, jejímž zřizovatelem je obec, ve které se zařízení nachází. Zařízení je tvořeno dvěma domy pečovatelské služby (dále jen DPS1 a DPS2), ve kterých se nachází bytové jednotky pro ubytování klientů.

Pečovatelská služba poskytuje svým klientům následující služby: asistence při osobní hygieně, dovoz stravy, nákup potravin, léků nebo dalších předmětů, o které klient požádá, praní prádla, asistence při úklidu a chodu domácnosti apod.

Tyto služby jsou poskytovány klientům ubytovaným v prostorách DPS1 a DPS2 i klientům žijícím v domácím prostředí v rámci obce, ve které je zařízení lokalizováno a v několika přilehlých obcích.

4.6 Průběh výzkumu

V této podkapitole popisuji průběh, etiku a limity mého výzkumu.

Výzkum probíhal na konci měsíce listopadu a na začátku měsíce prosince roku 2024. Rozhovory byly provedeny v bytových jednotkách pečovatelských domů pečovatelské služby nebo v domácím prostředí klientů využívajících terénní služby onoho zařízení. Rozhovory probíhaly v časovém rozmezí od 17 až 150 minut. Některé rozhovory nebyly nahrávané v celém rozsahu z důvodu irelevantnosti obsahu některých jejich částí. S některými klienty jsem pokračoval v rozhovoru nad rámec výzkumu, a to hned z několika důvodů:

1. Snažil jsem se o vytvoření takového prostředí, ve kterém bude participant uvolněný a sdílný, snažil jsem se příliš nepřerušovat jeho myšlenky a nechat jej volně hovořit, ačkoli mnohdy odbíhal od tématu.
2. Po vypnutí záznamníku se mnozí participanti uvolnili a sdělili informace, které byly pro samotný výzkum velmi užitečné.
3. Strávil jsem s participantem více času a mohl jsem lépe pochopit jeho rozpoložení, kontext jeho předešlých vyjádření a následně využít tyto poznatky v analyzování nasbíraných dat.

Tímto přístupem jsem se pokusil docílit získání skutečných informací takovým způsobem, abych participanty nelimitoval časově, abych se vyhnul sugesci a aby získaná data co nejvíce odpovídala reálným myšlenkám a pocitům participantů.

Tvorba teoretické a výzkumné části práce probíhala zároveň. Data získaná od participantů sloužila mimo tvorby samotné praktické části také jako nástroj pro zařazení některých teoretických východisek v teoretické části práce tak, aby se práce více věnovala tématům, která jsou pro participanty důležitá a samotný výzkum vychází z témat, která vyplynula z rozhovorů s participanty.

4.6.1 Etika výzkumu

Základním předpokladem pro provedení mého výzkumu byla dobrovolná participace klientů a klientek a zachování anonymity jejich i dalších osob, jejichž jména či bydliště byla v rozhovorech zmíněna. Z tohoto důvodu neobsahuje tato práce ani přepisy rozhovorů jména, názvy obcí ani jiné názvy, na základě kterých by hrozilo odhalení identity participantů nebo dalších osob.

Všichni klienti byli předem dotázáni, zda by byli ochotni na výzkumu participovat. S jejich souhlasem s participací jsem následně klienta navštívil v jeho/její bytové jednotce či v domácím prostředí, kde jsem jej/ji důkladně seznámil s tématem výzkumu, nastínil jsem průběh a účel rozhovoru a vysvětlil jsem, jakým způsobem bude s informacemi a samotnou nahrávkou rozhovoru nakládáno.

Následně jsem klientovi/klientce předložil informovaný souhlas (viz **příloha B** – Informovaný souhlas) a poskytl jsem mu/jí dostatek prostoru pro důkladné seznámení se s jeho obsahem a pro případné dotazy nebo dovysvětlení. Pokud klient/ka souhlasil/a s náležitostmi informovaného souhlasu a podepsal/a jej, upozornil jsem jej/ji, že pokud by si participaci ve výzkumu v následujícím měsíci rozmyslel/a, může mě prostřednictvím vedoucí zařízení kontaktovat a rozhovor s ním/ní nebude v mé práci použit a dojde ke smazání a likvidaci záznamů o našem rozhovoru.

Množství participantů jsem zvolil právě z důvodu možnosti odstoupení od participace na výzkumu ze strany klienta/klientky zařízení.

Celá práce je psaná tak, aby soukromí a osobní informace všech osob byly chráněny maximálně možným způsobem.

V zařízení, ve kterém byl výzkum proveden je mezi klienty velký nepoměr v počtu mužů a žen, z tohoto důvodu při použití citace z rozhovoru jsou všechny výpovědi participantů psány v ženském rodě, kdežto mimo citace referuji o všech participantech v rodě mužském za účelem důslednější ochrany identit participantů.

4.6.2 Překážky a limity výzkumu

Jedním z limitů výzkumu byl relativně malý výzkumný vzorek, který poskytl vypovídající data pro samotné zařízení, není však možné ze získaných dat vycházet univerzálně.

Dalším limitem výzkumu bylo často také odbíhání od tématu ze stran participantů nebo jejich částečná nesdíllost. Odbíhání od tématu je dle mého soudu vedlejším produktem mého přístupu k rozhovoru, jehož benefity (viz 4.6) byly ovšem mnohem podstatnějším faktorem v průběhu výzkumu. Občasnou nesdíllost některých klientů připisuji spíše jejich povaze a mé ne zkušenosti s vedením tohoto typu rozhovoru.

5 Interpretace získaných dat

Interpretace získaných dat se opírá o odpovědi participantů získané prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Cílem bylo porozumět jejich subjektivnímu vnímání poskytovaných pečovatelských služeb, životního prostředí a celkové životní spokojenosti. Analýza dat byla rozdělena do několika tematických okruhů, které reflektují nejčastěji se opakující témata v rozhovorech.

Konkrétně se jedná o následující oblasti:

1. Poskytované služby klientům;
2. Vnímání vlastního zdravotního stavu a autonomie klientů;
3. Samota a změny sociálního prostředí;
4. Rodinné vztahy;
5. Kvalita životního prostředí a ztráta domácího prostředí;
6. Přání klientů – shrnutí;
7. Spokojenost klientů – shrnutí

Jednotlivé tematické celky jsou dále rozpracovány na základě autentických výpovědí respondentů, které byly interpretovány v kontextu odborných poznatků uvedených v teoretické části práce.

Každému participantovi jsem přidělil náhodně číslo 1 až 10. Citace jsou označeny písmenem **P** jako „participant“ a číslem participanta (**P6** = participant číslo 6).

5.1 Poskytované služby klientům

Jedním ze stěžejních témat, na které jsem se klientů pečovatelské služby ptal, a o kterém jsme hovořili, je jejich vnímání poskytovaných služeb. Participantů, kteří jsou ubytováni v pečovatelském domě, jsem se ptal na jejich spokojenost s provozní dobou, jelikož od odpoledne až do rána není v zařízení personál, a to samé platí o víkendech a svátcích. Participantů žijících stále v domácím prostředí jsem se dotazoval pouze na spokojenost s terénními službami.

V naprosté většině případů participanti uvedli, že jsou s poskytovanými službami zcela spokojeni. Někteří zmínili, že provozní doba není ideální, což neprezentovali výslovně jako problém. Většinou uváděli, že jsou na to zvyklí, a že si v pátek nebo před svátky požádají o větší nákup a jsou tedy dostatečně zásobeni do následujícího pracovního dne.

Takto na otázku, zda jej nenapadá nějaký nedostatek služby odpověděl jeden z participantů:

P1: „Ani ne, akorát, že tady nejsou v sobotu v neděli. Jo, jo, to jako, ale nevadí nám to. Jako já jsem ještě schopná a udělám všechno, co je potřeba. [Spolubydlící] ta nechodí, tu vozí na vozejkou, no, ta už na tom není dobře, jako když, no, a jinak tady jsme spokojení. Starají se o nás, nakupují nám, co potřebujeme a vyřídí nám všechno, co chceme, všude, jo, přinesou nám to. Dojdou s náma na počtu, kam chceme.“

Zde jsou některá další vyjádření participantů ke stejné problematice:

P10: „No, to je dobrý, tady jo nakoupí anebo když něco potřebujem a to. Tady co mi chybí no. (...) Honem si nevzpomenu co. Zatím jsem tady spokojená.“

P9: „Heleďte dobře, jo, naříkat si nemůžu. (...) Jsem tady spokojená všechno. Děvčata mi všechno udělají. To jako je. Akorát že mám teda tyhle (zdravotní) problémy.“

P6: „Pečovatelky jsou hodný, že nám udělají, co potřebujeme. Chodí nám nakoupit a ve čtvrtek, vždycky když je v Penny nový týden, tak nás dovezou tam a my si nakoupíme, co potřebujeme, protože s vozíčkem je to pro nás špatné. Vozíček je vratký, klouže, klouže nám to v zimě. Zatím je to dobrý. No, nešla bych jinam.“

P5: „Já si nestěžuju. Děvčata jsou šikovný, tady pečovatelské nám vyjdou ve všem vstříc. Teda aspoň mně. Já si nemůžu stěžovat. (...) Já můžu jenom říkat chválu.“

Ukázalo se, že všichni participanté popisují poskytované služby jako zcela uspokojivé, zejména co se týká přístupu a jednání personálu. Z výpovědí participantů lze předpokládat, že absence personálu v nočních hodinách, o víkendech a svátcích nijak zásadně nenarušuje jejich běžné fungování, a to zejména díky strategii předběžných nákupů a plánování dalších úkonů na provozní dobu.

5.2 Vnímání vlastního zdravotního stavu

V rozhovorech byl často tématem zdravotní stav participantů. Když jsme během rozhovoru začali hovořit o tom, co participantům chybí nebo co je trápí, často zmiňovali právě zhoršující se zdravotní obtíže (viz 5.1).

P9: „Já, kdybych neměla problémy, já mám obratel zlomený. Jo, a to se mi stalo před dvěma rokama. A ještě aby toho nebylo málo, tak mám rozpadlou tu bederní páteř, jak jsem měla CT dělaný a mám neuropatie, to je odchází mě nervy do nohou. Takže mám teda, že mám v nohou jednak brnění, jednak strašně jako mě studí, Takže já chodím takhle v bačkorách, jo? No, takže to by bylo. Jsem tady spokojená všechno.“

Na tomto úryvku je příkladně pozorovatelné, že participant se o svých zdravotních obtížích vyjadřuje záporně, ovšem kladně hodnotí přístup a služby poskytované zařízením, stejně jako ve své výpovědi v předchozí pod-podkapitole (viz 3.6.1). Podobných vyjádření jsem zaznamenal více.

P8: „No, takže jinak, co si můžu víc přát? Nohy, aby mně chodily. No, jenomže bohužel. To mě trápí, no (...) Říkám si na můj věk, co já můžu ještě chtít.“

Ačkoli se výpovědi participantů jeví tak, že zdravotní komplikace, jako jsou především zhoršená pohyblivost, bolesti a zhoršení zraku a sluchu, jsou pro ně velice významným faktorem, který negativně ovlivňuje jejich život, většina z nich se o svých zdravotních problémech vyjadřuje s velkou dávkou smíření a označují je za něco, co patří k jejich věku.

P10: „Tady, co mě trápí? No tak. No že stárnu a nevidím a těžko chodím. No tak to s tím se musí člověk smířit a musí být spokojený s tím, co má.“

P5: „Kdyby fungovalo to zdraví aspoň trošku. To je horší. No to je jedno, už máme roky, tak máme roky, ty nám žádný neveme.“

Já: „Patří to k tomu, myslíte?“

P5: „To víte, že jo. To patří k tomu.“

V souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem jsou všichni participanti do určité míry závislí na pomoci druhých osob, ať už se jedná o personál pečovatelské služby nebo rodinné příslušníky či známé. V souladu s mým očekáváním je autonomie pro participanty důležitým aspektem jejich spokojenosti a naděje.

P4: „Víte, už nemůžu. Snažím se, ale bojím se, aby mi něco neupadlo, ale jako přenesu si to jako. (...) No anebo přijdou nebo zavolám, mám telefon fuč. Když něco, tak oni bydlí naproti tady, takže sem lítají každou chvilku za mnou se podívat. No a jinak. Jinak je to zaplaťpánbůh zatím žiju ještě, a ještě mě to trošku myslí.“

Výpovědi participantů ukazují, že zdravotní obtíže, jako je omezená pohyblivost, bolesti či zhoršení zraku a sluchu, mají významný dopad na jejich každodenní život a míru soběstačnosti. Přesto většina participantů tyto komplikace přijímá s určitou mírou smíření a vnímá je jako přirozenou součást stárnutí. Zjištění zároveň ukazují, že autonomie zůstává klíčovým faktorem spokojenosti a naděje; participanti, kteří jsou více závislí na pomoci druhých, vykazují často nižší subjektivní životní spokojenost a častěji reflektují vlastní smrtelnost.

5.3 Samota a změny sociálního prostředí

Dalším pro participanty důležitým tématem je samota. V každém z rozhovorů, které jsem v rámci výzkumu absolvoval se toto téma objevovalo a ve většině případů bylo pro participanty zásadní. Přestože se téma osamění, odloučení od rodiny nebo stesku po vrstevnících objevovalo často, vnímání těchto jevů bylo individuální. Mnoho participantů jevilo podobné smíření s jejich situací jako v případě zdravotních obtíží (viz 3.5.2), považovali ji tedy za přirozený jev spojený se svým věkem. Přesto je však z výroků patrné, že se svými pocity osamělosti se plně smířit nemohou, přestože rozumí jejich příčinám.

P10: „Jenže už taky spolužačky odcházejí. (...) A ty starší, povídám, když už tady člověk ani nějaký ty starší lidi nezná, že to tady všechno to. (...) Ty mladý, všechno nový a ty jména. Já jsem měla ráda, když jsem vždycky znala každého anebo když jsme si nemohli vzpomenout, jak se jmenuje. Tak jsme říkaly nebo já říkala vždycky a kde bydlí. A to už jsem věděla. Jenže teď už je to všechno jinak.“

P8: „Jinak děvčata jsou hodný, ty vždycky alespoň zavolají, jsou daleko, že? No tak to pochopím, že nemůžou třeba přijet, ale zavolají mamku, jak se máš? A aspoň to stačí člověku, jo. Že tak nějak mají zájem a že vědí, že ještě mají mámu. No. (...) Jak se říká, máma vychová deset dětí, ale deset dětí se potom o mámu neumějí postarat. Jak to bývá, že?“

V jednom případě participant uvedl, že má samotu rád, na konci rozhovoru však rovněž začal hovořit o změně sociálního prostředí a o vymírání svých vrstevníků. V tomto případě považuji tyto úvahy za přirozenou kontemplaci a uvažování o životě. Důvodem pro to je kontext zbytku celého rozhovoru a způsob vyjadřování participanta, který nejevil známky deprese ani smutku, naopak byl poměrně energický, aktivní a o svém životě v zařízení hovořil s nadšením.

P2: „Já mám ráda klid. Já jsem ráda sama, takže to je právě pro mě dobrý. To mě léčí, když jsem tu sama. Nevadí mi. Vůbec bych tu byla úplně sama. Nikde nikdo. Nevadí mi to. (...)“

P2: „*To už všechno umřelo. Co jsem měla známý, všechno mrtvý. To nikoho neznám. Nic už se nedozvím. Nikde. Kdepak, v mých letech už není nikdo. No. (...) Nevím, čím to je, že člověk je tu tak dlouho, no.*“

Jednomu z participantů naopak vadilo, že je v zařízení sám a nemá tam nikoho, s kým by si rozuměl. (Tento úryvek rozhovoru je výrazněji upraven z důvodu ochrany osobních údajů a zachování participantovi anonymity.)

P3: „*Ona je druhá je věc. Já jsem tady sama.*“

Já: „*No, Takže to vám vadí taky, že tady nemáte někoho dalšího?*“

P3: „*Jo, jo, jo, abychom byly dvě, no. No, co se nechá dělat?*“

Samota se ukazuje jako významný faktor ovlivňující kvalitu života participantů, přičemž její vnímání je vysoce individuální a do značné míry závisí rovněž na osobnosti a osobní preferenci daného člověka. Někteří participanté akceptují vlastní osamělost podobně jako zdravotní omezení – považují ji za přirozenou součást stárnutí a života v pečovatelském zařízení. Přesto z rozhovorů vyplývá, že úplné smíření s osamělostí je pro některé z nich obtížné a někteří klienti by preferovali větší sociální propojení. Subjektivní pocit sociální izolace může významně ovlivnit subjektivní pohodu a kvalitu života člověka a vést ke vzniku deprese, úzkosti a sebevražedných myšlenek (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Toto tvrzení podporuje také WHO (2023) v publikaci *Mental health and social connection*. Zároveň je zřejmé, že i při pocitu samoty mohou být klienti aktivní, energičtí a zapojení, což naznačuje, že podpora sociálních kontaktů nemusí znamenat pouze odstranění samoty, ale také nabídku stimulujících, smysluplných interakcí.

5.4 Rodinné vztahy

Dalším faktorem, který také často přímo souvisí s pocitem samoty, jsou rodinné vztahy participantů. Během rozhovorů jsem vypořádal, že participanté, kteří popisovali vztahy s rodinou, tedy především dětmi a vnoučaty, jako naplněné a dobré, jeví větší míru spokojenosti se svým celkovým životem. Mnozí také vyjadřovali důležitost rodiny a rodinných vztahů v životě. Tvrdili, že rodina je základ, a že vztahy v rodině jsou pro ně to nejdůležitější.

P1: „*Měli jsme hezkej život. (...) Máme všechny děti hodný, věnujou se nám, starají se o nás. (...) Tím pádem jsme spokojený.*“

P5: „*Já jsem šťastná. No to víte, stárí je stárí a musíme to brát tak, jak to je. A když máte kolem sebe rodinu, tak je to všechno dobře, no.*“

Na základě interakcí s participanty lze předpokládat, že ti z nich, kteří hovoří o svých rodinných vztazích jako o fungujících a uspokojivých a zároveň udržují s rodinnými příslušníky pravidelný kontakt, vykazují vyšší míru životní spokojenosti, pocitu štěstí a smířenosti právě z důvodu pocitu životního naplnění. Tento postoj přetrvává i navzdory přítomnosti zdravotních obtíží a vědomí blížícího se konce života. Nutno podotknout, že ti participanté, kteří se o svých rodinných vztazích vyjadřují kladně mají zároveň alespoň částečně zachovanou základní soběstačnost, což může být podpurným faktorem jejich optimismu.

V následujícím úryvku participant, který čelí silným bolestem a zdravotním komplikacím i přes poměrně vysokou dependenci na pomoci ostatních, vyjadřuje silný pocit štěstí, když tráví čas se svým vnoučetem na výletech přírodou:

P9: „No takhle já právě zapomínám. Tak ona mě vezla, volá: „Babi“ dopoledne, „Tak co, jak ti je? Zvládneš? Dojedeme na hřbitov.“ Protože ona mi zastaví u obřadní síně, jo, vyndá mi tohleto (chodítka) a jdem. A já říkám no, [oslovení], přijed'a uvidíme. Přijeli jsme před obřadní síní a ona říká „Babi, víš co? Pojedeme se podívat na [název místa].“ Tak jsme jeli... a to bylo tak něco úžasnýho. Já nevím, jestli je to lesík. Samé břízy, ještě žlutý, teď ještě to nebylo opadané. No nádherný. No a zajela ke mně ještě na kafe, tak jsem říkala [oslovení], tak jsem měla tak pěknou sobotu...”

Z výpovědí lze vyvodit, že kvalita rodinných vztahů významně ovlivňuje subjektivní životní spokojenost participantů. Ti, kteří popisují své vztahy s dětmi a vnoučaty jako naplněné a udržují s nimi pravidelný kontakt, vykazují vyšší pocit štěstí a životní pohody, a to i přes přítomnost zdravotních obtíží či omezené soběstačnosti. Toto zjištění odpovídá již zmíněným poznatkům WHO (2023), která tvrdí, že smysluplné sociální interakce a sociální začlenění snižuje jak fyzická, tak psychická zdravotní rizika. Zajímavé je, že pozitivní rodinné vztahy mohou do určité míry kompenzovat negativní dopady chronických bolestí či závislosti na pomoci druhých na duševní zdraví, což naznačuje, že interpersonální vztahy mohou hrát rozhodující roli v celkové kvalitě života. Tento závěr podporuje důležitost integrace rodinné dimenze do péče o starší osoby a plánování intervencí, které by umožnily udržovat a posilovat kontakt s blízkými i při omezené mobilitě klientů.

5.5 Kvalita prostředí a ztráta domácího prostředí

Dalším rozebíraným aspektem života klientů vybraného zařízení je prostředí, ve kterém žijí. Jedná se zejména o prostory bytů a společné prostory pečovatelských domů, jejich okolí a bezbariérovost, ale také o prostory bytů klientů žijících stále v domácím prostředí. Domácí prostředí je také tím, co mnohým participantům schází.

Několik participantů uvedlo, že prostory zařízení a jeho okolí nesplňují jejich představu o dostatečné bezbariérovosti, přičemž vyjádřili obavu z potenciálního zranění způsobené pádem či si stěžovali na nepohodlí, které jim bariérové prostředí způsobuje.

Následuje vyjádření jednoho z participantů, který v letních měsících vozí jiného klienta ubytovaného v jednom z domů pečovatelské služby ven na invalidním vozíku:

P1: „Já mám akorát strach, když s ní v létě jedu ven, tam je ten schod.“

Další z participantů si stěžoval na chybějící zábradlí u schodů u vstupu do jednoho z domů pečovatelské služby a na poničené chodníky v okolí domu a přilehlém parku, který pečovatelský dům sdílí s jiným zařízením.

P10: „Tady jsme říkali jsou tady dva schůdky. Když se sem jde z chodníku nahoru, tak já teď jezdím s vozíkem, tak jezdím okolo, ale ty dva schůdky je třeba, jak už člověk nemůže chodit, aby dali zábradlí. Jsem tady pět let. Ještě jsem hned po začátku o tom říkala, oni ho ještě neudělali.“¹⁶

¹⁶ Poznámka: Od provedení výzkumu již obec zřídila konstrukci zábradlí.

P10: „No přece já mám dvě hůlky. Chodím taky po schodech, ale držím se toho zábradlí, a když se člověk. (...) Ta hůl přece je taková vratká. Když se drží zábradlí, tak má člověk větší stabilitu a stačí. Člověk už se třepe, motá, zamotá se nebo zakopne, že špatně chodí a oni to zábradlí na tý. (...) On ten, kdo může chodit, tak si to neuvědomí.“

P10: „V parku si člověk představuje, že pěkný chodník, no tam to bylo taky, tak to pak tam dali kamínky no teď ty kamínky už se vylámali, on to tam žádný nezamete chodník. No a mají taky chodítka. No i když jde s holí nebo špatně šlápne a může si podtrhnout nohu. To se mi tady jako nelíbí. oni všichni jezdí s autama, tak to nevidí, no. Nebo se jim chodí dobře, tak je jim to jedno.“

Na těchto úryvcích rozhovoru je patrný význam zpětné vazby uživatelů služeb. Navzdory jasným standardům poskytování péče a standardům prostředí pro celou škálu cílových skupin se v konkrétním prostředí mohou objevit nedostatky, které člověk netrpící hendikepem dané cílové skupiny nemusí odhalit. V tomto konkrétním případě nelze určit, zda se jednalo o přehlédnutí nedostatku ze strany obce nebo zda měla absence zábradlí jiné příčiny. V každém případě je zpětná vazba ze strany uživatelů cenným zdrojem pro zlepšování kvality poskytování sociálních služeb a kvality života jejich uživatelů.

Na rozhovor o prostředí zařízení a jeho okolí navazovala otázka domácího prostředí, která se tedy týkala především participantů ubytovaných v domech pečovatelské služby. Participant se k tématu vyjadřovali více či méně jednomyslně, pobyt v domově pečovatelské služby podle nich naplňoval kritéria, která měl, nenahrazoval však prostředí jejich vlastního domova. Tento postoj jsem od participantů očekával.

Zde jsou některé z příkladů toho, co mi participant k tomuto tématu sdělili:

Já: „Takže říkáte, že teda tady jste jako spokojená, ale radši byste byla jako doma, kdyby to šlo?“

P10: „No já si myslím, že asi každý jo. No, když to takhle ne. Ale zas je taková doba, tak nevím no.“

Slovy „taková je doba“ měl participant na mysli změnu od doby, kdy bylo běžnější, aby starší členové rodiny bydleli společně s mladšími, kteří jim poskytovali péči namísto institucí.

Výpověď participanta (**P10**) doplňuje další participant, který rázně předkládá svou preferenci pobytu v domácím prostředí.

P3: „Heleďte se, kdyby to šlo a chodila bych lepší, tak bych radši utekla a byla bych doma. Jo, to je doma a tohle? No tady holt je to tak jako já bych řekla tak na polovic kasárna. No není to ono. No ale nechá se tady žít. No, když to jinak nejde.“

Tento rázný postoj k pobytu v domě pečovatelské služby ve mně prvotně vzbudil dojem, že participant je v zařízení nespokojený. Na otázku ohledně jeho spokojenosti se službami a personálem zařízení však odpověděl následovně:

P3: „Jo, ty jsou dobrý, s těma se nechá jednat. Když něco potřebujem, tak řekneme nebo za ní dojdou a ona přijde támhle to, támhle to a. (...)“

Z odpovědi participanta je zjevné, že s poskytovanými službami a přístupem personálu zařízení nespokojený není. Jeho postoj k pobytu v zařízení tedy přisuzuji jeho stesku po domácím prostředí a jistému pocitu svobody, zároveň může hrát roli jeho pocit osamění (viz 3.6.3).

Výpovědi participantů ve většině případů naznačují, že ztráta domácího prostředí nehraje tak významnou roli v jejich vnímání vlastní kvality života a pocitu spokojenosti jako například rodinné vztahy, přesto však roli zásadní. Spíše výjimečným je jeden případ, kdy participant kladl na ztrátu svého domácího prostředí zásadně větší důraz než ostatní. Dalším tématem byly bariérové prvky v prostorách pečovatelského zařízení či jeho okolí, například nedostatečná bezbariérovost nebo absence zábradlí, vyvolávají v některých z participantů obavy ze zranění a nepohodlí, přestože zařízení splňuje obecně platné standardy péče. Tento nálezkou podtrhuje význam získávání zpětné vazby od uživatelů služeb jako nástroje pro identifikaci konkrétních nedostatků a pro další zlepšování kvality prostředí. Zároveň se ukazuje, že i když zařízení naplňuje kritéria standardu poskytované péče, participantů často stále preferují vlastní domácí prostředí, které symbolizuje pocit svobody a autonomie. Tento postoj je navíc propojen s individuálními zkušenostmi osamělosti a emočního zázemí, což naznačuje, že vnímání prostředí nelze izolovat od širších psychologických a sociálních faktorů.

5.6 Přání klientů – shrnutí

Navzdory skutečnosti, že jsem se klientů na jejich přání dotazoval velmi obecně, většina z nich mi odpověděla větami jako „Nevím.“, „Mě nic nechybí.“ nebo „Co bych si ještě mohl/a přát?“.

V několika případech se přání nebo jeho náznak vyskytl později v průběhu rozhovoru, ale ve většině z těchto případů se jednalo o záležitosti spojené se zhoršujícím se zdravím, např. zhoršený zrak nebo motorika, bolesti a pocit samoty nebo ztráty, se kterými byli klienti většinou částečně nebo zcela smířeni a považovali tyto problémy za přirozenou součást života v jejich věku.

Vyskytlo se ovšem i několik přání, která do zmíněné kategorie nespádají, jako například přání nebyť hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných. Zde jeden z participantů hovoří o tom, jak se snaží uchovat svou soběstačnost, aby se této hospitalizaci vyhnul:

P2: „Vidíte, já nemůžu, ale snažím se furt, aby mě nestrčili na LDN... To se bojím, to mě. To je poslední štací, tak se snažím pořáde pomalounku dělat nebo číst, luštit všechno možný.“

P2: „To všechno si dělám ráda. Musím, jinak bych jako musela na tu LDNku vám říkám a já nechci.“

Dalším přáním nebo spíše návrhem pro zlepšení bylo upozornění na chybějící zábradlí u dvou schodů u jednoho z DPS a špatnou kvalitu okolních chodníků a cest v parku (viz 5.5).

Posledním vyloženým přáním, které jsem během rozhovorů zaznamenal je přání **P3** mít v DPS někoho, s kým by si rozuměl (viz 5.3).

Vyskytuje se zde ještě zmínka, že služba není v provozu o víkendech (tedy v zařízení nejsou zaměstnanci), což zde ale není vysloveno jako přání, ale spíše podotknutí (viz 5.1).

5.7 Spokojenost klientů – shrnutí

Jak už jsem zmínil, nemohu hodnotit míru spokojenosti klientů vzhledem k samotné povaze tohoto tématu (viz 4.3.1), mohu se ovšem zaměřit na faktory, které mohou jejich spokojenost ovlivňovat, hledat spojitosti mezi tím, co klienti vypověděli o různých oblastech svých životů a

tím, jak odpovídali na otázky týkající se jejich spokojenosti. Jedná se o mou interpretaci informací, které mi byly participanty sděleny, vzhledem k subjektivní povaze prožitku spokojenosti se nemusí mé chápání kontextu zcela shodovat se skutečným prožitkem lidí, se kterými jsem rozhovory vedl. Zároveň se v této kapitole snažím rozklíčovat vzorce a co možná nejlépe zobecnit tendence uvažování o jejich spokojenosti.

Stěžejní faktory ovlivňující spokojenost klientů odpovídají prvním pěti podkapitolám této kapitoly (5.1–5.5), jedná se tedy o služby poskytované pečovatelskou službou, zdravotní stav a autonomii, samotu a změny sociálního prostředí, rodinné vztahy, kvalitu domácího prostředí a případně ztrátu domácího prostředí. (Připomínám, že někteří participanté jsou v době průběhu rozhovoru stále ve svém domácím prostředí a jsou pouze uživateli terénních pečovatelských služeb, kdežto někteří jsou ubytováni v prostorách DPS1 a DPS2.)

Pro účely této podkapitoly budu na uvedené faktory dále odkazovat jako na **aktuální** nebo **retrospektivní**. Aktuální faktor je takový, který v danou chvíli, případně kontinuálně, ovlivňuje kvalitu klientova života, jeho náladu či další relevantní oblasti. Naproti tomu retrospektivní faktor působí spíše pasivně – byl aktuálním v minulosti.

Ačkoli zhoršený zdravotní stav v mnoha případech představuje významný aktuální faktor nepříznivě ovlivňující klientův život, většina klientů konstruuje svou celkovou životní spokojenost především na životním naplnění z období svého produktivního věku, tedy na retrospektivních faktorech, které jejich život ovlivňovaly příznivě. Jedná se například o rodinné vztahy či profesní dráhu.

Níže je příklad klienta, který vzpomíná na své zaměstnání:

P7: „Já jsem strašně ráda byla [zaměstnání], opravdu mě to bavilo, protože člověk mohl s těma dětma mluvit. Myslím si, že děti jsou průzračné, když s nimi člověk jedná tak, jak potřebují, nepovyšuje se nebo tak nějak.“

Z vyprávění klienta byla po celou dobu rozhovoru patrná energie, radost a obraz velmi bohatého a naplněného života. Současně však zmínil i závažnou životní tragédii a také sníženou soběstačnost v důsledku zhoršeného zdravotního stavu. Navzdory existenci aktuálních i retrospektivních nepříznivých faktorů nicméně na otázku týkající se vlastní spokojenosti odpověděl: „Já se mám strašně dobře.“ Tato tendence se objevovala napříč celým výzkumným vzorkem.

5.7.1 Faktory mající příznivý dopad na spokojenost klientů

Jedná se o faktory, které mají příznivý vliv na spokojenost klienta, respektive zmírňují dopad vlivů nepříznivých.

Celkovou životní spokojenost častěji vyjadřovali klienti, kteří popisovali své rodinné vztahy – jak aktuálně, tak retrospektivně – jako naplňující, tedy že jejich rodinné vztahy byly naplňující v minulosti a jsou rodinou stále navštěvováni a jejich nejbližší se o ně stále zajímají. Pokud nejsou přítomny skutečně výrazné trvalé zdravotní potíže, např. silné bolesti, rodinné vazby do značné míry převažují v určování celkové spokojenosti i v případě těžkých zdravotních obtíží však dobré rodinné vazby zásadně zmírňují jejich dopad na klientovu spokojenost. Naopak méně spokojenosti vyjadřovali klienti, kteří se cítili osaměleji, a to bez ohledu na rozsah aktuálních zdravotních obtíží.

6 Diskuse

Výzkum vycházel z témat, která vyplynula z rozhovorů s participanty, tímto způsobem jsem docílil toho, že se výzkum věnoval reálným myšlenkám a pocitům participantů.

Přestože před začátkem výzkumu byla podmínka výběru participantů stanovena na věk 65 a více let (tedy důchodový věk), všichni participanté výzkumu spadali do věkových kategorií WHO vlastního stáří (75-89 let) nebo dlouhověkosti (90 a více let).

Výzkum ukázal, že s poskytovanými službami jsou participanté spokojeni, totéž platí pro přístup personálu a vedoucí zařízení. Je ovšem nutno připustit, že participanté mohli během rozhovorů inklinovat k méně kritickým odpovědím, což by se dalo přisuzovat možné obavě o anonymitu jejich odpovědí, která mohla přetrvávat i přes důkladné seznámení s procesem zpracování získaného výzkumného materiálu. Toto by bylo vhodné v případném budoucím výzkumu ověřit například použitím metody pozorování každodenních situací v zařízení. Získaná data by následně bylo možné porovnat s daty získanými za pomoci polostrukturovaných rozhovorů.

Co se týká zdravotního stavu, nebyly výpovědi participantů tak jednoznačné a přímočaré, všichni však vypověděli, že pociťují zejména fyzické projevy stárnutí. Participanté, kteří trpí silnými bolestmi vyjadřovali přání se bolesti zbavit. Většina participantů zmínila zhoršení zraku, což odpovídá tvrzení Thorové (2015), že až dvě třetiny osob starších 70 let trpí očními a zrakovými problémy. Více než polovina zmínila či vykazovala známky sluchových obtíží. Podobné zjištění uvádí také Ciorba a kol. (2012) a dodávají, že sluchové obtíže spojené se stárnutím jsou faktorem zhoršené kvality života. Všichni participanté poukázali na obtíže spojené se zhoršenou mobilitou, které nepříznivě ovlivňují jejich autonomii. Toto zjištění odpovídá poznatkům WHO (2017), která uvádí, že 39 % osob starších 65 let trpí omezenou schopností zvládat běžné denní úkony a s postupujícím věkem se tato omezení stupňují. Většina participantů uvedla, že ačkoli je obtíže se zrakem, sluchem a mobilitou značně omezují, jsou smířeni s tím, že tyto obtíže ke stárnutí patří. Jedinou výjimkou jsou silné bolesti.

Na základě zjištěných informací se také zdá, že obtíže spojené se zhoršeným fyzickým zdravím lépe snášejí a přijímají ti participanté, kteří popisovali své sociální, a především tedy rodinné vazby jako naplněné, a to jak v minulosti, tak v současné době. Tento fenomén přisuzuji vyšší míře duševní pohody, která přinejmenším částečně pramení z dobrého sociálního začlenění a pocitu naplněného života. Tato úvaha se shoduje se zjištěními WHO (2025), která tvrdí, že právě absence kvalitního sociálního začlenění má značně nepříznivý dopad jak na fyzické, tak duševní zdraví.

7 Doporučení pro praxi

1. **Udržování osvědčených postupů poskytování služeb**

Běžné činnosti (plánování nákupů, doprovody na úřady) fungují, podporují spokojenost klientů a do značné míry kompenzují limitované kapacity zařízení.

2. **Podpora autonomie klientů**

I přes omezené kapacity podporovat klienty v co největší samostatnosti, případně nabízet jednoduché aktivity, které mohou dělat sami nebo ve skupinách.

3. **Sociální propojení**

Udržovat a podporovat kontakt s rodinou a blízkými. Dále organizovat události jako například návštěvy Základní umělecké školy a umožňovat klientům účast na volnočasových aktivitách, i když jen v rámci možností zařízení.

Závěr

Primárním cílem této práce bylo zjistit, zda jsou klienti vybraného zařízení spokojeni s poskytovanými službami, jaká mají přání a potřeby. Sekundárním cílem bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují celkovou životní spokojenost klientů.

Výzkum ukázal, že klienti vybraného zařízení jsou s rozsahem a kvalitou poskytovaných služeb spokojeni. Zároveň bylo zjištěno, že životní spokojenost klientů je výslednicí komplexního působení aktuálních a retrospektivních faktorů. Mezi nejvýznamnější patří zdravotní stav a míra autonomie, pocity samoty, kvalita rodinných vztahů a prostředí, ve kterém klienti žijí. Zjištění naznačují, že silné rodinné vazby a podpora sociálních kontaktů často kompenzují negativní dopady zdravotních omezení či závislosti na pomoci druhých, zatímco osamělost a nedostatek sociální podpory výrazně snižují subjektivní spokojenost.

Význam práce spočívá v tom, že identifikuje klíčové oblasti, na které je možné cílit při zlepšování kvality péče a podpory klientů pečovatelských služeb. Získané poznatky mohou být využity pro plánování intervenčních opatření, zlepšení sociálních a rodinných vazeb klientů a přizpůsobení prostředí jejich potřebám.

Omezením studie je zejména relativně malý počet participantů a subjektivní charakter výpovědí, které odrážejí individuální zkušenosti a vnímání spokojenosti. Dále je nutné brát v úvahu, že interpretace byla zčásti založena na retrospektivních hodnoceních klientů a nemusí plně odpovídat jejich aktuálnímu prožitku.

Pro budoucí výzkum se doporučuje sledovat dlouhodobě vliv rodinné podpory, sociálních interakcí a asistivních opatření na životní spokojenost klientů a zkoumat, jak lze tyto faktory efektivně integrovat do každodenní péče.

Seznam použitých zdrojů

- ATKINSON, R. C. a SHIFFRIN, R. M. 1968. *Human memory: A proposed system and its control processes*. In Spence, K. W. & Spence, J. T. (eds.). *The psychology of learning and motivation*. Vol. 2. New York: Academic Press. pp. 89–195.
- ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., & ČEVELA, R. 2016. *Úvod do gerontologie*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- DUDOVÁ, Radka. 2015. *Postarat se ve stáří*. 1. vyd. Praha: SLON.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada.
- ERIKSON, E. H. 1950. *Childhood and society*. Norton.
- FRANKL, V. E. 1994. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac., s a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JABŮRKOVÁ, Milena, MÁTL, Ondřej. 2007. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén.
- JESENSKÝ, Ján. 2000. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
- KALVACH, Zdeněk a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KALVACH, Zdeněk a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KELLNEROVÁ-KALVACHOVÁ Lucie, KALVACHOVÁ, Linda. 2004. *Respektování lidské důstojnosti*, Praha Cesta domů. ISBN 80-239-4334-0.
- KOPŘIVA, K., a ŠIKLOVÁ, J. 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. (Vyd. 7., V Portálu 6.). Praha: Portál.
- MALÍKOVÁ, Eva. 2020. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2013. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. (2. vydání). Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P. a KOLÁČKOVÁ, J. ed. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.
- MÜHLPACHR, Pavel. 2017. *Kvalita života seniorů*. Brno: MSD.
- MUSIL, L. 2004. *"Ráda bych Vám pomohla, ale--": Dilemata práce s klienty v organizacích*. (Vyd. 1.), Brno: Marek Zeman.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

- ŘÍČAN, P. 2014. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- SÝKOROVÁ, D. 2004. *Autonomie očima seniorů*. in SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O.(ed.) *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN: 80-7326-026-3.
- SÝKOROVÁ, D. 2006. *Prostora věci v kontextu stáří*. Pracovní text k Habilitační přednášce proslovené 31. října 2006 před Vědeckou radou FSS MU v Brně.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- THOROVÁ, K. 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál
- VALENTA, Milan a MÜLLER, Oldřich. 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta.
- WONG, P., T., REKER, G., T., & GESSEROVÁ, G. 1994. *Death Attitude Profile – Revised: A multidimensional Measure of Attitudes Toward Death*. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, (pp. 121–148). New York: Taylor & Francis.
- ZAVÁZALOVÁ, Helena. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum.

Online zdroje:

- BONTÉ, F., GIRARD, D., ARCHAMBAULT, J. -C., a DESMOULIÈRE, A. 2019. *Skin Changes During Ageing. Biochemistry and Cell Biology of Ageing: Part II Clinical Science*, 249-280. [online], [cit.2025-01-01]. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-13-3681-2_10
- Centers for Disease Control and Prevention, [online]. [cit.2025-11-11].
- CIORBA, A., BIANCHINI, C., PELUCCHI, S., a PASTORE, A. 2012. *The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. Clinical Interventions in Aging*. [online]. [cit.2025-01-01]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22791988/>
- Český statistický úřad (ČSÚ). *Aktuální populační vývoj v kostce*. [online]. [cit.2025-25-10]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
- MASLOW, Abraham Harold. 1943. *A Theory of Human Motivation*. in Classics in the History of Psychology. York University, Toronto, Ontario. ISSN 1492-3713. [online]. [cit.2025-12-11]. Dostupné z: https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm?utm_source=chatgpt.com
- MOTILLON-TOUDIC, Chloé a kol. *Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives*. European Psychiatry, 2022. [online]. [cit.2025-07-11]. Dostupné z: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9641655/?utm_source=chatgpt.com
- MPSV, Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky 2015, *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*, [online]. [cit.2025-02-07] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

- MPSV, Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. 2008. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. [cit.2024-11-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e9c10-ee88-4048722a9be9
- MURMAN, D. 2015. *The Impact of Age on Cognition*. *Seminars in Hearing*, 36(03), 111-121. [online]. [cit.2025-05-01]. Dostupné z: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1555115>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. Washington, DC: The National Academies Press. [online]. [cit.2025-08-11]. Dostupné z: <https://nap.nationalacademies.org/read/25663/chapter/5#53>
- SAHIN, E., a DEPINHO, R. A. 2010. *Linking functional decline of telomeres, mitochondria and stem cells during ageing*. *Nature*, 464(7288), 520-528. [online] Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/nature08982>
- World Health Organization. 2017. *Evidence profile: mobility loss – integrated care for older people*. [online]. [cit.2025-13-11].
- World Health Organization. 2023. *Mental health and social connection*. [online]. [cit.2025-09-11]. Dostupné z: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_8-en.pdf?utm_source=chatgpt.com
- World Health Organization. 2025. *Social connection linked to improved health and reduced risk of early death*. [online]. [cit.2025-11-11]. Dostupné z: [Social connection linked to improved health and reduced risk of early death](#)
- ZACHARIÁŠOVÁ, Eva. Město přátelské stáří: *Vliv vnějšího prostředí na integraci a kvalitu života seniorů*. Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií, bakalářská práce. [obhájena 18.6.2007]. [online]. [cit.2025-01-07]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/col96/BAKALARSKA_PRACE.pdf
- ZÁKONY PRO LIDI. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. [online]. *Zákony pro lidi — Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění*, 2024, [online]. [cit.2023-19-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ZÁKONY PRO LIDI. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách, [online]. *Zákony pro lidi — Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění*, 2023 [cit.2025-19-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Seznam příloh

Příloha A – Podklady pro realizaci polostrukturovaných rozhovorů

Příloha B – Informovaný souhlas

Příloha A – Podklady pro realizaci polostrukturovaných rozhovorů

Příloha A1 – Seznam otázek použitých v polostrukturovaném rozhovoru

- 1) Jak se máte? (Tato otázka je podstatné především proto, že nejen navodí přátelštější a klidnější atmosféru, ale také může ihned ze začátku odhalit něco, co klienta těší nebo naopak trápí tak aktivně, že mi o tom ihned poví.)
- 2) Jak se vám líbí/daří tady v zařízení/bytě? (Otázka na pocit z pobytu v zařízení, pokud je tedy klient ubytován.)
- 3) Jak jste spokojen/a se službami?
- 4) Jak jste spokojen/a s přístupem personálu a vedením? (Vždy kladná odpověď)
- 5) Jak se cítíte po zdravotní stránce? (Tuto otázku nebylo nikdy třeba položit, klienti přišli s tématem sami.)
- 6) Navštěvují Vás blízcí? Kdo Vás navštěvuje? (Následně se ptám na děti, na vnoučata – rozhovorem o rodině se dovím mnohem více informací, než když klient odpoví, že rodina dobrá. Otázkou jsem se také dostal k sousedským vztahům a soužití.)
- 7) Napadá Vás něco, co Vám chybí nebo co byste si přál/a?

Příloha A2 – Strategické nástroje a doplňující otázky pro rozvíjení rozhovoru do hloubky

- | | |
|--------------------------------|---|
| • Aktivní ticho | • „Aha, můžete to vysvětlit?“ |
| • Komentování, ozvěna | • „To je zajímavé, můžete to vysvětlit?“ |
| • Nedokončená věta/otázka | • „Právě jste mi řekl/a něco jiného, můžete mi to vysvětlit, abych tomu porozuměl?“ |
| • Reformulace otázky | • „Hmm...“ |
| • Opakování otázky | |
| • Následné otázky | |
| • Požádání o specifikaci | |
| • Požádání o podrobnější popis | |
| • Požádání o příklad | |
| • Požádání o vlastní názor | |
| • Požádání o zdůvodnění | |
| • Požádání o zkušenosti | |
| • Požádání o pocity | |
| • Parafrázování/sumarizace | |
| • Reflexe | |

Příloha B – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a dalších informací pro bakalářskou práci

Téma výzkumu: Přání a spokojenost seniorů využívajících pečovatelské služby

Držitel souhlasu: Matěj Čehák

Škola: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 3. ročník, prezenční forma studia

Předmět a provedení:

Výzkum se zaměřuje na přání a spokojenost seniorů využívajících pečovatelské služby. Výzkum je proveden v rámci zpracování bakalářské práce na Katedře sociální práce na Vysoké škole polytechnické Jihlava.

Výzkum bude veden formou polostrukturovaného rozhovoru, kdy průběh rozhovoru bude nahráván a ze zvukového záznamu bude následně sepsán doslovný přepis, který bude dále analyzován a interpretován. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a bude k dispozici pouze Matěji Čehákovi. Doslovný přepis bude důsledně anonymizován tak, aby nebylo možné zmíněné osoby na základě anonymizovaného přepisu identifikovat. Zvukový záznam a doslovný přepis bude Matěj Čehák uchovávat pouze u sebe. Doslovné citace částí anonymizovaného přepisu mohou být použity v bakalářské práci.

Prohlášení:

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a dalších souvisejících informací. Rozumím výše uvedenému textu a souhlasím s jeho obsahem. Rozumím tomu, že obsahem rozhovoru a dalších informací mohou být i osobní a citlivé záležitosti a obtížná témata. Rozumím tomu, že nemusím odpovídat na obtížné nebo nepříjemné otázky.

Datum:

Podpis participanta:

Podpis tazatele: