SUBJEKTÍVNE VNÍMANÁ KVALITA ŽIVOTA SENIOROV ŽIJÚCICH V REZIDENCIÁLNYCH PODMIENKACH

Monika Zimermanová

Abstrakt: Predkladaná práca sa zaoberá kvalitou života seniorov, ktorí žijú v inštitucionálnych (rezidenciálnych) podmienkach. Je potrebné zamýšľať sa nad tým, či zvyšujúci sa počet starších ľudí a ich pribúdajúci vek rastie priamoúmerne s kvalitou ich života. Kvalitu života staršieho človeka je potrebné zvyšovať a zlepšovať, pretože zdravý, múdry a šťastný starší človek je odrazom vyspelej spoločnosti. V našej práci uvádzame výpovede rôznych seniorov, vďaka ktorým máme možnosť vnímať ich subjektívny pohľad na kvalitu svojho života.

Kľúčové slová: senior, sociálne služby, rezidenciálne podmienky, kvalita života, kvalita sociálnych služieb

THE SUBJECTIVELY PERCEIVED QUALITY OF LIFE OF SENIORS LIVING IN INSTITUTIONAL CONDITIONS

Abstract: The presented work considers the quality of life of seniors living in institutional (residential) conditions. It is necessary to think about whether the increasing number of older people and their increasing age are growing proportionately to the quality of their lives. It is important to increase and improve the quality of life of older people, as healthy, wise and happy old people are a reflection of a mature society. In our work, we present the testimony of various old people, which gives us the opportunity of perceiving their subjective views on their quality of life.

Key words: senior, social services, institutional conditions, quality of life, the quality of social services

Pojem kvalita života má charakter interdisciplinárny, ale i historický, politický, ekonomický, filozofický. Možno ho taktiež vnímať v kontexte medicínskom, sociálnom, psychologickom a v neposlednom rade i etickom. Vzhľadom k rozsiahlosti publikačných aktivít a empirických výskumov v danej

oblasti sa jedná o tému neprehliadnuteľnú a ťažko uchopiteľnú (Gillernová, Kebza, Rymeš et al., 2011, s. 25). Kvalita života sa dotýka pochopenia ľudskej existencie, zmyslu života a samotného bytia. Zahŕňa hľadanie kľúčových faktorov bytia a sebapochopenia. Skúma rôznorodé podmienky pre zdravý a šťastný život človeka (Křivohlavý, 2011, s. 124). Stotožňujeme sa s názorom J. T. Earecksonovej (1997, s. 51–53), ktorá uvádza, že *„život sa meria jeho hodnotou a nie kvalitou"*. Je zvláštne, že spoločnosť pripisuje vysokú kvalitu života fyzicky zdatným ľuďom na vysokej intelektuálnej úrovni napriek tomu, že niekedy sú to tí najnešťastnejší ľudia. A na druhej strane pripíše veľmi nízku kvalitu života chudobným a slabým, hoci práve oni sú niekedy veľmi šťastní. Kvalitu života človeka (i seniora žijúceho v inštitucionálnych podmienkach) je možné zvyšovať. Do určitej miery si sami ovplyvňujeme, aká je, ale aj aká bude kvalita nášho života. Vo vyššom veku je však veľakrát práve zdravie rozhodujúci indikátor, ktorý výrazne zníži a naruší život staršieho človeka, a teda i jeho kvalitu. V neposlednom rade je to i jeho ekonomická či sociálna situácia.

Život človeka sa však nedá vymyslieť a naplánovať podľa našich ideálnych predstáv. Dá sa však pripraviť na určité situácie či obdobia života a eliminovať tak zníženie kvality života seniora. Čo však so seniorom, ktorý nemá rodinných príslušníkov, má zdravotné či socio-ekonomické problémy a žije v niektorom zo zariadení sociálnych služieb? Zlepšiť či zvýšiť kvalitu jeho života je skutočne náročné, avšak, našťastie, nie nemožné. Uvádzaná práca sa zaoberá subjektívne vnímanou kvalitou života seniorov, ktorí sa ocitli v inštitucionálnych podmienkach. Ich skutočné výpovede nám môžu pomôcť pri hľadaní riešenia, ako takýmto ľudom môžeme pomôcť.

Podľa A. Pronzata (2006, s. 24) si musíme položiť nasledujúcu otázku: *„Môžeme tvrdiť, že rokom darovaným naviac zodpovedá aj zlepšenie kvality života? Veď nestačí mať viac času, treba mať viac života. Nestačí pridať roky životu. Treba pridať rokom život, ktorý by bol naozaj životom. Žiť je niečo celkom iné ako jednoducho prežívať. Cieľom preto nie je kvantita, ale kvalita života."* Pri pojme kvalita života je dôležité si uvedomiť, že na rozdiel od zdravia kvalita života môže byť vždy zlepšovaná a udržiavaná. Keďže v ľudskom živote by nemalo ísť o kvantitu, ale práve o jeho kvalitu, nazdávame sa, že v súčasnej dobe plnej sociálno-patologických javov, rôznorodých civilizačných chorôb a zvrátených etických noriem, je uvádzaný pojem dôležitý pre výskumné bádanie v rôznych vedných oblastiach. Poňatie kvality života je vo veľmi úzkom vzťahu k jednotlivým vývojovým etapám jedinca. Kvalita života je inak chápaná v adolescencii, v ranej dospelosti, v strednom veku, v neskoršom vekovom období, najmä pred odchodom do dôchodku a aj v seniorskom veku vnímame kvalitu života špecificky (Řehulka, Řehulková, 2005, s. 50

až 51). Podľa A. Tokárovej (2002, s. 26) *„kvalitu života je možné chápať ako rozdiel medzi očakávaním a tým, čo človek v skutočnosti v živote dosiahne. Čím menší je rozdiel, tým je vyššia kvalita života“*. Všeobecne môžeme na kvalitu života nazerať z dvoch hľadísk, t. j. subjektívneho a objektívneho. *Subjektívna kvalita života* vyjadruje spokojnosť človeka so svojím postavením v spoločnosti a subjektívnu osobnú pohodu duševnú, telesnú či sociálnu. *Objektívna kvalita života* je interakciou ekonomických, environmentálnych, zdravotných a sociálnych podmienok, ktoré ovplyvňujú život človeka (Charyparová, 2010).

Výskumný medicínsky prístup ku kvalite života najkomplexnejšie reprezentuje projekt Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL, ktorý predpokladá, že na kvalite života sa podieľa šesť oblastí, a to:

1. *telesné zdravie* (indikátory: energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a odpočinok);
2. *psychické funkcie* (indikátory: imidž vlastného tela a zjavu, negatívne a pozitívne emócie, sebahodnotenie, myslenie, učenie, pamäť a pozornosť);
3. *úroveň nezávislosti* (indikátory: mobilita, aktivity v každodennom živote, závislosť od liekov a zdravotných pomôcok a pracovná kapacita);
4. *sociálne vzťahy* (indikátory: osobné vzťahy, sociálna podpora a sexuálne aktivity);
5. *prostredie* (indikátory: finančné zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, zdravie a sociálna starostlivosť, prostredie domova, možnosti získať informácie a kompetencie, fyzikálne prostredie – populanty, hluk, klíma, premávka, doprava);
6. *spiritualita* (osobné presvedčenie) (Balogová, 2005, s. 57–58).

Pokroky v zdravotníctve prispievajú veľkou mierou k predlžovaniu života a dnes aj chorí ľudia žijú v porovnaní s minulosťou dlhšie. V živote starších ľudí môžeme rozlišovať nasledujúce oblasti dôležité pre kvalitu ich života:

- *subjektívna spokojnosť* (celková kvalita života stanovená jednotlivými staršími ľuďmi);
- *faktory fyzického prostredia* (usporiadanie štandardného bývania alebo ústavného bývania, dohľad nad fyzickým prostredím, prístup k službám, ako sú obchody či verejná doprava, trávenie voľného času);
- *socioekonomické faktory* (príjem a majetok, stravovanie a celkový štandard);

- *kultúrne faktory* (vek, pohlavie, národnosť, vierovyznanie a sociálna vrstva);
- *faktory zdravotného stavu* (fyzická pohoda, funkčné schopnosti a mentálne zdravie);
- *faktory osobnosti* (psychická pohoda, morálny stav, spokojnosť so životom a šťastie);
- *faktory osobnej nezávislosti* (schopnosť rozhodovania, pohybové ovládanie a ovládanie vlastného prostredia) (Hrozenská et al., 2008).

Podľa K. Kociovej a Z. Peregrinovej (2003, s. 41–42) medzi najdôležitejšie faktory ovplyvňujúce kvalitu života starších ľudí patrí:

1. *Zdravie* – akútne a chronické ochorenia a poruchy pamäti, zlý zdravotný stav a subjektívne ťažkosti spojené so zábudlivosťou výrazne znižujú pocit pohody.
2. *Osamelosť a izolácia* – absencia medziľudských vzťahov vrátane vzťahov v rámci rodiny rýchlo narúša kvalitu života seniora.
3. *Ekonomické podmienky* – nevhodné bývanie a nízky finančný príjem zhoršujú podmienky staršieho človeka, zvyšujú riziko ochorenia a znižujú jeho spokojnosť a kvalitu života.

Súhrnne môžeme podľa H. Draganovej et al. (2006, s. 128–129) vymedziť nasledujúce faktory, ktoré podmieňujú kvalitu života: *objektívne faktory* – fyzický stav, kognitívne funkcie, emocionálny stav, funkčná kapacita, sociálna funkcia, sexuálna funkcia a i. *Subjektívne faktory* – morálne faktory, spokojnosť so životom, sebaúcta, možnosť kontroly svojho života, duchovný život, viera, osobné vzťahy a i. *Vonkajšie faktory* – bývanie, prostredie, sociálna sieť a sociálna podpora, spokojnosť s vládou a verejnými inštitúciami, kriminalita a i.

Kvalita života klientov žijúcich v rezidenciálnych zariadeniach, samozrejme, úzko súvisí s kvalitou poskytovania sociálnych služieb. Definovanie kvality sociálnych služieb však nie je legislatívne ukotvené. Napriek tomu sa tento termín začal rozoberať vo vzťahu k sociálnym službám spolu s príchodom zákona o sociálnych službách. Podľa autorov O. Matouška, J. Koláčkovej a P. Kodymovej (2005, s. 189) je ukazovateľom kvalitnej starostlivosti spokojnosť klientov, ich relatívne dobré zdravie, ktoré je merateľné poklesom morbidity a mortality, nižšou spotrebou liekov a zdravotníckych a sociálnych služieb. Kvalitná starostlivosť o starších ľudí vedie k tomu, že väčší počet starších ľudí zostáva aktívnych, žije vo svojom domácom prostredí, nie však v izolácii, ale je účastníkom spoločenského života v komunite, resp. vo svojej

societe, v ktorej žije. Chápanie kvality v sociálnych službách môže mať z pohľadu splnenia nasledujúce kritériá: *spokojnosť klienta a jeho rodiny; reakcie na potreby toho, komu je starostlivosť určená; profesionalita personálneho zaistenia služby; efektívnosť a cenová únosnosť služby; vhodnosť prostredia, kde je služba poskytovaná; udržateľnosť – ekologický aspekt; priateľskosť – otvorenosť k verejnosti* (Malíková, 2011, s. 133).

V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s tromi prístupmi k hodnoteniu kvality sociálnych služieb, ktoré predstavujú:

1. *Procesuálna metóda hodnotenia kvality* – kritériá; *procesuálne štandardy* – vyjasňujú ciele sociálnej práce, *personálne* – riešia pracovné kategórie, *prevádzkové* – zamerané na vytvorenie zázemia na kvalitný výkon práce a *etické štandardy* – štandardy profesijnej etiky sociálneho pracovníka; *indikátory štruktúry* – technické vybavenie, personálne obsadenie, kvalifikačné požiadavky; *indikátory procesu* – meria sa efektivita a úroveň poskytovanej starostlivosti; *indikátory výstupu* – počet sťažností, náklady na lôžko a i.; škály; evaluácia.
2. *Hodnotenie kvality metódou supervízie* – profesionálne poradenstvo; kvalifikovaný dohľad nad priebehom interakcie sociálny pracovník – klient; *tútorská supervízia* – pomáha začínajúcim pracovníkom, *výcviková supervízia* – pomáha pri aplikácii nových poznatkov do praxe, *konzultačná supervízia* – porada so skúsenejším praktikom a *riadiaca supervízia* – inovatívny trend riadenia.
3. *Metóda identifikácie subjektívnej spokojnosti odberateľa sociálnych služieb* – spokojnosť klientov s bývaním v zariadení, spokojnosť klientov so starostlivosťou personálu, spokojnosť klientov s podávanou stravou, spokojnosť klientov s ochotou personálu pri pomoci s realizáciou záľub a osobných povinností (Krupa, 2000 in Cisariková, 2010, s. 288–290).

Podľa H. Hnilicovej (2000), H. Janečkovej a H. Hnilicovej (1999) k nástrojom hodnotenia kvality starostlivosti v zariadeniach pre seniorov patria predovšetkým: *Rôzne formy konzultácií, auditu (externé hodnotenie), pozvaná inšpekcia. Supervízia (externá aj interná), hodnotenia pracovníkov. Prieskumy spokojnosti klientov a rodinných príslušníkov – dotazníky, ohniskové skupiny (focus groups), skupinový rozhovor, individuálne rozhovory, besedy s obyvateľmi, výbor obyvateľov, stravovacia komisia, zhromaždenie obyvateľov, stretnutie s rodinami. Vyhodnotenie sťažností klientov a príbuzných (complaints management). Prieskumy spokojnosti personálu (dotazníky, focus groups), pracovné porady. Vyhodnocovanie zavádzanej dokumentácie, individuálnych adaptačných plánov, individuálnych plánov starostlivosti, ošetrovateľská dokumentácia. Sebahodnotiaci dotazník. Sebahodnotiace metódy*

(self-assessment) – výročné správy a analýzy. Vstupné priebežné a záverečné hodnotenie sociálnych projektov sociálnej intervencie (kvalitatívne a kvantitatívne metódy) (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 189).

Ďalšími systémami kvality podľa E. Malíkovej (2011, s. 134, 141) sú: Systém managementu ISO 9000 (International Organization for Standardization); TQM (Total Quality Management); EFQM; E-Qalin; Controlling; Balanced ScoreCard; Benchmarking a i. Všetky názvy prislúchajú jednotlivým modelom kontinuálneho zvyšovania kvality a efektivity poskytovanej starostlivosti. Veľa krajín má svoje vlastné systémy štandardizácie, ale snahou je, aby štandardizácia bola všade na medzinárodnej úrovni (Škrla, Škrlová, 2003).

„Víťazná medicína", nové technológie a vedecké pokroky v súčasnej modernej dobe umožňujú udržiavať „umelo" pri živote aj človeka, ktorý už prakticky nie je schopný života. Otázkou však je, či táto „terapeutická horlivosť" je skutočne prospešná pre život človeka a najmä pre jeho kvalitu. Predlžovanie ľudského veku by malo zodpovedať aj adekvátnej kvalite života, ktorá je vo vyššom veku úzko prepojená s kvalitou zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Podľa A. Blažeja (2005, s. 26) je kvalita života komplexný fenomén. Má v každej etape ľudskej civilizácie určité základné dimenzie. Pre 21. storočie to bude tendencia opustiť materiálny blahobyt, hľadanie novej kultúry spotreby a prechod na „spoločenskú, ako i individuálnu skromnosť". Do popredia vstúpi kvalita životného prostredia ako predpoklad ľudskej civilizácie na našej planéte. Charakter vývoja spoločnosti musí byť založený na zásadách udržateľného rozvoja. Veda a vzdelanie budú základné priority rozvoja ľudskej spoločnosti, čo vytvorí predpoklady pre nové dimenzie kvality života.

Cieľ príspevku

Naším hlavným cieľom je poukázať na život starších ľudí žijúcich v rezidenciálnych podmienkach a ich subjektívne vnímanú kvalitu života. Život seniorov v domácom prostredí spolu s rodinnými príslušníkmi a adekvátnou sociálnou oporou je odlišný od života starších ľudí žijúcich v inštitucionálnych (rezidenciálnych) podmienkach. V rámci poskytnutých autentických individuálnych rozhovorov so seniormi žijúcimi v zariadení pre seniorov má čitateľ možnosť aspoň čiastočne preniknúť do sveta starších ľudí žijúcich mimo svojho domova.

Metodológia výskumu

V našej práci sme použili prevažne kvalitatívnu metodologickú orientáciu a sčasti kvantitatívnu metodologickú orientáciu. Predmetom výskumnej

činnosti boli seniori žijúci v rezidenciálnych podmienkach a ich subjektívne vnímaná kvalita života.

Výskumnú vzorku v rámci kvalitatívneho výskumu tvorilo 10 užívateľov odľahčovacej služby (tzv. „respitní péče"). Kvalitatívny výskum bol realizovaný v podmienkach Českej republiky. *Sedem žien a traja muži. Priemerný vek* seniorov bol *82,5 rokov* (rozptyl 66–93 rokov). Všetci seniori (participanti) sú českej národnosti. Jeden zo seniorov má vysokoškolské vzdelanie. Nezahŕňame ho však do celkového počtu výskumnej vzorky pre nízku výpovednú hodnotu pri naratívnom interview vzhľadom na jeho Alzheimerovu chorobu. Typ výberu participantov – dostupný výber.

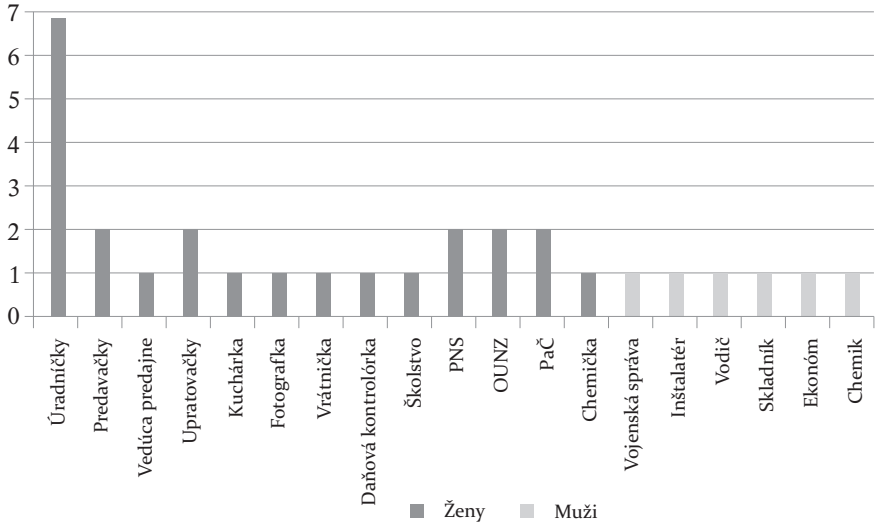
Nové údaje sme získavali prostredníctvom nasledujúcich metód: literárnohistorická metóda; naratívne interview[1]. Komunikácia bola usmernená jednotlivými okruhmi otázok. Pri naratívnom interview sa môžeme stretnúť so špecifickými ťažkosťami ako neschopnosť participanta spomenúť si na udalosti zo svojho života, prehadzovanie životných udalostí, neochota rozprávať o všetkom, zámerné zamlčanie určitých faktov. Dané fakty možno považovať za úskalia kvalitatívneho výskumu, je však potrebné rešpektovať zdravotný stav či iné dôvody, pre ktoré participant nemá záujem rozprávať o všetkom. Za ďalšie úskalie tejto metódy považujeme prelínanie naratívneho interview s prirodzeným neriadeným voľným rozhovorom. V takom prípade sme pokračovali voľným rozhovorom a okruhy jednotlivých tém sme presunuli na ďalší deň. Cieľom akéhokoľvek výskumu by nemalo byť získanie údajov za každú cenu. Ak sa realizuje rozhovor so seniormi, musíme mať na pamäti ich potreby a špecifiká, nie naše výskumné zámery. Pri realizovaní naratívnych interview sme nepoužili diktafón ani iné pomôcky, pretože to seniorov vyrušovalo a obmedzovalo. V niektorých prípadoch (v prípade, že to seniorom neprekážalo) sme si rozhovor zapisovali priamo pri realizovaní naratívneho interview. Naratívne interview bolo založené na dobrovoľnosti jednotlivých seniorov. Vďaka nim sme mali možnosť na základe individuálnych výpovedí dozvedieť sa viac o živote užívateľov, ktorým je poskytovaná odľahčovacia starostlivosť v podmienkach Českej republiky. Naratívne interview považujeme za skutočne cenné rozhovory so seniormi, vďačíme im za ich čas, trpezlivosť a ochotu odpovedať na nami položené okruhy otázok.

[1]*Naratívne interview* pozostáva z rozprávania skúmanej osoby, ktoré riadi výskumník. Je to vždy individuálne, nikdy nie skupinové interview. Výskumník hovorí málo, prevaha reči je na strane skúmanej osoby, výskumník je v pozadí a len jemne reguluje líniu rozprávania. To, že nejde o rigorózne, ale o jemne riadené interview výskumníkom, je cenou za bohatosť údajov, ktoré výskumník získa. Na druhej strane, nie je to úplne voľné rozprávanie. Úplne voľné rozprávanie by bolo tematicky rozptýlené a výskumník by získal málo materiálu k téme, ktorú chce skúmať. Naratívne interview je založené na rozprávaní, t. j. na prirodzenej forme komunikácie človeka (Gavora, 2007, s. 97).

Každý rozhovor považujeme za výnimočný, rovnako ako každú osobnosť seniora. Rozhovory boli realizované s odstupom času, chceli sme dať seniorom dostatočný priestor na to, aby nám dôverovali a nebáli sa odpovedať na naše otázky. Rozhovory boli čiastočne štruktúrované, v prípade, že prešli do voľného rozhovoru, naratívne interview sme presunuli na ďalší deň. Podstatou bolo vytvorenie a navodenie pokojnej atmosféry, ktorá bola pre zúčastnených príjemná pri rozhovore. Rozhovory sú zamerané aj na vyjadrenie subjektívnej spokojnosti so životom a vyjadrenie subjektívneho pocitu zdravia. Pri danom type výskumu je veľmi dôležitá jeho etická stránka. Pri naratívnych interview bola zachovaná anonymita, rovnako ako pri dotazníkoch. Všetky naratívne interview boli realizované na základe súhlasu riaditeľky zariadenia odľahčovacej služby. Dobrovoľnosť patrí tiež medzi etické stránky výskumu. Pri jednotlivých výpovediach seniorov sme stanovený okruh otázok korigovali podľa nálady, emocionálneho či zdravotného stavu seniorov. Rozhovory boli zaznamenané a prečítané seniorom tak, aby vedeli (a počuli) to, čo nám porozprávali. Žiadna práca o senioroch nemôže vzniknúť bez pomoci, času a trpezlivosti seniorov, za čo im patrí veľká vďaka, a ani bez toho, aby sme nezanedbali či nedodržiavali etické zásady – etickú stránku vedy. Obzvlášť pri senioroch je nutné mať na pamäti, že majú za sebou viac než ktokoľvek iný. Treba im vzdať patričnú úctu a ak treba, meniť správanie či komunikáciu tak, aby to pocítili. Ak je však akýkoľvek výskum zameraný na výpovede samotných ľudí, potom musíme venovať etickej stránke zvýšenú pozornosť.

V rámci kvantitatívneho výskumu realizovaného v podmienkach Slovenskej republiky sme použili dotazník. *Seniorov – respondentov bolo 30*. Dotazníky boli rozdané seniorom v rámci *štyroch zariadení sociálnych služieb.* Išlo o dve pobytové zariadenia sociálnych služieb a dve podporné zariadenia sociálnych služieb. *Počet žien* (24), *počet mužov* (6). *Priemerný vek žien* bol 68 rokov, *priemerný vek mužov* bol 75 rokov. Priemerný vek všetkých respondentov (30 seniorov) bol 70 rokov. Dvaja respondenti neuviedli svoj vek – jeden muž a jedna žena. U žien i mužov prevažovalo stredoškolské vzdelanie. Vysokoškolské vzdelanie bolo uvedené len v prípade jedného muža. Z obrázku 1 vyplýva, že u žien prevažovala profesia úradníčok. U mužov išlo o rôzne profesie, ktoré vyššie zaznamenávame.

Typ výberu participantov – dostupný výber. V dotazníku sme mali jednu z otvorených otázok zameranú na vyjadrenia vnímania subjektívnej kvality života klienta žijúceho alebo navštevujúceho zariadenie pre seniorov. V rámci jednej z našich hypotéz sme predpokladali, že odpovede seniorov vzťahujúce sa k subjektívnej spokojnosti so životom budú prevažne spájané s vyjadreniami, ktoré sa budú týkať zlého zdravotného stavu.



Obrázok 1. Zamestnanie respondentov
Zdroj: Vlastný výskum (Zimermanová, 2011, s. 92)

Výsledky a diskusia

Údaje získané v rámci kvalitatívnej metodologickej orientácie prostredníctvom metódy naratívneho interview:

Rozhovor č. 1 – záverečné reflexie: Profesia uvádzanej respondentky – učiteľka ručných prác sa výrazne odzrkadlila v jej postoji v rámci pracovnej terapie, ktorú mali užívatelia poskytovanú v rámci odľahčovacej služby. Respondentka sa vždy aktívne a s radosťou zapájala do akýchkoľvek činností v zariadení. Jej kreativita a nápady sa často prejavili. Jej zaujímavou myšlienkou bolo vyjadrenie, že sa necíti byť stará. Jediné, čo ju výrazne obmedzuje, a teda znižuje kvalitu jej života z jej subjektívneho pohľadu, je zdravotný stav. Starobu vníma negatívne pre úmrtie dvoch životných partnerov. V rámci významu sociálnej opory môžeme vnímať jej synov, ktorí sa o svoju mamu príkladne starajú. Príprava na starobu by mala začať podľa respondentky od 50 rokov. Za najšťastnejšie obdobie svojho života považuje obdobie, v ktorom žila so svojím druhým manželom.

Rozhovor č. 2 – záverečné reflexie: Profesia uvádzanej respondentky, ktorá bola účtovníčkou, sa preniesla do veľkej záľuby, ktorou boli rôzne tajničky (logické myslenie). V rámci ergoterapie bola najväčšia aktivita zaznamenaná práve pri spomínaných tajničkách. Podľa nej by sa mal človek

pripravovať na starobu počas celého života. Jej najšťastnejšie obdobie boli časy, keď bola vydatá za svojho manžela. Zaujímavé je, že ako problém seniorov uviedla prebytok voľného času. Domnievame sa, že svoj voľný čas (i na základe jej výpovedí) využíva prevažne na spánok či odpočinok, čo prispieva k zníženiu kvality jej života. Po celý čas sme mali pocit, akoby celú svoju starobu chcela prespať.

Rozhovor č. 3 – záverečné reflexie: Život respondentky je výrazne ovplyvnený Alzheimerovou chorobou jej manžela. Predtým, ako ho postihla uvádzaná choroba, bol jej manžel workoholik, na čo sa respondentka posťažovala. Za najšťastnejšie obdobie svojho života považuje život od 20 až 40 rokov. Podľa nej by sa mal človek pripravovať na starobu od 60 do 70 rokov. Momentálne je kvalita jej života negatívne ovplyvnená zdravotnými problémami, ktoré má. Na základe jej výpovedí sa domnievame, že v manželstve nenašla skutočné rodinné šťastie a nenachádza ho ani v starobe. Domnievame sa, že sociálna opora absentuje.

Rozhovor č. 4 – záverečné reflexie: Respondentka zažila v živote rôzne negatívne situácie, ktoré výrazne ovplyvňovali jeho kvalitu. Pre manželovu neveru a rozvod považuje za najšťastnejšie obdobie život od svojich 40 rokov. Podľa nej by sa mal človek pripravovať na starobu od svojich 50 rokov. Na základe jej výpovedí momentálne kvalitu jej života negatívne ovplyvňuje diagnostikovaná rakovina, ešte viac však pobyt v inštitucionálnom prostredí a strata súkromia. Má oporu vo svojej rodine, ale to, po čom najviac túži, je opäť sa vrátiť do svojho bytu a s nikým sa nedeliť o svoj priestor.

Rozhovor č. 5 – záverečné reflexie: Respondentka bola veľmi zaujímavá, vždy elegantne oblečená. Vyjadrila sa, že ak človek nemá zdravotné problémy, staroba sa dá krásne prežiť. Dôraz kládla na život vo viere v Boha. Podľa nej by príprava na starobu mala začať od 70 rokov. Za svoje najšťastnejšie obdobie považuje život od 24 do 65 rokov. Podľa jej výpovedí je kvalita jej života výrazne negatívne ovplyvnená obmedzením – neustále sa zhoršujúcim sluchom. To je jediné, čo ju najviac trápi. Absenciu sociálnej opory sme nezaznamenali, až na nezhody s nevestami.

Rozhovor č. 6 – záverečné reflexie: Vzhľadom na to, že uvádzaná respondentka bola v Dome seniorov prvých pár týždňov, jej adaptačná fáza prebiehala veľmi emocionálne. Verí v Boha a často sa utieka k viere. Počas rozhovoru sa niekoľkokrát rozplakala, preto sme svoj stanovený orientačný okruh otázok nedodržali. Za svoje najšťastnejšie obdobie považuje život so svojím manželom. Staroby sa vždy bála, jej manžel ju však utešoval, že sa budú mať dobre. Manžel sa však dôchodku nedožil. Smrť manžela a chýbajúci domov vplývajú výrazne negatívne na kvalitu života tejto respondentky.

Do zariadenia ju chodí pravidelne navštevovať rodina, nazdávame sa však, že sociálna opora nie je dosť pevná na to, aby jej pomohla prekonať adaptačnú fázu v inštitucionálnom prostredí.

Rozhovor č. 7 – záverečné reflexie: Uvádzaný respondent mal veľmi zaujímavú profesiu (pre zachovanie anonymity profesiu neuvádzame). Bol veľmi milý, komunikatívny a úctivý. Bol obľúbený v celom kolektíve. Za svoje najšťastnejšie obdobie považoval život so svojou druhou manželkou, pretože sa naplno venoval rodine. Prípravu na starobu nikdy nevnímal, vždy mal veľmi veľa práce, nemal čas myslieť na nič iné. Dôraz však kládol na život vo viere v Boha. Kvalitu jeho života ale výrazne negatívne ovplyvňuje rakovina. Z odľahčovacej starostlivosti bol premiestnený do paliatívnej (hospicovej) starostlivosti, kde svoj život ukončil pre svoju nevyliečiteľnú chorobu.

Rozhovor č. 8 – záverečné reflexie: Uvádzaný respondent bol nekomunikatívny, ale našu spoločnosť nepovažoval za obťažovanie. Na každú vetu však odpovedal veľmi stručne. Pracoval ako inštruktor – projektant. Za svoje najšťastnejšie obdobie považuje život vo svojich 30 rokoch – bolo to obdobie, kedy sa ženil. Na otázku vzťahujúcu sa k príprave na starobu nevedel odpovedať. Absenciu sociálnej opory sme nezaznamenali. I na základe stručných výpovedí respondenta sa domnievame, že kvalita jeho života je znížená práve pre smrť životnej partnerky. Uzavretosť a nekomunikatívnosť môže súvisieť so samotou, o ktorej sa sám zmienil.

Rozhovor č. 9 – záverečné reflexie: *Po našom rozhovore s uvádzaným respondentom sme mali dobrý pocit. Bol veľmi vtipný a pohodový. Na otázku vzťahujúcu sa na prípravu na starobu nevedel odpovedať. Nevymedzil ani svoje najšťastnejšie životné obdobie. Rozprával o svojich spriaznených dušiach (rodine, ktorá mu zostala), možno teda hovoriť o istej sociálnej opore. Respondent nemal žiadne vyššie vzdelanie a nepoužíval žiadne rozsiahle premyslené vety. Domnievame sa, že mu momentálne skutočne viac-menej nič nechýba. Berie život jednoducho a dokonca sme mali pocit, že i s nadhľadom a humorom.*

Rozhovor č. 10 – záverečné reflexie: Respondentka je podľa našej domnienky skutočným príkladom pre všetkých seniorov. Veľmi pozoruhodné je, ako si svoju predchádzajúcu profesiu založenú na pomoci preniesla do života v zariadení pre seniorov. Nazdávame sa, že práve daná profesia ju predurčila na to, aby svoj život prežila aktívne, s optimizmom a s radosťou či ochotou pomáhať iným. Na prípravu na starobu nikdy predtým nepomyslela, pretože mala vždy čo robiť. Najšťastnejšie obdobie svojho života nevymedzila, pretože sa vyjadrila, že v každom životnom období človeka je niečo pekné. Na základe jej výpovedí uvádzame, že kvalitu jej života ovplyvňuje najmä zdravotný stav, snaží sa však nemyslieť na choroby, ale myslieť pozitívne.

Pri komparácii jednotlivých výpovedí seniorov – užívateľov odľahčovacej služby – môžeme nájsť nasledujúce spoločné ukazovatele:

- Zdravotný stav vo vzťahu k subjektívnemu vnímaniu zníženej kvality života.
- Smrť životného partnera vo vzťahu k subjektívnemu vnímaniu zníženej kvality života.
- Vymedzenie najšťastnejšieho obdobia života prevažne v období spolužitia s partnerom.
- Väčšinou vymedzený vysoký vek prípravy na starobu.
- Vplyv profesie na život v rezidenciálnych podmienkach.
- Vplyv viery v Boha na prežívanie staroby.
- Vplyv sociálnej opory na život v inštitucionálnom prostredí.

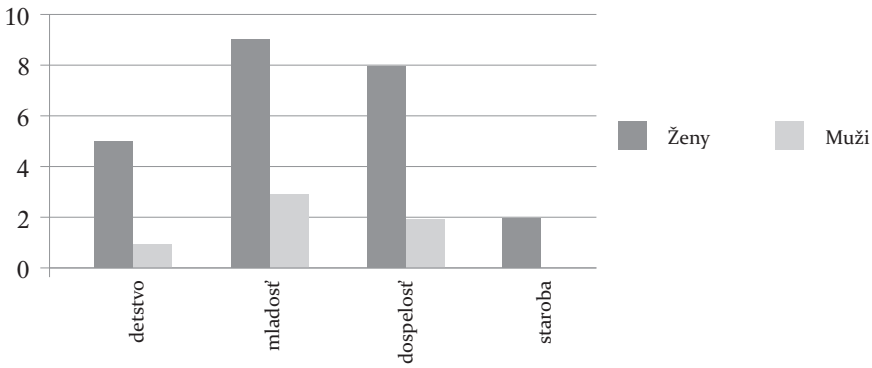
Samozrejme, je nutné uviesť, že uvádzané spoločné atribúty vyplývajú z výpovedí jednotlivcov a z ich subjektívneho vnímania, resp. hodnotenia. Napriek tomu sa domnievame, že odpovede jednotlivých seniorov žijúcich v inštitucionálnych podmienkach majú svoju výpovednú hodnotu. I na základe ich odpovedí je nesporné, že na kvalitu života seniorov vo vyššom veku najviac vplýva ich zdravotný stav. Význam sociálnej opory a samota (pre smrť životného partnera) sú taktiež najčastejšie sa vyskytujúce faktory, ktoré výrazne ovplyvňujú kvalitu života staršieho človeka. Dôraz kladieme aj na význam spirituality a životnej profesie, ktorá často ovplyvňuje seniora žijúceho v rezidenciálnych podmienkach. To, že seniori väčšinou uvádzajú vyšší vek, od ktorého by sa mal človek pripravovať na starobu, je dôkazom toho, že mnohí seniori si často neuvedomujú, že príprava na starobu by mala prebiehať počas celého života a snáď najintenzívnejšie niekoľko rokov (podľa individuálneho prípadu či osobnosti) pred odchodom na dôchodok.

Údaje získané v rámci kvantitatívnej metodologickej orientácie prostredníctvom metódy dotazníka: (Vyberáme len niektoré interpretácie z jednotlivých položiek dotazníka.)

Vyjadrenia seniorov k dotazníkovej otázke č. 2., t. j.: *„Ktoré obdobie svojho života považujete za najšťastnejšie?“*

Z uvádzaného vyplýva, že za najšťastnejšie obdobie života ženy považujú prevažne obdobie svojej mladosti a muži za najšťastnejšie obdobie života považujú prevažne obdobie dospelosti. Zaujímavé je, že obdobie staroby sa u mužov neobjavilo ani raz a u žien v dvoch prípadoch.

Vyjadrenia seniorov k dotazníkovej otázke č. 10., t. j.: *„Ako vnímate zo svojho (subjektívneho) pohľadu spokojnosť s vaším súčasným životom?“*: (Na



Obrázok 2. Najšťastnejšie obdobie života respondenta
Zdroj: Vlastný výskum (Zimermanová, 2011, s. 92–93)

danú otázku nám z 30 respondentov neodpovedali dvaja. V prvom prípade išlo o odpoveď typu neviem posúdiť, v druhom prípade o nevyjadrenie sa.)

Vybrané odpovede žien:

1. *„Patrím medzi aktívnych ľudí vo svojom veku. Študujem si na internete, venujem sa svojim vnukom, kamarátkam, pestujem pešiu turistiku, plánujem si dovolenku atď. Negatívum v mojom živote je to, že ešte stále neviem oddychovať, baví ma stále niečo robiť."*
2. *„Ako vdova som sa už vysporiadala s ťažkým osudom, teraz som spokojná."*
3. *„Negatívum – nízky dôchodok, väčšie výdaje za lieky, drahšie potraviny. Pozitívum – viac času na záujmové aktivity, môžem ísť na rôzne výlety, hudobné podujatia, do divadla atď."*
4. *„Som spokojná aj šťastná, mám dobré deti – to ma napĺňa k spokojnosti."*
5. *„Veľmi negatívny vzťah s manželom, ale pozitívne vzťahy s deťmi – vnúčatami, zariadenie mi v mnohom pomáha."*
6. *„Vzhľadom na to, že sa starám o postihnutého syna, môj život prispôsobujem jemu. Po finančnej stránke je to u nás biedne."*
7. *„Bola by som spokojná, keby som bola zdravá."*

Vybrané odpovede mužov:

1. *„Som spokojný, žil som usporiadaný rodinný život s manželkou 57 rokov (do jej smrti), zo syna sme vychovali slušného a pre spoločnosť osožného človeka, žije usporiadaným životom, ako aj jeho dospelé deti. Život nebol bez chýb, ale tie moje vzťahy v rodine ani v práci významnejšie neovplyvnili. So súčasným životom v zariadení sociálnych služieb som spokojný. Snažím*

sa so spolubývajúcimi vychádzať dobre aj oni so mnou. S prácou personálu som tiež spokojný. Pri našich problémoch a potrebách mi ochotne vychádzajú v ústrety. Aj to vyvoláva u mňa pocit dobrej pohody.“

2. *„Som spokojný, len mi chýba manželka. Žijem pre zajtrajšok.“*
3. *„V tomto období života som celkom spokojný. Žiadalo by sa mi viac chodiť medzi ľudí a menej samoty.“*
4. *„Som spokojný, až na zdravotný stav.“*
5. *„Som spokojný, pozitívne je, že som vôbec prežil. Mohol by sa ešte zlepšiť môj zdravotný stav.“*
6. *„Som spokojný, mám svoje bývanie a zdravotne sa už cítim dobre.“*

Z výpovedí respondentov sme vybrali len niektoré na ukážku. Našu hypotézu (t. j. predpokladáme, že odpovede seniorov vzťahujúce sa k subjektívnej spokojnosti so životom budú prevažne spájané s vyjadreniami, ktoré sa budú týkať zlého zdravotného stavu) môžeme na základe všetkých 30 respondentov potvrdiť, pretože výpovede sa skutočne týkali najmä zhoršeného či zlepšeného zdravotného stavu klientov. Z uvádzaných výpovedí však môžeme vnímať zhodu s naratívnym interview, najmä v časti, kde sa seniori vyjadrujú k svojmu nežijúcemu partnerovi či partnerke.

Záver

„Skutočnosť, že sme ešte nezomreli, v príčinnej súvislosti znamená, že ešte máme nejaké úlohy. Preto nečakajme pasívne, odovzdane na to, čo príde a prísť musí. . .“ (Máčovský, Mikolaiová, 2006, s. 163).

Je nesmierne dôležité, aby sme mali záujem skúmať, bádať a intenzívne hľadať, ako zlepšiť kvalitu života seniorov žijúcich v rezidenciálnych podmienkach. Logoterapeut V. Frankl poukázal na to, že jedinec môže dosiahnuť zmysel svojho života trojakým spôsobom, t. j.:

1. *Vykonávaním činu* – čokoľvek čo konáme – svoju prácu, záujmovú činnosť (napr. v prípade seniorov ergoterapiu), športové aktivity a i. Akýkoľvek zdanlivo bezvýznamný čin, ktorý je konaný s ohľadom na druhých sa stáva sebapresahujúci (sebatranscendentný), ľudský a zmysluplný.
2. *Prežitím hodnoty* – za najhodnotnejší ľudský zážitok je považovaná láska.
3. *Utrpením* – logoterapia hovorí o tragickej triáde – utrpení, vine a smrti ako o niečom, čo dáva príležitosť pre najhlbší ľudský rast. Nájsť zmysel života v utrpení možno považovať za morálne hrdinstvo (Drapela, 2008, s. 149–151).

Pri našej práci so seniormi (Zimermanová, 2011) vo vzťahu k ergoterapii (či k edukácii, alebo iným aktivitám pre seniorov) a vyššie uvádzaným myšlienkam považujeme lásku (a jej rôzne podoby) a činnosť (sebarealizáciu) za kľúčové pre kvalitu života seniora v rezidenciálnych podmienkach. Potreba sebaaktualizácie (sebarozvoja, sebavýchovy, sebavzdelávania) a potreba lásky (sociálnej opory, úcty, bezpečia) sú za bránami každého zariadenia sociálnych služieb nevyhnutné pre zvyšovanie kvality života seniorov a nájdenie zmyslu života seniorov. *„Byť odkázaným na pomoc, je požehnaním pre spoločnosť. Spoločnosť nepotrebuje len príklad, ale aj príležitosť pomáhať, ktorá sa im naskytuje"* (Breemen, 2005, s. 26). Pevne veríme, že nik nepremrhá svoju šancu podať pomocnú ruku našim starším, ktorí ju veľakrát tak bytostne potrebujú.

Literatúra

Balogová, B. 2005. *Seniori.* Prešov: Akcent Print. 158 s. ISBN 80-969274-1-8.

Blažej, A. 2005. Kvalita života z aspektu udržateľného rozvoja v 21. storočí. In Tokárová, A., Kredátus, J., Frk, V. *Kvalita života a rovnosť príležitostí.* Prešov: FF PU, s. 245–255. ISBN 80-8068-425-1.

Breemen, V. P. 2005. *Duchovná cesta k starnutiu.* Bratislava: Don Bosco. 77 s. ISBN 80-8074-026-7.

Cisariková, E. 2010. Inovácie a nové trendy v domove sociálnych služieb. In *Sociální pedagogika ve střední Evropě – inovace a nové trendy: sborník příspěvků z medzinárodní konference 2010.* Brno: Institut mezioborových studií, s. 261–269. ISBN 978-80-87182-15-4.

Draganová, H., et al. 2006. *Sociálna starostlivosť.* Martin: Osveta. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

Drapela, J. V. 2008. *Přehled teorií osobnosti.* Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-807367-505-9.

Eareckson ová, T. J. 1997. *Eutanázia: dilema života a smrti*. Bratislava: Lúč. 183 s. ISBN 80-7114-213-1.

Gavora, P. 2007. *Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu.* Bratislava: UK. 229 s. ISBN 978-80-223-2317-8.

Gillernová, I., Kebza, V., Rymeš, M., et al. 2011. *Psychologické aspekty změn v české spoločnosti: člověk na přelomu tisíciletí.* Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

Hnilicová, H. 2000. Zjišťování spokojenosti pacientů. In Bartlová, S., Hnilicová, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: zjišťování spokojenosti pacientů.* Brno: IDVPZ, s. 61–118. ISBN 80-7013-311-2.

Hrozenská, M., et al. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

Charyparová, M. 2010. *Kvalita života seniorů ve měste Most: diplomová práce*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

Janečková, H., Hnilicová, H. 1999. Spokojenost seniorov s institucionální péčí. *Zdravotnícke noviny,* č. 33, s. 16.

Kociová, K., Peregrinová, Z. 2003. *Fyzioterapia v geriatrii.* Martin: Osveta. 63 s. ISBN 80-8063-132-8.

Krupa, S. 2000. *Kvalitné sociálne služby 1.* Košice: Vienela. 120 s. ISBN 80-88922-17-8.

Křivohlavý, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají.* Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-2473604-4.

Máčovský, V., Mikolaiová, I. 2006. *Myšlienky z hladiny alfa.* Bratislava: IKAR. 191 s. ISBN 80-551-1113-8.

Malíková, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

Matoušek., O., Koláčková, J., Kodymová, P. 2005. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

Pronzato, A. 2006. *Staroba vek nádeje.* Trnava: Spolok svätého Vojtecha. 215 s. ISBN 80-7162-629-5.

Řehulka, E., Řehulková, O. 2005. Kvalita života a vývoj osobnosti. In *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia.* Dunajská Streda: Pelikán, s. 293–297. ISBN 80-967311-7-3.

Sejčová, Ľ. 2006. *Pohľad na kvalitu života dospievajúcich.* Bratislava: Album. 99 s. ISBN 80-968667-4-5.

Škrla, P., Škrlová, M. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management.* Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Tokárová, A. (Ed.). 2002. *Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti: Slovensko-poľský zborník štúdií a článkov.* Prešov: FF PU. 198 s. ISBN 80-8068-087-6.

Zimermanová, M. 2011. *Kvalita života seniorov a možnosti jej zvyšovania prostredníctvom edukácie: rigorózna práca.* Nitra: PF UKF. 133 s.

Autorka

PhDr. Monika Zimermanová, Univerzita Konštantína Filozofa, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky, Drážovská cesta 4, 949 74 Nitra, Slovensko, e-mail: `monika.zimermanova@ukf.sk`