

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Negativní dopady sociální izolace jako nezamýšlený důsledek protiepidemických  
opatření (COVID-19) u pacientů LDN**

**Negative impacts of social isolation as an unintended consequence of  
antiepidemic measures (COVID-19) in LTC patients**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Petr Novák, Ph.D.

Autor:

Bc. Romana Broftová

**Praha 2022**

*Ráda bych poděkovala vedoucímu této práce PhDr. Mgr. Petru Novákovi, Ph.D. za trpělivost, otevřenost, vstřícnost a ochotu mi poskytnout všechny potřebné rady při zpracování mé práce. Zároveň vedení a zaměstnancům Domova svatého Karla Boromejského, kteří mi výzkum umožnili a podpořili. V neposlední řadě respondentům, bez kterých by tento výzkum nebyl možný. A všem, kteří mi poskytli cenné rady a podporu při zpracování této práce.*

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Negativní dopady sociální izolace jako nezamýšlený důsledek protiepidemických opatření (COVID-19) u pacientů LDN“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. 4. 2022

Bc. Romana Broftová

## **Anotace**

V diplomové práci je dle dostupných pramenů popsána problematika negativních dopadů sociální izolace na pacienty LDN jako nezamýšlený důsledek protiepidemických opatření. V práci je popsána cílová skupina osob ve vyšším věku, včetně jejich potřeb a možných pobytových zařízení, které může člověk staršího věku využít. Dále jsou zde popsány faktory, které ohrožují zdraví seniorů a jejich prevence, včetně sociální izolace a podrobný popis onemocnění COVID-19, se statistickými údaji a opatřeními, které byly nařizovány k ochraně více zranitelných osob. V závěru teoretické části je popsán sociologický koncept nezamýšlených důsledků. Empirická část je zaměřena na seniory a lidi ve vyšším věku pobývajících v pobytovém zařízení, kteří jsou ohroženi sociální izolací, z důvodu uzavření zařízení, kvůli epidemii onemocnění COVID-19. S důrazem na jejich vlastní prožívání dané situace včetně popsaných dopadů na jejich zdraví a vnímání celé situace.

## **Klíčová slova**

Senior, sociální izolace, COVID-19, protiepidemická opatření,

## **Annotation**

According to available sources, this diploma thesis describes the issue of negative effects of social isolation on patients in the hospital for long term sickness as an unintended consequence of anti-epidemic measures. The work describes the target group of older people, including their needs and possible residential facilities that can be used by them. It also describes the factors that threaten the health of seniors and their prevention, including social isolation and a detailed description of coronavirus disease (COVID-19), with statistics and measures that have been ordered to protect more vulnerable people. At the end of the theoretical part, the sociological concept of unintended consequences is described. The empirical part is focused on seniors and older people living in residential facilities, who are at risk of social isolation because of the closure of facilities, due to the epidemic of COVID-19. With emphasis on their own experience of the situation, including the described effects on their health and perception of the whole situation.

## **Keywords**

Senior, social isolation, COVID-19, anti-epidemic measures,

# Obsah

Úvod.....	8
<b>I. Teoretická část práce.....</b>	<b>10</b>
1. Senioři v institucích.....	11
1.1. Stáří a stárnutí.....	11
1.2. Pobytové sociální služby pro seniory.....	14
1.3. Ochrana práv seniorů, etické normy .....	15
1.4. Potřeby seniorů .....	17
2. Ochrana a podpora zdraví seniorů.....	20
2.1. Prevence zdraví seniorů.....	20
2.2. Psychické poruchy .....	21
2.3. Fyzické nemoci.....	24
2.4. Ageismus .....	26
3. Sociální izolace.....	28
3.1. Prevence sociální izolace seniorů.....	28
3.2. Řešení sociální izolace.....	30
3.3. Sociální izolace seniorů v pobytových zařízení při epidemii COVID-19.....	31
3.4. Osamělost.....	33
4. COVID-19, epidemiologická situace .....	34
4.1. Onemocnění COVID-19 .....	34
4.2. Protiepidemická opatření.....	35
4.3. Statistické údaje.....	36
4.4. Ochrana vulnerabilních osob .....	37
5. Sociologický koncept nezamýšlených důsledků jednání.....	39
<b>II. Empirická část práce .....</b>	<b>41</b>
6. Metodologie.....	42
6.1. Cíl a výzkumná otázka.....	42

6.2.	Metoda výzkumu .....	44
6.3.	Technika sběru dat.....	44
6.4.	Charakteristika místa výzkumu .....	44
6.5.	Vzorek respondentů a jejich popis.....	45
6.6.	Průběh sběru dat a vyhodnocení .....	46
7.	Analýza dat .....	48
7.1.	Kódování.....	48
7.1.1.	Otevřené kódování.....	48
7.1.2.	Axiální kódování .....	51
7.1.3.	Selektivní kódování .....	52
8.	Výsledky výzkumu.....	54
9.	Diskuze.....	56
	Závěr.....	61
	Seznam literatury .....	63
	Seznam internetových zdrojů.....	67
	Seznam tabulek .....	71
	Seznam příloh .....	72
	Přílohy .....	73

## **Seznam zkratk**

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

## Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila *Negativní dopady sociální izolace jako nezamýšlený důsledek protiepidemických opatření (COVID-19) u pacientů LDN*. Téma práce jsem si vybrala, jelikož jsem v období druhé vlny epidemie COVID-19, pracovala na oddělení dlouhodobě nemocných jako ošetřovatel, kde jsem byla s pacienty zařízení v téměř každodenním kontaktu a mohla s nimi hovořit o tom, jak danou situaci vnímají a zvládají, včetně dopadů, které na ně současná situace má. Já sama jsem pociťovala smutek a úzkost z představy, že se často jedná o pacienty v terminálním stádiu onemocnění a čas, který jim zbývá je již dosti omezen a nejspíše tak byli připraveni o jednu z posledních šancí ještě jednou vidět své blízké a rozloučit se. Zároveň se jedná o téma, které je hodně probírané v souvislosti s vládními opatřeními a důsledky, které tyto opatření budou mít a na starých lidech zanechají, jelikož se jedná o nový jev a jeho důsledky, které neumíme předvídat jsou ještě z části neznámé. Vliv těchto opatření jsem mohla pozorovat i v postupujícím čase a porovnávat se situací, kdy jsou návštěvy v zařízení umožněny. Zároveň se jedná o aktuální problematiku, zkoumat dopady sociální izolace, které mohou pociťovat klienti pobytových sociálních služeb, které byly v době pandemie i po ní velice aktuální a zkoumání těchto důsledků žádoucí.

Cílem práce je zaměřit se na problematiku sociální izolace v souvislosti se současnými protiepidemickými opatřeními, zejména na uzavření pobytových zdravotnických zařízení veřejnosti, včetně rodin pacientů, čímž jsou pacienti nejvíce ovlivněni. Práce se zabývá dopady a důsledky, kterými sociální izolace ovlivnila psychické a fyzické zdraví pacientů, a jakými dalšími faktory jsou nejvíce ohroženi.

Práce je rozdělena do devíti základních kapitol a několika dalších podkapitol. První část je teoretická a zaměřená na problematiku seniorů, sociální izolace a onemocnění COVID-19. V druhé, empirické části práce se zaměřuji na popsání průběhu mého výzkumného šetření, interpretaci výsledků výzkumu a diskuzi výsledků.

Teoretická část má pět kapitol. První kapitola pojednává o seniorech v institucích. Popsání stárnutí a stáří z několika pohledů. Popisují zde konkrétní pobytové služby pro seniory, kde může senior dlouhodobě pobývat a zároveň potřeby seniorů, kteří v takových zařízení pobývají, včetně ochrany jejich práv a etických norem, které jsou v pobytových zařízení podstatné, a také dokumentů, které je upravují a neměly by být



porušovány a nikomu upírány. Následující kapitola se zabývá ochranou zdraví seniorů a její prevence. Příklady fyzických a psychických onemocnění, kterými jsou lidé ve vyšším věku ohroženi a též jejich prevence. V závěru druhé kapitoly uvádím problematiku ageismu. Třetí kapitola se zabývá sociální izolací, její prevencí, možnostmi řešení a problematikou sociální izolace v pobytových zařízeních v průběhu epidemie COVID-19. Čtvrtá kapitola je zaměřena na onemocnění COVID-19 a opatřeními, která byla nařizována v průběhu epidemie, včetně opatření, která měla za cíl chránit zranitelné osoby proti nákaze, a statistickými údaji tohoto onemocnění v České republice a ve světě. Poslední kapitola teoretické části je věnována nezamýšleným důsledkům jednání, možným příčinám vzniku těchto důsledků a jejich dělení.

Empirická část obsahuje čtyři hlavní kapitoly, které se zabývají popisem výzkumného šetření a přípravy, dále postupem při vyhodnocování výsledků prostřednictvím kódování, samotnou interpretací výsledků výzkumu a v závěru diskuzí ohledně výstupů šetření. Výzkumné šetření probíhalo v Domově sv. Karla Boromejského v období druhé vlny pandemie, při které se již podruhé uzavřely zdravotnické a sociální zařízení veřejnosti. Konkrétně se jednalo o období od února do března 2021. V této době se výzkumného šetření účastnilo celkem deset respondentů, z toho dva muži a osm žen. Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů s předem připravenou osnovou otázek, ve kterých byl prostor pro individuální doptávání. Cílem empirické části mé práce je se zaměřit na to, jakým způsobem současná protiepidemická opatření způsobují sociální izolaci pacientů LDN v souvislosti s onemocněním COVID-19. Popřípadě jak respondenti současná opatření vnímají, zda způsobují sociální izolaci a jakým způsobem se na respondentech sociální izolace a odloučení od rodiny a blízkých projevuje.

# **I. Teoretická část práce**

# 1. Senioři v institucích

## 1.1. Stáří a stárnutí

### Stárnutí

Za poslední etapu lidského života je označováno stáří, nazýváno též jako postvývojová etapa, z toho důvodu, že všechny potenciální schopnosti rozvoje člověka byly realizovány. V tomto období života dochází ke změnám spojených s vysokým věkem, ale tyto změny nemusí být natolik zásadní, aby člověk nebyl schopen žít aktivním a nezávislým životem (Vágnerová, 2007).

Zachování životaschopnosti až do vysokého věku je výsledkem spojení několika faktorů, například vrozená a genetická predispozice, životní styl současný i minulý, způsob stravování a vliv prostředí, v jakém osoba žije (Dvořáčková, 2012). Stáří člověka není možné pochopit bez souvislostí celého životního cyklu. Kvalitu života ve stáří významně ovlivňují všechny životní etapy člověka (Sak, Kolesárová, 2012).

Pojmem stáří se myslí období života, ve kterém postupně může dojít k úbytku funkčnosti a samostatnosti zejména po fyzické, psychické, sociální a spirituální stránce. Úbytek sil v těchto odvětvích může vést až k neuspokojování potřeb jedince (Pokorná, 2010).

Stárnoucí lidé se od sebe odlišují na základě tří možných stavů. Jedná se o stav normální, optimální a patologický. Ve stavu normálním se nachází jedinec, který netrpí žádnou biologickou nemocí či mentální patologií, tedy je to člověk, který není ohrožen nemocí. Optimální stav, je ideální stav, do kterého by se člověk mohl dostat na základě nejlepších podmínek prostředí, které na něj měli vliv v průběhu celého života. Patologický stav stárnutí je charakterizován výskytem různých patologií či nemocí. Rozlišování těchto stavů je důležité, aby okolí nepovažovalo za normu stárnoucího člověka, například jako osobu, která trpí Alzheimerovým syndromem, což by všeobecně narušovalo postoj společnosti ke stárnutí (Křivohlavý, 2011).

Dle Juráškové (2014) má stárnoucí člověk několik hlavních úkolů. Jedná se o smíření se s ukončením pracovní kariéry a odchod do důchodu, přijetí nové společenské role například role prarodiče či vyrovnání se s úbytkem tělesných sil, popřípadě s částečnou nebo úplnou závislostí na jiné osobě.

Dle Pokorné (2010) je stárnutí možné rozdělit do tří stupňů dle změn kognitivních funkcí: úspěšné, normální a patologické stárnutí. Úspěšným stárnutím se myslí naprosté zachování schopností, kognitivní funkce jsou zachovány a výkonnost se dá srovnat s obdobím středního věku. Při normálním stárnutí dochází k fyziologickým změnám v psychických a kognitivních schopnostech, zejména drobné poruchy paměti či zapomínání. Patologické stárnutí přináší různé kognitivní poruchy a nemoci například počínající formy různých demencí.

### Biologie stárnutí

Popisuje celek biologických jevů, které formují lidský život v celém jeho průběhu. Zaměřuje se i na to, jak se tyto jevy patologicky mění. Může se jednat o imunologické změny, změny buněčného systému a změny funkce brzlíku. Stáří funguje sestupně a jeho počátek je již v předchozích vývojových fázích (Křivohlavý, 2011).

Se stárnutím a přibývajícím věkem je spojen termín fyzická křehkost. V tomto stavu se objevují omezení, které jedinec do této doby vůbec nevnímal. Jedná se stav, kdy je člověk více náchylný k různým onemocnění. Důvodů křehkosti je několik: úbytek svalové síly, ubývání fyzických schopností (například se zpomaluje tempo chůze), snížení kostní hmoty a minerálů, snížení či ztráta imunity, omezení pohyblivosti jedince a jeho tělesné rovnováhy (Mlýnková, 2011). Fyzicky křehký senior je ten, jehož zdravotní stav není stabilní, funkční a je ohrožen náhlými komplikace, které mají tendence se opakovat (Ondrušová, 2019).

Biologické stárnutí je jev, který označuje celkové změny organismu z fyziologického hlediska. Změny se týkají všech systémů: pohybového, kardiopulmonálního, trávicího, pohlavního a vylučovacího, kožního, nervového a smyslového (Klevetová, 2017).

### Psychologie stárnutí

Dle psychologie stárnutí je velice důležitá příprava již v mladším věku. Podstatné je, si naplánovat dobu, kdy jedinec přijde o svou pracovní roli a uvědomit si, co bude dělat se svým volným časem a být těmito myšlenkám otevřený. A uvědomit si, co doopravdy chce. Stárnutí je třeba chápat ve všech biologických, psychických i sociálních souvislostech. Senior může být více citlivý a snadno se dojímat. Některé lidské vlastnosti se ve stáří mohou změnit nebo naopak budou intenzivnější. Vzrůstá citová zranitelnost a potřeba projevů nákladnosti, ohleduplnosti a úcty (Klevetová, 2017).

## Sociální stárnutí

Dle Klevetové (2017) s přibývajícím věkem může být výskyt chronických onemocnění vyšší a tyto onemocnění mohou způsobit zhoršení a ubývání schopnosti soběstačnosti. Snížená schopnost soběstačnosti a ztráta sociálních rolí mění míru účasti na společenském životě, na který byl jedinec doposud zvyklý. Pro seniora může být obtížné požádat o pomoc a přijmout změnu v samostatnosti a ocitnout se sociálně izolován.

Intenzita vztahů se ve staří nijak nemění, právě naopak význam rodiny a rodinných vztahů roste. V rodině člověk ve starším věku zaujímá důležitou pozici, kterou je role prarodiče, která je velmi vítaná a pozitivně prožívána. Tato role je nejen výukovou, když jedinec předává důležité informace svým vnoučatům, ale zároveň může i mírnit spory mezi rodiči a dětmi, tím, že bude vyprávět příběhy z dětství rodičů vnoučat. Vnoučata jsou seniory celkově vnímána pozitivně, těší se na ně, a tuto roli intenzivně prožívají. Manželské vztahy v této době jsou velice intenzivní a ztráta partnera je těžkou a závažnou událostí, se kterou je těžké se vyrovnat (Langmeier, Krejčířová, 2006).

## Stáří

Stáří s sebou přináší změny v odvětví biologickém, psychickém a sociálním. Změny biologické se týkají orgánů a orgánových soustav. Fyzické změny jsou nejvíce zřejmé na kůži a pohybovém ústrojí, které jsou patrné na první pohled. Dále se změny dotýkají kardiovaskulárního, respiračního, trávicího, nervového a smyslového systému. Psychické změny se s přibývajícím věkem objevují individuálně. Mezi společné změny patří zhoršení kognitivních schopností a pokles psychické vitality. Schopnost přizpůsobení se změnám se zhoršuje. Může docházet i ke změnám v osobnosti či vlastnostech jedince. Sociální změny jsou úzce spojeny s odchodem z pracovního procesu do důchodu a vyrovnání se s novou sociální rolí důchodce. Pokud si člověk neumí nebo nezvládne vyplnit čas smysluplnými činnostmi, může být znuděný či prožívat negativní emoce, z důvodu neuspokojených potřeb (Mlýnková, 2011).

Procentuální zastoupení osob starších 65 let v průběhu let má vzestupnou tendenci. V roce 2018 bylo v České republice 19,2 % osob starších 65 let (www.czso), což je více než 2 miliony osob (www.ceskovdatech), ale v předchozích letech toto číslo bylo nižší. Konkrétně v roce 2000 bylo osob starších 65 let pouze 13,8 % (www.czso.cz).

## **1.2. Pobytové sociální služby pro seniory**

Pobytová sociální služba je určena pro klienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje celodenní péči a soběstačnost je natolik snížena, že tato osoba nemůže zůstat doma sama. To znamená, že vyžaduje celodenní péči, kterou je často obtížné zajistit v domácím prostředí prostřednictvím rodiny a různých terénních služeb. Pobyt v domácím prostředí se stává nevyhovujícím až nebezpečným, v těchto případech je vhodné uvažovat o vhodné pobytové službě (Holmerová, Jurášková, 2014).

Existuje několik pobytových zařízení pro seniory, jedná se o: odlehčovací služby, týdenní stacionář, domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a o sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Odlehčovací služba je službou na pomezí pobytové a terénní služby. Tato služba je poskytována rodinám, které po určitý čas nemohou pečovat například z důvodu dovolené, vlastní hospitalizace a podobně. Takže zařízení poskytující odlehčovací služby pouze po určitou dobu přebírá starost a pečuje o klienta místo rodiny či pečující osoby.

Týdenní stacionář je pobytovou službou, která nabízí možnost pobytu a péče pro osobu se sníženou soběstačností většinou pouze od pondělí do pátku, tedy víkendy klient tráví primárně doma se svou rodinou. Vhodná pro osoby, které i přes svůj zdravotní stav, chtějí aktivně trávit volný čas a udržovat sociální kontakty (Holmerová, Jurášková, 2014).

Domov s pečovatelskou službou je spojení pečovatelské a pobytové služby. Klienti jsou soustředěni do jednoho místa a mají k dispozici pečovatele. Zároveň domov s pečovatelskou službou je jednou z možností, jak vyřešit nevyhovující bydlení seniora.

V domovech pro seniory jsou klienti, jejichž soběstačnost byla z důvodu vysokého věku snížena a nejsou schopni se o sebe v plné míře sami postarat a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o službu pobytovou.

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou službou, která je přizpůsobena specifickým potřebám svých klientů. Nejčastěji se jedná o klienty se sníženou soběstačností z důvodu duševního onemocnění, stařecké demence či závislosti na návykových látkách.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče je služba poskytována osobám, jejichž zdravotní stav nevyžaduje zdravotní péči, ale vzhledem

k tomuto stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci. Z tohoto důvodu nemohou být propuštěni ze zařízení, do doby než péče o osobu bude zajištěna blízkou osobou či jiným zařízením poskytující sociální služby (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

#### Rizika pobytových sociálních služeb

Jedním ze závažných rizik dlouhodobého pobytu v zařízení sociálních služeb je institucionalizace. Jedná se o adaptaci na podmínky vytvořené zařízením a tedy o snížení schopnosti přizpůsobení se na podmínky mimo pobytové zařízení. V zařízení nemá klient žádné povinnosti, vše za něj řeší personál zařízení (praní, finance, jídlo, hygienu a další). Dalším problémem je, že se klient stýká pouze s omezeným počtem lidí z řad personálu či spoluobyvatelů a nemusí mít dostatek potřebných sociálních kontaktů. Omezení většiny podnětů může vést k ztracení zájmu o vnější svět a osoby v něm, snížení schopnosti komunikovat, častý dlouhý spánek či automatizace pohybů (Matoušek, 1999).

### **1.3. Ochrana práv seniorů, etické normy**

Staří lidé v naší populaci tvoří jednu z nejohroženějších skupin obyvatel, která je zranitelnější a důvěřivější, tudíž je více vystavena nevhodnému chování a zneužívání od ostatních lidí. Je na nich častěji páchána trestná činnost či podomní prodej, jelikož jsou z důvodu zdravotních či psychických problémů snadným terčem (Holmerová, Jurašková, 2014).

Důkazem toho, že tato skupina obyvatel potřebuje jistou ochranu a zaručení svých práv je to, že existuje několik oficiálně schválených dokumentů, které se zabývají ochranou práv seniorů. Například se jedná o tyto dokumenty: Listina základních práv a svobod, Evropská charta práv seniorů, Práva hospitalizovaných osob, Etický kodex sester, Charta práv umírajících a Evropská charta pacientů seniorů (Malíková, 2020).

Několik článků z Listiny základních práv a svobod, které se týkají nejen seniorů, ale senioři mohou být více ohroženi nedodrčováním: Článek 7 - *Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení.* Článek 8 *Osobní svoboda je zaručena.* Článek 10 - *Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno* ([www.psp.cz](http://www.psp.cz)).

Evropská charta práv seniorů uvádí nutnost považovat seniora za sobě rovného partnera, který má právo podílet se na rozhodování ohledně vlastní osoby. A zároveň respektovat potřeby člověka, které jsou spojeny s jeho často zhoršeným zdravotním stavem. Pokud není možný bezpečný návrat domů, z důvodu závislosti a nesamostatnosti seniora, je nutné nabídnout zdravotnické a sociální služby, které by návrat do domácího prostředí umožnily. A tím i umožnit starším lidem vést plnohodnotný život ([www.fnusa.cz](http://www.fnusa.cz)).

Dle doporučení Evropské rady č. 1418/1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících vznikají následující práva. Člověk má právo, aby s ním bylo zacházeno jako s plnohodnotnou lidskou bytostí až do konce jeho života. Dále má právo vyjádřit své pocity či obavy, včetně duchovních a spirituálních potřeb, spojených nejen s blízkou smrtí. S tímto je spojené právo zemřít v poklidu a důstojně obklopen lidmi, kterými si přeje. A i když je člověk ve stavu, který se nedá zvrátit nebo vyléčit, má nárok na stálou zdravotní péči a léčbu bolestí a příznaků s nemocí spojených ([www.kleofas.cz](http://www.kleofas.cz)).

Každá činnost, kterou pracovník vykonává, by měla být v souladu s jeho vnitřními principy a morálními zásadami, a tudíž prováděna přirozeně. K tomu je důležité uvědomění všech pracovníků o jedinečnosti každého klienta a vnímání jeho ojedinělé osobnosti (Malíková, 2020).

Čevela a Čeledová (2014) uvádějí několik základních principů etiky z medicínského prostředí. Tyto principy jsou ektivita, autonomie, důstojnost, nepoškozování, poskytnutí pomoci a spravedlnost. Princip ektivity klade důraz na rovné příležitosti pro všechny. Zásadou tohoto principu je rovnost podílů na společenských statcích, tím se myslí i možnosti vyspělého zdravotnictví, ke kterým by měli mít přístup všichni bez rozdílů a tyto možnosti by neměli být nikomu upírány ani na základě vysokého věku. S respektem dalšího osobního rozvoje, sebeurčení a samostatnosti je spojen princip autonomie, klade důraz na podporu vůle k rozvoji a seberealizaci. Dalším důležitým principem je důstojnost. Nikdo nesmí být zbaven lidské důstojnosti, ani pokud trpí těžkou kognitivní poruchou či je v bezvědomí. Nedílnou součástí práce pracovníků v pečujících profesích je i cílevědomá ochrana, podpora či obnova lidské důstojnosti. Princip nepoškozování znamená nevytvářet svým jednáním nevhodné podmínky, které by mohli způsobovat utrpení, bolest či bránit klientům žít plnohodnotný život.



Ochrana práv seniorů je potřeba nejen v institucích, ale i v domácím prostředí, ve kterém jsou senioři vystaveni nevhodnému chování ze strany svých blízkých. Každé nevhodné chování ke starším členům společnosti je nutné zastavit i za cenu, že nebudou vídat své blízké. Projevy můžou být ze začátku mírné (okřikování, zakazování či ponižování) a následně vygradovat až k násilnému chování. Násilí páchané na seniorech můžeme rozdělit do tří skupin: mezigenerační násilí, násilí mezi partnery a násilí, které probíhá mimo rodinu (Holmerová, Jurášková, 2014).

Násilí na seniorech může mít mnoho podob: fyzickou, psychickou a citovou, finanční, sexuální a zanedbávání. Fyzické násilí jedná se o formu násilí, která zahrnuje bití (facky, kopání), neposkytnutí léků k tlumení bolesti, vystavování hladu či chladu a omezování volného pohybu seniora. Psychické a citové násilí zahrnuje nefyzickou agresi (nadávky, urážky, vydírání, zakázání návštěv). Do zanedbávání při péči o seniora se zahrnuje opomíjení potřeb, odpírání péče a nezájem či neposkytnutí potřebné podpory a péče, kterou senior potřebuje (Holmerová, Jurášková, 2014).

#### **1.4. Potřeby seniorů**

Uspokojování potřeb je pro seniory stejně důležité, jako pro všechny ostatní, ale senioři jsou často nuceni obrátit se s žádostí o pomoc na své okolí, protože často již sami nejsou schopni uspokojit své potřeby v takové míře, v jaké by si přáli. Při výčtu potřeb klienta bychom rozhodně neměli opomenout potřebu jistoty a bezpečí, nejen bezpečí fyzického, ale i psychického či ekonomického (Dvořáčková, 2012). Tyto potřeby se stávají důležitější a nabývají na hodnotě s přibývajícím věkem. Je to spojeno s ubýváním sil a schopností. Senior cítí, že na některé věci, již sám nestačí a postupně se stává závislým na pomoci druhých, což přináší nepříjemné pocity. Kromě negativních emocí může dojít k upevnění pouta s blízkými lidmi či rodinou, kteří jsou ochotni pomoci, poskytnout oporu a přináší pocity jistoty (Hauke, 2014).

Další důležitou potřebou v životě seniora je potřeba sociálního kontaktu. Zároveň je pro seniora nutné i jeho soukromí a klid, jelikož nadměrné množství podnětů mu neprospívá a může pro něj být zatěžující. Upřednostňují kontakty s rodinou či lidmi, které znají. S přibývajícím věkem sociálních kontaktů ubývá a člověk se může cítit osamělý či opuštěný. Jednou z nejčastějších zátěží stáří je pocit prázdnoty či naprosté

izolace (Hauke, 2014). Dále se jedná o potřeby jako je důvěra, stabilita a spolehlivost (Dvořáčková, 2012).

Dle Mlýnkové (2011) potřeba ukazuje na aktuální nedostatek, poukazuje na fakt, že v organismu něco chybí. Zároveň se může jednat o projev přebytku, při velkém množství podnětů se může objevit potřeba klidu. Po 75 letech věku se potřeby mění oproti mladším generacím. Do popředí se dostává potřeba zdraví, spokojenosti a bezpečí. Hlavními potřebami zůstávají potřeby fyziologické, vyšší potřeby a potřeby duchovní. Rozsah fyziologických potřeb je individuální a odvíjí se o vitality jedince. Mezi fyziologické potřeby patří potřeba příjmu tekutin, který je důležitý z důvodu sníženého pocitu žízně u seniorů a následné dehydrataci. Vyšší potřeby jsou kvůli strachu z onemocnění či ztráty partnera a závislosti na svém okolí. Převažuje potřeba bezpečí a jistoty, včetně ekonomického dostatku. Mezi nedostatečně uspokojené potřeby může patřit i komunikace, kvůli ubývání známých či umírání partnerů a blízkých osob. Duchovní potřeby jsou důležité zejména z důvodu závěrečné fázi života, se kterou je spojeno bilancování a hodnocení dosavadního života. Začínají se objevovat otázky ohledně smyslu života a na mnohé z nich nejsou odpovědi. Sílí potřeba svěřit své myšlenky aktivnímu posluchači, který podpoří nalezení otázek. Duchovní potřeby nejsou pouze záležitostí víry a Boha, ale i potřeba sounáležitosti a důvěry.

Logoterapie je psychologický směr, který se zabývá smyslem života. A podle V. F. Frankla má člověk vrozenou sílu smysl v životě nalézt. Při práci se seniory je podstatné je dovést k aktivizaci a uspokojování životních potřeb a existence člověka. Je nutné podporovat jejich hodnoty a víru ve schopnosti. Ukázat smysl v prožívané realitě a úkol v zátěžových situacích. Vždy existuje volba mezi prázdnotou a přijutím svého života. V. F. Frankl životní hodnoty rozděluje do tří oblastí – hodnoty tvůrčí, zážitkové a postojové. Tvůrčí hodnoty vycházejí z toho, že člověk něco koná a vytváří pro svůj či společenský prospěch. Ve vyšším věku tvůrčích hodnot v pracovním prostředí ubývá a člověk si může připadat neužitečně. Je podstatné přijmout snížené možnosti a hledat činnosti a možnosti, které jsou v rámci zbývajících sil. Dovolit si na činnost delší časový úsek a mít radost i z malých dílčích cílů. Hodnoty zážitkové vycházejí ze schopnosti přijímat ze světa zážitky a zajímavé podněty. Láska, krása a dobro jsou hodnoty, které mají trvalý charakter a vždy ve světě byly a budou. Postojové hodnoty mají nejvyšší

hodnotou, jedná o schopnost zaujmout postoj k určité životní události. Člověk by měl chtít v každé situaci být vědomý a odpovědný za svůj život (Klevetová, 2017).

Reminesenční terapie je jednou z technik, která je důležitá při práci se seniory. Jedná se o práci se vzpomínkami, revidováním a bilancováním nad smyslem života. Člověk ve starším věku může nalézt potěšení v prohlížení starých fotografií, procházením míst z minulosti či čtením starých dopisů. Jedná se o techniku, která může zjednodušovat a usnadňovat komunikaci s rodinou či blízkými přáteli. Technika je využívána nejčastěji pro osoby, jejich kognitivní schopnosti jsou omezeny (Thorová, 2015).

Existuje několik teorií, které jsou zaměřeny na proces adaptace na stáří a potřeby s adaptací spojené. Například teorie socioemoční selektivity vychází z motivace, která se v průběhu života mění. Člověk, který stárne je spíše zaměřen na uspokojování svých emocionálních potřeb. Většina pozornosti je věnována přítomnosti, hledání a zjišťování pozitivních informací. Myšlenky týkající se budoucnosti jsou spíše upozadovány (Cartensen, 1999 in Thorová, 2015).

## **2. Ochrana a podpora zdraví seniorů**

### **2.1. Prevence zdraví seniorů**

Fenoménem posledních let je stále se prodlužující délka lidského života, na což má významný vliv zlepšování životních podmínek a vyšší kvalita zdravotní péče. Na konci dvacátého století byl Světovou zdravotnickou organizací přijat koncept aktivního stárnutí. Jedná se o celoživotní strategii, která vychází z odpovědnosti za vlastní zdraví. Podstatnou součástí jsou principy mezigenerační solidarity, která má pozitivní dopad na sociální a psychickou stránku. Aktivní stárnutí je založeno na třech pilířích: zdraví (důraz na prevenci chronických onemocnění), bezpečnost (zajištění bezpečí a důstojnosti pro osoby ve vyšším věku) a participace (podmínky k celoživotnímu vzdělávání). Cílem aktivního stárnutí je snaha o zapojení do veškerých občanských aktivit – sociálních, kulturních a ekonomických. Včetně celkového zlepšení kvality života osob vyššího věku (Čeledová, Čevela, 2017).

Obecný fakt, že ubývání tělesné výkonnosti ke stárnutí patří, je považován za skutečnost. Ale nemusí tomu tak být, tělesný úbytek je možné zásadně zpomalit a udržet si tak zdravý životní styl. Pravidelná tělesná aktivita může zlepšit fungování celého imunitního systému (Smith, 2004 in Ayers, De Visser, 2015). Odlišní lidé se budou na stáří adaptovat odlišným způsobem. Jde o subjektivní postupy, které vycházejí z předchozího životního stylu, pokud někdo sportoval a hýbal se celý život, bude nejspíše fyzicky aktivní i ve stáří. S přípravu na stáří je dobré nepodcenit a preventivně se připravovat již v období mladé dospělosti, před prvními znaky blížícího se stáří. Důležitým faktorem přípravy na stáří je zdravý životní styl, duševní aktivita a vzdělávání se v průběhu celého života. Ke spokojenosti ve stáří pomáhá i samostatnost, absence chronických onemocnění a problémů a psychická a fyzická aktivita (Thorová, 2015).

Křivohlavý (2011) uvádí několik rad pro spokojený život i ve stáří, rady se týkají tělesné, duševní, sociální a osobnostní stránky. Pro tělesné, fyzické zdraví je důležitý pravidelný pohyb a cvičení, například formou pravidelných procházek. Klade důraz na opatrnost a péči o své zdraví, třeba návštěvou lázní a rehabilitací. Opatrnost je třeba zejména doma při úklidu, chůzi po schodech a na nerovném terénu.

Duševní zdraví znamená, že se člověk cítí po tělesné, duševní a sociální stránce dobře, nikoli že není nemocný. Potenciál duševního zdraví má každý včetně lidí trpících duševní nemocí (Matoušek, 2008). Duševní zdraví je možno podporovat četbou knih, zvládnutím nových technologií – internetu a tréninkem paměti prostřednictvím křížovek, hádanek nebo sudoku. Pro trénink paměti je vhodné i studium na Univerzitách třetího věku nebo využití kurzů zaměřených na trénink paměti. Člověk by se měl hlouběji zamýšlet nad věcmi, být zvědavý, meditovat (Křivohlavý, 2011).

K sociální pohodě je důležitý kontakt s ostatními lidmi a udržování kontaktů s nimi. Naučit se základy aktivního naslouchání a více poslouchat, než sám mluvit a neskákat druhým do řeči. Zároveň je důležité mít okruh pár nejbližších přátel z řad svých vrstevníků, s kterými se dá hovořit o všem (Křivohlavý, 2011).

Motivace je důležitým faktorem, který ovlivňuje lidské chování a uspokojování individuálních potřeb, které nejsou pouze biologické ale i pracovní a sociální. Základem motivace je dosáhnout rovnováhy mezi prostředím a sebou samým. Rovnováhy lze dosáhnout činnostmi, které dodají pocity uspokojení a samostatnosti. Seniorské je důležité povzbudit ve správném vnímání a postoji, že to opravdu zvládnou, a že věříme v jejich schopnosti (Klvetová, 2017).

## **2.2. Psychické poruchy**

Dle Matouška (2008) se jedná o stav, který se vyznačuje poruchami spojenými s prožíváním a mezilidskými vztahy. Hlavními skupinami psychických poruch jsou psychózy, poruchy osobnosti a nálad a úzkostné poruchy.

Žádné možnosti primární prevence, tedy předcházení rozvoje psychických poruch neexistují. Cílí se na vyvážený životní styl a celkovou prevenci, která je zaměřena na péči o tělo, sociální vztahy a psychiku. Sekundární prevence je cílena na snížení dopadů a škod na lidech, kteří psychickou poruchou trpí či jsou jejím vznikem ohroženi. Hlavním cílem je snaha o zmírnění nebo zastavení dalšího rozvoje onemocnění. Terciární prevence slouží k zabránění recidivy, podpoře rekonvalescence a opětovné socializaci (Orel, 2020).

## **Deprese**

Jedná se o poruchu, která narušuje emoční prožívání. Hlavním znakem deprese je chorobný smutek, spojený se ztrátou energie a veškerých zájmů. Vyznačuje se zejména pesimistickou představou o budoucnosti. Vyšší pravděpodobnost výskytu deprese je u starších lidí či u lidí, kteří prožívají těžkou životní situaci, jako například ztrátu blízké osoby. Objevit se mohou i problémy se spánkem, sebevědomím a omezením komunikace (Matoušek, 2008).

Dle Orla (2020) se deprese vyznačuje pocity beznaděje, tento pocit může být tak silný, že se často objevují i sebevražedné myšlenky či myšlenky týkající se smrti. U člověka trpícího depresí je poškozena schopnost soustředění, koncentrace a pozornosti. Deprese může být doprovázena i fyzickými symptomy jako je bolest končetin a celého těla, tlak v oblasti hrudi a trávicí obtíže.

Zejména ve stáří mohou být příznaky deprese zaměněny se somatickými příčinami různých onemocnění a nemusí být včas rozpoznány. Pacienti, kteří mohou být k rozvoji deprese náchylnější, a tedy jsou rizikovými pacienty, jsou pacienti s kardiovaskulárním nebo onkologickým onemocněním. Četnost výskytu deprese je rozdílná u pacientů, kteří jsou hospitalizováni a těch kteří jsou v pobytové instituci nebo v domácím prostředí (Holmerová, Jurášková, 2014). Dle Thorové (2015) se onemocnění depresemi týká 10 % seniorů, kteří žijí v domácím prostředí, častější výskyt depresí mají senioři, kteří žijí či dočasně pobývají v pobytových zařízeních pro seniory.

Seniorské deprese mají svá specifika zejména v projevech onemocnění. Klinický obraz pacienta je povrchnější a symptomy nemusí být ze začátku patrné. Může se objevit zvýšená citlivost na bolest a zhoršení projevů různých onemocnění. Senior se v důsledku deprese může stát odolným na léčbě dalších nemocí a obtíže spojené s onemocněním mohou být vleklé (Venglářová, 2007).

## **Demence**

Je získaná porucha kognitivních funkcí a zásadně ovlivňuje další funkce mozku a tím i zdraví pacienta. U postižení demencí nastává zhoršení krátkodobé i dlouhodobé paměti. Dále může být narušena funkce abstraktního myšlení, narušení soudnosti či dalších kognitivních funkcí. Při této poruše nejsou neobvyklé změny osobnosti (Pidrman, 2007). Například skleslost či agresivita. Jedním z kritérií diagnostiky je fakt, že před rozvojem nemoci se člověk vyvíjel běžným způsobem. Ústavní péče o lidi, trpící touto poruchou by měla nastat až u pokročilých forem (Matoušek 2008).

Při postupující demenci a postupně se zhoršujících příznaků je ztracena nezávislost a péče o sebe samého, zejména je zanedbávána hygiena člověka. Objevují se poruchy spánku či vnímání. V pokročilém stádiu onemocnění hrozí inkontinence a odkázání člověka na pomoc s péčí od jiné osoby či instituce (Orel, 2020).

### **Delirium**

Jedná se o závažnou duševní poruchu vědomí, která je častá zejména u hospitalizovaných osob a osob trpících demencí. Český výraz pro delirium je stav zmatenosti. V tomto stavu je narušeno vědomí pacienta. Pacient je dezorientován časem, místem i situací a orientován je jen vlastní osobou. Z důvodu dezorientace se jedinec může cítit ohrožen a reagovat vztahovačně až paranoidně (Jiráček, 2013).

Jedná se o komplexní psychickou poruchu, která má většinou krátké trvání, ale často dochází k recidivě. Delirium je stav, který reaguje na příčinné faktory nebo jejich kombinaci. Syndrom deliria vždy tvoří komplikaci v léčbě a špatné prognózy do budoucna, kvůli ztrátě schopnosti soběstačnosti, zvýšeného rizika pádů a úrazů či útlum medikamenty (Kalvach, 2008).

Delirium má i své somatické příčiny. Například dehydrataci, změny v metabolismu, zánětlivá onemocnění, zažívací potíže, bolest či psychosociální stres (Kalvach, 2008). Může být provázeno poruchami pozornosti, myšlení, vnímání, emocí či poruchy spánkového cyklu (Jiráček, 2013).

Je obtížné určit pacienty, u kterých se dají tyto stavy očekávat. Proto je nutné definovat rizikové faktory a snažit se jim předcházet či dohlížet na pacienty, kteří mohou být více náchylní. Pacienti, kteří prožívají nějakou zátěž, jsou hospitalizovaní, mají před či po operaci nebo se léčí se zánětlivým onemocněním. Zejména u těchto pacientů je potřebná dbát na dostatečnou hydrataci, včasnou léčbu zánětů a vhodně nastavenou farmakoterapii (Kalvach, 2008).

### **Úzkost**

Úzkost je intenzivní pocit sklíčenosti, který nemá konkrétní příčinu ani důvod. Bývá často spojována s depresí a dalšími psychickými poruchami. Fyzické dopady úzkosti jsou například srdeční obtíže nebo svalové a dechové napětí. Dá se léčit pomocí psychoterapie zaměřené na zdroje či příznaky, zejména zklidněním jedince prostřednictvím dechových cvičení, masážemi, autogenními tréninky či relaxací (Matoušek, 2008).

Pocit úzkosti a strachu může trvat delší časové období nebo se objevovat v epizodách, zároveň i doba trvání se liší. Může trvat pouze několik sekund, ale i několik měsíců. Spontánní úzkost nemá jasnou příčinu. Situační úzkost je vyvolána konkrétní situací a jedná se o reakci na okolnosti. Úzkost se může objevit u kohokoliv, v menší míře jsou normální a přirozenou součástí lidského prožívání, u úzkostných poruch míra intenzity narušuje kvalitu běžného života a fungování (Orel, 2020).

### 2.3. Fyzické nemoci

Dle Mlýnkové (2011) je jedním ze specifických znaků pro onemocnění ve stáří pojem polymorbidita. To znamená, že jedinec trpí více onemocněními zároveň. Nebo dochází k řetězení onemocnění, tedy že jedna nemoc vyvolá jinou. Ve vyšším věku je léčba onemocnění složitější či často i nemožná a počet onemocnění se zvyšuje.

#### Omezení hybnosti

**Syndrom hypomobility** znamená omezení pohybových aktivit a snížení schopnosti ujít malou vzdálenost za určité časové období. Člověk je limitován rychlostí a výdrží při chůzi. Základním preventivním opatřením hypomobility ve stáří je dostatečná motivace seniora k chůzi a pohybu. Podstatné je i zajištění vhodného prostředí k tréninku chůze – bezbariérové prostředí, místa k odpočinku, opěrné pomůcky (Kalvach, 2008).

Dalším faktorem, ovlivňujícím hybnost ve stáří je **sarkopenie**. Sarkopenie je úbytek svalové hmoty a ubývání svalových schopností a síly svalů. Základním preventivním opatřením je zachování pohybu a kvalitní strava s důrazem na příjem bílkovin a vitamínu D. Pohyb by měl být častý a intenzivní, zaměřen i na posilování a rekondiční programy ve spolupráci s lékařem či fyzioterapeutem (Kalvach, 2008).

Nejzávažnějším rizikem **syndromu instability** pro seniory jsou pády. S tím souvisí i riziko morbidit či mortality v důsledku pádu. Příčiny pádu mohou být různé zejména abnormální styl chůze, různé poruchy zraku, špatná koordinace pohybů, svalová slabost. Důvody proč senior upadne jsou různé. Může se jednat o pády z důvodu zhroucení, skácení, zakopnutí, zamrznutí a pády při chůzi z různých důvodů, či pády ze sedu nebo z lůžka. V rámci prevence pádů je nutné myslet na vhodnou obuv, opatrnost na nerovných površích, překážky v cestě (Kalvach, 2008). Riziko pádů a různých úrazů



se rapidně zvyšuje o osob starších 65 let. Jedná se i o věk, kdy se různé zlomení hůře hojí a je zde zvýšené riziko smrti. Zvýšené riziko úrazů hrozí seniorům i v rámci dopravních nehod, zejména jako chodců či cyklistů. Z důvodu snížených kognitivních schopností a zpomalených reakcích (Thorová, 2015).

**Osteoporóza** – jedná se o postupné onemocnění poruchy stavby kostí. Při tomto onemocnění dochází k prořidnutí kostí a úbytku kostní tkáně. Hlavním problémem a nebezpečím je zvýšená náchylnost ke vzniku zlomenin, z důvodu poklesu minerálů a organických složek dochází k měknutí kostí (Orel, 2014).

**Artróza** – je degenerativní onemocnění kloubů. Artróza je dalším z onemocnění, které se objevují hlavně ve vyšším věku. Při tomto onemocnění dochází k porušení povrchu chrupavek kloubu, a tím je ovlivněno fungování a správná mechanika kloubu. Při rozvoji onemocnění člověk pociťuje bolesti v kloubech pouze při fyzické námaze nebo večer. Postupně se omezuje hybnost daného kloubu a pohyb je náročnější. Častou komplikací je špatné držení těla, které je dané fyzickými změnami kloubů nebo z důvodu úlevy od bolesti (Orel, 2014).

Další onemocnění, kterými jsou často ohroženi senioři.

**Diabetes mellitus II. typu** – pro rozvoj tohoto onemocnění je typický vyšší věk. Ve stáří tímto onemocněním trpí až třetina populace českých seniorů (Čeled'ová, Čevela, 2017). Jedná se o onemocnění, při kterém stoupá hladina inzulínu v těle, zejména při rozvoji onemocnění. K základním znakům onemocnění patří časté infekce močových cest a různá plísňová či kvasinková onemocnění, svědění na kůži a poškození cév (Orel, 2014).

**Inkontinence** – inkontinence moči a stolice je onemocnění, které výrazně ovlivňuje kvalitu života seniora. Diagnostikování tohoto onemocnění může být obtížné, jelikož mnoho lidí či seniorů se za toto onemocnění stydí, a tedy tyto obtíže tají či neřeší, jelikož to považují za obvyklé projevy stárnutí. Důsledky mohou být zdravotní, ekonomické i společenské. Společenské důsledky jsou zejména z důvodu uzavření se do sebe, kvůli studu, obavám a omezení vycházení z domu, což má zásadní vliv na vlastní aktivity, které doposud jedinec vykonával (Ondrušová, 2019).

**Dehydratace** – je komplex příznaků na těle, které jsou spojeny s nedostatkem tekutin v lidském organismu. Senioři jsou více ohroženi dehydratací z toho důvodu,

jelikož mají snížený pocit žízně, popřípadě senioři, kteří trpí inkontinencí nechtějí přijímat tekutiny, kvůli obavám z úniku moči. Dehydratovaný člověk pocítuje slabost, zmatenost a může trpět i na bolesti hlavy či závratě. Jedinou možnou prevencí, je neustálé a opakované připomínání pitného režimu a dohled nad ním, společně s rodinou či pracovníky zařízení (Ondrušová, 2019).

## **2.4. Ageismus**

Ageismus je jev, který je popisován jako věková diskriminace, nejčastěji se jedná o diskriminaci z důvodu vysokého či naopak nízkého věku. Je založen na předpokladu, že jedinci rozdílných věků a generací vykazují rozdílné hodnoty i charakteristiky (Pokorná, 2010).

V současné době je společenský postoj ke stáří a starým lidem spíše podceňující až odmítavý. Stáří je vnímáno jako období, ve kterém se člověk snaží zachovat zbytky toho, co získal dříve a pouze chátrá. Z těchto postojů vychází ageismus. Jedná se o postoj, který sdílí přesvědčení o tom, že staří lidé již nejsou kompetentní k různým úkonům, a tudíž jejich hodnota není vysoká. Z pohledu ageismu je stáří obdobím, ve kterém se ztrácí a upadá kvalita života (Vágnerová, 2007).

Senioři stejně jako další věkové skupiny, jsou kreativní, tato schopnost ovšem není ve společnosti dostatečně vážená. Nejen z důvodu ageismu či věkové diskriminace, ale například i kvůli bariéře ve formě nedostatečných podnětů či prostředků. Toto pochybení není jen ze strany seniorů, ale i ze stran institucí, které mají možnost tyto podněty pro seniory vytvářet či podporovat. Jedná se například o podporu volnočasových aktivit v odvětví kultury formou zlevněného seniorského vstupného či představení určené pro seniory (Holmerová, Jurášková, 2014).

Projevy ageismu ze strany osob pečujících je odpor vůči seniorovi, vyhýbání se komunikaci se seniorem, nadměrná podpora. Odpor či nechť k seniorovi se může projevit zejména při uspokojování seniorových potřeb, kdy ošetřovatel projeví odpor či nespokojené postoje ohledně péče o starého klienta. Vyhýbání se kontaktu se seniorem znamená, že osoba pečující vykoná vždy jen nejnütnější potřeby a nezajímá se o další potřeby či úkony a vyhýbá se jakékoli komunikaci. Nadměrná podpora je naprostým opakem výše uvedených projevů. Pečovatel je dle svého postoje v roli

experta a on nejlépe ví, co je potřeba. Tímto chováním připravuje seniora o možnost rozhodování či autonomie. Senior se dostává do role nesamostatné osoby a to má negativní dopad na jeho sebevědomí (Mlýnková, 2011).

Tošnerová (2002) jako nejčastější stereotypy týkající se ageismu uvádí představu, že všichni staří lidé jsou stejní. Stáří mužů se neliší od stáří žen, staří lidé jsou pro společnost nepotřební, protože nemají čím přispět. Dále, že stáří vyžaduje a potřebuje péči, jelikož je křehké. Poslední představou je, že stáří je ekonomicky náročné pro společnost.

Dle Andrlové (2016) hlavním zdrojem ageismu a negativního vnímání seniorů je celospolečenský strach ze smrti. Jelikož umírání blízkého člověka je spojováno s bolestí a nepochopením. Smrt není vnímána jako přirozená a nevyhnutelná součást lidského života. Pro společnost je bolestivé si připomínat lidskou smrtelnost. Lidská společnost propaguje a uznává krásu, zdraví a mladiství věk. Stáří může být vnímáno spíše negativně i z důvodu zvyšujícího se věku a ubývajících krásy. Dále lidé vnímají seniory jako ekonomickou zátěž a závazek. Jelikož je zakotvena představa, že senioři nejsou schopni chodit za zaměstnání a pokud ano, nejsou produktivními. Přitom pracujícího seniora dělá práce šťastným a může zde uplatnit své celoživotní znalosti a zkušenosti.

Projevy ageismu se mohou projevovat i v komunikaci s klientem. Jedná se o komunikaci, která není dostatečně respektující k osobě, se kterou hovoříme. Jedná se například o familiární oslovení babičko či dědečku. Toto oslovení je vysoce neprofesionální a není v souladu s profesní etikou stejně tak vtipy a věty ohledně seniorů (Mlýnková, 2011).

Dle fází společenské aktivity dle Saka (2012), je starší generace považována za generaci, která společnost řídí a reprezentuje. Zároveň je starší generace méně kritická k realitě, ale proces adaptace je obtížnější. Vyplývá to z faktu, že starší generace má kořeny v jiné době, která je po sociální stránce formovala.

### **3. Sociální izolace**

Sociální práce s klienty, kteří jsou lidé v seniorském věku se objevují většinou až v mimořádných situacích, které způsobují zdravotní či sociální faktory. Zejména směřuje k nejvíce zranitelným jedincům, tedy seniorům, kteří žijí osaměle, jsou propuštěni z nemocnice, trpí dlouhodobým onemocněním, žijí v pobytové instituci či jsou léčeni doma (Matoušek, 2005).

Většina lidí je ráda ve společnosti ostatních lidí, moct s nimi komunikovat a být v jejich přítomnosti. Jedná se o jednu ze základních potřeb člověka jakožto sociální bytosti. Sociální izolace, tedy nedostatek těchto kontaktů, zejména izolace nedobrovolná, nucená může způsobit velké množství psychických obtíží. Potřeba sociálních kontaktů a osoby blízké plní svou podstatnou funkci. Blízké vztahy s lidmi nám mohou dodávat pomoc a podporu a možnost projevit své nejnítěrnější pocity radosti i smutku. Zároveň pocity porozumění, bezpečí a jistoty, které jsou též důležitou součástí blízkých až intimních vztahů s lidmi (Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019).

Senioři jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin sociální izolací a s ní spojenou osamělostí. Je tomu tak z důvodu poklesu soběstačnosti a zvýšené závislosti na jiných lidech často i vynucenou změnou životního stylu, kterou může být například život v různých institucích pro seniory (Vágnerová, 2007). Osoby, které jsou dlouhodobě sociálně izolovány jsou ohroženi rozvojem kardiovaskulárních onemocnění, demence, deprese a mrtvice (Cotterell, Buffel, Phillipson, 2018).

#### **3.1. Prevence sociální izolace seniorů**

Pokud staří lidé stále pobývají v domácím prostředí, velmi významnou roli hrají lidé bydlící v okolí. Sousedé se stávají důležitými členy jejich sociální sítě. I toto může být jeden z důvodů, proč je pro seniory tolik stresující změna prostředí a stěhování se nejen do zařízení pro seniory, ale třeba i k bližší rodině (Vágnerová, 2007).

V dnešní moderní době je mobilní telefon nejen dobrým společníkem, ale i pomocníkem proti sociální izolaci. Jelikož pomáhá k udržování sociálních kontaktů. Zároveň může člověku dodávat pocity bezpečí a jistoty, že kdykoliv bude potřebovat pomoci či poradit může komukoliv zavolat. Opakované a zdánlivě zbytečné telefonáty

je potřeba brát vážně, může se jednat o volání o potřebnou podporu i jistotu, že mají komu zavolat (Vágnerová, 2007).

Domácí mazlíček může také dobře zprostředkovat sociální kontakty ať s ostatními lidmi, které člověk v rámci procházky se psem může potkat nebo i kontakt se zvířetem jako takový má terapeutické účinky (Vágnerová, 2007).

Sociální služby a další aktivity, které mohou sloužit jako prevence sociální izolace:

Denní stacionář, je zařízení, které poskytuje svým klientům různé aktivizační programy (Matoušek, 2011). Je vhodný pro osoby, které se starají o své blízké v domácím prostředí a přes den potřebují chodit do práce. A zároveň pro seniory, kteří jsou ohroženi samotou, sníženou soběstačností a chtějí smysluplně trávit volný čas ([www.pecovatelskecentrum.cz](http://www.pecovatelskecentrum.cz)).

Kluby a centra denních služeb pro seniory zajišťují pro své členy zejména zájmovou a společenskou činnosti, prostřednictvím organizování různých akcí. Cílem klubů je aktivizace osob, které dosáhli seniorského věku a vytvořit jim podmínky vhodné pro smysluplné trávení svého volného času s vrstevníky ([proseniory.olomouc.eu](http://proseniory.olomouc.eu)). Dále například organizace Život 90 ve svém centru denních služeb umožňuje seniorům navštěvovat různé kurzy či se účastnit různých akcí ([www.zivot90.cz](http://www.zivot90.cz))

Univerzita třetího věku je oborově a zájmově specifickým programem celoživotního vzdělávání. Cílem Univerzit třetího věku je poskytnutí možnost seniorům se kvalifikovaně a na vysoké úrovni seznámit s novými poznatky z vědy, politiky, kultury a dalších odvětví. Pro seniory je celoživotní vzdělávání mnoho přínosů, zejména radost z dalšího vzdělávání, procvičování paměti a setkávání se se svými vrstevníky ([cczv.cuni.cz](http://cczv.cuni.cz)). Kromě přednášek, které jsou určeny pouze pro seniory, existují i kurzy, které jsou určeny pro všechny a prolínají se zde, mladí studenti se studenty v seniorském věku. V poslední době se úspěšně rozvíjí i Experimentální univerzita, která je určena pro vnoučata a jejich prarodiče, která má za cíl podporovat mezigenerační soudržnost (Haškovcová, 2012)

Některé organizace poskytují služby respitní péče. Existuje více možností poskytování respitní péče. Jedna z nich je, že asistent přijde do bytu klienta a jeho rodiny a po dobu nepřítomnosti rodinných příslušníků, tráví čas s klientem. Další z možností je, že je o seniora postaráno v zařízení po určitou část dne (Matoušek, 2011).

Pohybová a taneční terapie je vhodná pro osoby v jakémkoli věku, jelikož každý pohyb i třeba jen mírný, dle možností osoby je prospěšný. Příhodně vybraná hudba a pohyby mají pozitivní vliv pro tělo i duši.

Canisterapie je moderní technika, která slouží k aktivizaci klienta s využitím cvičených psů. Tato technika má za cíl navození dobré nálady a rozptýlení nejen u klientů pobytových zařízení. V pobytových zařízení je tato technika používána nejčastěji. Kromě zlepšení nálady má canisterapie vliv i na rozvoj a procvičování motoriky či řeči.

Ergoterapie je zdravotnický obor, který se věnuje podpoře soběstačnosti. Hlavní myšlenkou ergoterapie je, že pokud člověk zůstane aktivním a zabývá se smysluplnou činností, posiluje to jeho začlenění a integraci do společnosti a daného prostředí. A zároveň to má pozitivní dopady na posílení či obnovení vlastní soběstačnosti. Při ergoterapii se využívají běžné denní aktivity (Haškovcová, 2012).

### **3.2. Řešení sociální izolace**

Sociální izolaci je možné identifikovat a předcházet jí na základě několika úrovních. Na úrovni individuální, skupinové, při poskytování služeb, technologické, sousedské. Identifikaci na úrovni jednotlivce zajišťuje profesionál, který je s osobou zasaženou sociální izolací v pravidelném kontaktu. Individuální psychologické intervence se využívají k podpoření schopnosti vyrovnat se s negativními dopady a pocity a opět se začlenit mezi sociální kontakty.

Skupinové intervence mají za cíl spojovat jednotlivce na základě společného zájmu a tento zájem jim umožňovat. Skupinové sezení může obsahovat i vzdělávací, sociální či pohybové aktivity. Vytvořené skupiny mohou vzbuzovat či posilovat pocity sounáležitosti.

Při poskytování služeb jako řešení sociální izolace jsou důležití dobrovolníci či organizace, které nabízejí různé akce či kurzy pro seniory. Může se například jednat o kurzy internetové gramotnosti či různé výlety nebo akce.

Vzhledem k velkým pokrokům na technologické úrovni. Jsou i technologie prostředkem, který slouží k zmírňování sociální izolace zejména ve starším věku. Internet a moderní technologie umožňují větší možnosti sociálního spojení s okolím a se svými blízkými, alespoň prostřednictvím telefonů a počítačů. Tato možnost častější komunikace výrazně zlepšuje kvalitu života a může snižovat pocity osamělosti.

V neposlední řadě dobré vztahy mezi sousedy a v komunitě mohou též zmírňovat dopady sociální izolace. Při této možnosti je nutné mít vhodné okolní prostředí, místa k venkovnímu sezení, bezpečné přechody přes silnice a podobně (Cotterell, Buffel, Phillipson, 2018).

Volnočasové aktivity pro seniory samozřejmě existují a je jejich dostatek. Komplikací často je to, že senioři, kteří skončili v zaměstnání a nevědí, jak naplnit svůj volný čas a o těchto možnostech se často nedozví nebo nemají zájem. Senioři, kteří o poskytovaných službách nemusí vědět, jsou ti, kteří žijí doma osaměle nebo jsou ostýchavými. Podstatné je, aby pracovníci, kteří tyto služby nabízejí a poskytují, se dobře zorientovali v nabídce a nabízeli ji účelně, tam kde je potřeba (Haškovcová, 2012).

Jedním z problémů začlenění seniorů do všech oblastí života je ageismus, který negativním způsobem ovlivňuje život lidí v seniorském věku na individuální, rodinné a společenské úrovni. Je podstatné zmírnit všechny dopady ageismu na život seniorů a umožnit jim zapojení do všech oblastí života, aby si udrželi své zdraví, soběstačnost a schopnost se aktivně zapojit do společnosti (Maršálková, Schmeidler, 2016).

### **3.3. Sociální izolace seniorů v pobytových zařízeních při epidemii COVID-19**

Zejména při první vlně epidemie bylo jedním z hlavních opatření uzavírání pobytových zařízení pro veřejnost, včetně návštěv rodinných příslušníků a známých. Toto opatření se mohlo jevit jako logickým krokem k ochraně klientů zařízení. Zároveň ale utrpěla jejich svoboda a právo na rodinný a soukromý život. Tito lidé byli často i dlouhé měsíce izolováni od okolního světa a s tím upadala i kvalita života. Lidé v pobytových zařízeních v terminálních stádiích z důvodu izolace ztratili své právo na důstojnou smrt a strávit poslední chvíle života v kruhu své rodiny (Sokačová, 2021).

Klienti v domovech pro seniory v době pandemie byli zcela izolováni na základě protiepidemických opatření. Klienti se nemohli stýkat se svými rodinami nebo jít ven na čerstvý vzduch či krátkou procházku. Odloučení od rodinných příslušníků bylo velice dlouhé a stres, dezorientace a deprese byly nejspíše ještě větším rizikem než riziko nákazy. Jelikož nedostatek sociálních kontaktů zvyšuje riziko úmrtí, má negativní vliv na celkové zdraví jedince včetně imunity (Stachová, Toholová, 2020).

Nařízená izolace všech lidí, v rámci ochrany jejich zdraví, představuje zejména pro seniory velký nápor na psychické prožívání a strádání. Jelikož nucená izolace může u seniorů způsobovat zvýšené vnímání a uvědomování si vlastní smrtelnosti a různých onemocnění a jejich následků. Nejdéle v sociálně izolováni, byli nejvíce zranitelní lidé, tedy senioři nad 75 let, čímž se zvyšovalo riziko úmrtí. Izolace seniorů v pobytových zařízeních může zvyšovat riziko rozvoje deprese, úzkosti a ovlivňovat pojetí vlastní sebehodnoty a prospěšnosti (Webb, 2021).

Při nařízení sociální izolace, která je zdraví škodlivá ve všech podobách. Je potřeba myslet i na okamžité a střednědobé důsledky. Pro mnoho lidí, kteří byli těmito nařízenými ovlivněni, není sociální izolace v posledních fázích života žádoucí. Nejen pro tuto skupinu lidí a jejich blízké, by měla být zajištěna možnost návštěvy i v nařízené izolaci, například s ochrannými prostředky a kontrolními testy a umožnit tak, doprovázet proces umírání. Lidé v zařízeních mají právo na důstojnou smrt a nemělo by tomu být jinak ani při pandemii a opatřeních, které jsou s tím spojené. Zároveň i ostatním klientům pobytových zařízení by mělo být umožněno se jít třeba projít na zahradu, za dodržení určitých hygienických opatřeních a důsledné koordinace (Plagg, Engl, Piccoliori, & Eisendle, 2020).

Webové stránky Neztratit se ve stáří, uvádějí několik rad, jak se vypořádat s těžkou situací, pokud je někdo z našich blízkých klientem pobytového zařízení a v rámci protiepidemických opatření jsou návštěvy zařízení zakázané. Jednou z prvních možností je vzít si po dobu uzavření zařízení pro veřejnost rodinného příslušníka do domácí péče, samozřejmě po pečlivém zvážení svých možností a stavu osoby, o kterou by bylo pečováno. Pokud toto řešení není možné ani po drobných úpravách bytu a vytvořením bezbariérového prostředí. Je jediným možným řešením zmírnění dopadů sociální izolace například komunikací na dálku prostřednictvím mobilních telefonů, tyto hovory mohou pozitivně ovlivnit psychiku a zmírňovat pocity samoty. Pro izolované osoby bude příjemné společně zavzpomínat či slyšet svá vnoučata ([www.neztratitsevestari.cz](http://www.neztratitsevestari.cz)).

Na webových stránkách Života 90 je otevřená výzva, které byla určena všem ředitelům a ředitelkám pobytovým zařízením pro seniory a jejich pracovníkům. Výzva měla za cíl podpořit vznik bezpečných prostorů k setkávání obyvatel různých zařízení se svými blízkými. Tato výzva byla odůvodněna tím, že potřeba podporovat běžné



životní podmínky a pracovat na posilování motivace. Je nutné vytvořit lidské a příznivé podmínky pro lidi žijící v pobytových zařízeních i při epidemii COVID-19. Pod touto výzvou byl podepsán ředitel Gerontologického institutu Mgr. Jan Lorman, předseda správní rady ŽIVOT 90 MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. a výkonný ředitel ŽIVOT 90 ThLic. Mgr. Jaroslav Lorman, ThD. ([www.zivot90.cz](http://www.zivot90.cz)).

### **3.4. Osamělost**

Definicí osamělosti je subjektivní prožívání sociálních kontaktů zejména jejich nedostatku. Osamělost může být pociťována jak v přítomnosti lidí, tak i v jejich nepřítomnosti, podstatné je že člověku chybí potřebný sociální kontakt. Osamělost vychází z lidského vnímání interakcí s ostatními lidmi. Vnímání osamělosti je velice individuální, jsou lidé, kteří si vystačí s minimem sociálních kontaktů a osamělí si nepřipadají. S osamělostí je spojeno několik pocitů: smutek, bezmoc, odcizení či nedostatek sociální opory. Důležitým faktorem je negativní prožívání, vnímání osamělosti jako něčeho nepříjemného (Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019).

Osamělý člověk často bývá ten, který vymění známé prostředí za neznámé, nikoho zde nemá, nemá navázané žádné sociální kontakty ani bližší společenské vazby. Jedná se o člověka, který nenalézá pochopení u ostatních lidí ve svém okolí (Rozsypalová, Čechová, Mellanová, 2003). Osamělost je často spojována s pocity stesku, smutku, tísně nebo nejistoty. U osob ve starším věku se mohou v souvislosti s osamělostí objevovat negativní vnímání své osoby, jako pocit viny, nepotřebnosti až zbytečnosti a selhání či vina (Chloubová, 2004).

Interpersonální osamělost je vykládána jako izolace jedince od ostatních lidí. Vyznačuje se nedostatečnými či nulovými sociálními kontakty, důvody absence sociálních interakcí mohou být různé.

Intrapersonální osamělost znamená odcizení se od sebe samého a vlastních prožitků. Lidé mají tendence potlačovat své vlastní pocity a nerealizují se. Nemají důvěru ve svůj vlastní potenciál a nedůvěřují vlastnímu úsudku. Spíše důvěřují ostatním, jejich přáním a zákazům než svým vlastním.

Existenciální osamělost je popisována jako nesoulad mezi jedincem a jeho okolním světem. Jedná se o oblasti lidského nitra, které náležejí pouze danému jedinci a pro okolní svět tato oblast zůstane uzavřena (Baumgartner z Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019).

## **4. COVID-19, epidemiologická situace**

### **4.1. Onemocnění COVID-19**

COVID-19 je onemocnění, které je způsobeno virem SARS-CoV-2. Výskyt tohoto viru poprvé oznámila Světová zdravotnická organizace na konci prosince roku 2019. První nakažení tímto virem byli zaznamenáni v Čínské městě Wu-Chan (Mohamadian, 2021). Světová zdravotnická organizace uvádí, že se jedná o infekční onemocnění, které se přenáší prostřednictvím malých kapalných částic z úst či nosu nakažené osoby, když mluví, dýchá, kašle nebo kýchá. Jedinec se může nakazit vdechnutím viru, pokud se nachází v blízkosti osoby, která je virem nakažená nebo dotekem kontaminovaných ploch a následným přenesením viru dotekem do očí, nosu či úst ([www.who.int](http://www.who.int)).

Mezi nejčastější symptomy onemocnění COVID-19 patří suchý kašel, svalové křeče, nevolnost, bolest zad, ztráta chuti a čichu. Méně obvyklé případy nemoci jsou bolest v krku, rýma a kýchání (Ovallath, 2020). Světová zdravotnická organizace mezi nejčastější příznaky řadí i horečku a únavu. K méně častým doplňuje průjem, podrážděné či červené oči, vyrážku na kůži a změnu barvu prstů na ruce či nohy ([www.who.int](http://www.who.int)).

Doporučená preventivní opatření proti nakažení virem SARS-CoV-2, která uvádí Světová zdravotnická organizace. Ideální je dodržování odstupu od ostatních lidí jeden metr, i pokud se nezdají být nemocní. V prostorách, kde není možný odstup od ostatních nejméně jeden metr, je vhodné nosit chirurgickou roušku či respirátor. Dále je nutné pravidelné mytí rukou mýdlem nebo užívání dezinfekčních prostředků na ruce. Pokud člověk kašle nebo kýchá, měl by si ústa a nos zakrýt. V neposlední řadě je doporučené očkování ([www.who.int](http://www.who.int)).

České internetové stránky Covid Portál uvádí také preventivní hygienická opatření. Dezinfekci osobních věcí, zejména předměty, kterých se často dotýkáme například mobilní telefon. Obzvláště důležité je dezinfikovat domácnost, pokud je nějaký z členů nakažený či je v karanténě a všechny plochy, kterých se dotýkáme k eliminaci přenosu viru, pokud by si člověk následně šáhl například na obličej. Z důvodu velké kumulace osob v městské hromadné dopravě, je na stránkách doporučeno hromadnou dopravu využívat minimálně, a pokud je to možné jít pěšky. Při užití hromadné dopravy mít

zakrytá ústa a nos, zbytečně se nedotýkat ploch, zejména madel a tyčí, kterých se před námi dotýkalo hodně lidí, popřípadě použít rukavice. Po opuštění dopravního prostředku si pečlivě vydezinfikovat ruce ([covid.gov.cz](https://www.covid.gov.cz)).

## **4.2. Protiepidemická opatření**

Všechna protiepidemická opatření byla vydávána vládou České republiky na základě zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a zákona č. 94/2021 Sb., o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID-19 ([www.vlada.cz](https://www.vlada.cz)).

Opatření, která byla účinná od 31. ledna 2022. Byla povinnost nosit ochranu úst a nosu – respirátor či nanoroušku ve veřejné dopravě, veřejných vnitřních prostorách například v obchodech, provozovnách služeb, sociálních a zdravotnických zařízeních. Dále na pracovišti, diváci na hromadných akcích i venkovních nad 30 lidí, koncertech, sportovních utkáních. Jediná výjimka byla udělena pro děti, které nezapočali povinnou školní docházku. Při poskytování služeb a konání hromadných akcí, byla povinnost dodržovat rozestupy mezi lidmi minimálně metr a půl a zároveň doložit potvrzení o očkování či prodělání nemoci COVID-19. Omezení se týkala i odvětví gastronomie v restauracích a barech mohlo společně sedět u jednoho stolu pouze šest osob, které nebyli z jedné domácnosti. Ke vstupu bylo též nutné doložit potvrzení o očkování či o prodělané nemoci. Různá opatření se týkala i žáků ve školách, například povinnosti ochrany dýchacích cest ve společných prostorách školy, při výuce ochranné pomůcky být využity nemusely, pokud žáci byli usazeni v lavicích. Pro učitele opatření ochrany dýchacích cest platilo vždy. Zároveň na základních a středních školách probíhalo preventivní testování na COVID-19 vždy v pondělí. ([www.mzcr.cz](https://www.mzcr.cz)).

Státní zdravotnický ústav pro kontrolu léčiv uvedl důležitost očkování proti onemocnění COVID-19, jelikož tyto vakcíny vyvolávají v těle imunitní odpověď na obranu proti tomuto viru a možnému zabránění nakažení či následné hospitalizaci ([www.sukl.cz](https://www.sukl.cz)). V České republice očkování proti tomuto onemocnění začalo 27. prosince 2020 ([www.vlada.cz](https://www.vlada.cz)).

Státní zdravotnický ústav vydal oficiální stanovisko k očkování proti onemocnění COVID-19, které pojednává o tom, že samotné užívání roušek, dodržování rozestupů a sociální distanc, jsou prostředky, které slouží jako preventivní opatření proti šíření

onemocnění. Ale význam očkování je nezpochybnitelný, jelikož očkování proti různým onemocněním pomohlo k zastavení šíření smrtelných nemocí. Ideálním stavem je dodržování protiepidemických opatření v kombinaci s očkováním ([www.szu.cz](http://www.szu.cz)).

Od března 2022 nabyla platnosti vyhláška č. 466/2021 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, která nařizuje povinné očkování proti nemoci COVID – 19 pro zaměstnance vybraných profesí a pro osoby, které jsou starší 60 let. Zaměstnanci vybraných profesí jsou ti, kteří poskytují zdravotnické nebo sociální služby či se připravují na výkon povolání v tomto odvětví. Dále se jedná o příslušníky integrovaného záchranného systému (bezpečnostní sbory, obecní policii, hasiče včetně dobrovolných hasičů), vojáky z povolání i vojáky v aktivní záloze, zaměstnance zpravodajské služby a krajských hygienických stanic ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)).

### **4.3. Statistické údaje**

#### **Česká republika**

Dle webových stránek Ministerstva zdravotnictví České republiky bylo ke dni 6. února 2022 od začátku pandemie v České republice 3 234 571 potvrzených případů nakažením COVID–19, z tohoto čísla bylo 379 440 pozitivně testovaných osob starších 65 let. Zároveň bylo provedeno 19 402 825 PCR testů a 31 599 721 antigenních testů. Provedených dávek očkování je 17 176 105 ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)). Z tohoto počtu dávek je plně naočkovaných 6,81 milionů lidí to je 63,6 % obyvatel v České republice ([www.ourworldindata.cz](http://www.ourworldindata.cz)). Na onemocnění COVID–19 zemřelo celkem 37 449 lidí ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)). Podle informací z webových stránek Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo onemocnění COVID–19 druhou nejčastější příčinou úmrtí v roce 2020, nárůst úmrtí oproti předchozímu roku, byl o 17 tisíc vyšší, tento nárůst údajně souvisí s epidemií COVID-19 ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

#### **Světové**

Celkový počet případů nakažených na celém světě, byl ke dni 11. 2. 2022 přes 406 milionů, nejvíce zaznamenaných případů bylo ve Spojených státech amerických (77, 4 milionů) a v Indii (42, 5 milionů). Od začátku pandemie na onemocnění zemřelo 5, 79 milionů lidí. Na celosvětové úrovni bylo ke dni 6. února 2022 přes 17 miliard podaných dávek vakcíny proti onemocnění COVID–19. Z tohoto čísla je plně

naočkovaných 4, 21 miliard lidí, to je celkem 54 % populace celého světa. Například Švédsko a Dominikánská republika, jsou země, které mají podobný počet obyvatel jako Česká republika. Švédsko má plně naočkovaných 74 % svých občanů a Dominikánská republika pouze 53 % obyvatel ([www.ourworldindata.cz](http://www.ourworldindata.cz)).

#### **4.4. Ochrana vulnerabilních osob**

Na základě ochrany zranitelnějších osob, byly vydávány doporučující informace pro seniory. Doporučení se týkalo několik odvětví a situací, které mohou být pro seniora rizikové nebo naopak mohou riziko nákazy zmírnit. Například cesta k lékaři není doporučována, vhodnější je se pokusit danou situaci prokonzultovat telefonicky a minimalizovat tak riziko onemocnění. Stejně tak při vyřizování záležitostí na úřadech. Z preventivního hlediska se doporučuje omezení kontaktu s lidmi, popřípadě se kontakt doporučuje ve venkovním prostředí, které je bezpečnější. Dále je vhodné dodržovat dobrou životosprávu, hodně spát, jíst, cvičit. V neposlední řadě je doporučeno používat ochranu úst a nosu, ideálně respirátor, který je účinnější než rouška. Nejúčinnější ochranou proti onemocnění COVID-19 je očkování. ([covid.gov.cz](http://covid.gov.cz)).

V národním strategickém plánu očkování proti onemocnění COVID-19 ze dne 7. září 2020 jsou uvedené osoby, které mají přednostní právo na očkování proti tomuto onemocnění z důvodu rizikovějšího a nebezpečnějšího průběhu nemoci. Jedná se o osoby, které trpí chronickým onemocněním a o osoby starší 65 let. Vybraná chronická onemocnění, u kterých je nakažení onemocněním pro danou osobu rizikovějším a tudíž, bylo nutné přednostní očkování jsou: plicní nemoc, rezistentní hypertenze, různá onemocnění srdce, obezita, onkologická chronická onemocnění, závažné onemocnění jater, ledvin a diabetes mellitus ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)). Na tento seznam vybraných onemocnění umožňující přednostní očkování byly dne 12. dubna 2022 přidány i osoby trpící vývojovou poruchou chování či kognitivním deficitem, který zásadně ovlivňuje schopnost porozumění protiepidemických opatření a jejich dodržování. Konkrétní poruchy, které byly přidány, jsou: mentální retardace, schizofrenie a poruchy autistického spektra ([www.diakoniezapad.cz](http://www.diakoniezapad.cz)).

Pro osoby se sníženou hybností či schopností orientace mohlo být komplikované a obtížné dopravit se na odběrová místa z důvodu provedení PCR testu. Proto pro tyto

osoby byla možnost využití mobilní odběrové týmy, který přijel přímo do místa bydliště dané osoby ([covid.gov.cz](https://covid.gov.cz)).

Webové stránky Covid portál uvádějí několik rad, jak zvládnout těžké období pandemie. Jedná se například o důležitost hovořit o svých pocitech se svými blízkými, dětmi, vnoučaty i prostřednictvím mobilního telefonu. V takovémto náročném období je normální cítit pocity naštvanosti, zmatení či nervozity, ale je důležité o nich mluvit a v nutných případech si říct či vyhledat pomoc. Psychickou pomoc je možné vyhledat prostřednictvím zřízených krizových linek (Senior telefon, Linka pro seniory, Linka EDA). Vzhledem k zahlcení medií informacemi o onemocnění, je podstatné zjišťování informací věnovat jen omezenou dobu a v rámci dobrého duševního zdraví číst knihy, luštit křížovky či sledovat filmy. V neposlední řadě si v případech potřeby říct o pomoci například s nákupem či vyzvednutím léků. A dodržovat zásady správné životosprávy, dostatečně spát, kvalitně se stravovat ([covid.gov.cz](https://covid.gov.cz)).

## 5. Sociologický koncept nezamýšlených důsledků jednání

Nezamýšlený důsledek jednání je například jednání, které se promění a dopadne naopak, než bylo původně myšleno nebo se obrátí proti tomu, kdo konal. Tato skutečnost se dá nazývat bumerangovým efektem, klasickým příkladem jsou činnosti, které jsou konány v dobré víře například nový postup ke zkvalitnění služeb. Ale místo vylepšení dochází ke komplikacím. V sociální psychologii je tento pojem spojován s ochranou smyslu pro svobodu, což dle experimentů často vede k nesouhlasným reakcím a naladění společnosti (Jandourek, 2012).

Pokud výsledkem určitého jednání jsou nezamýšlené důsledky, nemusí to nutně znamenat, že tyto důsledky jsou nežádoucími a nebyly chtěné, pouze nebyly očekávané či předvídané.

Nejzásadnější faktory, které nám brání v předvídání důsledků našeho jednání je neznalost, omyl, bezprostřednost zájmu, základní hodnoty a sebemařící předpovědi.

Neznalost figuruje zejména v případech, které vyžadují okamžité jednání. Pokud neznáme okolnosti je vyšší pravděpodobnost, že výsledek přinese důsledky, které jsme neočekávali. Jedná se o faktor, který vychází z poznání situace a okolností.

Omyl, je ovlivňující faktor, ke kterému může dojít v jakékoli fázi jednání. Zmýlit se dá ve zhodnocení situace, v předpokládaném závěru či celkové realizaci. Častým omylem bývá předpoklad, že postupy, které byli dříve využívány fungovaly, budou fungovat i nadále. K omylu může dojít i v případě, že pozornost je směřována pouze k jednomu z aspektů a na další, které ovlivňují proces není brán zřetel.

Bezprostřednost zájmu značí ty případy, při kterých je pozornost zaměřena pouze na bezprostřední důsledky a jakékoli jiné důsledky jsou opomíjeny a nepřichází v úvahu. Silné zaujetí jedním řešením má tendence skončit negativním výsledkem, zejména kvůli přehlídnutí ostatních okolností a jednostranným zaujetím.

Základní hodnoty ovlivňují výsledek jednání v chvílích, kdy se o jiných důsledcích ani neuvažuje, jelikož je nutné jednat v souladu se základními hodnotami. Což může nastat, pokud jednání má být v souladu se specifickými jednáními, které některé základní hodnoty mohou vyžadovat.

Poslední okolností, která může vést k nezamýšleným důsledkům jsou sebemařící předpovědi. Sebemařící předpovědi jsou charakteristické pro lidské chování, jsou to pozitivní předpovědi budoucích výsledků, které nejsou ještě potvrzeny a tvoří tak nový

prvek předpovědi, který pomáhá určovat směr a změnu plánovaného výsledku (Merton, 2000).

Dle Mertona (2000) se dají důsledky dělit na pozitivní a negativní a přišel s pojmy eufunkce a dysfunkce. Eufunkce jsou ty důsledky, které dopadly pozitivně, ale tento důsledek nebyl očekáván. Například při vývoji nového léku byly objeveny i jeho pozitivní vedlejší účinky. Dysfunkční je opak od eufunkčního. Tedy negativní důsledky, které nebyly předem očekávány.



## **II. Empirická část práce**

## 6. Metodologie

### 6.1. Cíl a výzkumná otázka

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak mohou být současná protiepidemická opatření u pacientů LDN příčinou negativních důsledků způsobených sociální izolací. Snažila jsem se proniknout do problematiky sociální izolace u klientů v pobytové zdravotnické instituce při epidemie onemocnění. Zaměřila jsem jaké psychické a fyzické dopady na klienty zařízení má uzavření oddělení a zakázání návštěv v době této epidemie. Zda existují možnosti, které by klienti uvítali, aby se i přes zakázané návštěvy cítili příjemně a situace pro ně byla snesitelnější. Zároveň jsem zjišťovala, zda se klienti orientují v současné situaci, ve všech vládních opatřeních a jak zákaz návštěv vnímají, zda s ním souhlasí.

Jako výzkumnou otázku jsem si zvolila: Jak mohou být současná protiepidemická opatření u pacientů LDN příčinou negativních důsledků způsobených sociální izolací? K upřesnění a větší konkretizaci výzkumu jsem jako dílčí otázky zvolila: Jak mohou být současná protiepidemická opatření vnímána pacienty LDN negativně až úzkostně? Zda způsobují současná protiepidemická opatření sociální izolaci pacientů LDN? Jaké negativní dopady mohou pacienti LDN pociťovat v souvislosti se sociální izolací?

Tabulka 1 – Tabulka transformačních kroků

Základní výzkumná otázka	Dílčí otázky	Otázky z rozhovorů
<p>Mohou být současná protiepidemická opatření u pacientů LDN příčinou negativních důsledků způsobených sociální izolací?</p>	<p>Jak mohou být současná protiepidemická opatření vnímána pacienty LDN negativně?</p>	<p>Mají současná protiepidemická opatření i nějaká negativa?</p>
		<p>Souhlasíte se zákazem osobních návštěv v rámci současných protiepidemických opatření?</p>
		<p>Setkal/a jste se v této LDN s tím, že někdo považuje současná protiepidemická opatření za neadekvátní či příliš přísná?</p>
	<p>Způsobují současná protiepidemická opatření sociální izolaci pacientů LDN?</p>	<p>Setkal/a jste se v této LDN s tím, že si někdo stěžoval z důvodu současných protiepidemických opatření na osamělost či vyjadřoval stesk po rodině?</p>
		<p>Cítíte se z důvodu současných protiepidemických opatření osaměle?</p>
		<p>Chybí Vám v důsledku současných protiepidemických opatření pravidelný kontakt s rodinou?</p>
	<p>Jaké negativní důsledky mohou pacienti LDN pociťovat v souvislosti se sociální izolací?</p>	<p>Jak se projevuje osamělost a absence osobního kontaktu s rodinou na Vašem psychickém zdraví?</p>
		<p>Jak se projevuje osamělost a absence osobního kontaktu s rodinou na Vašem fyzickém zdraví?</p>
		<p>Zachází s Vámi či chová se personál jinak, když Vás nikdo nenavštívuje?</p>

Zdroj: vlastní zpracování

## **6.2. Metoda výzkumu**

Jako přístup výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkum. Dle Hendla (2005) je kvalitativní výzkum procesem hledání vzájemných porozumění, které vychází ze zkoumání konkrétního sociálního či lidského problému. V počátcích výzkumu si výzkumní nejprve stanoví základní výzkumné otázky. Cílem výzkumníka je hledat a analyzovat veškeré informace, kterou vedou k odpovědím na výzkumné otázky.

## **6.3. Technika sběru dat**

Technikou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor, který je dle Miovského (2006) jednou z nejčastějších metod rozhovoru. Jedná se o metodu, která přebírá části ze strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru. Obsahuje části, které jsou více nechány na tazateli, například i pořadí a znění otázek. Zároveň jiné části mohou být zcela strukturované a je vyžadováno důsledné dodržování pořadí otázek.

Tuto techniku jsem vybrala, jelikož jsem potřebovala mít základní strukturu rozhovoru a směr, kterým se má rozhovor vyvíjet, abych dosáhla požadovaných výsledků šetření. Ale zároveň bylo potřeba získat prostor k doptávání se na konkrétní situace a popřípadě rozvádět určitá témata. I vzhledem k věku a často omezeným schopnostem respondentů, si myslím, že se jedná o vhodně zvolenou techniku, například technika dotazníků, by z výše uvedených důvodů nebyla vhodnou ani přínosnou.

## **6.4. Charakteristika místa výzkumu**

Výzkum do mé diplomové práce probíhal v Domově svatého Karla Boromejského, konkrétně s pacienty na lůžkách LDN. Domov svatého Karla Boromejského je církevní zařízení, které propojuje čtyři světy, jedná se o řeholnice Kongregace milosrdných sester, seniory a věkem pokročilé, civilní zaměstnance a odsouzené ženy, které v rámci výkonu trestu pomáhají s péčí o pacienty či s přidruženými pracemi. Společným posláním všech v Domově je péče o věkem pokročilé a nemocné seniory a další pacienty, kteří potřebují péči. Domov sv. Karla Boromejského kromě lůžek LDN, poskytuje i odlehčovací pobytové služby a provozuje denní stacionář ([www.domovrepy.cz](http://www.domovrepy.cz)).

Na lůžkách LDN poskytuje následné a dlouhodobá zdravotní péče, která je určena pacientům, kteří prodělali různá onemocnění či úrazy. Jejichž pobyt již nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici, ale jejich pro jejich zdravotní stav je nutné doléčení či rehabilitace ([www.nasledna-pece.cz](http://www.nasledna-pece.cz)).

## **6.5. Vzorek respondentů a jejich popis**

Do výzkumu bylo zapojeno celkem deset respondentů, z toho dva muži a osm žen. Průměrný věk všech respondentů byl 86,2 let. Nejmladším respondentem byla žena ve věku 61 let a nejstarším respondentem byl muž ve věku 94 let. Doba pobytu respondentů v pobytovém zařízení se pohybovala od jednoho měsíce do třinácti měsíců.

Důvod pobytu respondentů v zařízení byl rozdílný, ale často se opakovalo z důvodu zlepšení hybnosti a posílení samostatnosti pacienta či z důvodu rehabilitace po pádech a zlepšení schopnosti sebezpečí a mobility pacienta. Další příčiny hospitalizace respondentů byly z důvodu následné terapie po různých operacích či pádech. Například stav po totální endoprotéze kyčelního kloubu, následná péče po fraktuře obratlů, fraktuře kosti stehenní, fraktuře zápěstí, fraktuře stydké kosti či plicní infiltrace po onemocnění COVID-19 a kognitivní deficit.

Sociální situace respondentů byla rozdílná. V odpovědích na otázku ohledně příbuzných a blízkých lidí v okolí se často ukazoval sociální jev vdovství či vdovectví. Oba respondenti výzkumu byli vdovci a z ženských respondentů, kterých bylo celkem osm. Byly čtyři ovdovělé, dvě vdané a dvě se nikdy nevdaly. Konkrétně jedné z respondentek ve stejném zařízení, ve kterém ona pobývala, přibližně měsíc před výzkumem zemřel otec. Každý z respondentů měl alespoň jednu osobu blízkou ve své životě. Kromě blízké rodiny (manžel, děti či vnoučata), respondenti uváděli i vzdálenější příbuzné jako například synovec, snacha a v jednom případě se jednalo o opatrovníka, který byl zároveň bratrancem dotazované. Všichni respondenti shodně uvedli, že se svými blízkými udržují kontakt prostřednictvím mobilního telefonu, frekvence telefonátů byla od jednou za týden po několikrát za den.

Tabulka 2 – Přehled respondentů

	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Důvod pobytu</b>	<b>Rodinná anamnéza</b>
Respondent 1	Žena	61 let	Fraktura kosti stehenní a následná rekonvalescence, lehká mentální retardace	Sirotek, bez dalších blízkých příbuzných, opatrovník,
Respondent 2	Žena	91 let	Po operaci fraktury zápěstí	Vdova, dvě děti,
Respondent 3	Muž	82 let	Totální endoprotéza kyčelního kloubu	Vdovec, dvě děti, vnoučata,
Respondent 4	Muž	94 let	Osteoporóza s patologickou frakturou	Vdovec, syn, vnoučata,
Respondent 5	Žena	88 let	Ztráta schopnosti sebezpečí v domácím prostředí	Manžel, syn, vnoučata,
Respondent 6	Žena	92 let	Zlepšení mobility, opakované pády	Vdova, syn,
Respondent 7	Žena	86 let	Fraktura stydké kosti	Syn a dcera žijí v cizině.
Respondent 8	Žena	85 let	Rehabilitace po fraktuře pánve	Vdova, setra, syn,
Respondent 9	Muž	91 let	Stav po cévní mozkové příhodě	Manžel, tři děti, vnoučata
Respondent 10	Muž	92 let	Plicní infiltrace po onemocnění COVID-19, rekonvalescence	Vdova, synovec,

*Zdroj: vlastní zpracování*

## 6.6. Průběh sběru dat a vyhodnocení

Průběh mého výzkumného šetření probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Všechny rozhovory byly nahrávané, před začátkem rozhovoru jsem se každého respondenta zeptala, zda je ochotný účastnit se výzkumu do mé diplomové práce, jejíž význam a účel jsem respondentům vysvětlila. A zda by mi v rámci výzkumu mohli odpovědět na několik otázek týkajících se sociální izolace a jejich vnímání a prožívání pobytu v zařízení a zda souhlasí s nahráváním rozhovoru, za účelem práce se získanými daty. Následně jsem respondenty ubezpečila, že účast na rozhovoru je dobrovolná a v jeho průběhu mohou rozhovor kdykoliv přerušit či zrušit a mají právo na nějaké otázky neodpovídat, pokud nebudou chtít, a že výzkum je anonymní, tudíž nikde nebude uvedeno jejich jméno ani žádné jiné osobní údaje.

### **Základní struktura otázek:**

- Víte, jaká jsou momentální současná vládní opatření?
- Mají současná protiepidemická opatření i nějaká negativa?
- Souhlasíte se zákazem osobních návštěv v rámci současných protiepidemických opatření?
- Setkal/a jste se v této LDN s tím, že si někdo stěžoval z důvodu současných protiepidemických opatření na osamělost či vyjadřoval stesk po rodině?
- Setkal/a jste se v této LDN s tím, že někdo považuje současná protiepidemická opatření za neadekvátní či příliš přísná?
- Cítíte se z důvodu současných protiepidemických opatření osaměle?
- Chybí Vám v důsledku současných protiepidemických opatření pravidelný kontakt s rodinou?
- Jak se projevuje osamělost a absence osobního kontaktu s rodinou na Vašem psychickém zdraví?
- Jak se projevuje osamělost a absence osobního kontaktu s rodinou na Vašem fyzickém zdraví?
- Zachází s Vámi či chová se personál jinak, když Vás nikdo nenavštěvuje?

Následně jsem si všechny nahrané rozhovory přepsala do podoby textu, z důvodu třídění, vyhodnocování odpovědí a celkové analýzy dat a jednodušší práce se získanými daty.

## **7. Analýza dat**

### **7.1. Kódování**

Kódování je teorie, která slouží k analyzování a konceptualizaci a opětovnému skládání získaných údajů (Miovský, 2006).

#### **7.1.1. Otevřené kódování**

Jedná se o první fázi kódovacího procesu, při kterém je podstatné rozlišování základních pojmů a jejich kategorií (Miovský, 2006).

V první fázi vyhodnocování jsem zvolila metodu otevřeného kódování. V textu jsem hledala slova, věty či celé odstavce se stejným nebo podobným sdělením a přiřazovala jim konkrétní kódy. Z těchto kódů a vzájemnými vztahy mezi nimi, jsem vytvořila celé kategorie, které obsahují kódy, které spadají do konkrétní kategorie. Kategorií jsem vytvořila celkem sedm – negativní prožívání, pozitivní prožívání, sociální kontakt, fyzické zdraví, psychické zdraví, motivace a kvalita péče. Níže v tabulce je uveden seznam všech kódů, které jsem našla v rozhovorech i s přiřazenými konkrétními kategoriemi, do kterých kódy spadají.



Tabulka 3 – Seznam kategorií a kódů

Kódy	Kategorie
Samota, smutek, pláč, stesk, nejistota, mrzení, lítost, strach, osamění, zlost	Negativní prožívání
Potěšení, radost, těšení se	Pozitivní prožívání
Zákaz návštěv, izolace, absence pravidelných kontaktů, kontakt s personálem a dalšími pacienty, telefonáty, posílání balíčků, absence rozhovoru, neschopnost vytvářet nové sociální kontakty	Sociální kontakt
Rehabilitace, snaha o samostatnost, cvičení, chůze po schodech, bolesti spojené se stářím, úzdrava,	Fyzické zdraví
Veselá povaha, pozitivní prožívání, izolace nemá vliv na psychiku, introvertní povaha, bez negativních pocitů,	Psychické zdraví
Trpělivost v léčbě, snaha o běžné fungování, příznivé podmínky,	Motivace
Hodné a sympatické sestry, lepší než jiné zařízení, stejné zacházení jako před pandemií, lidský přístup, obětavý personál	Kvalitní péče

Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie jsou skupiny pojmů (kódů), které vznikají na základě vzájemného porovnávání a třídění. Cílem je snaha zjistit, zda pojmy obsahují podobné jevy či nikoli. Tímto seskupováním se tvoří dané kategorie, tento proces se nazývá kategorizace (Miovský, 2006).

Tato tabulka ukazuje jednotlivé kódy a jejich charakteristiky, ke kterým je vždy přiřazena citace z rozhovorů s respondenty, které uváděli jako odpovědi na jednotlivé otázky a jsou spojeny s konkrétními kategoriemi.

Tabulka 4 – Interpretace otevřeného kódování

Kategorie	Charakteristika	Ukázka v přímé citaci
Negativní prožívání	Negativní reakce respondentů na zakázání návštěv v pobytovém zařízení.	<i>„Naše spolubydlící občas pláče.“ „Je to smutné, pro starou ženskou, která je 17 let vdova.“</i>
Pozitivní prožívání	Situace a prožitky, které respondenti i přes tíživou situaci prožívají pozitivně a těší je. Či se těším, až jim zdravotní stav umožní jít domů.	<i>„Potěší, když slyšíte, že ten druhý partner je v pořádku, nemá žádné problémy.“</i>
Sociální kontakt	Jaký vliv má zákaz návštěv v pobytových zařízeních na sociální kontakty. Popřípadě jakým jiným způsobem kontakt s blízkými probíhá.	<i>„Je to teď takové odstrčené, je to povídání na dálku mobilem, ničím jiným ne.“ „Ostatní pacientky jsou vděčné, že si můžeme navzájem popovídat a potěšit.“</i>
Fyzické zdraví	Vnímání změn na fyzickém stavu z důvodu sociální izolace.	<i>„Můj fyzický stav se neustále horší, jelikož stárnu. Je to takové nepatrné.“</i>
Psychické zdraví	Vnímání změn psychického stavu z důvodu sociální izolace.	<i>„Jsem občas smutná, ale asi žádnou velkou psychickou újmu nemám.“</i>
Motivace	Důvody motivace k léčbě či zlepšení psychického a fyzického stavu.	<i>„Byla to pro mě motivace, abych se cítila lépe.“</i>
Kvalita péče v zařízení	Vnímání kvality a úrovně péče v pobytovém zařízení.	<i>„Tady jsou ty sestry velmi obětavé a opravdu se o pacienty starají.“ „Tady jsou sympatické sestry i doktoři, takže myslím, že je to norma.“</i>

Zdroj: vlastní zpracování

### 7.1.2. Axiální kódování

Při axiálním kódování jsou údaje znovu seskupovány na základě vzájemných vztahů mezi kategoriemi. Hledají se nové vztahy a nové způsoby seskupování kategorií (Miovský, 2006). Na základě axiálního kódování jsem zkoumala vzájemné vztahy mezi všemi kategoriemi.

**Negativní prožívání** může mít dopad na sociální kontakty, fyzické zdraví, psychické zdraví a motivaci. Při mém výzkumném šetření jsem nejčastěji pozorovala negativní prožívání spojené s absencí kontaktů v rodině a známými mimo zařízení. Respondenti projevovali smutek a lítost s tím spojenou. Dopad negativních emocí může být ve zhoršení fyzického zdraví na základě dlouhodobé nepohody, stejný vliv může mít i na zdraví psychické, včetně dalších dopadů na psychiku například frustrace či deprese. Zároveň pokud se člověk dlouhodobě vyskytuje v negativních emocích, nemá chuť cokoli dělat a celkově není motivován k dosahování určitých cílů, či pracovat na zlepšení svého stavu.

**Pozitivní prožívání** má obdobné dopady jako prožívání negativní, ale opačně. Ovlivňuje též fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální kontakty a motivaci. Pozitivní emoce a prožívání jsou důležité pro motivovanost, pokud se člověk bude po psychické stránce cítit dobře, může mít chuť a energii na cestu ke svým cílům, například rehabilitaci, cvičení, posilování paměti a podobně. Dobrá nálada též má dopady na zdraví psychické, je to prevencí proti depresím a dalším nežádoucím stavům. Pro zejména starší lidi může být příjemnějším vidat své blízké, pokud se mají dobře a nic je netrápí, tudíž při pozitivním prožívání se mohou objevit větší tendence k potkávání se s ostatními.

**Sociální kontakt** je kategorie, která může být respondenty vnímána pozitivně i negativně. Pokud se člověk cítí po sociální stránce naplněn a uspokojen prožívá toto odvětví pozitivně, opačně je to při nedostatečných či neuspokojivých sociálních kontaktech. Respondenti uváděli obě možnosti. Pozitivní emoce převládaly u telefonické komunikace, jako náhrady za osobní návštěvu, sice tuto možnost hodnotili jako nedostatečnou, ale pozitivní bylo to, že měli alespoň nějakou možnost kontaktu. Absenci osobních návštěv většina respondentů prožívala negativně. Zároveň sociální

kontakty mají vliv na psychické, fyzické zdraví a motivaci, jejich dostatek či nedostatek zásadním způsobem ovlivňuje všechny tyto kategorie.

**Fyzické a psychické zdraví** je úzce spojeno se všemi kategoriemi a všechny uvedené kategorie mohou mít vliv na to jaký bude zdravotní a psychický stav pacienta. Nedostatek sociálních kontaktů může vést k rezignaci a celkovému zhoršení fyzického i psychického stavu a zároveň při zhoršeném stavu a snížené soběstačnosti se může člověk uzavřít do sebe a sociální kontakty nevyhledávat. Špatný fyzický a psychický stav má dopad na budoucí vyhlídky a sníženou motivaci něco konat.

Žádná z kategorií přímo neovlivňuje **kvalitu péče**, ale úroveň kvality péče má vliv na ostatní kategorie (fyzické, psychické zdraví a motivace). Kvalitní péče je pro fyzické zdraví důležitá z pohledu účinku léčby a prevence dalších komplikací, kterými by pacient mohl být ohrožen. Rekonvalescence je účinnější, pokud se pacient v zařízení cítí příjemně a nikdo z personálu se k němu nechová hrubě či nevhodně. Tyto faktory mají dopady i na motivaci člověka, zda se bude či nebude spolupracovat na úzdavě. Péči v zařízení všichni respondenti hodnotili kladně.

Míra **motivace** je úzce spojena s tím, jakým způsobem jedinec prožívá svůj aktuální stav. Ovlivňující je i stav motivace, který vychází přímo z klienta, ne z jeho okolí. Zároveň pokud jsou vyhlídky na uzdravu dobré a člověk nemá velké zdravotní obtíže bude motivovanost vyšší což je spojeno i s kvalitou péče a schopností motivovat zaměstnanci zařízení.

### 7.1.3. Selektivní kódování

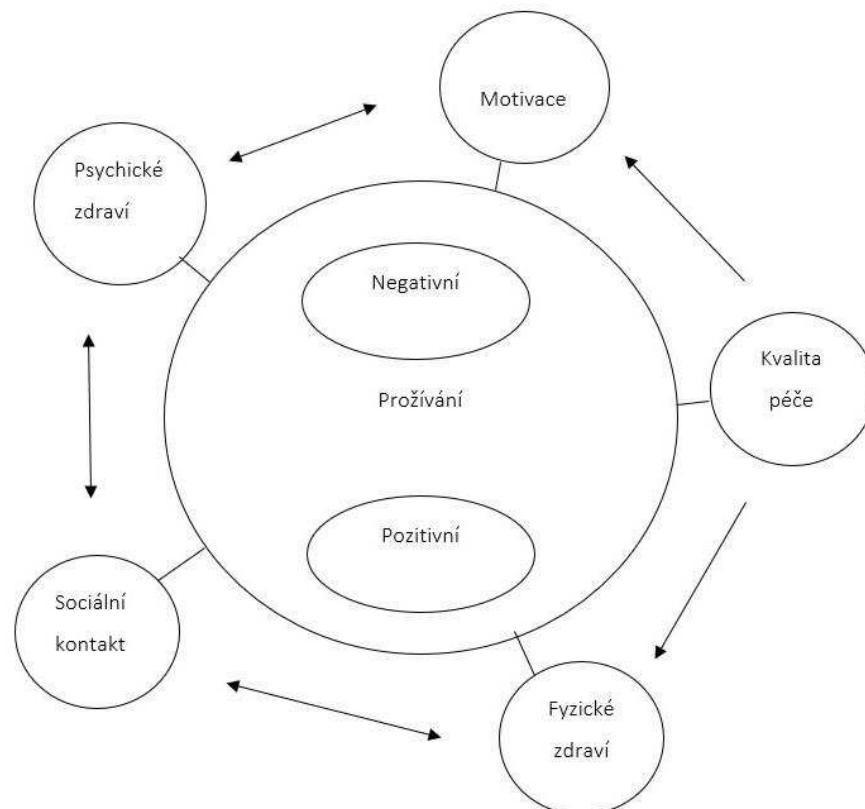
Poslední fází kódování je selektivní kódování. Jehož cílem je dle Miovského (2006) hledání hlavní, centrální kategorie a popis vzájemných vztahů s ostatními kategoriemi. Kolem centrální kategorie se seskupují všechny zbývající kategorie.

Jako základní kategorie jsem vyhodnotila dvě, negativní a pozitivní prožívání, z kterých by se dala vytvořit jedna centrální kategorie **prožívání** celkově. Tuto kategorii jsem zvolila, jelikož se jedná o kategorii, které zásadně ovlivňuje všechny ostatní. Jelikož pokud je člověk pozitivně naladěný, tak bude po psychické i fyzické stránce v lepší kondici, bude více motivován a raději to vše bude sdílet s ostatními, tudíž bude mít více sociálních kontaktů. Ať telefonických s rodinou a blízkými, aby

s nimi mohl sdílet dobré zprávy nebo třeba i s ostatními pacienty. Zároveň pro můj výzkum bylo podstatné zjistit jakým způsobem respondenti prožívají určité situace a jaké emoce to v nich vyvolává. A dost obdobně to platí i pro negativní prožívání, pokud člověk bude okolnosti dlouhodobě prožívat negativně bude to mít vliv na všechny ostatní aspekty jeho života. Například se spíše uzavře do sebe a nebude chtít komunikovat s ostatními lidmi v okolí nebo telefonicky a třeba nebude mít náladu se s nikým scházet bude-li to možné. Ani pracovat na svém fyzickém ani psychickém stavu, při negativním prožívání se může objevit celkový nedostatek chuti něco konat a ztráta motivace.

Prožívání je zároveň též ovlivňováno okolními faktory, jako je zdravotní stav, psychický stav, motivace a sociální kontakty. Dostatky v jakékoli z těchto kategorií může vést k negativnímu prožívání, pokud budou uspokojeny všechny odvětví je vyšší pravděpodobnost, že se člověk bude cítit dobře.

*Tabulka 5: Schéma vztahů kategorií*



*Zdroj: vlastní zpracování*

## 8. Výsledky výzkumu

Tato kapitola obsahuje vyhodnocení výsledků výzkumného šetření, včetně odpovědí na základní a dílčí výzkumné otázky. První stanovenou dílčí otázkou bylo, *zda mohou být současná protiepidemická opatření vnímána pacienty LDN negativně?* Respondenti často uváděli negativa současných protiepidemických opatření zejména ohledně budoucnosti, ne konkrétně jejich budoucnosti, ale **vyjadřovali strach o své blízké a zejména vnoučata**. Měli obavy jaké důsledky na jejich vnoučatech zanechá, když nemohou chodit do školy a potkávat se s kamarády. Negativně někteří respondenti vnímali i omezení návštěv v zařízení, jelikož bez osobního kontaktu byla složitá domluva s blízkými ohledně důležitých náležitostí (nákup a doprava osobních věcí do zařízení či dokumenty potřebné k následné péči). **Negativní hodnocení zákazu návštěv bylo i z důvodu stesku po rodině a blízkých, včetně absence sociálních kontaktů mimo prostředí zařízení**. Některé negativní reakce vycházeli i ze složitosti opatření. Respondenti byli občas zmatení a nebyli si jistí, která opatření sále platí, a která již nikoli. Znali a byli si jisti pouze základními opatřeními, například povinnost nosit roušky, zavření škol a služeb, rozestupy a samozřejmě zákaz návštěv v různých zařízeních a nemocnicích.

*Způsobují současná protiepidemická opatření sociální izolaci pacientů LDN?* Pokud budu vycházet z výsledků šetření, tak i když fyzické setkání nebylo možné, **žádný z respondentů nevedl, že by měl pocit, že je svými blízkými opomenutý či, že na něj nemyslí nebo na něj zapomněli**. Respondenti vyjadřovali lítost, že se se svými blízkými nemohou osobně setkat, ale měli radost, že mají mobilní telefony a mohou si s blízkými alespoň zavolat. Všichni dotázaní respondenti udržovali sociální kontakt s blízkými prostřednictvím telefonu a pravidelně si telefonovali skoro každý den. **Respondenti zařízení přímo nejmenovali následky sociální izolace po fyzické stránce nebyl ovlivněn nikdo, psychické zdraví též zhoršeno nebylo, kromě občasného vyjádření smutku a lítosti z dané situace**. Respondenti při vnějším pozorováním působili smířeně a postupem času si na danou situaci zvykli, jak sami refletovali.

*Jaké negativní důsledky mohou pacienti LDN pociťovat v souvislosti se sociální izolací?* Vzhledem k nahrazení osobní komunikace za tu telefonickou pacienti neuváděli moc negativních důsledků, jelikož kontakt s rodinou a blízkými udržovali,

ale jiným způsobem než byli zvyklí. Tuto formu respondenti popisovali jako nedostatečnou a občas i obtížnou, jelikož někteří z respondentů měli zhoršený sluch z důvodu stáří a úbytku kognitivních schopností. **Kromě smutku, že nemohou vidět své blízké na živo, žádné další dopady a důsledky sociální izolace respondenti neuváděli. Žádný z respondentů neuvedl v souvislosti se sociální izolací zhoršené fyzické či psychické zdraví ani žádné jiné újmy. Zhoršení kvality péče či zanedbávání všichni pacienti shodně negovali, naopak péči v zařízení si moc chválili a neviděli žádný rozdíl před nebo po zákazu návštěv rodinou a veřejností.** Zároveň mé výzkumné šetření probíhalo s pacienty, kteří byli orientováni a chápali současnou situaci. Někteří respondenti při rozhovoru zmínili, že jsou či byli na pokoji s pacienty, kteří již nebyli tolik orientováni a občas je slyšeli plakat, či si stěžovat na současnou situaci.

Stanovená základní výzkumná otázka byla zaměřena na to, *jak mohou být současná protiepidemická opatření u pacientů LDN příčinou negativních důsledků způsobených sociální izolací?* **Současná protiepidemická opatření rozhodně mohou být příčinou negativních důsledků způsobených sociální izolací.** Sice většina respondentů na přímou otázku, zda pociťují vliv na jejich fyzické zdraví odpověděla, že nikoli. Stejně tak při obdobné otázce, týkající se zdraví psychického. Ale zároveň **respondenti často vyjadřovali lítost v průběhu celého rozhovoru, že nemohou vidět své blízké a mohou si s nimi pouze telefonovat,** což vnímají jako nedostatečné vzhledem k vysokému věku a tělesným obtížím, které mohou být s vyšším věkem spojeny. Respondenti též často **vyjadřovali naštvaní, že nemohou své blízké vidět a zároveň strach a obavy, co s nimi bude a zda se dožijí toho, aby ještě své blízké viděli.** Jako negativní vedlejší dopad současných protiepidemických opatření respondenti zmiňovali složitost daných opatření, ve kterých je pro ně obtížně se vyznat a porozumět jim. Hypotéza ohledně zhoršení kvality péče, pokud není v zařízení vnější kontrola v podobě návštěv rodinných příslušníků či známých nebyla potvrzena, respondenti si naopak kvalitu péče v zařízení pochvalovali a nezaznamenali žádné rozdíly v péči před a po zákazu návštěv.

## 9. Diskuze

Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost být v zařízení po celou dobu zákazu návštěv a dalších opatření a zároveň i před a po nařízeném opatření zákazu návštěv. Pozorovala jsem to, že u respondentů a většiny pacientů zařízení se zvyšovala sociální závislost na zaměstnancích a personálu zařízení. Například tím, že se svým chováním snažili upoutat pozornost personálu. I když respondenti výzkumu žádné přímé dopady nezmiňovali s postupem času na nich bylo vidět, že strádají a kontakty s rodinou jim chybí. Stejně tak i při samotných rozhovorech v rámci výzkumu bylo zřejmé, že jsou rádi, že si mohou s někým popovídat a často měli tendence odbočovat od tématu a kladených otázek a vyprávět o své rodině, mladí a svých zážitcích a celkově o životě nebo se před ostatními pacienty chlubit, že měli možnost si popovídat a účastnit se výzkumu a tím být přínosnými. U této cílové skupiny respondentů jsem si všimla toho, že si celkově nechtějí stěžovat a někoho obtěžovat se svými problémy, což může být jeden z důvodů, proč respondenti přímo nemluvili o dopadech sociální izolace na jejich zdraví a veškeré negativní důsledky spíše negovali. Většinou smutek zmínili mimo přímou otázku a hned poté, vyjadřovali nad situací pochopení a uvědomění, že je to nutné opatření, protože má ochránit nejen je, ale i personál zařízení. Občas též respondenti spíše upozorňovali na smutek ostatních pacientů. Zmiňovali, že konkrétní pacient večer pláče, než aby vyjádřili svůj vlastní smutek, který byl občas patrný na první pohled. Důležité je zmínit, že v době, kdy jsem prováděla svůj výzkum bylo přibližně 150 000 lidí s aktuálním onemocněním COVID-19. Dle statistik se jedná o třetí nevyšší číslo od začátku pandemie v České republice. Denní nárusty nemocných se pohybovaly okolo 12 000 ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)). I toto může být jedním z důvodů, proč respondenti vyjadřovali pochopení nad situací a uzavřenými zařízeními, jelikož se jednalo o dobu, která nebyla úplně příznivá, co se čísel a počtů nakažených týče.

Pokud srovnáme mé výzkumné šetření s článkem, který popisuje situaci v pobytových zařízeních při pandemii v Irsku. Článek se týkal obavy ohledně podávání tlumících léků pro klienty, kteří by se mohli volně pohybovat po zařízení a zvyšovat riziko nákazy. Zároveň vznikaly obavy spojené s neetickým chováním zaměstnanců či dobrovolníků ke klientům vzhledem k nepřítomnosti rodin klientů, které mohou sledovat celkové zdraví a změny svých blízkých (Brennan, Reilly, Cuskelly, 2020). Obdobný strach se objevili i v článku týkající se situace při zakázání návštěv a vycházení v Libanonu. Jednalo se o riziko spojené s fyzickým a psychickým týráním



pečovateli, na kterých se klienti zařízení stali závislími, jelikož oni byli těmi, kteří jim poskytovali stravu a medikaci (Khoury, Karam, 2020). Toto jednání a chování respondenti v mém výzkumném šetření negovali a sdělovali, že s žádným nevhodným či nerespektujícím chováním se v zařízení nepotkali ani neznají nikoho jiného, kdo by tokové chování v zařízení zažil. Naopak reflektovali vysokou kvalitu péče, zájem o klienty a individuální přístup k pacientům. Respondenti chválili ochotu personálu a vřelý přístup. Myslím, že jedním z důvodů, proč v Domově svatého Karla Boromejského, kde můj výzkum probíhal, bylo možné udržet vysokou kvalitu péče se vstřícným přístupem. Je ten, že zde byl dostatek personálu, který byl posílen o vězenkyně z ženské věznice, které zde mají možnost pracovat v rámci výkonu trestu. Dostatek zaměstnanců a přiměřené množství práce a pacientů na jednoho pečujícího byl stále zvládnutelný i při obtížné situaci způsobené pandemií.

Vymyslet a vytvořit funkční opatření, které by byly vhodné a bezpečné pro všechny muselo být velice obtížné. Vláda se bez pochyby snažila jednat, co nejšetrněji a zároveň nejefektivněji, dle naplánovaných kroků a postupů jiných států, kteří dané opatření museli z důvodu rychlejší expanze onemocnění řešit dříve než Česká republika. Myslím, že z důvodu velkého strádání nejen mých respondentů, ale celkově pacientů zařízení byli důležitější sociální kontakty než totální sociální izolace před onemocněním COVID-19. Lidé v zařízení umírali v osamění a často i zmiňovali pocit opuštění, což je v posledních okamžicích života smutná představa. Kdyby byla protiepidemická opatření nastavena jinak, možná by pro tyto jedince a jejich rodiny byl odchod jednodušší, pokud se to tak dá říci. V průběhu posledních let a těžké doby spojené s pandemií onemocnění COVID-19, vycházela spousta článků z různých zdrojů a na různých platformách, které se týkaly sociální izolace, která je pro seniory velice nebezpečnou a sužující záležitostí. Nejen senioři byli ohroženi dvěma velice nebezpečnými faktory zároveň, onemocněním, které mohlo mít zejména pro seniory fatální následky a sociální izolací.

Jako vhodným řešením hodnotím přednostní očkování pro zranitelnější a více rizikové osoby, které i na základě přednostního očkování, a tedy menšího strachu z rozvoje onemocnění, nemuseli být tolik ohroženi sociální izolací. A bylo pro ně více bezpečné jít například na procházku se svými blízkými.

Zároveň je podstatné si uvědomit, že se z velké části se může jednat i o osoby, které jsou zvýšeným rizikem sociální izolace ovlivnění i bez vládních nařízení a zákazů vycházení či návštěv, což osoby v pobytových zařízeních bez pochyby jsou.

Jako limity své práce vnímám několik faktorů. V první řadě se to týká respondentů mého výzkumného šetření a jejich výběru. Mého výzkumné šetření se účastnilo celkem deset respondentů, ale pouze dva respondenti byli mužského pohlaví. Myslím, že pokud by se mi podařilo uskutečnit rozhovory se stejným množstvím ženských i mužských respondentů, mohlo být zajímavé mezi sebou porovnat výsledky a zkoumat možné rozdíly ve vnímání situace mezi odlišnými pohlavími. To s mým vzorkem respondentů není možné jelikož, dva respondenti mužského pohlaví jsou dosti malý vzorek na tvoření konkrétních závěrů.

Dalším limitujícím faktorem a menší komplikací při tvoření mé práce a jejího výzkumu vnímám to, že několik respondentů v průběhu rozhovorů uvedlo, že jsou povahou spíše introverti a preferují být sami, svůj volný čas záměrně tráví aktivitami, které mohou dělat sami a mezi větším množstvím lidí se cítí nekomfortně. Situace by pro ně zůstala nezměněnou, pokud by tyto nařízení nebyla platná. Údajně by i tak většinu času v zařízení trávili sami. Zároveň jsem se potkala i s respondenty, kteří již nikoho z nejbližší rodiny nemají, jednalo se například o bezdětnou vdovu, která sama uvedla, že udržovat kontakty s přáteli je pro ni obtížné z důvodu jejího zdravotního stavu. Domnívám se, že pokud bych do svého výzkumného šetření zapojila více jedinců s extrovertní povahou, výsledky mé práce by to zásadně ovlivnilo. Zejména v tom, že by výsledky vycházely více negativně, jelikož by se jednalo o skupinu lidí, která není zvyklá být sama a ani samotu nevyhledává. Dopad na jejich prožívání a rozdíl před zákazem a po by pro ně byl obrovský. Myslím, že výsledky mého výzkumného šetření mohly být úplně jiné, pokud by vzorek respondentů disponoval jinými osobnostními rysy, rozdílnou sociální situací či existujícími a funkčními vztahy v rodině, přáteli či v blízkém okolí.

Dalším nedostatkem, ale nutnou věcí pro mé výzkumné šetření byl výběr konkrétních respondentů do výzkumu. Respondenty jsem musela vybírat i na základě jejich komunikační schopností, myšleno dle úbytku kognitivních funkcí a na kolik jim jejich zdravotní stav dovolí komunikovat bez větších obtíží a srozumitelnou formou. Jednalo se tedy o takové pacienty, jejichž zdravotní stav zásadním způsobem neovlivňoval jejich komunikační schopnosti a jejichž kognitivní schopnosti byly

zachovány. Všichni respondenti byli schopni bez problému komunikovat a většina se i samostatně pohybovat po zařízení. Ale na základě mého pozorování ze zařízení jsem si všimla, že dopad na pacienty, kteří sice nebyli mými respondenty, jelikož se jednalo o pacienty, kteří byli upoutáni na lůžko a jejich komunikační schopnosti byli značně omezeny, byl zásadní. Bohužel se jednalo o pacienty, s kterými z důvodu jejich zdravotního stavu nebylo možné rozhovor realizovat. Tito pacienti strádali možná více, jelikož nebyli schopni pochopit, co se v současnosti děje a proč za nimi jejich blízcí nechodí. Pokud se jim někdo momentální situaci snažil vysvětlit, z důvodu svého zdravotního stavu, tyto důvody většinou zapomněli a přetrvával pouze pocit osamění a opuštění. Tyto pocity se projevovaly občasnými vzlyky, výkřiky a povzdechnutími, proč za nimi nepřijdou jejich blízcí a častými otázkami směrem k personálu, kdy budou mít návštěvu a zda nevolali. Protože jedním z důvodů, proč tito pacienti tuto tíživou situaci snášeli možná hůře, byl ten, že kvůli sluchovému postižení a nedostatečným kompenzačním pomůckám či neschopnosti mobilní telefon udržet v ruce, pro ně bylo obtížnější a často i nemožné porozumět mluvené řeči prostřednictvím mobilního telefonu.

Zároveň kromě poměrně malého vzorku respondentů, výzkumná část probíhala pouze v jednom pražském zařízení. Bylo by zajímavé porovnat dopady současných protiepidemických opatření v rámci více zařízení.

Na stanovenou hlavní výzkumnou otázku včetně otázek dílčích se mi prostřednictvím výzkumného šetření a polostrukturovaných rozhovorů s respondenty podařilo odpovědět, prostřednictvím přibližně deseti základních a několika doplňujících otázek.

V první kapitole této práce zmiňuji i důležitost prarodičovské role, konkrétně v souvislosti se stárnutím psychickým, která na seniory má pozitivní dopady a lidé ve starším věku se na příchod vnoučat těší a jsou žádoucími. Což bylo patrné i z mého výzkumné šetření. Respondenti v rámci rozhovorů často odbočovali od tématu a hodně mluvili o svých vnoučatech či pravnoučatech a z jejich sdělení bylo patrné, že jsou pro ně opravdu velice důležité. V další kapitole zmiňuji sociální služby, které mohou sloužit jako preventivní opatření sociální izolace jako například ergoterapie a další doprovodné služby. Následně jsem se zajímala, jestli nějaké obdobné služby jsou v rámci zařízení poskytovány. V zařízení je každý všední den provozována ergoterapie

a jednou za čas canisterapie či hipoterapie. Což může být jedním z dalších pozitivních faktorů, které zabraňují sociální izolaci v zařízení, spolu s dostatkem personálu.

Přínos své práce vnímám eventuelně pro pracovníky, jejichž cílovou skupinou jsou lidé ve starším věku. Práce by mohla být přínosná v uvědomění si rizik sociální situace a zároveň faktorů, na které je důležité dávat si pozor při takto náročných a nestandardních situacích. Je nutné si uvědomit, že lidé, kteří jsou sociální izolací a strádáním s tím spojeným ohroženi, si často o pomoc či pozornost neřeknou. Jedná se o pacienty, kteří z důvodu svého onemocnění nedokážou zvednout telefon či neslyší, co jim druhý v telefonu říká. A zároveň v uvědomění si toho, jak závažným problémem s mnoha negativními dopady je sociální izolace a fakt, kolika seniorů v pobytových zařízeních či domácí péči se tato problematika týká.

Podstatu a přínos vidím i v tom, jaký vliv na péči v zařízení může mít dostatek pracovníků a lidí, kteří se v zařízení pohybují a mají možnost s pacienty či klienty občas promluvit a vyměnit si pár slov.

Významným faktorem jsou i volnočasové aktivity pro klienty a pacienty, které též mohou zásadním způsobem ovlivnit prožívání obyvatel daného zařízení. Bohužel v léčebnách pro dlouhodobě nemocné není úplným pravidlem nabídka volnočasových aktivit či různých terapií, jako je například canisterapie, ergoterapie a podobně, které mohou mít zásadní vliv na uzdravu daného člověka.

Myslím si, že tato práce by měla v budoucnu potenciál na další rozšíření a rozpracování. Zejména zaměření se na preventivní opatření, která mohou zmírnit dopady sociální izolace. Například by se mohlo jednat o metodiku podpůrných aktivit pro seniory. Aktivity by měly za cíl seniory rozvíjet a zároveň fungovat jako preventivní opatření, které by mohli využívat pracovníci pobytových zařízení při práci se touto cílovou skupinou.

## Závěr

Má diplomová práce se zabývala problematikou sociální izolace u pacientů LDN, kteří byli z důvodu protiepidemických opatření tímto jevem ohroženi více než dříve.

Cílem práce bylo proniknout do problematiky sociální izolace osob ve starším věku, konkrétně u pacientů LDN, a jakým způsobem je ovlivnila současná protiepidemická opatření, která byla vydávána jako opatření proti šíření onemocnění COVID-19. Zda a jaké negativní dopady na svém psychickém a fyzickém zdraví pociťovali a jaký postoj k těmto opatřením zaujímal.

Teoretická část se věnovala popsání cílové skupiny práce, tedy osob ve starším věku, jejich potřebám a pobytovým službám, které mohou využívat s důrazem na etické normy zařízení, včetně ochrany práv jejich klientů. Dále jsou v práci popsána různá onemocnění, kterými mohou být lidé ve starším věku ohroženi, spolu s preventivními opatřeními, která slouží k eliminaci či oddálení těchto nemocí. Zaměřila jsem se i na preventivní opatření sociální izolace a možnosti sociálních služeb, které mohou využít senioři, kteří se cítí osaměle. Onemocnění, kvůli kterému byla všechna tato opatření vytvářena, bylo popsáno v předposlední kapitole. Poslední kapitola se zabývala sociologickým konceptem nezamýšlených důsledků. Empirická část byla zaměřena tedy na to, jak mohou být současná protiepidemická opatření u pacientů LDN příčinou negativních důsledků způsobených sociální izolací.

Odpovědí na hlavní výzkumnou otázku je to, že aktuální opatření rozhodně mohla mít negativní dopady spojené se sociální izolací. Respondenti opakovaně vyjadřovali hněv a smutek, že nemohou vidět své blízké, zároveň také úzkost z toho, zda ještě budou mít příležitost je spatřit, z důvodu vysokého věku a ztížené zdravotní situace. Alternativní řešení kontaktu přes mobilní telefony respondenti hodnotili jako nedostatečné. Žádný z respondentů přímo nezmínil dopady sociální izolace na svém fyzickém či psychickém zdraví, ale v průběhu celého rozhovoru všichni respondenti vyjadřoval lítost, že nemůžou vidět své blízké. Respondenti také vyjadřovali strach o ně a o to, aby se dožili dalšího setkání.

V rámci mého výzkumného šetření se mi prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s respondenty podařilo odpovědět na všechny stanovené otázky. Myslím, že důležitým faktorem, který přispěl k tomuto cíli, byl navázaný vztah s respondenty, jelikož jsem v době probíhajícího výzkumu v zařízení působila jako ošetřovatelka. Tato

skutečnost mi mohla dopomoci k otevřenějším odpovědím a respondenti nemuseli cítit zbytečný ostych a mohli být otevřenější.

Jako nezamýšlené důsledky současných protiepidemických opatření vnímám to, že ač opatření měla chránit lidi ve vyšším věku po stránce fyzického zdraví, lidé žijící v pobytových zařízeních utrpěli po stránce psychické, byli ohroženi sociální izolací a psychickým strádáním z důvodu osamělosti a nedostatečných kontaktů se svými blízkými.

Jako limity své práce vnímám výběr respondentů. U jejich výběru jsem se zaměřila na dobré komunikační schopnosti, ale počet mužských respondentů byl nízký. Zároveň někteří respondenti byli introvertní povahy a další bez širší rodiny.

Na závěr bych ráda uvedla důležitost návazných sociálních služeb a celkové posílení služeb pro seniory v prevenci sociální izolace. Dle mého názoru se i bez protiepidemických opatření, uzavírání pobytových zařízení pro veřejnost a komplikací posledních let, někteří senioři mohou cítit osaměle, a i s těmito je potřeba pracovat. Jedním z řešení může být například rozšíření mého výzkumu k metodice práce s klienty či pacienty pobytových zařízení, jako preventivní opatření sociální izolace. To by mohlo sloužit jako návod pro pracovníky v pobytových zařízeních, dle potřeb jejich klientů tak, aby tyto služby byly užitečné a přínosné.

## Seznam literatury

- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5147-4.
- BRENNAN, John et al. "Social work, mental health, older people and COVID-19." *International psychogeriatrics* vol. 32,10 (2020): 1205-1209. doi:10.1017/S1041610220000873
- CHLOUBOVÁ, Helena. Vyšší psychosociální potřeby nemocných – vztahové potřeby. In: *Základní potřeby člověka – Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha. 2020
- COTTERELL, Natalie, BUFFEL, Tine a PHILLIPSON, Christopher. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018 Jul;113:80-84. doi: 10.1016/j.maturitas.2018.04.014. Epub 2018 Apr 30. PMID: 29903652.
- ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3828-7.
- ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KHOURY R, KARAM G. Impact of COVID-19 on mental healthcare of older adults: insights from Lebanon (Middle East). *Int Psychogeriatr*. 2020 Oct;32(10):1177-1180. doi: 10.1017/S104161022000068X. Epub 2020 Apr 24. PMID: 32326986; PMCID: PMC7205551.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MARŠÁLKOVÁ, K. a SCHMEIDLER, K. Ageismus – hrozba sociální izolace ve stáří. *Gerontologie a geriatrie*, 5 (1), 44-48. 2016.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.



- MERTON, Robert King. *Studie ze sociologické teorie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. Moderní sociologické teorie. ISBN 80-85850-92-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.
- OREL, Miroslav. *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4714-9.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.
- OVALLATH, Sujith. *Covid 19*, Nova Science Publishers, Incorporated, 2020. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/cuni/detail.action?docID=6380209>.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- PLAGG, Barbara et al. "Prolonged social isolation of the elderly during : Between benefit and damage." *Archives of gerontology and geriatrics* vol. 89 (2020): 104086. doi:10.1016/j.archger.2020.104086
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena MELLANOVÁ a Věra ČECHOVÁ. *Psychologie a pedagogika I: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-014-8.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- SOKAČOVÁ, Linda. *Lidská práva v pečovatelských domech pro seniory v době pandemie*. Sociální práce. *Sociální práce* [online]. 20. 6. 2021 [cit. 2022-04-23]. ISSN

1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/lidska-prava-v-pecovatelskych-domech-pro-seniory-v-dobe-pandemie/>

STACHOVÁ, Michaela a Kateřina TOHOLOVÁ. Nadace krása pomoci: Sociální izolace není řešení, ale problém [online]. 16. 9. 2020 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.krasapomoci.cz/socialni-izolace-neni-reseni-ale-problem/>

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9.

WEBB, Lucy. lockdown: A perfect storm for older people's mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021 Apr;28(2):300. doi: 10.1111/jpm.12644. Epub 2020 Jun 28. PMID: 32352621; PMCID: PMC7267362.

## Seznam internetových zdrojů

Denní stacionář. *Pečovateľské centrum Praha 7* [online]. [cit. 2022-03-18]. Dostupné z: <https://www.pecovatelskecentrum.cz/sluzby/denni-stacionar/>

Diakonie západ: Přednostní očkování proti COVID - 19. *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.diakoniezapad.cz/rubriky/hlavni-clanky/prednostni-ockovani-proti-covid-19/>

*Domov sv. Karla Boromejského: Dům čtyř světů* [online]. [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: <https://www.domovrepy.cz/index.php/seniori/rozcestnik-sluzeb>

*Domov sv. Karla Boromejského: Služby pro seniory* [online]. [cit. 2022-01-04]. Dostupné z: <https://www.domovrepy.cz/index.php/seniori/rozcestnik-sluzeb>

*Evropská charta práv seniorů: Charta práv seniorů*. In: . Dostupné také z: [https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Charta\\_prav\\_senioru.pdf](https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/Charta_prav_senioru.pdf)

*Hospic sv. Kleofáše – hospicová péče: Etický kodex* [online]. [cit. 2021-12-03]. Dostupné z: <https://www.kleofas.cz/o-nas>

Kluby: Kluby pro seniory. *Olsen* [online]. [cit. 2022-03-18]. Dostupné z: <https://proseniory.olomouc.eu/kluby-pro-seniory>

Koronavirové onemocnění (COVID - 19): Přehled. *World Health Organization* [online]. [cit. 2022-01-14]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

Koronavirové onemocnění (COVID - 19): Prevence. *World Health Organization* [online]. [cit. 2022-01-14]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2)

Koronavirové onemocnění (COVID - 19): Příznaky. *World Health Organization* [online]. [cit. 2022-01-14]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)

*Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Aktuálně o koronaviru* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/>

*Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Onemocnění aktuálně* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: [https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19?utm\\_source=general&utm\\_medium=widget&utm\\_campaign=covid-19](https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19?utm_source=general&utm_medium=widget&utm_campaign=covid-19)

*Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Povinné očkování proti onemocnění Covid - 19* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/povinne-ockovani-proti-onemocneni-covid-19/>

Moderní senioři. *Česko v datech* [online]. [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/136-moderni-seniori/>

Mohamadian M, Chiti H, Shoghli A, Biglari S, Parsamanesh N, Esmaeilzadeh A. *COVID-19: Virology, biology and novel laboratory diagnosis*. J Gene Med. 2021 Feb;23(2):e3303. doi: 10.1002/jgm.3303. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33305456; PMCID: PMC7883242.

Národní strategie očkování proti nemoci COVID - 19. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/09/N%C3%A1rodn%C3%AD-vakcina%C4%8Dn%C3%AD-strategie-onemocn%C4%9Bn%C3%AD-covid-19\\_k-ve%C5%99ejn%C3%A9-diskusi.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/09/N%C3%A1rodn%C3%AD-vakcina%C4%8Dn%C3%AD-strategie-onemocn%C4%9Bn%C3%AD-covid-19_k-ve%C5%99ejn%C3%A9-diskusi.pdf)

Následná péče (LDN). *Následná a domácí péče* [online]. [cit. 2022-04-29]. Dostupné z: <https://www.nasledna-pece.cz/nasledna-pece>

*Neztratit se ve stáří: Péče o seniory v době pandemie: Izolace v sociálním zařízení nebo domácí prostředí?* [online]. [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.neztratitsevestari.cz/clanky/pece-o-seniory-v-dobe-pandemie-izolace-v-socialnim-zarizeni-nebo-domaci-prostredi>

*Our world in data: Coronavirus (COVID - 19) Vaccinations* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: [https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)

Poslanecká sněmovna: Listina základních práv a svobod. *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky* [online]. [cit. 2021-12-03]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Služby: Centrum denních služeb. *Život 90* [online]. [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/asistence/centrum-aktivniho-stari>

Statistiky: Senioři. *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

*Státní ústav pro kontrolu léčiv: Vakcíny proti COVID - 19* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/vakciny-proti-covid-19>

*Státní zdravotnický ústav: Stanovisko SZÚ k vakcinaci covid - 19* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/vakciny/stanovisko-szu-k-vakcinaci-proti-covid-19>

Univerzita třetího věku. *Centrum celoživotního vzdělávání Univerzita Karlova* [online]. [cit. 2022-03-18]. Dostupné z: <https://cczv.cuni.cz/CCZV-15.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: COVID-19 byl vloni druhou nejčastější příčinou smrti [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8506>

*Vláda České republiky: Aktuálně* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/v-cr-bylo-zahajeno-ockovani-proti-onemocneni-covid-19--mezi-prvnimi-ockovanymi-byl-i-premier-babis-185837/>

*Vláda České republiky: Protiepidemická opatření – co aktuálně platí* [online]. [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/mimoradna-a-ochranna-opatreni\\_-co-aktualne-plati-180234/](https://www.vlada.cz/cz/epidemie-koronaviru/dulezite-informace/mimoradna-a-ochranna-opatreni_-co-aktualne-plati-180234/)

*Život 90: Výzva pobytovým sociálním službám a léčebnám* [online]. [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/aktuality/255-vyzva-pobytovim-socialnim-sluzbam-a-lecebnam>

Životní situace: Hygiena. *Covid Portál* [online]. [cit. 2022-01-17]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/hygiena>

Životní situace: Krizové linky pro seniory. *Covid Portál* [online]. [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/seniori/krizove-linky-pro-seniory>

Životní situace: Odběr vzorků – PCR testování. *Covid portál* [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/osoby-se-zdravotnim-postizenim/odber-vzorku-pcr-testovani>

Životní situace: Senioři. *Covid Portál* [online]. [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://covid.gov.cz/situace/seniori>

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 – Tabulka transformačních kroků

Tabulka 2 – Přehled respondentů

Tabulka 3 – Seznam kategorií a kódů

Tabulka 4 – Interpretace otevřeného kódování

Tabulka 5 – Schéma vztahů kategorií

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Souhlas s provedením výzkumného šetření



## Přílohy

### Souhlas s provedením výzkumného šetření

Domov sv. Karla Boromejského zastoupený představenou S. M. Konsolátou Mgr. Miroslavou Frýdeckou (žádost vyřizuje Bc. Taťána Klíčová) souhlasí s provedením výzkumného šetření s klienty v zařízení Domova, za účelem výzkumu do diplomové práce Bc. Romany Broftové na téma: „*Negativní dopady sociální izolace jako nezamýšlený důsledek protiepidemických opatření(Covid-19) u pacientů LDN*“.

V Praze dne 14.2.2021



**Bc. Taťána KLÍČOVÁ**

DOMOV SV. KARLA BOROMEJSKÉHO  
163 00 Praha 17-Pepy, K Šancím 50  
Tel.: 235 323 248  
IČO: 65 400 143 DIČ: CZ65400143

- 19 -