AUTONOMIE, NEZÁVISLOST A USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB OSOB VYŠŠÍHO VĚKU

Autonomy, Independence and the Satisfaction of Needs of the Elderly People

Lenka Motlová

IX: 213–458, 2007
ISSN 1212–4117

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra supervize a odborné praxe

Summary

The theoretical part describes concepts of the autonomy, heteronomy, dependence and independence in old age and relationships between each other. The author deals with the classification of needs, with their importance and satisfying needs of senior. The autonomy is defined by Pichaud and Thareau (1998) as a capability of conducting the live in accordance with one's own rules. Within this concept, the meaning of the world autonomy is close to the world freedom. To be autonomous in older age means to make free decisions about one's own style of life. The heteronomy is the concept opposite to the autonomy. If we speak about the heteronomy in old age, this means that a senior cannot make free decisions about his/her style of life and that his/her behaviour and decisions are subjected to a control or management by other people. The dependence and independence in the old age is associated with self-sufficiency of the senior. The self-sufficiency is defined as his/her ability to take adequate care of himself/herself and of his/her household. The self-sufficiency has its physical, psychical, social and material components. In the practical part, there are results of questionnaire examinations, which concern satisfying needs of seniors in an old people's home or in a boarding house and of those living in their own households. The research was implemented from the beginning of July to the half of August 2004 in the South-Bohemian region and the target of the research was determination, whether physiological requirements, necessary safety, social means, requirements for autonomy, need of self-fulfilment and development of their own activities are satisfied in the old people's home and in the boarding house. A question was also considered, whether seniors living in home environment are independent of or dependent on the help of the other person.

Key words: autonomy – heteronomy – dependence – independence – satisfying needs – seniors

Souhrn

Teoretická část popisuje pojmy autonomie, heteronomie, závislost a nezávislost ve stáří a jejich vzájemné vztahy. Autorka se zabývá rozdělením potřeb, jejich významem a uspokojováním u osob vyššího věku. Autonomii definuje Pichaud a Thareauová (1998) jako schopnost vést život podle svých vlastních pravidel. Podle tohoto pojetí se význam slova autonomie přibližuje slovu svoboda. Být autonomní ve stáří znamená svobodně se rozhodovat o sobě a o svém způsobu života. Heteronomie je opakem autonomie. Hovoříme-li o heteronomii ve stáří, znamená to, že se senior nemůže svobodně rozhodovat o svém způsobu života a že jeho chování, jednání a rozhodování podléhá kontrole či vedení druhých lidí. Závislost a nezávislost ve stáří souvisí se soběstačností seniora. Soběstačnost je definována jako schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost. Soběstačnost má fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou složku. V praktické části jsou uvedeny výsledky z dotazníkového šetření, které se týkalo uspokojování potřeb osob vyššího věku v domově důchodců, domu-penzionu a u seniorů žijících ve vlastní domácnosti. Výzkum byl realizován v období od počátku července do poloviny srpna roku 2004 v jihočeském regionu a cílem jeho výzkumu bylo zjistit, zda jsou u klientů seniorů v domově důchodců a domu-penzionu uspokojovány potřeby fyziologické, potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie, potřeba seberealizace a rozvoje vlast-

ní činnosti. Bylo rovněž zjišťováno, zda jsou senioři žijící v domácím prostředí nezávislí nebo zda potřebují pomoc druhé osoby.

Klíčová slova: autonomie – heteronomie – závislost – nezávislost – uspokojování potřeb – osoby vyššího věku

Autonomie a heteronomie ve stáří

Autonomie je definována „jako schopnost vést život podle svých vlastních pravidel“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 44). V tomto pojetí se význam slova autonomie přibližuje slovu svoboda. Být autonomní ve stáří – znamená být pánem svého chování, jednání a způsobu života – a tedy být svobodný, svobodně se rozhodovat o svém životě. Kanadský gerontolog Gilbert Leclerc na konferenci „Od autonomie až po závislost“, organizované CEAS v roce 1992 v La Roche-sur-Yon, definoval autonomii takto: „Možná, že jsem ztratil svou autonomii, pokud jde o tělesné fungování, ale neztratil jsem autonomii vnitřní, duševní.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 44).

Aby byl senior skutečně autonomní, je potřebné splnit podle Pichauda a Thareauové (1998) následující podmínky. Za prvé by měl mít senior schopnost sebeurčení, schopnost volby, svobodně se rozhodovat a jednat podle svých potřeb. K tomuto musí být však dostatečně vybaven fyzicky, rozumově a sociálně. Za druhé senior musí chtít své schopnosti uplatnit, tzn. musí být dostatečně motivován k rozhodování se o svém životě a k péči o sebe sama. Za třetí senior potřebuje k uplatnění své autonomie vhodné prostředí. Chceme-li tedy posoudit autonomii osob vyššího věku, je potřebné brát v úvahu nejen jejich fyzické schopnosti, ale musíme se zaměřit se i na jejich vůli pečovat sám o sebe a rozhodovat sám o sobě a nedílnou součástí tohoto posuzování je prostředí, ve kterém senioři žijí (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 46).

Opakem autonomie je heteronomie. Pokud hovoříme o heteronomii ve stáří, znamená to tedy, že senior nemůže vést život podle svých vlastních přání. Jeho jednání, chování a rozhodování a všechny další činnosti – celý jeho život – je kontrolován či veden ostatními lidmi (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 44).

Soběstačnost, závislost a nezávislost

Soběstačnost je „schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost“. Tvoří ji fyzická, psychická, sociální a hmotná složka. Porucha v některých oblastech soběstačnosti se nazývá dysaptibilita, pro kterou je u osob vyššího věku typické: s věkem stoupá prevalence, dochází ke zhoršování, sdružují se defekty vedoucí k dysaptibilitě, vyšší výskyt a rychlejší nástup je u žen a dochází k poklesu instrumentálních všedních činností a později se přidávají obtíže s vykonáváním aktivit denního života (Zavázalová a kol., 2001, s. 31; Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003).

Závislostí se označuje situace seniora, který při výkonu běžných denních činností je odkázán na pomoc druhých lidí. Nezávislostí se rozumí situace, kdy starý člověk je s chopen každodenní aktivity vykonávat sám. Z Leclercovy definice autonomie vyplývá, že člověk může být závislý na pomoci druhých, avšak jeho autonomie – vnitřní autonomie – může být přesto zachována. Autonomie a závislost na pomoci druhých osob se tedy vzájemně nevylučuje (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 44). Vzájemný vztah závislosti, nezávislosti, autonomie a heteronomie je popsán v tab. č. 1 na další straně.

Tab. č. 1 Vztah závislosti, nezávislosti, autonomie a heteronomie

	AUTONOMIE	HETERONOMIE
NEZÁVISLOST	člověk je autonomní a nezávislý, může svoje potřeby uspokojovat sám	člověk je nezávislý, ale není autonomní, dokáže uspokojit své potřeby, ale potřebuje být veden
ZÁVISLOST	člověk je autonomní, závislý ve vykonávání některých denních činností, člověk nemůže sám uspokojit svoje potřeby či je může uspokojit zčásti	člověk je závislý, není autonomní, nemůže sám uspokojit svoje potřeby, nejspíš si neuvědomuje, co je pro něj dobré a co ne

*Zdroj: Pichaud, C., Thareauová, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 44–45.

Rozdělení potřeb

Celá řada odborníků se zabývala klasifikací jednotlivých potřeb například H. A. Murray, E. R. Hilgard, R. Kalisch, R. Dunn. Podle staršího pojetí rozlišujeme potřeby primární (biologicko-fyziologické) a sekundární (psychické, kulturní, spirituální, sociální). V současné době se potřeby již takto nerozdělují, neboť primární i sekundární potřeby jsou stejně důležité, hovoříme tedy o potřebách fyziologických, psychických a sociálních (Voleská, 2003, s. 10).

V souvislosti s fyziologickými, psychickými a sociálními potřebami hovoříme o tzv. biopsycho-sociální interakci, neboť zmíněné potřeby se vzájemně ovlivňují. Mezi tělesné potřeby patří potřeba nasycení a ukojení žízně, potřeba pohybu, potřeba vyměšování a osobní hygieny, potřeba dostatku spánku a odpočinku, potřeba vyhýbání se bolesti, potřeba sexuality. Psychické a sociální potřeby se často překrývají - jedná se o potřeby psychosociální (potřeby potřeba jistoty a bezpečí, vzájemnosti, blízkosti, potřeba lásky, potřeba zázemí, autonomie, svoboda, komunikace a informací – sdělování a sdílení), ke kterým přiřazujeme potřeby kulturní a spirituální (Holmerová et al, 2006).

A. H. Maslow vypracoval hierarchii potřeb podle významu přežití. Potřeby rozdělil na nižší nedostatkové potřeby (fyziologické potřeby jistota a bezpečí) a na vyšší rozvojové potřeby (potřeba lásky, náklonnosti, příslušnosti, úcty,

sebeúcty, seberealizace). K vyšším potřebám dále přiřadil tzv. růstové potřeby neboli metapotřeby (pseudohodnoty), k nimž řadí například poznávání, spravedlnost, harmonii, estetičnost, spontánnost, originalitu (Voleská, 2003, s. 11–12).

Potřeby osob vyššího věku

Fyziologické potřeby jsou umístěny na pyramidě potřeb podle Maslowa (1945) na základním stupni. Pokud jedna z těchto důležitých potřeb není u starého člověka uspokojena, následně se toto odráží v jeho celkovém stavu. Mezi tyto základní fyziologické potřeby řadí Pichaud a Thareauová (1998) potřebu jídla a pití, vylučování, dýchání, spánku a odpočinku, hygieny, pohybu a chůze, zdraví, tišení bolesti, smíchu a pláče, správné teploty s oblečením nebo bez něj, fyzického kontaktu (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 37).

Senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického a psychického bezpečí, potřebě ekonomického zabezpečení. Pichaud a Thareauová (1998) upozorňují, že se seniorům snažíme pomáhat, ale někdy naší snahy o pomoc je až přespříliš. Máme sklony až k přílišnému ochraňování. Z tohoto důvodu je potřebné si uvědomit, zda naše snaha je ochraňovat neomezujeme vůli starého člověka rozhodovat se sám

o sobě, o svých činnostech a o svém životě. Na toto upozorňuje i C. Herfray: „Naše šlechetná představa (i když o tom lze pochybovat), že staré lidi musíme za každou cenu ochraňovat, je však kolikrát v rozporu s jejich vůlí... Ve jménu všech možných riskantních situací, kdy máme o naše staroušky strach, nad nimi totiž získáváme stále větší moc.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 38).

Senioři mají zhoršenou pohyblivost a jsou daleko více ohroženi pády než jiné věkové skupiny. Kromě toho se pádů a úrazů velice často obávají. Pocit jistoty – pocit fyzického bezpečí – jim dodávají vhodně zvolené kompenzační pomůcky a při chůzi samozřejmě též blízkost druhé osoby. Potřeba psychického bezpečí zahrnuje pocit jistoty. U osob vyššího věku pocitu psychického bezpečí prospívá stanovení harmonogramu jednotlivých denních aktivit (snídání, denní program, procházka, večer zprávy). Každý člověk potřebuje mít pocit, že má dost peněz na živobytí. V případě, že lidem tento pocit schází, mohou být pronásledováni obavami, úzkostí a strachem z nedostatku peněz na živobytí. U starých lidí může být tento pocit velmi silný vzhledem ke zkušenostem z války (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 38).

Každý člověk potřebuje ke svému životu kontakt s druhými lidmi a potřebuje s nimi komunikovat. Sociální potřeby zahrnují potřebu lásky, potřebu náležet k nějaké skupině, potřebu informovanosti a potřebu vyjadřovat se a být vyslechnut. Potřeba lásky zahrnuje touhu lásku nejen dávat, ale také ji přijímat, neboť každý člověk touží někoho milovat a být milován. Potřeba lásky vystupuje u seniorů do popředí v období samoty a opuštěnosti. Potřeba náležet k nějaké skupině může být uspokojena u osob vyššího věku v rodině, v klubu důchodců, klubu turistů či v nějaké jiné skupině. Problém nastává, pokud nemají senioři rodinu, pokud jejich vrstevníci zemřeli či se přestěhovali do jiného místa či nemohou své vrstevníky navštěvovat, nebo naopak oni je. Senior potřebuje mít uspokojenu i potřebu informovanosti. Osoby vyššího věku potřebují vědět, co se děje v okolí jeho bydliště, ve městě, ve světě, potřebuje mít zprávy o rodině a vrstevnících. Žádný člověk nechce být izolován od informací, což se někdy stává seniorům, kteří již nemohou vycházet ven. K této potřebě vyjadřovat se a být vyslechnut patří mít možnost s někým komunikovat, hovořit o svých problé-

mech, říci svoje myšlenky a být vyslechnut druhým člověkem (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 39).

Autonomie je pojímána ve smyslu být svobodný v rozhodování o sobě samém a o svém životě. Potřeba autonomie zahrnuje potřebu úcty, sebeúcty, potřebu být užitečný, potřebu uznání a vážnosti. Mnoho lidí v důchodovém věku se cítí být zbyteční a neužiteční, chtějí vykonávat něco pro druhé, chtějí se cítit potřebnými, obzvláště když onemocní, a mají často pocit, že jsou druhým na obtíž a přidělávají jim jenom starosti. Senioři mají potřebu předávat zkušenosti, to, co se naučili, druhým lidem, dává jim to pocit užitečnosti. I zcela nesoběstačný senior může být současně autonomním po psychické stránce. Paillat zdůrazňuje: „Nejvýznamnějším ukazatelem kvality života je pak skutečnost, jak velkou část autonomie v osobním životě sociální zařízení člověku ponechá. A to nelze počítat handicap, které v každém případě člověku ubírají svobodu, i když žije doma nebo u svých dětí. Tento díl autonomie není pouze otázkou čtverečních metrů nebo vyhrazeného prostoru, který má starý člověk například v domově důchodců k dispozici. Je to možnost znovu si tam vytvořit svůj vlastní svět. Je to také vážnost a úcta pro toho nebo tu, kteří psychicky těžce snášejí své postavení“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 39).

Každý člověk touží po seberealizování se a rozvíjení vlastních činností. Potřeba seberealizace, sebenaplnění a rozvoje vlastní činnosti musí být též u osob vyššího věku uspokojena. I senioři se potřebují seberealizovat a hledat smysl života. Někteří senioři našli smysl života v rodině, v zájmech, ve víře atd. Každý člověk potřebuje, aby měl jeho život smysl (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 41).

Význam a uspokojování potřeb ve stáří

Způsob uspokojování potřeb je u každého člověka rozdílný a je ovlivněn obecnými faktory (pohlaví, věk, psychické vlastnosti, tělesné dispozice), faktory individuálními (vzdělání, výchova, rodinný stav, ekonomická úroveň), faktory společenskými (celkový životní standard, skupinový standard) a některými patologickými stavy (imobilizace, bolest, porucha komunikace atd.) (Tóthová, 2000, s. 22).

Přestože většina osob vyššího věku je schopna vést nezávislý život a sama dokáže uspokojit své potřeby, musíme uznat, že někteří

senioři jsou však díky svému pokročilému věku či nemoci částečně nebo úplně odkázáni na pomoc druhých lidí. Na tomto místě je nutno připomenout, že stáří samo o sobě není nemocí – pouze s přibývajícím věkem narůstají psychické a somatické potíže. V době nemoci se podle Tóthové některé potřeby s nemocí nemění (fyziologické potřeby a potřeba bezpečí), některé potřeby jsou nemocí pozměněny (dietní strava apod.) a díky nemoci vznikají potřeby nové, které jsou ovlivněny charakterem onemocnění a jeho průběhem, osobností nemocného a jeho pohledem na nemoc (Tóthová, 2000, s. 22).

Pro stáří platí, že nelze oddělovat problematiku zdravotní a sociální. Každá změna zdravotního stavu starého člověka může výrazným způsobem ovlivnit jeho sociální vztahy a totéž platí i naopak. Změny v sociální oblasti mohou podmiňovat zhoršování zdravotního stavu. Na nemocného seniora je obzvláště podstatné pohlížet jako na bio-psycho-sociální jednotku, neboť ve stáří se vždy vyskytují somatické problémy současně s problémy psychickými i sociálními a všechny tyto problémy je potřebné řešit ve vzájemné souvislosti a stejně naléhavě. V této souvislosti se hovoří o stanovení tzv. zdravotně sociální diagnózy. U osob vyššího věku spolu úzce souvisí zdravotní stav, sociální kontakty a finanční zajištění. Dobrý zdravotní stav je předpokladem, aby člověk v důchodu mohl vykonávat řadu aktivit, na které například v produktivním věku neměl čas, a k realizaci svých koníčků potřebuje finance. K nejdůležitějším potřebám ve stáří patří sociální kontakty (Motlová, 2003, s. 17–18; Holmerová, Čermáková, Jurášková, 2007).

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou u klientů v domově důchodců (DD) a domu-penzionu (DP) uspokojovány potřeby fyziologické, potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie, potřeba seberealizace a rozvoje vlastní činnosti. Autorka zjišťovala, zda jsou senioři žijící v domácím prostředí (DP) nezávislí nebo zda potřebují pomoc druhé osoby a jestli jsou u nich uspokojovány potřeby fyziologické, sociální, potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie, potřeba seberealizace a rozvoje vlastní činnosti. Nedílnou součástí výzkumu bylo zjistit, jak se senioři žijící v domácím prostředí dívají na

změnu uspokojování potřeb v případě svého odchodu do domova důchodců.

Charakteristika souboru

Za zkoumaný soubor bylo zvoleno celkem 150 respondentů. Osloveno bylo 50 seniorů žijících v domu-penzionu a 50 seniorů v domově důchodců. Zbývajících padesát respondentů bylo získáno mezi seniory žijícími v domácím prostředí, kteří docházejí do Univerzitního centra pro seniory PATUP při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na trénování paměti a dále byly o vyplnění dotazníků požádány osoby vyššího věku, které jsou v úzkém kontaktu se Svazem důchodců ČR v Českých Budějovicích. Pro výběr vzorku byla stanovena následující kritéria. Respondenti musejí být za prvé starší 60 let, za druhé nemají poruchu kognitivních funkcí, za třetí s dotazníkovým šetřením musejí senioři souhlasit a za čtvrté bude výzkum anonymní.

Metodika

Základní metodou bylo dotazníkové šetření. Pro tento výzkum autorka sestavila tři druhy dotazníků, které obsahovaly otevřené, uzavřené a výběrové otázky. Dotazník pro obyvatele domova důchodců obsahoval celkem 20 otázek, které byly rozděleny do šesti okruhů (identifikační údaje, otázky vztahující k pobytu v domově a trávení volného času, otázky týkající se zdravotního a psychického stavu, spokojenosti s materiální péčí v DD a otázky týkající se uspokojování potřeb seniorů).

Dotazník pro obyvatele domu-penzionu zahrnoval celkem 23 otázek (identifikační údaje, otázky týkající se pobytu v DP a trávení volného času, otázky týkající se zdravotního a psychického stavu, spokojenosti s úkony pečovatelské služby v DP a otázky týkající se uspokojování potřeb). Dotazník určený pro seniory žijící v domácnosti se skládal z 21 otázek (identifikační údaje, otázky zjišťující, s kým senioři žijí, jak často jsou v kontaktu s přáteli a vrstevníky, způsob trávení volného času, otázky týkající se zdravotního a psychického stavu, otázky týkající se případného vstupu do DD, využívání úkonů pečovatelské služby, uspokojování materiálních i nemateriálních potřeb v domácnosti, uspokojování uvedených potřeb po případném odchodu do DD).

Organizace výzkumu

Vzhledem k tomu, že byl výzkum v jihočeském regionu realizován v období od počátku července do poloviny srpna roku 2004, používá autorka v textu terminologii (domov důchodců atd.) platnou před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro získání vzorku 50 respondentů autorka oslovila ředitelku jednoho domu-penzionu, kde byly dotazníky seniorům rozdány sociální pracovníci. V rámci dotazníkového šetření byl dále osloven management jednoho domova důchodců, kde se na zdárném průběhu dotazníkového šetření podíleli geriatři pracovníci. Nejednalo se o náhodný reprezentativní výběr, telefonicky byli osloveni ředitelé zařízení, se kterými autorka dříve úspěšně spolupracovala a nabídla jim zúčastnit se i tohoto výzkumu. K získání dalších potřebných údajů provedla autorka dotazníkové šetření u 50 seniorů žijících v domácím prostředí na území města Českých Budějovic. Prostřednictvím pracovnice Svazu důchodců ČR bylo osobám vyššího věku rozdáno 20 dotazníků, zbývajících 30 dotazníků bylo osobně rozdáno (15 dotazníků) a zasláno poštou (15 dotazníků) seniorům, kteří navštěvovali kurzy trénování paměti pro seniory v Univerzitním centru pro seniory PATUP při ZSF JU.

Sběr a zpracování dat

Vzhledem k tomu, že dotazníky byly v DD a DP zadávány respondentům v osobním kontaktu, byla návratnost 100%. Z 20 dotazníků, které byly rozdány na Svazu důchodců ČR v Českých Budějovicích, se díky osobnímu kontaktu při předávání vrátilo 17 dotazníků, tj. 85% návratnost. Z 15 dotazníků rozdaných osobně se vrátilo 11, tj. 73% návratnost a z dotazníků zaslanych poštou jich přišlo zpět 8, tj. 53% návratnost. Od osob vyššího věku žijících v domácím prostředí se celkem vrátilo 36 dotazníků.

Při vyhodnocování dotazníků z DD byly vyřazeny dva dotazníky vzhledem k tomu, že respondenti nesplnili požadovaný věk 60 let a výše. Během zpracovávání dotazníků z DP bylo vyřazeno 6 dotazníků – jeden respondent nespĺňoval věk 60 let a výše a pět respondentů nezodpovědělo řádně všechny otázky. V závěru bylo tedy vyhodnoceno 128 dotazníků. Autorka získaná data vyhodnotila procentuálně.

Výsledky a diskuse

Zkoumaný vzorek byl tvořen celkem 128 respondenty (97 ženami a 31 muži). Z hlediska pohlaví v DD bylo osloveno 39 žen a 9 mužů, v DP 38 žen a 6 mužů a 20 senierek a 16 seniorů žijících v domácnosti. Z hlediska věku bylo osloveno celkem 49 % osob ve věku 60–74 let, 48 % osob ve věku 75–89 let a 3 % osob starší 90 let. Statistický vzorek byl tvořen 55 % ovdovělými seniory, 7 % svobodnými, 20 % vdanými (ženatými) a 18 % rozvedenými seniorkami a seniory. Podle vzdělání dotazníkové šetření absolvovalo 37 % osob vyššího věku se základním vzděláním, 32 % se vzděláním středním, 20 % se středním odborným, 6 % dotázaných bylo vyučeno a 5 % dosáhlo vysok školského vzdělání.

V DD žilo do jednoho roku 38 % dotázaných obyvatel, 29 % osob od 2–4 let a 33 % osob 5 let a více. V DP pobývalo 11 % osob do jednoho roku, 34 % osob mezi 2–4 lety a 55 % osob 5 let a více. Jako nejčastější důvody pro vstup do domova důchodců obyvatelé uvedli na prvním místě zdravotní problémy, na druhém místě snížení soběstačnosti, na třetím místě osamělost, na čtvrtém místě řešení bytové otázky a nevyhovující bytové podmínky. Pokud by seniři doposud žijící v domácnosti někdy v budoucnu uvažovali o vstupu do domova důchodců, hlavním důvodem by bylo snížení soběstačnosti, dále zdravotní důvody a osamělost. Ke vstupu do domu-penzionu označili respondenti na prvním místě zdravotní problémy, na druhém místě řešení bytové otázky, na třetím místě byla osamělost, na čtvrtém místě zhoršení soběstačnosti, na pátém místě přání rodiny, na šestém místě nevyhovující podmínky a na sedmém pokročilý věk.

Výzkum ukázal, že 44 % seniorů pobývalo před vstupem do DD na vesnici a před příchodem do domu-penzionu 89 % žilo ve městě. Dále bylo zjištěno, že v DD obývá 52 % třílůžkový pokoj, 25 % dvoulůžkový, 15 % jednolůžkový a 8 % pokoj čtyřlůžkový. V domu-penzionu žije s partnerem 14 % obyvatel a 86 % klientů bydlí samostatně.

Bylo zjištěno, že 77 % obyvatel v DD má děti, které seniory navštěvují nejčastěji jedenkrát týdně (24 %), 19 % jedenkrát za měsíc a 19 % při výjimečných příležitostech, 11 % několikrát týdně, 8 % jedenkrát za 14 dnů a 3 % seniorů umístěných v DD rodina nenavštěvuje, 16 %

respondentů počet návštěv neupřesnilo. V domu-penzionu má 75 % obyvatel děti, kteří své rodiče navštěvují ve 49 % jedenkrát týdně, 24 % několikrát týdně, 15 % při výjimečných situacích, 6 % klientů děti nenavštěvují, 3 % jedenkrát za měsíc a 3 % dětí jedenkrát za 14 dnů. Z těchto údajů je možné usoudit, že děti navštěvují vícekrát týdně rodiče, kteří jsou umístěni v DP – a to dvakrát častěji – než seniory žijící v domově důchodců. Toto zjištění se však vztahuje jen k těmto dvěma konkrétním zařízením a nelze je objektivizovat.

Ukázalo se, že 58 % dotázaných seniorů v domácnosti žije samo, 33 % s partnerem a 8 % s rodinou a dětmi. Děti má 92 % osob žijících v D a 47 % dětí navštěvuje seniora jedenkrát týdně, 28 % několikrát týdně, 17 % při výjimečných příležitostech a 8 % žije s dětmi ve společné domácnosti.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že po odchodu do domova důchodců nemá 48 % obyvatel kontakt se svými přáteli a vrstevníky, 25 % obyvatel je s nimi v kontaktu několikrát měsíčně, 14 % několikrát ročně a 13 % několikrát týdně. V DP 40 % obyvatel je se svými přáteli v kontaktu několikrát týdně, 32 % několikrát měsíčně, 21 % několikrát ročně a 7 % s nimi není v kontaktu. Oproti tomu seniory žijící ve vlastní domácnosti jsou v kontaktu se svými přáteli a vrstevníky daleko častěji, a to konkrétně podle odpovědí v 61 % několikrát týdně, 22 % několikrát měsíčně a 17 % jednou týdně.

Z odpovědí respondentů v DD vyplynulo, že mají možnost v DD realizovat zájmy podle svých představ, jen 15 % se nemůže svým zálibám věnovat vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu. Všichni klienti DP zastávají názor, že v DP mohou též realizovat zájmy podle svých představ.

Podle odpovědí tráví obyvatelé DD volný čas nejčastěji četbou a sledováním TV, dále poslouchají rádio, povídají si se spolubydlícími, rádi luští křížovky, věnují se ručním pracím (šití, pletení), malují, sbírají houby a chodí na procházky. K jejich další zájmům patří rehabilitační cvičení, cestování, cvičení, klubové hry, dílna v DD, jeden obyvatel chodí denně do kaple v ústavu, někteří obyvatelé chodí rádi nakupovat a jedna seniorka s chutí vypomáhá v domově. Pouze jeden klient uvedl, že nemá žádné koníčky a jeden, že má rád samotu.

Obyvatelé DP nejčastěji tráví volný čas sledováním TV a četbou, procházkami, cestováním, věnují se ručním pracím, pěstují květiny, chovají domácí zvířata, luští křížovky, chodí do kaváren a jedna seniorka uvedla, že ráda plave.

Seniory žijící v domácnosti tráví volný čas nejčastěji četbou, procházkami, sledováním TV, návštěvou kaváren, divadla (opera a balet), kina, jsou aktivními členy Klubu českých turistů či Svazu důchodců, věnují se ručním pracím, zpívají v souboru, navštěvují přátele a vrstevníky, pracují na zahrádce, poslouchají rozhlas, jeden dotázaný senior se věnuje jachtingu a jedna seniorka cyklistice.

Při hodnocení zdravotního stavu obyvatel v DD uváděli jako nejčastěji onemocnění tělesného a interního charakteru a smyslové poruchy, 10 % seniorů uvedlo, že jsou zdraví. Obyvatelé v DP trpí nejčastěji tělesnými obtížemi, poté interními chorobami a následně poruchou smyslových orgánů. Seniors v DD hodnotí subjektivně svůj zdravotní stav v 77 % jako dobrý a 23 % špatný.

Obyvatelé DP subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav v 84 % jako dobrý, 9 % jako velmi dobrý a 7 % jako velmi špatný a 14 % seniorů uvádí, že je zdravo.

Seniors žijící ve vlastní domácnosti hodnotí svůj zdravotní stav v 33 % jako velmi dobrý a 67 % jako dobrý. Jako nejčastější onemocnění uvádějí na prvním místě poruchy pohybového aparátu, na místě druhém interní onemocnění a na třetím místě smyslové poruchy a 25 % seniorů uvedlo, že je zdravo. S lékaři jsou tyto respondenti v kontaktu jednou za měsíc (72 %), podle potřeby (17 %) a jednou za dva týdny (11 %).

Jako kompenzační pomůcky používají seniory v DD nejčastěji hole, berle, invalidní vozík, chodítko, brýle a naslouchadla, 23 % klientů kompenzační pomůcky nepoužívá. Obyvatelé DP ve 27 % nepoužívají kompenzační pomůcky, ostatní klienti používají nejčastěji hůl, berle, invalidní vozík a dále naslouchadla a brýle. Seniors žijící v domácnosti uvedli, že nejčastěji používají naslouchadlo a brýle (55 %), 17 % používá hůl nebo berle a 28 % seniorů v domácnosti nepoužívá žádné kompenzační pomůcky.

V psychické pohodě se v DD stále cítí 38 % obyvatel, často se tak cítí 40 %, 22 % obyvatel se v psychické pohodě cítí zřídka. Oproti tomu v DP je v psychické pohodě stále 45 %

obyvatel, 41 % se tak často cítí, 11 % zřídka a 3 % se vůbec tak necítí. Senioři žijící ve vlastní domácnosti se stále cítí v psychické pohodě ve 22 %, často se tak cítí 73 % a 5 % se tak cítí zřídka.

Stavy beznaděje a smutku často sužují 23 % seniorů v DD, u 35 % obyvatel se tyto stavy objevují zřídka a 42 % obyvatel DD těmito stavy netrpí vůbec. V domu-penzionu stavy beznaděje a smutku neustále netrpí žádný obyvatel, často těmito stavy trpí 14 % obyvatel, 41 % zřídka a 48 % vůbec ne. Senioři žijící ve vlastní domácnosti stavy trpí zřídka (70 %) nebo vůbec.

V rámci dotazníkového šetření bylo zjištěno, že se odchodem do DD změnil život seniorů následujícím způsobem. U některých klientů pozitivním směrem. Uvádějí, že získali jistotu a zbavili se úzkosti, nyní žijí v kolektivu, nejsou osamoceni jako doma, mají zde svůj klid, nemají žádnou starost – o vše je postaráno, mají bezpečí, prostředí je v DD lepší než doma, došlo ke zlepšení kontaktu s lidmi, žijí a bydlí na úrovni. Odchod do domova někteří obyvatelé hodnotí negativně, protože jsou odpoutáni od rodiny a přátel, rodina jim chybí, nemají zde domácí zvířata, je to daleko do lesa na houby, někteří senioři zde nemají své přátele, jedné obyvatelce chybí práce a zaměstnání, život se změnil k horšímu vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu. Výzkumem bylo zjištěno, že se život odchodem do DP změnil u 60 % respondentů. Senioři tuto změnu pocítují jako obrát k lepšímu, cítí se v DP dobře, pocítují dostatek soukromí a pocit psychického bezpečí, pohodlí (topení apod.) a volnosti. Řada klientů přivítala v DP s nadšením cvičení, výlety zájezdy, někteří obyvatelé jej považují za druhý domov. Jako nevýhody DP senioři spatřují přizpůsobení se jinému řádu, někteří pocítují více osamělosti a jako negativní uvádějí narušení styku s přáteli a společnostmi. Autorka v rámci dotazníkového šetření zjistila, že se 89 % seniorů doposud žijících v domácnosti domnívá, že se jejich život změnil odchodem do domova důchodců zejména v negativním slova smyslu. Respondenti uvedli, že v DD budou mít méně soukromí, budou mít omezenou svobodu pohybu, budou si muset zvykat na nové prostředí a jiný režim dne, bude potřebné brát ohled na ostatní obyvatele, dojde k úplné změně dosavadního způsobu života, v okolí bude mít více lidí zdravotní pro-

blémy, obávají se změn v psychice a osamělosti, změny se prostředí, na které jsou nyní zvyklí, mají strach ze ztráty kontaktu s rodinou a přáteli, které si chtějí zachovat a věnovat se v DD svým koníčkům. Někteří senioři se obávají, že si budou muset zvykat na nové prostředí, což je v jejich věku obtížnější a obávají se, že by se jejich život mohl odchodem do domova zhoršit. Zejména muži senioři negativně vidí navázání nových kontaktů v domově.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že s uspokojením materiálních potřeb – s úkony hygieny a úklidem – jsou s v DD spokojeni všichni klienti, s kvalitou stravy 90 % obyvatel a s prostředím 96 % osob vyššího věku. V domu-penzionu je s úkony pečovatelské služby spokojeno 95 % obyvatel, s kvalitou stravy 74 %, s prostředím 98 % obyvatel, s úklidem jsou spokojeni všichni respondenti, s praním prádla 100 %, s nákupy 75 % a s prostředím bytu všichni obyvatelé DP. Respondenti žijící ve vlastní domácnosti jsou podle průzkumu zcela soběstační, úkonů pečovatelské služby využívá jen 8 % z nich, a to donášku stravy.

Výzkumem bylo zjištěno, že u obyvatel v DD jsou uspokojovány potřeby fyziologické, potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba seberealizace. Z fyziologických potřeb se jednalo o potřebu výživy – jídla a pití (uspokojena u 96 % klientů), potřeba spánku a odpočinku (94 %), potřeba pohybu a chůze (92 %), potřeba hygieny (98 %), potřeba zdraví (98 %) a potřeba fyzického kontaktu (94 %). Potřeby bezpečí – potřeba ekonomického fyzického a psychického bezpečí – jsou uspokojeny v 98 %. Sociální potřeby – potřeba informovanosti (100 %), potřeba lásky (94 %), potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut (96 %). Potřeba autonomie – potřeba být svobodný (rozhodovat se sám o sobě) je uspokojována u 98 % klientů DD, potřeba uznání a vážnosti (98 %) a potřeba pocitu užitečnosti (92 %). Potřeba seberealizace a sebenaplnění je uspokojována u 92 % seniorů žijících v DD.

Dotazníkové šetření ukázalo, že rovněž u obyvatel v DP jsou jejich potřeby fyziologické, potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba seberealizace uspokojovány. Fyziologické potřeby – potřeba výživy (jídla a pití) i spánku a odpočinku je uspokojena 100 % u všech klientů. Potřeba pohybu, chůze a potřeba hygieny je u klientů uspokojována v 98 %.

Potřeba zdraví a potřeba fyzického kontaktu je uspokojena u 90 % osob vyššího věku. Potřeba bezpečí – ekonomického, fyzického a psychického – je uspokojena u 95 % seniorů. Sociální potřeby – potřeba informovanosti (98 %), potřeba lásky i potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut (93 %). Potřeba autonomie – potřeba být svobodný (rozhodovat se sám o sobě) a potřeba uznání a vážnosti je uspokojována u všech obyvatel DP. Potřeba pocitu užitečnosti (98 %) a potřeba seberealizace a sebenaplnění je uspokojována u 93 % klientů.

U seniorů žijících v domácnosti bylo zjištěno, že jsou jejich potřeby fyziologické i psychosociální uspokojovány. Fyziologické potřeby – potřeba výživy (jídla a pití), potřeba spánku a odpočinku, potřeba hygieny a potřeba fyzického kontaktu jsou uspokojeny 100 % u všech klientů. Potřeba zdraví je uspokojena u 73 % osob. Potřeby bezpečí – potřeba fyzického a psychického bezpečí (100 %) a potřeba ekonomického zabezpečení (94 %). Sociální potřeby – potřeba informovanosti (100 %), potřeba lásky (83 %), potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut (67 %). Potřeba autonomie – potřeba být svobodný (rozhodovat se sám o sobě) je uspokojována u 100 % seniorů v domácnosti, potřeba uznání a vážnosti (94 %) a potřeba pocitu užitečnosti (100 %). Potřeba seberealizace a sebenaplnění je uspokojována u 100 % seniorů žijících v domácím prostředí.

Seniori žijící v domácnosti na změnu v uspokojování svých potřeb případným odchodem do důchodu dívají následovně. Uvedli, že fyziologické potřeby – potřeba výživy (jídla a pití) byla uspokojena 100%, potřeba spánku a odpočinku i potřeba hygieny 83%, potřeba pohybu a chůze a zdraví 61%. Potřeby bezpečí – potřeba fyzického a psychického bezpečí 83% a 67%, potřeba ekonomického zabezpečení 72%. Sociální potřeby – potřeba informovanosti 97%, potřeba lásky 67%, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut 83 %. Potřeba autonomie – potřeba být svobodný (rozhodovat se sám o sobě) by byla uspokojována v 44 %, potřeba uznání a vážnosti 67 % a potřeba pocitu užitečnosti 42 %. Potřeba seberealizace a sebenaplnění by byla uspokojována v 33 % po případném odchodu do DD.

ZÁVĚR

Z výzkumu vyplynulo, že u zkoumaného souboru jsou nejčastější důvody pro vstup do do-

movy důchodců zejména zdravotní problémy a snížení soběstačnosti. Ke vstupu do domu-penzionu byli vedeni respondenti zdravotními problémy, bytovou otázkou a osamělostí. Téměř polovina obyvatel DD ztratila kontakt se svými přáteli, klienti DP jsou poznamenáni touto ztrátou jen v 7 %. Nejčastější kontakt se svými přáteli mají seniori žijící ve vlastní domácnosti a to až několikrát týdně.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že děti navštěvují obyvatele v DP několikrát týdně dvakrát častěji než v DD, stejně tak tomu je i u návštěv jedenkrát týdně. Výrazný rozdíl byl zjištěn v návštěvách jedenkrát měsíčně. Zatímco 19 % dětí navštěvuje své rodiče v DD, obyvatele DP jsou navštěvováni jen 3 % dětí.

Průzkum ukázal, že klienti v domově důchodců a domu-penzionu mohou realizovat své zájmy. Patnácti procentům obyvatel DD brání věnovat se svým zálibám zhoršení zdravotního stavu.

Obyvatelé DD a DP i seniori žijící ve vlastní domácnosti nejčastěji tráví volný čas sledováním TV, četbou, procházkami a ručními pracemi. Klienti DD a DP luští křížovky a cestují. Seniori žijící v domácnosti jsou často aktivními členy nejrůznějších klubů a spolků – nejčastěji Svazu důchodců nebo Klubu českých turistů.

Autorka u zkoumaného souboru zjistila, že jsou u klientů v domově důchodců, domu-penzionu uspokojovány fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, autonomie, potřeba seberealizace a rozvoje vlastní činnosti. Oslovení respondenti žijící ve vlastní domácnosti jsou nezávislí na pomoci druhých osob a jejich fyziologické a psychosociální potřeby jsou rovněž uspokojovány.

Závěrem je nutno zmínit, že získané výsledky se týkají relativně nízkého počtu respondentů a mají vypovídající hodnotu pro daná zařízení, kde byl výzkum realizován. Z výsledků je však možné čerpat podklady a návrhy na širší studii zaměřenou za problematiku autonomie, nezávislosti a uspokojování potřeb u osob vyššího věku.

LITERATURA

- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. [Praha] : Česká alzheimerovská společnost, 2003, 88 s.
 HOLMEROVÁ, I., ČERMÁKOVÁ, K., JURAŠKOVÁ B.: Zdravotní péče jako součást procesu sociální ochrany a sociální inkluze. *Zdravotnictví v ČR* 2007; 2/X. s.54–55.
 HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P. Aktivní stárnutí. *Čes Ger*

Rev 2006; 4 (3): s. 163–168.

MOTLOVÁ, L.: Komparace zdravotně sociální péče o seniory v ČR a SRN. *Diplomová práce*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2003. 153 s.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd., Praha: Portál, 1998. 160 s.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J.: *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 1995. 304 s.

TÓTHOVÁ, V.: *Ošetřovatelství*. 1. vyd., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s.

VOLESKÁ, J.: Znalost potřeb člověka - základ kvalitní ošetrovatelské péče. *Bakalářská práce*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2002. 59 s.

ZAVÁZALOVÁ, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1. vyd., Praha: Univerzita Karlova, 2001. 97 s.

Lenka Motlová
motlova@zsf.jcu.cz