

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Julie Čejková

**Život seniorů s kompenzačními pomůckami pro chůzi v naší  
společnosti**

Bakalářská práce

Praha 2024



**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Julie Čejková

**Život seniorů s kompenzačními pomůckami pro chůzi v naší  
společnosti**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Obor: Studium humanitní vzdělanosti (SHV18)

Praha 2024

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 12. 2023

.....

Čejková Julie

**Poděkování:**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. za její vstřícnost, empatii a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat všem dotazovaným seniorům za jejich ochotu a trpělivost. A samozřejmě také děkuji svým rodičům a sourozencům za podporu při studiu.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá seniory, kteří využívají kompenzační pomůcky pro chůzi (hole, berle, chodítka) a jejich životem ve společnosti. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký je život s kompenzační pomůckou pro chůzi z pohledu českých seniorů. Text je rozdělen na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zaměřuje na stárnoucí populaci, vymezení základních pojmů, společnost a seniory, terminologii související s kompenzačními pomůckami, na jednotlivé kompenzační pomůcky pro chůzi a na zaměření dosavadních studií, co se kompenzačních pomůcek a seniorů týče. Empirická část popisuje průběh výzkumu, který je založen na kvalitativní výzkumné strategii. Data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

**Klíčová slova:** kompenzační pomůcky pro chůzi, prožívání, senioři, společnost ČR, stáří

## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on seniors who use walking aids (canes, crutches, walkers) and their life in society. The main goal of the study was to determine what life with a walking aid is like from the perspective of Czech seniors. Text is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part focuses on the aging population, defining basic concepts, society and seniors, terminology related to walking aids, individual walking aids and the focus of existing studies on walking aids and seniors. The empirical part describes the research process, which is based on a qualitative research strategy. Data were collected through semi-structured interviews.

**Key words:** Czech society, life experience, old age, older persons, seniors, walking aids

# OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 Stárnoucí populace .....	13
2 Zdravé stárnutí.....	13
2.1 Funkční schopnosti .....	14
2.2 Intrinsic capacity .....	14
2.3 Prostředí.....	15
3 Vymezení pojmů .....	15
3.1 Stáří.....	15
3.1.1 Kalendářní stáří.....	16
3.1.2 Biologické stáří .....	17
3.1.3 Sociální stáří .....	17
3.2 Stárnutí.....	17
3.2.1 Fyzické změny .....	18
3.2.2 Psychické změny.....	18
3.2.3 Sociální změny.....	19
3.3 Senior.....	19
3.4 Well-being .....	20
4 Společnost a senioři, Ageismus .....	20
5 Soběstačnost .....	22
6 Mobilita a pohyb.....	23
7 Terminologie kompenzačních pomůcek.....	24
7.1 Asistivní technologie a prostředky .....	24
7.2 Kompenzační pomůcky .....	26
7.3 Mobility aids.....	26
7.3.1 Kompenzační pomůcky pro chůzi .....	26
8 Hole .....	27
9 Berle .....	28
10 Chodítka.....	29
11 Senioři a kompenzační pomůcky .....	31
11.1 Zaměření dosavadních studií.....	32
11.2 Informovanost seniorů o pomůckách .....	33
11.3 Používání a nepoužívání pomůcek.....	33
11.3.1 Pocity a postoje související s nutností využívat pomůcky.....	33



11.3.2	Pozitiva a negativa používání pomůcek.....	34
11.3.3	Vhodný výběr pomůcky.....	35
11.3.4	Důvody používání pomůcky .....	36
11.3.5	Důvody nepoužívání pomůcky .....	37
11.3.6	Upuštění od používání pomůcek.....	38
11.3.7	Důsledky nepoužívání pomůcek.....	38
11.4	Sociální aspekty používání pomůcek.....	39
11.4.1	Sebeprezentace, sociální image .....	40
EMPIRICKÁ ČÁST .....		41
12	Cíl výzkumu.....	41
13	Výzkumná strategie .....	41
14	Výzkumný vzorek.....	42
15	Technika sběru dat + Metoda výzkumu.....	44
16	Analytické postupy a zpracování dat.....	47
17	Etické aspekty výzkumu .....	48
18	Výsledky výzkumu .....	50
18.1	Používání a přijetí pomůcky.....	52
18.1.1	Způsob získání pomůcky .....	52
18.1.2	Okamžité používání pomůcky .....	53
18.1.3	Přijetí pomůcky.....	54
18.1.4	Problémy s přijetím a nepoužívání pomůcky .....	56
18.1.5	Sebeobraz, sebeprezentace a sociální image.....	58
18.2	Pocity spojené s používáním.....	59
18.2.1	Pozitivní pocity .....	59
18.2.2	Negativní pocity.....	59
18.2.3	Rozdíl pocitů v soukromí a na veřejnosti .....	60
18.3	Názor a vnímání pomůcek seniorem.....	61
18.3.1	Názor na kompenzační pomůcky pro chůzi obecně .....	61
18.3.2	Názor na vlastní pomůcku .....	61
18.4	Sociální aspekty používání pomůcek.....	65
18.4.1	Rodina, přátelé, blízcí .....	65
18.4.2	Cizí lidé, společnost.....	67
19	Diskuze .....	69
19.1	Přijetí a používání kompenzačních pomůcek pro chůzi.....	69
19.2	Pocity pojící se s používáním pomůcek.....	71

19.3	Názor seniorů na kompenzační pomůcky pro chůzi .....	72
19.4	Sociální aspekty používání pomůcek .....	74
20	Limity výzkumu.....	75
ZÁVĚR .....		77
SEZNAM LITERATURY .....		80
PŘÍLOHY .....		90
20.1	Příloha 1: Informovaný souhlas .....	90

## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je Život seniorů s kompenzačními pomůckami pro chůzi v naší společnosti. Kompenzační pomůcky pro chůzi zahrnují hole, berle a chodítka. Životu seniorů je v posledních letech postupně věnováno čím dál více pozornosti, a to vzhledem k prodlužování věku dožití, stárnutí populace a s tím spojeným zvyšujícím se podílem seniorů v celkové populaci. Staří lidé mohou být významným přínosem pro společnost, avšak proto je potřeba, aby jejich stáří bylo co nejméně zatíženo zdravotními komplikacemi. To akcentuje koncept tzv. zdravého stárnutí, který se však nesoustřeďuje pouze na stárnutí bez nemoci, jak tomu před jeho rozvojem v minulosti bylo, ale klade důraz na posílení funkčních schopností seniorů, což jim může umožnit prožít samostatný, kvalitní a spokojený život. Koncepte zdravého stárnutí je tvořena třemi složkami: funkčními schopnostmi, „intrinsic capacity“ a prostředím. Do složky prostředí mimo jiné spadají právě kompenzační pomůcky, z čehož vyplývá jejich možný vliv na zdravé stárnutí a kvalitu života.

Účelem výzkumu bylo prohloubení znalostí týkající se kompenzačních pomůcek pro chůzi u seniorů. Pochopení postojů, názorů a emocí seniorů vůči kompenzačním pomůckám pro chůzi a také motivace jejich ne/používání může přispět k lepší zdravotní péči, zmírnění překážek spojených s používáním, vyšší ochotě pomůcky využívat, zvýšení frekvence používání a zvýšení životní spokojenosti, tedy maximalizaci přínosu kompenzačních pomůcek. Nejefektivnější metodou pro pochopení této problematiky je dotázat se uživatelů samotných.

V teoretické části se zabývám tématem stárnoucí populace, koncepcí zdravého stárnutí a s ním spojenými funkčními schopnostmi, intrinsic capacity a prostředím. Dále vymezuji základní pojmy, tedy stáří, stárnutí a poměrně nový pojem senior. V další kapitole se zabývám společností a seniory a s tímto tématem úzce spojenou problematikou ageismu. S používáním kompenzačních pomůcek souvisí soběstačnost a mobilita, kterým se věnuji v následujících kapitolách. Vzhledem k nekonzistenci terminologie asistenčních technologií a pomůcek zvláště vymezuji jejich terminologii. Další kapitoly se týkají jednotlivých pomůcek pro chůzi, tedy holí, berlí a chodítek. V poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na seniory a kompenzační pomůcky-shrnuji zaměření dosavadních studií a soustřeďuji se na aktuální témata s touto problematikou související, tedy informovanost

seniorů o pomůckách, používání a nepoužívání pomůcek a s tím spojené pocity a postoje. V závěru se věnuji sociálním aspektům používání pomůcek.

Empirická část je založena na kvalitativní výzkumné strategii. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory využívajícími kompenzační pomůcky pro chůzi jsem se snažila lépe porozumět jejich životu v kontextu používání těchto pomůcek, a to prostřednictvím zodpovězení 4 následujících výzkumných otázek: 1. Jak senioři ne/přijali nutnost používat pomůcku pro chůzi? 2. Jaké pocity se pojí s používáním pomůcek? 3. Jaký názor senioři na kompenzační pomůcky mají? Jak pomůcky vnímají? 4. Jaké sociální aspekty se pojí s používáním pomůcek? V závěru práce shrnuji a reflektuji získané poznatky a dávám je do kontextu s relevantní literaturou, nakonec uvádím doporučení pro praxi.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Stárnoucí populace

Populace v celém světě stárne a zvyšuje se počet lidí starších 60 let, včetně jejich procentuálního zastoupení v populaci. Podle prognóz OSN bude v roce 2050 lidí starších 60 let více než dvakrát tolik než dětí mladších pěti let. V celosvětovém měřítku roste počet seniorů o 2 % ročně, tedy podstatně rychleji než obyvatelstvo jako celek a v letech 2025-2030 se očekává navýšení tempa růstu na 2,8 % ročně (WHO, 2017). V roce 2020 byl podíl osob starších 60 let 2,5krát vyšší než v roce 1980. V roce 2030 bude každý šestý člověk na světě starší 60 let, v roce 2050 tento počet vzroste na každého pátého (WHO, 2020). V roce 2002 činil podíl osob starších 65 let ve členských státech Evropské unie v průměru 16 % z populace, v roce 2022 vzrostl na 21 %. K nárůstu došlo také u lidí starších 80 let, zde jejich podíl činil v roce 2002 v průměru 3,5 % a v roce 2022 6,1 %. V České republice tvořily osoby starší 65 let v roce 2002 13,9 % z celkové populace a v roce 2022 20,6 %. Počet osob starších 65 let u nás poprvé v historii přesáhl hranici 20 % v roce 2020. Stárnutí populace je patrné také na zvyšujícím se věkovém mediánu populace, který se ve státech EU v letech 2002-2022 v průměru zvýšil o 5,7 let a v ČR o 5,9 let, přičemž v roce 2022 byl tento medián 43,8 let (Český statistický úřad, 2020; Eurostat, 2023). Ve vyšších věkových skupinách došlo také ke změně poměru pohlaví, na rozdíl od předchozích staletí aktuálně nad muži převažují ženy (Macháčová & Holmerová, 2019).

Významným tématem je zdravotní stav seniorů. Ačkoli se věk prodlužuje, u značné části populace se neprodlužuje doba života prožitá ve zdraví, dokonce se zkracuje. S rostoucím podílem seniorů v populaci tedy narůstá také počet lidí, kteří potřebují pomoc při sebeobsluze a vykonávání každodenních činností. Stárnutí populace je tedy výzvou pro systémy zdravotní, sociální a politické, ale také pro jedince a společnost jako celek (Chen, 2020; Macháčová & Holmerová, 2019).

## 2 Zdravé stárnutí

Zdraví a s ním související zdravý životní styl jsou významné po celý život jedince, tedy i ve stáří. To, zda jsou lidé schopni využívat příležitosti, které s sebou prodlužování věku přináší, je do značné míry dáno také jejich zdravím. V roce 2015 formulovala Světová zdravotnická organizace (WHO) zdravé stárnutí jako rozvoj a udržování funkčních schopností, které umožňují životní pohodu ve vyšším věku. Skládá se ze tří složek: funkční schopnost (stav),

„intrinsic capacity“ a prostředí, které mezi sebou interagují. Cílem iniciativy WHO je, aby byly jednotlivé země schopné svým občanům zajistit nejen život dlouhý, ale také prožitý ve zdraví, a to vzhledem k tomu, že jednou z největších hrozeb u osob starších 60 let jsou onemocnění spojená s vyšším věkem. V této souvislosti je zdravé stárnutí celosvětovým problémem, jelikož dochází ke zvyšování nároků na dlouhou péči a přetěžování zdravotních a sociálních systémů. Navíc se předpokládá, že v budoucnu nebude dostatek pečujících osob pro seniory s fyzickými a psychickými komplikacemi a onemocněními. Je tedy nesmírně důležité, aby se co nejvíce omezilo ubývání funkčních schopností, které se stárnutím a vyšším věkem souvisí, a to prostřednictvím prosazování zásad zdravého stárnutí. Zdravé stárnutí neznamena pouze život bez zdravotních komplikací a nemocí, ale soustřeďuje se na to, aby lidé žili kvalitně, smysluplně, důstojně, a tak jak sami preferují. Díky tomuto modelu, který WHO představila, může dojít k přechodu od postojů zaměřených na jednotlivá onemocnění a diagnózy k postojům, které se budou zaměřovat na dobrý funkční stav a kvalitu života starších lidí (Macháčová & Holmerová, 2019; WHO, 2020).

## **2.1 Funkční schopnosti**

Funkční schopnost je pro zdravé stárnutí klíčová a je definována jako vlastnosti související se zdravím, které lidem umožňují žít a konat dle vlastních hodnot. Zahrnuje schopnosti starších lidí 1) uspokojovat své základní potřeby; 2) učit se, rozvíjet se a rozhodovat se; 3) být mobilní a pohybovat se; 4) navazovat a udržovat vztahy; 5) přispívat společnosti. Funkční schopnost představuje komplexní termín, který je výsledkem vzájemného působení 1) „intrinsic capacity“ jedince; 2) prostředí, ve kterém člověk žije a 3) způsobů, jak se svým prostředím interaguje (Hrkal a kol., 2021; WHO, 2020).

Klíčem k udržení funkčních schopností v průběhu života je prevence a kompenzace trvalých nebo přechodných ztrát „intrinsic capacity“ (WHO, 2020).

## **2.2 Intrinsic capacity**

„Intrinsic capacity“ zahrnuje všechny fyzické a duševní schopnosti, ze kterých může člověk čerpat. Řadí se sem kapacita lokomoční (fyzické pohyby); smyslová (např. zrak a sluch); vitalita (energie a rovnováha); kognice (poznávací schopnosti) a kapacity psychické. Tyto oblasti jsou vzájemně propojené. Jako příklad intrinsic capacity lze uvést rychlost chůze a svalovou sílu (WHO, 2020). Macháčová a Holmerová (2019) pojem intrinsic capacity nepřekládají, jelikož aktuálně neexistuje vhodná česká terminologie, která by byla dostatečně přesná.

Rozvoj a udržování intrinsic capacity člověka v průběhu života, která vytváří rezervy, je dalším klíčem ke zdravému stárnutí. Úroveň intrinsic capacity může být ovlivňována řadou faktorů, včetně přítomnosti nemocí nebo zranění a psychologických a s věkem souvisejících změn (WHO, 2020).

### **2.3 Prostředí**

Prostředí je místo, kde lidé žijí a vedou svůj život. Zahrnuje všechny faktory okolního světa, které tvoří rámec života jedince. Prostředí zahrnuje domov, komunitu a širší společnost a všechny faktory, které je ovlivňují. Klíčové oblasti zahrnují: 1) Asistivní technologie a kompenzační pomůcky, které usnadňují pohyb, zrak, paměť a každodenní fungování; 2) přírodní nebo zastavěné prostředí; 3) emocionální podporu, pomoc a vztahy poskytované jinými lidmi anebo zvířaty; 4) postoje (jelikož mají vliv na chování, a to jak negativní, tak pozitivní) 5) služby, systémy a politiky, které mohou, ale nemusí přispívat k lepšímu fungování ve vyšším věku. Prostředí poskytuje řadu zdrojů nebo překážek, které v konečném důsledku rozhodují o tom, zda se starší lidé mohou zapojit nebo účastnit činností, které jsou pro ně důležité. Vhodné prostředí může zvyšovat intrinsic capacity. Prostředí hraje zásadní roli při podpoře zdravého stárnutí a zajišťuje, aby žádný starší člověk nezůstal pozadu. K tomu je zapotřebí lépe porozumět tomu, jak lidé interagují se svým prostředím a do jaké míry toto prostředí brání nebo umožňuje jejich funkční schopnosti (WHO, 2020).

Dalším klíčem ke zdravému stárnutí je tedy rozvoj příznivého prostředí přátelského ke stáří, které zlepšuje funkční schopnosti. Jedna z oblastí, jak zlepšit prostředí, je poskytnout lidem vhodné asistivní technologie a kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky pro chůzi jsou tedy významné proto, že mohou zmírnit pokles fyzických schopností, optimalizovat funkční schopnosti, a tím pádem umožnit lidem stárnout zdravě a žít tak, jak si představují (WHO, 2020).

## **3 Vymezení pojmů**

### **3.1 Stáří**

„Stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince“ (Mlýnková, 2011, s. 13).

Psychologický slovník definuje stáří jako konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života (Hartl & Hartlová, 2015). WHO (2015) definuje stáří jako sociální konstrukt, který označuje normy, role a povinnosti, které se očekávají od staršího člověka a zmiňuje,

že se často používá v pejorativním smyslu. Jiná definice popisuje stáří jako pozdní fázi ontogeneze, pro kterou jsou typické involuční změny, snižování odolnosti organismu a adaptačních schopností (Kalvach & Onderková, 2006). Křivohlavý (2011) definuje stáří jako život v době důchodu s počínající hranicí 65 let, nicméně zmiňuje, že důchod nemusí být určujícím kritériem. Jde o dlouhou a různorodou etapu života, kterou lze prožít plnohodnotně, smysluplně, aktivně a spokojeně navzdory komplikacím, které se s tímto obdobím mohou pojít (Holmerová a kol., 2013; Macháčová & Holmerová, 2019).

To, jakou osobu považujeme za starou je velmi subjektivní. Dle výzkumu Vidovičové a Rabušice (in Sýkorová, 2007, s. 48) jsou určujícími faktory pro označení člověka jako starého (postupně dle četnosti odpovědí) fyzický stav, věk, ztráta duševních schopností, ztráta autonomie, potíže přizpůsobit se změnám, odchod do důchodu, potíže s řešením problémů a narození vnoučat.

Stáří je doprovázeno množstvím funkčních a morfologických změn, které jsou velmi variabilní a individuální. Průběh stáří i doba jeho nástupu je různorodá (Kalvach a kol., 2004). Jednotliví senioři se mezi sebou mohou velmi lišit, a to zdravotním stavem, koníčky, hodnotami, rodinnou situací, zkušenostmi, finančním zabezpečením apod. (Dvořáčková, 2012).

Jako nejužívanější ohraničení stáří se využívají následující 3 vymezení:

### **3.1.1 Kalendářní stáří**

Kalendářní stáří, jinak označováno také jako chronologické, je ohraničení na základě věku (data narození). Hlavní výhodou kalendářního stáří je jeho jasné a přesné vymezení, které je vhodné pro statistickou práci s daty. Jeho nevýhodou je vysoká míra zobecnění, která dostatečně nepostihuje interindividuální variabilitu (Kalvach, 2004).

Většina literatury jako počátek stáří udává hranici 60 nebo 65 let (Kalvach, 2004). Dle WHO (2015) je věková hranice stáří stanovena na 60 let, jde však o celosvětový průměr a ve vyspělých státech je tato hranice spíše 65 let (Janiš & Skopalová, 2016). Vzhledem k prodlužující se době dožití se hranice stáří v průběhu let posouvá do vyššího věku (Čevela a kol., 2012).

Hajime Orimo a kol. (2006) rozděluje kategorii „starší lidé“ na období raného stáří (osoby ve věku 65-74 let) a pozdního stáří (osoby starší 75 let). Dokonce na základě komplexní analýzy širokého spektra údajů doporučuje posunout definici starších osob ze



současných 65 let na 75 let. Dále uvádí, že se prodloužila především střední délka života ve zdraví, čímž se v posledních desetiletích zvýšil počet vitálních starších lidí.

### **3.1.2 Biologické stáří**

Biologické stáří se ohraničuje na základě individuálních involučních změn. Jeho konkrétní vymezení je však problematické a neexistuje obecně uznávaná definice (Kalvach a kol., 2004). Mlýnková (2011) uvádí, že biologické stáří je podmíněno fyzickou zdatností seniora, jeho zdravím a vitalitou. Čevela a kol. (2012) tvrdí, že biologické stáří přesně stanovit nelze, jelikož neexistují dostatečně přesná kritéria a obecně označuje biologické stáří jako dosažení určité míry involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. Biologický věk se může rozcházet s věkem chronologickým (Říčan, 2006).

### **3.1.3 Sociální stáří**

Sociální stáří je vymezováno na základě změny sociálních proměnných: sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Začíná při vzniku nároku na starobní důchod nebo při skutečném odchodu do penze (Kalvach a kol., 2004). V posledních letech dochází k posunu sociálního stáří, především kvůli posunutí hranice odchodu do důchodu a prodloužení produktivity díky kvalitě zdravotní péče, ale také díky změnám životního stylu a rozdílnému trávení volného času (Slepička, Mudrák & Slepičková, 2016).

## **3.2 Stárnutí**

Stárnutí je univerzální komplexní proces typický pro živé organismy, který začíná již v období početí a probíhá kontinuálně až do smrti. Projevuje se především poklesem funkcí po dosažení sexuální dospělosti. Výsledkem stárnutí je stáří (senium) (Kalvach a kol., 2004). Během stárnutí dochází k fyzickým, psychickým a sociálním změnám. Na biologické úrovni dochází k narůstání různých typů molekulárních a buněčných funkčních poškození, která nakonec vyústí ve smrt (WHO, 2021a). Tělesné projevy typické pro toto období nazýváme fenotyp stáří (Dvořáčková, 2012). Všechny tyto změny jsou velmi individuální a nastupují v různou dobu v různé intenzitě. Stárnutí ovlivňují vrozené faktory, ale také faktory vnější jako je životní styl, prostředí, typ práce nebo stres (Mlýnková, 2011).

Dle Štěpánkové, Höschla a Vidovičové (2015) můžeme stav stárnoucího organismu hodnotit dle dvou typů parametrů. Mezi morfologické parametry řadíme tělesné složení, výšku, váhu a věk. Mezi funkční parametry řadíme výkonost kardiovaskulárního, řídicího, respiračního a pohybového systému. Rozdělují také znaky stárnutí, a to na univerzální, které

mají všichni senioři, a probabilistické, které se v průběhu stáří nejspíše, ale ne nezbytně, vyskytnou.

### **3.2.1 Fyzické změny**

Spektrum fyzických změn je široké a týká se většiny tělesných soustav a systémů: kožního, pohybového, kardiovaskulárního, respiračního, trávicího, pohlavního, vylučovacího, nervového, smyslového a dále například také spánku (Mlýnková, 2011). Typické je snížení bazálního metabolismu a s ním spojený nárůst hmotnosti, snížení výšky a úbytek svalové hmoty (Dvořáčková, 2012). S oslabením tělesných funkcí dochází také ke snížení výkonosti. Přibývají chronická onemocnění. Pro onemocnění je typická polymorbidita (výskyt více onemocnění najednou). Mezi nejčastější onemocnění patří diabetes mellitus, srdečně-cévní onemocnění, respirační onemocnění, onemocnění trávicího ústrojí, artritida, osteoporóza a nádorová onemocnění (WHO, 2015; Ptáček & Ptáčková, 2021).

#### **3.2.1.1 Pohybový systém**

Ve stáří dochází k nápadným změnám postoje a chůze. V důsledku atrofie meziobratlových plotének a ochabování kosterních svalů se člověk hrbí. Mění se také biomechanika páteře a ubývá kostní hmoty. Krok se zkracuje a senioři jsou při chůzi pomalejší. Dochází k úbytku svalové hmoty a poklesu svalové síly, do jaké míry velmi závisí na fyzické aktivitě. Zhoršuje se také koordinace, rychlost pohybů a síla svalových tažení. Díky řídnutí kostí se zvyšuje riziko úrazu a zlomenin. Dále dochází k zhoršené pružnosti vaziva a tuhnutí chrupavek, zejména v kloubech (Kalvach a kol., 2004; Klevetová, 2017).

#### **3.2.2 Psychické změny**

Jedlička (1991) dělí psychické změny v životě seniorů na změny sestupné povahy, typické poklesem elánu, vitality a celkovým zpomalením, a změny vzestupné povahy, mezi které patří například zvýšená tolerance k druhým a trpělivost. Mimo to udává také psychické funkce, které se během stárnutí nemění, jde především o jazykové znalosti, slovní zásobu a intelekt. Ptáček a Ptáčková (2021), stejně jako Jedlička (1991), neudávají pouze změny negativní (např. egocentrismus, pokles zájmu, emoční plochost, nedůvěřivost, nízké sebevědomí), ale také pozitivní (např. zvýšená trpělivost, vytrvalost, racionalizace, rozvaha, empatie). Uvádí také kognitivní změny, jako je například zhoršení paměti, zpomalení psychomotorického tempa, změny vnímání, zhoršení úsudku a pozornosti či oslabení exekutivních funkcí. V období stáří může docházet také k osobnostním změnám, které se

projevují zvýrazněním nebo naopak snížením či ztrátou intenzity některých osobnostních rysů a vlastností. Ve většině případů se snižuje přizpůsobivost vůči změnám a zvyšuje se přílnutí ke stereotypům. Někteří senioři mohou být více plačtiví, úzkostní nebo emočně labilní, není to však pravidlem (Mlýnková, 2011). Senioři mohou mít také větší pochopení pro problémy druhých, být rozvážnější a obezřetnější, stálější v názorech a vztazích a mít větší životní nadhled (Haškovcová, 2010). Obvykle mají tendence se více zabírat sami sebou a svými tělesnými funkcemi a obtížemi (Dvořáčková, 2012).

### **3.2.3 Sociální změny**

Mezi velké životní a sociální změny tohoto období patří odchod do penze, změny rodinných vztahů, osamostatnění dětí, úmrtí blízkých, včetně ztráty životního partnera, a pokles životní úrovně a sociální prestiže. Odchod do penze může komplikovat udržování sociálních vztahů a kontaktů s lidmi, člověk navíc ztrácí pracovní přátelství. Někteří touží po soukromí a uzavírají se do svého světa. Senior se také musí vyrovnat se změnou sociální role, strachem ze smrti a zhoršením či ztrátou soběstačnosti (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012; Dvořáčková, 2012; Klevetová, 2017).

## **3.3 Senior**

V psychologické slovníku je senior definován jako člověk starší 60 let (Hartl a Hartlová, 2004). Janiš a Skopalová (2016) využívají pojmu senior pro označení osoby starší 65 let (vzhledem k zvyšujícímu se věku dožití a pozdějšímu odchodu do důchodu v moderních zemích) a zdůrazňují minimální negativní konotaci, kterou má toto slovo na rozdíl od jiných pojmů (jako například slovo geront, důchodce). Také Příbyl (2015) uvádí emoční neutralitu termínu a označuje jako seniora člověka v průběhu senia (fyziologické stárnutí). Sak a Kolesárová-Saková (2008) označují termínem senior osobu v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. Zároveň uvádějí, že jde o velmi individuální a nspecifický pojem, který je neustále redefinován v průběhu vývoje společnosti a záleží na jedinci, jaké sociální a biologické znaky do vymezení pojmu zahrne.

Je tedy patrné, že v ČR neexistuje univerzální definice seniora. V rámci výzkumů a statistik se nejčastěji využívá vymezení na základě kalendářního stáří, přičemž věková hranice, od které je člověk považován ze seniora, je nejčastěji 60 nebo 65 let (MPSV, 2021).

Slovo senior je relativně „moderní“ termín, anglicismus, který se využívá k označení lidí ve vyšším věku (Höschl a kol., 2014). V anglickém jazyce se slova senior užívá

v odlišném významu (služebně starší, zkušenější), synonymy českého slova senior jsou spíše termíny older people, případně senior citizen (Janiš & Skopalová, 2016).

Důležité je si uvědomit, že staří lidé jsou velmi heterogenní skupinou, přičemž stáří a stárnutí jsou velmi individuální záležitosti. I staří lidé v pokročilém věku mohou být velmi vitální, schopní a aktivní. Senioři mohou být přínosem pro místní komunitu, ale také pro společnost jako celek, a to díky svým zkušenostem, znalostem a dovednostem (Holmerová a kol., 2013; Klevetová, 2017; Macháčová & Holmerová, 2019).

### **3.4 Well-being**

Obecný pojem zahrnující celý komplex oblastí lidského života, včetně fyzických, duševních a sociálních aspektů, které tvoří to, co lze nazvat „dobrým životem“. Zahrnuje oblasti, jako je štěstí, spokojenost a pocit naplnění (WHO, 2021a). Českým synonymem pro well-being je osobní pohoda, životní pohoda, životní spokojenost nebo pocit blaha (Dvořáčková, 2012). Jedná se o jeden z cílů zdravého stárnutí (WHO, 2020).

## **4 Společnost a senioři, Ageismus**

To, jak seniory vnímá společnost je značně protichůdné. Stáří může být vnímáno pozitivně, kdy je na seniory nahlíženo s úctou a respektem, klade se důraz na jejich životní zkušenosti a jsou považováni za autoritu. Na druhou stranu nezřídka kdy bývá vnímáno a také prezentováno negativně, s tím úzce souvisí také stereotypy, které společnost vůči stáří a stárnutí chová (Kisvetrová, 2019; Klapková a kol., 2016). Výrost a kol. (2019) uvádějí, že v posledních letech dochází ke snaze přístupu ke stárnutí i seniorům změnit. To se projevuje také na iniciativě WHO, která se v posledních letech snaží bojovat s tzv. ageismem (WHO, 2021a).

WHO (2021a) ve svém Globální reportu o Ageismu definuje ageismus jako pojem označující stereotypy (jak myslíme), předsudky (jak se cítíme) a diskriminaci (jak jednáme) vůči druhým nebo vůči vlastní osobě, a to na základě věku. Lze se setkat také s méně přesnou definicí, kdy se ageismus ztotožňuje s věkovou diskriminací (např. Český statistický úřad, 2023). Macháčová a Holmerová (2019) na toto upozorňují a upřesňují, že diskriminace je pouze jedním z možných projevů ageismu. WHO (2021a) uvádí, že k ageismu dochází, pokud se věk používá ke kategorizaci a rozdělování lidí způsoby, které vedou k jejich poškození či znevýhodňování, čímž dochází k oslabení mezigenerační solidarity. Ačkoli je výskyt ageismu u osob ve vyšším věku relativně častější, může k němu docházet u všech

věkových kategorií. Ve vyšším věku však může být vyrovnávání se s ním psychicky i fyzicky náročnější. Ageismus se často vyskytuje společně s jinými formami stereotypů, předsudků a diskriminace, jako je například sexismus nebo rasismus, což zvyšuje negativní dopady na zdraví a well-being jednotlivců (Macháčová & Holmerová, 2019; WHO, 2021a).

Ageismus lze rozdělit na explicitní, kterého se člověk dopouští vědomě a záměrně, a implicitní, který si člověk neuvědomuje a dopouští se ho nezáměrně. Dále lze dělit ageismus na interpersonální a institucionální. K interpersonálnímu ageismu dochází na bázi interakce mezi dvěma nebo více jedinci či v malých skupinách. K institucionálnímu ageismu dochází v rámci institucí a týká se zákonů, pravidel, norem, politik, postupů a zároveň také ideologií, které tyto praktiky podporují a ospravedlňují. Jde o nespravedlivé omezování příležitostí a systematické znevýhodňování jednotlivců na základě jejich věku. Ageismus může být také „self-directed“, tedy zaměřený vůči sobě samému. Dochází k němu na základě internalizace předsudků z okolí, kterým je člověk opakovaně vystavován, přičemž následně tyto předsudky uplatňuje vůči vlastní osobě (WHO, 2021a).

Společnost má množství mylných představ o stáří. Patří mezi ně například tendence vnímat seniory jako homogenní skupinu, ačkoli opak je pravdou. Dalším mýtem je vnímání stáří jako neužitečného času plného zahálení, s tím je také spojena tendence seniory přehlížet. Negativně vnímána bývá také psychika seniorů, což se projevuje především ve formě „vtipů“ na toto téma (Výrost a kol., 2019). Negativní stereotypy spojené se stárnutím a stářím jsou v dnešní společnosti běžné. Patří mezi ně tendence spojovat si tyto pojmy se sníženými funkčními schopnostmi, zhoršeným zdravím a nemocností, nevykonností, neužitečností či zátěží pro společnost, závislostí na druhých a zaostáváním v moderních technologiích. Lze se setkat také s považováním seniorů za příliš konzervativní a skeptické (Kisvetrová, 2019; MPSV, 2021).

Ageismus proniká do mnoha institucí a sektorů společnosti, včetně zdravotní a sociální péče, trhu práce, médií a právního systému. Konkrétně se může projevovat např. při hledání zaměstnání, v přístupu lékařů, v politických debatách o důchodech, v prostředcích hromadné dopravy, při jednání na úřadech. Senioři mohou na ageismus narážet také při pokusech o společenskou participaci. Dalším projevem je vylučování seniorů z výzkumů a sběrů dat týkajících se zdravotní péče. Ovlivňovat může také sběr dat v souvislosti s tvorbou statistik, na kterých jsou založeny společenské politiky (Kisvetrová, 2019; Macháčová & Holmerová, 2019; MPSV, 2021; WHO, 2021a).

Ageismus má množství negativních dopadů. Tlak ze strany společnosti a médií může mít za následek, že senioři vnímají své stáří negativně, díky čemuž může dojít ke zhoršení jejich fyzického a mentálního zdraví. V některých případech dochází například k negativním emocionálním stavům (včetně úzkostí a depresí), k úpadku kognitivních funkcí či ke snížení sebevědomí a sebeúcty. Tento jev má vliv na celkovou kvalitu života, může zhoršovat well-being a vyvolat u seniorů tendence žít život pasivněji. Senioři také mohou omezit svou sociální participaci a může docházet k sociální izolaci. Ageismus dokonce prokazatelně zkracuje dobu života. Jeho dopady jsou také ekonomické, zvláště v souvislosti se zdravotnickými a sociálními službami. Dále může být původcem zneužívání a projevů násilí vůči seniorům. Významné je, že představuje hlavní překážku pro zavedení účinných politik a akcí na podporu zdravého stárnutí, může tedy zásadně ovlivňovat i lidská práva a přispívat k chudobě a finanční nejistotě (Kisvetrová, 2019; MPSV, 2021; WHO, 2021a).

Vliv starších lidí na celou společnost je velmi důležitý. Senior může společnosti přispět svými zkušenostmi a postoji (Klevetová, 2017). Zapojením do společnosti mohou senioři zlepšit svou psychickou pohodu a zdraví. Nedílnou složkou zapojení do společnosti jsou také kompenzační pomůcky a bezbariérové prostředí (Huang & Chang, 2020). Pro vytlačení ageismu ze společnosti je potřeba změnit celé společenské smýšlení a společnost jako takovou (Macháčová & Holmerová, 2019).

## 5 Soběstačnost

Ačkoli se délka života prodlužuje, neprodukuje se délka života ve zdraví a délka života s úplnou soběstačností (Macháčová & Holmerová, 2019). V rámci stáří je proto klíčová podpora funkčních schopností a prevence nesoběstačnosti (Holmerová a kol., 2013). Holmerová a kol. (2013, str. 59) definují soběstačnost jako „schopnost žít samostatně v běžném prostředí a obejít se bez pomoci druhé osoby“. Míra soběstačnosti mezi lidmi je velmi různorodá a souvisí nejen s genetickou výbavou, ale také s životním stylem v průběhu života. Stejně tak hranice, kdy již člověk není soběstačný, je velmi individuální. Při vyhodnocování soběstačnosti může být nápomocné hodnocení na základě celkového funkčního zdravotního stavu, důležité je však vědět, že seznam diagnóz sám o sobě dostatečně nevyovídá o funkčním stavu osoby jako celku (Holmerová a kol., 2013).

Fyzická soběstačnost dodává seniorům pocity užitečnosti, kompetence, sebevědomí a sociálního uznání a je pro ně velmi důležitou životní hodnotou, někdy až smyslem života. Úzce se pojí také s autonomií, pocity nezávislosti a svobody (Čevela a kol., 2014; Kalvach

a kol., 2011; Sýkorová, 2006). K zhoršení soběstačnosti může dojít v důsledku zhoršení či změny zdravotního stavu. Vzniku dlouhodobé nesoběstačnosti lze v mnoha případech zabránit včasnou intervencí. Rychlým zhoršením soběstačnosti jsou ohroženi zejména tzv. geriatrictí pacienti. Důležitá je také prevence, na níž klade důraz strategie zdravého stárnutí (Holmerová a kol., 2013; WHO, 2020). Kompenzační pomůcky pro chůzi mohou být nápomocné v navýšení a zachování soběstačnosti a nezávislosti-senior si tak může udržet kontrolu nad svým životem (Holmerová a kol., 2013; WHO, 2020).

Holmerová a kol. (2013) v rámci soběstačnosti dělí seniory na: elitní, autonomní, soběstačné, křehké a nesoběstačné (závislé). Elitní senioři jsou fyzicky, mentálně, společensky a kariéerně aktivní, zároveň jsou v těchto oblastech velmi úspěšní-může jít např. o významné vědce či sportovce. Autonomní senioři žijí život dle vlastních představ a hodnot, často pracují nebo se angažují ve společnosti. Soběstační senioři žijí samostatně a bez potřeby pomoci druhých lidí, nicméně už nepracují a významněji se sociálně neangažují. Křehcí senioři mají omezené funkční schopnosti a potřebují dopomoc druhé osoby se sebezpečí a/nebo domácností. Název je odvozen od geriatrického syndromu křehkosti. Soběstačnost těchto seniorů může být ohrožena při jakékoli zátěži, včetně změny prostředí či sociální ztráty. Nesoběstační (závislí) senioři potřebují vysokou míru pomoci, buď ze strany okolí nebo prostřednictvím zdravotnických či sociálních služeb.

## **6 Mobilita a pohyb**

Schopnost být mobilní je důležitá pro zdravé stárnutí a kvalitu života ve stáří. V mezinárodní klasifikaci funkčních schopností (MKF) mobilita zahrnuje pohyb při změně pozice těla nebo místa a přesun z jednoho místa na druhé, a to pohybem ve všech jeho formách. Pohyb tak může být vykonáván tělem (s kompenzační pomůckou nebo bez ní), předmětem či dopravním prostředkem (ÚZIS ČR, 2020). Mobilita zahrnuje vstávání ze židle nebo přesun z lůžka na židli, chůzi ve volném čase, cvičení, plnění každodenních úkolů, řízení auta a používání veřejné dopravy. Je tedy nutná k sebeobsluze, denním aktivitám, přístupu do obchodů a ke službám a k účasti na společenských a kulturních aktivitách. Schopnost mobility je ovlivňována úrovní složek tělesné zdatnosti: svalové síly, flexibility a rovnováhy, proto snižování funkčních schopností v průběhu stárnutí může mobilitu omezit. Úpadek mobility však není nevyhnutelný. V rámci prevence je významné dostatečné množství pohybu. Dalším faktorem s potenciálem pozitivně ovlivňovat mobilitu je prostředí, s ním mimo jiné souvisí také kompenzační pomůcky (ÚZIS ČR, 2020; WHO, 2020).

Mobilita úzce souvisí s pohybem, dalo by se říci, že jsou tyto dva termíny od sebe neoddělitelné. Pohyb má pozitivní vliv na životní komfort, bezpečnost, společenské uplatnění a psychické zdraví. Snižuje rizika onemocnění, urychluje rekonvalescenci a umožňuje vytvoření fyzické rezervy, kterou lze využít v případě krizových stavů. Může být také zdrojem pozitivních zážitků. Většina seniorů však ve svém životě dostatečné množství pohybu nemá. Tento nedostatek může být patrný již na první pohled, a to nejen v mobilitě a motorice, ale také v dalších oblastech života (Holmerová a kol., 2013; Macháčová & Holmerová, 2019). Omezení schopnosti pohybovat se, ať už z důvodu zhoršeného zdraví, nevyužívání kompenzačních pomůcek, nevhodného prostředí či vlastní aktivity, může vést u starších lidí k dalšímu zhoršení zdravotního stavu, pádům, depresím, omezení autonomie, zhoršení well-beingu, snížené sociální participaci až sociální izolaci, poklesu volnočasových aktivit a celkovému snížení kvality života. Jde tedy o klíčovou složku pro samostatné uspokojování potřeb, a to jak těch nutných pro život, tak potřeb vyššího řádu (Jung & Ludden, 2019; Macháčová & Holmerová, 2019; Musselwhite, C. & Haddad, H., 2018; Ormerod a kol., 2015; Schwanen & Ziegler, 2011; WHO, 2015). Suchá a Francis (2019) uvádějí, že možnost a schopnost pohybu je pro většinu lidí jedním z nejdůležitějších faktorů kvalitního života. WHO (2015) upozorňuje, že ztráty spojené s poklesem pohyblivosti přesahují rámec jednotlivce, neboť společnost může přijít o cenné příspěvky starších lidí do komunity.

## **7 Terminologie kompenzačních pomůcek**

### **7.1 Asistivní technologie a prostředky**

V anglicky psané literatuře se můžeme v souvislosti s kompenzačními pomůckami nejčastěji setkat s termíny „assistive technologies“ (asistivních technologie) a „assistive devices“ (asistivní prostředky).

Cook a Polgar (2014) definují asistivní technologie jako výrobky, zařízení, služby, strategie a postupy, které jsou koncipovány a využívány pro zmírnění problémů, kterým čelí lidé s tělesným hendikepem. Dle WHO (2022) jsou asistivní technologie širokým konceptem, který zahrnuje asistivní prostředky a příslušné znalosti a aktivity, včetně systémů a služeb. Jako nadřazený pojem uvádí zdravotnické technologie. Asistivní technologie se uplatňují v různých oblastech, užitečné jsou například v souvislosti s mobilitou, sluchem, zrakem, sebeobsluhou nebo komunikací. Jsou důležité pro osoby, které mají krátkodobé, dlouhodobé či trvalé funkční omezení, včetně dětí a dospělých se zdravotním postižením,



lidí s chronickými onemocněními a seniorů s geriatrickými syndromy, jelikož pomáhají udržet či zlepšit funkční schopnosti (WHO, 2022).

Asistivní prostředky jsou jednou z kategorií asistivních technologií. WHO (2022) je definuje jako jakákoli externí zařízení, prostředky nebo výrobky (včetně softwarů), která se používají ke zvýšení, zlepšení nebo udržení funkčních schopností osob se zdravotním hendikepem. Lze je rozdělit na prostředky hmotné (například brýle, sluchadla, inkontinenční pomůcky, invalidní vozíky) a digitální, které se vyskytují ve formě softwarů a aplikací. Asistivní prostředky mají široké spektrum využití: slouží k prevenci zhoršení funkčních schopností, pomáhají při sekundárních zdravotních obtížích, mohou být využívány při rehabilitaci, mohou mít pozitivní vliv na komunikaci s druhými a v případě digitálních prostředků mohou usnadňovat přístup k informacím či napomáhat s organizací denního časového harmonogramu. Řadíme sem také prostředky sloužící k uzpůsobení okolního prostředí-například rampy či madla. Je tedy patrné, že osobám pomáhají v jejich každodenním životě (Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2009; WHO, 2022).

Asistivní technologie mohou být velmi jednoduché (například podavače) nebo technologicky složitější (např. zvedáky, robotizované systémy) (Krivošíková, 2011). Mezi asistivní technologie využívané staršími lidmi patří například: mobilní telefony, pomůcky pro chůzi, invalidní vozíky, madla, měřiče krevního tlaku a glukózy v krvi, naslouchadla, tísňové poplachové služby a počítače (Chen, 2018).

Asistivní prostředky a technologie jsou neustále se měnící a rozvíjející se oblastí, zvláště pak v souvislosti s rozvojem digitálních technologií. Některé prostředky prochází technologickými inovacemi, z kterých pak jejich uživatelé profitují. Příkladem může být robotika nebo ovládání přístrojů prostřednictvím hlasových příkazů. Díky technologickému pokroku také dochází ke stírání rozdílů mezi asistivními technologiemi a technologiemi běžnými, což výrazně zvyšuje jejich dostupnost, příkladem jsou mobilní telefony a počítačové softwary (WHO, 2022).

WHO (2022) uvádí, že definice a terminologie asistivních technologií a prostředků se liší v závislosti na jejich účelu a oblasti využití. Příkladem může být termín „geontotechnologie“, který je specificky zaměřen na asistivní technologie používané staršími lidmi. Termíny a definice se také mohou vzájemně prolínat. Liší se také terminologie napříč státy. Některé země si vytvořily vlastní definice, aby specifikovaly

právní opatření a usnadnili klasifikaci těchto prostředků (WHO, 2022). Česká republika není výjimkou.

## **7.2 Kompenzační pomůcky**

V české literatuře se lze často setkat se souhrnným termínem „kompenzační pomůcky“. Smičková (2011, str. 392) definuje kompenzační pomůcky jako „pomůcky, přístroje a zařízení, jež pomáhají zmírnit důsledek porušené funkce nebo kompenzují funkci zcela vyřazenou“. Termín kompenzační pomůcka by tedy bylo možné na základě této definice ztotožnit s pojmem „assistive device“ v anglické terminologii. Kompenzační pomůcky lze dělit podle funkce, kterou mají kompenzovat. Může jít o pomůcky usnadňující nebo umožňující lokomoci, sebeobsahu, komunikaci nebo provádění volnočasových aktivit (Vyskotová & Čichoň, 2013). Další možné dělení je podle činnosti pro kterou jsou určeny a rozdělujeme je na: ortézy, protézy, epitézy, kalceotiku a adjuvatiku (Suchá & Holmerová, 2019). Klimentová (2018) rozděluje kompenzační pomůcky pro osoby s tělesným postižením na: pomůcky pro podporu mobility; pomůcky pro zvedání a přesun; antidekubitní program a pomůcky pro domácí péči (hygiena, toaleta, domácnost). České právo využívá pro tyto pomůcky termín „zdravotnické prostředky“. (Zákoník č. 48/1997 Sb.)

## **7.3 Mobility aids**

V anglické literatuře se lze setkat také s termíny „mobility aids“, někdy též „mobility devices“. Jsou definovány jako kompenzační pomůcky napomáhající při pohybu a navigaci (orientaci v prostoru) u hendikepovaných osob. Nejčastěji jde o osoby se sníženou funkcí pohybového aparátu nebo o osoby zrakově postižené. Řadí se sem vycházkové hole, chodítka a rolátory, invalidní vozíky, skútry a hole pro zrakově postižené, v některých případech jsou do této kategorie zahrnuty také ortézy a protézy (Rogers & Musselwhite, 2023; Yusif a kol., 2015). Kategorie, která by zahrnovala všechny tyto typy pomůcek, v českém prostředí neexistuje. V zákoníku č. 48/1997 Sb. je uvedena kategorie s názvem „zdravotnické pomůcky pro pacienty s poruchou mobility“, do té však spadají pouze mechanické a elektrické vozíky a jejich příslušenství.

### **7.3.1 Kompenzační pomůcky pro chůzi**

V rámci „mobility aids“ existuje také podkategorie „walking aids“ neboli kompenzační pomůcky pro chůzi. Tyto pomůcky využívají osoby, které potřebují pomoc v pohybu, vyjma lidí využívajících invalidní vozík. Řadí se sem hole, berle, chodítka a rolátory. Synonymem je termín „lokomoční pomůcky“ (Allet a kol., 2009; Bertrand a kol.,

2017; Gooberman-Hill & Ebrahim, 2007; Stowe, Hopes & Mulley, 2010; Vyskotová & Čichoň, 2013). Miertová (2019) uvádí, že v praxi nejpoužívanější pomůcky pro chůzi jsou hole a berle. Lze se setkat také s termínem „podpůrné zdravotnické prostředky pro lokomoci“. Do této kategorie se dle zákoníku č. 48/1997 Sb. aktuálně řadí berle a chodítka. V minulosti sem spadaly také hole. Jelikož se však zákon zabývá pouze zdravotnickými prostředky, které jsou alespoň částečně hrazeny z veřejného pojištění, byly vzhledem ke změně hrazení pomůcek v roce 2019 z tohoto zákona vyřazeny. Z toho také vyplývá, že hole si již lidé musí uhradit v plné výši (Zákoník č. 48/1997 Sb.).

## 8 Hole

Hole patří mezi nejjednodušší lokomoční prostředky, využívají se ke zlepšení rovnováhy těla a napomáhají udržení stability. Využívají je lidé s jednostranným postižením dolních končetin, lidé po operacích, se zlomeninou, senioři nebo lidé s nadváhou. Hole mohou zvýšit nezávislost jedince a dodat mu větší jistotu při chůzi. Hůl se používá zpravidla jedna, k čemuž je ergonomicky uzpůsobena a drží se na opačné straně než je postižená končetina. Lze ji využívat venku i v interiéru. Pokud člověk potřebuje větší oporu či méně namáhat horní končetiny, může využít berle nebo chodítka. Ve výjimečných případech lze používat hole dvě (např. u seniorů po poliomyelitidě-pokud u nich došlo ke snížení síly horních končetin v důsledku parézy a postpoliomyelitického syndromu), čímž dojde k většímu odlehčení dolních končetin. Hole se vyrábějí v různých provedeních, nejčastěji z hliníku, mohou být také z plastu nebo dřeva. Lze je rozdělit na jednobodové (též vycházkové) a vícebodové (tříbodové a čtyřbodové). Vícebodové hole jsou určeny pro osoby, které potřebují vyšší míru opory než poskytují hole jednobodové. Je doporučeno využívat je pouze na rovném terénu. Často se uplatňují v rámci rehabilitace. Speciálními typy jsou hole v kombinaci se sedátkem a hole skládací. Skládací hole, jak již název vypovídá, je možné složit a uložit do kabelky či tašky, což je výhodné zejména pokud osoba nepotřebuje hůl používat neustále, například pokud jí využívá pouze při únavě. Hůl tak osobě nepřekáží, pokud jí aktivně nevyužívá (Dunzl, 2014; Jung & Ludden, 2019; Kalvach a kol., 2011; Mansouri & Goher, 2016; Miertová, 2019; Vyskotová & Čichoň, 2013; Vytejková a kol., 2011; WHO, 2020).

Miertová (2019) uvádí jako výhodu holí to, že jsou lehké, nenápadné a sociálně přijatelné. Ve studii Junga a Luddena (2019) senioři uváděli jako klady holí jejich kompaktnost, poskytnutí opory, zmírnění bolestí a možnost využití hole jako prostředku

k sebeobraně. Jako nevýhody uvedli nestabilitu pomůcky, pokud je někde opřená, a riziko, že hůl může podklouznout na mokřím či namrzlém povrchu.

## 9 Berle

Berle jsou opěrnou pomůckou, která se většinou využívá v páru. Ve výjimečných případech je lze využívat i samostatně, může však docházet k jednostrannému přetěžování těla, narušování jeho statiky, vyvolání či zhoršení bolesti zad a dalším komplikacím. Jsou vhodné pro osoby s krátkodobým nebo dlouhodobým zraněním, stejně jako pro osoby s celoživotním hendikepem, dále pro osoby s posturální nestabilitou, závažnějšími pohybovými hendikepy, při zlomeninách, po operacích nebo při potřebě podpořit svalstvo trupu. Pro správnou funkci pomůcky je nezbytné vhodné nastavení výšky berlí vzhledem k výšce uživatele pomůcky. Berle mohou využívat všechny věkové kategorie, včetně dětí, pro které jsou berle k dispozici v menších rozměrech.

Berle dělíme na podpažní a předloketní, předloketní berle se dále dělí na berle francouzské, někdy též označované jako francouzské hole, a na berle kanadské. Většinou se vyrábí z hliníku nebo dřeva. Speciálním typem jsou berle tříbodové nebo čtyřbodové, které poskytují uživateli ještě větší stabilitu. Podpažní berle se využívají vždy v páru a jsou vhodné pro pacienty, kteří mají zároveň s dolní končetinou postiženou i končetinu horní, protože se do tohoto typu berlí mohou zavěsit. Dále jsou vhodné pro osoby s bolestí páteře nebo osoby, které nezvládají oporu o předloketní berle. Měly by se využívat pouze krátkodobě, protože může dojít k ochrnutí svalů ramenního kloubu vzhledem k vysokému tlaku na podpažní nerv. Předloketní berle se většinou využívají v páru, ale výjimečně lze využívat také jednu. Francouzské berle mají otevřenou objímku, která je nejčastěji z plastu. O tento typ berlí se uživatel opírá horní částí předloktí. Berle kanadské mají uzavřenou objímku, která je nejčastěji z kůže. V běžné praxi lidé nejčastěji používají předloketní berle francouzské (Dungl, 2014; Joyce & Kirby, 1991; Jung & Ludden, 2019; Kalvach a kol., 2011; Miertová, 2019; Mansouri & Goher, 2016; Vyskotová & Čichoň 2013; Vytejková a kol., 2011; Walk Easy Inc., 2017). WHO (2020) uvádí ještě třetí typ berlí a to tzv. „gutter crutches“, které jsou určené lidem, kteří nejsou z důvodu postižení ruky nebo paže schopni používat standartní rukojeť. Charakteristická pro ně je horizontální polstrovaná opěrka určená pro celé předloktí s páskem pro jeho uchycení.

Berle lidem pomáhají se stabilitou, mobilitou, sezením a stáním. Podporují vzpřimovací mechanismy, zvyšují opěrnou základu a zmírňují tlak vyvíjený na klouby. Dolní

končetiny odlehčují více než hole (Joyce & Kirby, 1991; Jung & Ludden, 2019; Mansouri & Goher, 2016). Ve studii Junga a Luddena (2019) senioři upřednostňovali zejména francouzské berle oproti rolátorům (nízká kolová chodítka s brzdou bez pevného opěrného bodu, více v kapitole Chodítka) díky tomu, že se s nimi snáze manipuluje. Mezi nevýhody řadili problémy s otevíráním dveří, neboť neměli volné ruce. Také měli pocit, že používání berlí při chůzi do schodů může být nebezpečné a vnímali je jako nevhodné dlouhodobé řešení pro problémy s mobilitou. Mezi další nevýhody berlí patří náročnější zacházení s berlemi-pro jejich používání je třeba mít dostatečně silné horní končetiny a významný je také nácvik používání pomůcky po rovině a na schodech (Miertová, 2019). Důležitý je také nácvik opírání a pokládání berlí, které lidem často padají a při jejich zvedání je zvýšené riziko pádu. U francouzských berlí (s otevřenou objímkou) bývají poutka, která padání pomůcky zabraňují (Kalvach a kol., 2011).

## 10 Chodítka

Chodítka a rolátory jsou opěrné pomůcky, které se využívají k mobilizaci u osob s těžkým postižením, při těžších poruchách chůze nebo u osob, které jsou velmi fyzicky nevykonné (například při neurologických onemocněních), dále se využívají k rehabilitaci a nácviku chůze po operacích a úrazech. Nejčastěji jsou tvořeny duralovou konstrukcí s několikabodovou oporou, přičemž opěrné body bývají zakončeny pevným pogumovaným nástavcem nebo kolečky. I u chodítka je důležité nastavení správné výšky, aby nedocházelo k přetěžování ramen a/nebo páteře. Chodítka lze používat v exteriéru i interiéru, pro jejich používání je však třeba dostatek prostoru, někdy je tedy nutné jim interiér přizpůsobit. Některá chodítka lze složit.

Základní dělení chodítek je na vysoká a nízká.

Vysoká chodítka lze dělit dle postavení opěrky na předloketní a podpažní. Oba typy chodítek umožňují uživateli zapřít se o chodítka pažemi a poskytují tak vysokou míru opory. Tato chodítka bývají vybaveny čtyřmi nebo dvěma koly. Ve většině případů nemají brzdu, kterou by bylo možné využít při používání a chodítka tak při chůzi v případě potřeby zastavit, proto je jejich používání pro zachování bezpečnosti podmíněno asistencí druhé osoby. Často se používají v rámci rehabilitace např. v nemocnicích, ale mohou být používána také v domácím prostředí. Slouží především k vertikalizaci, nácviku chůze a ke kratším přesunům. Jsou vhodná také pro osoby se slabým svalstvem trupu.

Nízká chodítka můžeme dělit na pevná (stabilní) a kolová (tzv. rolátory). Jsou vhodná pro osoby se silným svalstvem trupu a méně závažnými poruchami mobility. Vhodné jsou také pro osoby, které se při chůzi cítí nejistě nebo pro osoby, které potřebují oporu při chůzi na delší vzdálenosti. Pevná chodítka mají všechny opěrné body pevné (bez koleček), při pohybu je tedy potřeba zvedat celý rám chodítka. Bývají tříbodová nebo čtyřbodová. Jejich výhodou je jejich stabilita, od toho také druhý název stabilní. Díky absenci koleček nemohou podjet a jsou tak bezpečnější. Zvláštním typem je čtyřbodové chodítko se dvěma kolečky, které je tvořeno dvěma pevnými opěrnými body vzadu a dvěma koly vpředu. Tento typ je vhodný pro velmi slabé osoby, jelikož díky kolům usnadňuje přesun chodítka, zároveň je ale stále bezpečnější než rolátory, jelikož k jeho zastavení není potřeba použití brzdy, ale pouze položení pevných bodů na zem.

Pojízdná chodítka neboli rolátory mají kola na všech opěrných vzpěrách a vzhledem k absenci pevného opěrného bodu musí být vybaveny brzdou. Kola mohou být tři nebo čtyři. Rolátory se využívají v obdobných případech jako jiné typy chodítek. Jsou určeny pro osoby, které jsou schopné delší chůze, převážně v exteriéru. Vhodné jsou také pro slabší osoby, neboť není třeba zvedat rám pomůcky, což může být fyzicky náročné. Rolátory nejsou vhodné pro osoby s kognitivním deficitem, jelikož je u nich při používání tohoto typu pomůcky zvýšené riziko pádu. Při používání je důležité, aby měl uživatel obě ruce na brzdách a mohl tak v případě potřeby (např. ztrátě rovnováhy) rolátor okamžitě zastavit. K rotátorům je na rozdíl od pevných chodítek k dispozici široké množství příslušenství – například nákupní košík, deštník nebo sedátko. Lze je rozdělit na rolátory pro vnitřní a omezené venkovní použití a rolátory pro venkovní použití. Tyto pomůcky tlačí uživatel před sebou a liší se od sebe především typem kol. Speciálním typem rolátoru je „posterior rollator“, který je běžně používán osobami s neurologickými onemocněními, které potřebují podporu při chůzi na kratší vzdálenosti v interiéru. Typický pro něj je otevřený rám, o který se osoba opírá, čímž je umožněn volný a přirozený pohyb při chůzi. Tento typ chodítka se může pohybovat pouze jednosměrně.

Dalším speciálním typem chodítka používaným převážně v zahraničí je tzv. „knee walker“. Jde o kolečkové chodítko s brzdou a opěrkou pro jedno koleno, které umožňuje pohyb jednou nohou, zatímco druhá noha je ohnutá a opřená v opěrce. Tato chodítka jsou vhodná pro osoby, které se potýkají s obtížemi při zátěži na trvale postiženou nohu nebo krátkodobě zraněnou nohu. Může být využíváno jako náhrada berlí, holí nebo standardnějšího typu chodítka.

Chodítka mohou být plně hrazena zdravotními pojišťovnami, v tomto případě je předepisuje odborný lékař, zároveň je potřeba schválení nároku na pomůcku revizním lékařem. Takto hrazeno je maximálně 1 chodítka za 5 let. Je zde však i možnost pořídit si pomůcku na vlastní náklady. (Dungl, 2014; Jung & Ludden, 2019; Kalvach a kol., 2011; Lindemann a kol., 2016; Mansouri & Goher, 2016; Smičková, 2011; Tyblová, (2016); Vyskotová & Čichoň, 2013; Vytejková a kol., 2011; WHO, 2020).

V posledních letech se vyvíjejí také tzv. inteligentní chodítka, která využívají moderní technologie, a to především k detekci a prevenci pádů, případně je v nich zabudovaný alarmový systém, který se v případě pádu aktivuje (Lindemann, 2016; Mansouri & Goher, 2016).

Senioři ve výzkumu Junga a Luddena (2019) oceňovali oporu, kterou jim pomůcka poskytuje, dále to, že jim pomáhá předcházet pádům a že přispívá k pocitu bezpečí. Jako nevýhodu zmiňovali komplikace při dopravě na vzdálenější místa, kterou doprovázeli problémy spojené s velikostí pomůcky (například naložení chodítka do auta) (Jung & Ludden, 2019). Ve studii, kterou provedl Lindemann a kol. (2016) senioři jako nejčastější problémy při užívání chodítek s kolečky uváděli chůzi z kopce a do kopce, otevírání dveří, couvání a obecně překonávání překážek (například schody).

## **11 Senioři a kompenzační pomůcky**

V současnosti je asistivním prostředkům a technologiím postupně věnována větší pozornost, zejména vzhledem k navyšujícímu se podílu starších lidí v populaci. Tyto pomůcky mají potenciál kompenzovat klesající funkční schopnosti u seniorů, což s sebou nese významné socioekonomické výhody, například snižování nákladů na zdravotní a sociální péči. Také mohou snížit nároky na zdravotnický systém, podpůrné služby a pečovatele. Navíc mohou výrazně zlepšit kvalitu života starších lidí tím, že jim umožňují vést zdravý, produktivní, aktivní, nezávislý a důstojný život (WHO, 2018; WHO, 2021b).

Zkušenost seniorů s kompenzačními pomůckami je rozporuplná a vyvolává různorodé reakce, pocity a postoje. Na jedné straně mohou být pomůcky vnímány jako symbol nezávislosti, jelikož mají pozitivní vliv na soběstačnost a autonomii díky tomu, že usnadňují nebo umožňují vykonávání každodenních činností a mohou snižovat závislost osob na pomoci druhých lidí. Dále také proto, že mohou napomáhat v udržování sociálních kontaktů a účasti se společenských aktivit. Na straně druhé mohou považovány za viditelný symbol ztráty funkčních schopností a mohou být připomínkou toho, že člověk již není

schopen vykonávat činnosti tak jako dříve, což se může pojit s negativními pocity a obavami, například ze ztráty nezávislosti nebo negativního sociálního hodnocení. V takových případech mohou tyto pomůcky negativně ovlivňovat sociální participaci seniorů, jelikož se ve společnosti mohou kvůli pomůcce cítit nepříjemně (Gitlin, 1995; Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007).

Používání asistenčních zařízení může vést k zásadní změně v tom, jak senioři vidí sami sebe a jak jsou vnímáni ostatními. Pomůcky, které jsou pro ostatní viditelné mohou ovlivňovat sebeobraz a vnímání vlastní identity. Toto může zahrnovat jak pozitivní, tak negativní pocity. S tím souvisí také stigma, které může být vnější (ze strany druhých lidí), ale také vnitřní (ze strany člověka, který by měl pomůcku používat nebo jí aktuálně používá). Lidé tak mohou díky pomůcce vnímat seniora negativně, což se může projevit pomluvami, považováním seniora za méně mentálně a/nebo fyzicky schopného či jeho vyloučením z určitých činností. Vnitřní stigma úzce souvisí s osobním smýšlením uživatele o pomůcce a obavami z reakcí okolí. Stigma může výrazně ovlivnit používání pomůcek u seniorů a v některých případech může vést až k odmítání a nepoužívání pomůcek (McNeill & Coventry, 2015).

## **11.1 Zaměření dosavadních studií**

Literatura zabývající se používáním kompenzačních pomůcek bývá lékařsky motivovaná, často se zaměřením na konkrétní onemocnění a úrazy (např. Maguire a kol., 2016; Sanders a kol., 2011). Významným tématem v případě výzkumů zaměřených na seniory je především prevence pádů, které mohou mít vážné fyzické i psychické důsledky pro jejich život (např. Aminzadeh & Edwards, 1998; Carlson a kol., 2017; Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007). Dále se literatura soustřeďuje na moderní technologie a vývoj inteligentních či robotických kompenzačních pomůcek (např. Bright & Coventry; Chen, 2018; Lindemann a kol., 2015; Mansouri & Goher, 2017). Zaměření na high-tech kompenzační pomůcky je dokonce obvyklejším předmětem studií než low-tech (jednoduché) pomůcky (Huang & Chang, 2020). Jednoduché pomůcky pro chůzi jsou zkoumány především v rámci výzkumů a studií, které se zaměřují na široké spektrum kompenzačních pomůcek (např. Bateni & Maki, 2005; Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007; Chen, 2020). Přestože jednoduché pomůcky mají řadu výhod (například poměr jejich ceny a efektivity či nenáročné nastavování a používání), není jim věnováno příliš pozornosti a většina studií na ně zaměřených je staršího data. Postoje uživatelů k využívání kompenzačních pomůcek pro chůzi a psychologické aspekty s tím související jsou stále



zkoumány jen zřídka, navíc často bývají zaměřeny na všechny věkové kategorie, nikoli pouze na seniory (např. Huang & Chang, 2020). Z těchto důvodů v této práci často cituji také starší prameny.

Pochopení postojů, názorů a emocí seniorů vůči kompenzačním pomůckám pro chůzi a také motivace jejich ne/používání může přispět k lepší zdravotní péči, maximalizování přínosů pomůcek, zmírnění překážek spojených s používáním, vyšší ochotě pomůcky využívat, zvýšení frekvence používání a zvýšení spokojenosti uživatelů (Gooberman-Hill & Ebrahim, 2007; Chen, 2020; McMillen & Söderberg, 2002). Jediný způsob, jak pochopit výhody, význam a hodnotu kompenzačních pomůcek a jejich dopad na každodenní život člověka, je zeptat se uživatelů těchto pomůcek (Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007).

## **11.2 Informovanost seniorů o pomůckách**

Dalším z témat vyskytujícím se ve studiích a výzkumech na téma využívání kompenzačních pomůcek seniory je jejich informovanost o nich. Výsledky se poněkud různí. Nicméně lze říci, že mezi seniory panuje dobrá informovanost ohledně kompenzačních pomůcek pro chůzi, minimálně těch, které jsou na trhu dlouhodobě dostupné a nevyužívají moderní technologie (Aminzadeh & Edwards, 1998; Roelands a kol., 2002). Občas ale seniorům chybí praktické proškolení, jak pomůcku využívat nebo s ní vhodně manipulovat při nakládání a vykládání z automobilu (Hedberg-Kristensson a kol., 2007). Nedostatečná informovanost může také působit potíže při používání pomůcek. (Karimian a kol., 2016).

## **11.3 Používání a nepoužívání pomůcek**

### **11.3.1 Pocity a postoje související s nutností využívat pomůcky**

Používání kompenzačních pomůcek je výraznou změnou v dosavadním životě a jedinci se musí používání těchto pomůcek přizpůsobit (Gitlin, 1995).

Dle Hedberg-Kristenssona a kol. (2007) se pocity a postoje týkající se nutnosti využívat pomůcky pro lokomoci mezi seniory liší. Pro některé v jejich studii bylo přijetí pomůcky poměrně snadné a při zaznamenání potřeby pomůcky využívat tak také učinili. Pro jiné bylo uvědomění si nutnosti využívat pomůcky delším procesem a vyvolávalo v nich pocity deprese. Ti kladli důraz na možnost mít čas tyto negativní pocity zpracovat a uváděli, že při používání pomůcek je opětovná participace ve společnosti velkým krokem. Lidé mnohdy měli obavy ze závislosti na pomůckách. Nicméně pomůcky byly postupně akceptovány a používány (Hedberg-Kristensson a kol., 2007). Hägglom-Kronlöf a Sonn (1999) rozdělili ve své studii, na základě rozhovorů s ženami starších 70 let, postoje seniorek ke

kompenzačním pomůckám do tří kategorií. První kategorie vnímala pomůcky jako přirozenou součást života, která jim je oporou v každodenním životě a používání pomůcek vnímala pozitivně. Druhá kategorie měla problémy smířit se s nutností využívání kompenzačních pomůcek a působilo jim negativní emoce, jako stud. Nicméně postupem času byly negativní pocity nahrazeny pozitivními a došlo k akceptaci pomůcky a uvědomění si, že jiná alternativa neexistuje. Třetí kategorie vnímala nutnost používat kompenzační pomůcky jako osobní selhání a připomínku, že člověk zestárl a už není schopný zvládat všechny činnosti jako dříve. Také zde byl patrný strach ze ztráty samostatnosti v budoucnu a seniorky si mimo domov připadaly zranitelné. Přesto že se jedná již o téměř čtvrt století starou studii, uvádím jí, jelikož obdobná studie se prozatím neuskutečnila.

Na základě prostudované literatury se zdá, že navzdory benefitům a nezbytnosti asistivních technologií jejich používání vyžaduje kompromisy v sociálních aktivitách, definování sociálních rolí a sebepojetí. Naopak lidé, kteří si cení soběstačnosti a jsou schopni experimentovat s různými ztrátami funkčních schopností, mohou být sociálním hodnocením méně znepokojováni a také mohou být více motivováni k používání pomůcek. Postupem času dochází u většiny uživatelů k přijetí pomůcek a lidé, kteří pomůcku nějakou dobu používají mají tendence o ní hovořit pozitivně (Gitlin, 1995; Gooberman-Hill & Ebrahim, 2007). Platí, že pokud senior akceptuje nutnost používat pomůcku pro mobilitu, začne ji vnímat pozitivněji (Hedberg-Kristensson a kol., 2007).

Postoj k pomůckám se liší také v závislosti na tom, zda již člověk pomůcku využívá nebo ne. Senioři, kteří se rozhodli používat pomůcku pro chůzi kladou důraz především její funkčnost a bezpečnostní výhody, zatímco lidé, kteří odmítají pomůcku používat se zabývají především nekonvenčností a nepohodlností používání pomůcky, ačkoli si uvědomují i její pozitiva (Aminzadeh & Edwards, 1998). K podobným výsledkům došel také Boerema a kol. (2017), kde se senioři využívající pomůcku více zaměřovali na podporu autonomie, bezpečnost a získání pocitu jistoty a byli se svou současnou pomůckou pro mobilitu obecně vzato spokojeni. Zatímco „neuživatelé“ hovořili o životních limitech, které je potřeba překonat, než začnou pomůcku používat nebo měli potíže si používání pomůcky představit.

### **11.3.2 Pozitiva a negativa používání pomůcek**

Dle dosavadních studií mají kompenzační pomůcky pozitivní vliv na život uživatele, zlepšují funkční schopnosti, umožňují a usnadňují vykonávání činností, napomáhají člověku žít aktivní život, mohou mu poskytnout samostatnost nebo zvýšit jeho soběstačnost a

nezávislost a také zvyšují bezpečnost. Mají pozitivní vliv na psychiku a well-being uživatele, poskytují emocionální jistotu, pocity bezpečí. Lidé díky nim mohou déle žít v domácím prostředí. Mohou také snížit pracovní zátěž a stres pečujících osob (Gitlin, 1995; Jung & Ludden, 2019; Mann a kol., 1999; Mlýnková, 2017; Vágnerová, 2014; Yusif, Soar & Hafeez-Baig, 2016).

Konkrétně pomůcky pro mobilitu pomáhají při chůzi, sezení, nošení věcí, činnostech v oblasti péče o sebe sama, usnadňují domácí práce, soběstačnost, nezávislost, rovnováhu a stabilitu, snižují tělesnou zátěž a riziko pádu, zvyšují sebedůvěru, zmírňují bolest. Umožňují seniorům pohybovat se ve svém sousedství i širším okolí, zvyšují sociální participaci a účast na sociálních aktivitách s příbuznými, přáteli, sousedy i okolím, umožňují spontánní pobyt mimo interiér vlastní domácnosti. Při správném používání mají tedy potenciál zlepšit také celkovou kvalitu života seniorů a mohou mít pozitivní vliv na jejich každodenní a společenské aktivity (Boerema a kol., 2017; Goberman-Hill & Ebrahim, 2007; Hedberg-Kristensson a kol., 2007; Nandapalan a kol., 1995; Smith a kol., 2002; WHO, 2015).

Naopak dle některých studií mohou mít pomůcky pro mobilitu na sociální participaci seniorů negativní vliv (Borji a kol., 2016). Stejně výsledky zjistil také Martins a kol. (2016), kde byla mimo nižší participaci zjištěna také snížená sebeúcta uživatelů ve věku 45 až 97 let. Při využívání pomůcek pro mobilitu se jako negativum zmiňuje také potencionální zhoršení stability a zvýšení rizika pádů v některých situacích, ale jak píše Bateni a Maki (2005), v této oblasti bude potřeba dalšího výzkumu. Nepopiratelným negativem kompenzačních pomůcek pro chůzi je však riziko pádu na kluzkém povrchu či při přechodu z mokrého na suchý povrch, kdy může být nástavec kluzký (zejména u berlí a holí) (Jiráková a kol., 2011) a to, že nemusí poskytovat dostatečnou oporu při zvedání se ze sedu do stoje (Schmidt a kol., 2017). Někteří senioři také mají strach z odcizení pomůcky nebo věcí v ní (například v košíku chodítka) (Hedberg-Kristensson a kol., 2007).

Bright a Coventry (2013) tvrdí, že navzdory benefitům asistivních technologií se jim zcela nedaří zlepšit kvalitu života seniorů. Důvodem je, že využívání asistivních technologií je často v rozporu s psychologickými a sociálně-emocionálními potřebami, což vede ke snížení frekvence používání pomůcky nebo dokonce jejímu kompletnímu opuštění.

### **11.3.3 Vhodný výběr pomůcky**

Výběr vhodné kompenzační pomůcky by měl být vždy konzultován s odborníkem (lékařem, fyzioterapeutem). Důležitý je také nácvik správného používání pomůcky. Tyto dva

faktory usnadňují adaptaci na život s pomůckou. Nevhodná pomůcka může zhoršit pohybové vzorce, zkomplikovat vykonávání denních činností, snížit komfort, způsobit nebo zhoršit bolesti. Tato negativa pak mohou vést ke snížení pohybové aktivity a sociální participace nebo mohou člověka odradit od toho pomůcku používat (Gell a kol., 2015; Hedberg-Kristensson a kol., 2007; Jiráček a kol., 2011; Mlýnková, 2017).

#### **11.3.4 Důvody používání pomůcky**

Rozhodnutí o tom, zda pomůcku používat do značné míry závisí na postojích a přesvědčeních potenciálních uživatelů. Senior bude pomůcku používat s větší pravděpodobností, pokud pozitivně hodnotí důsledky jejího používání, považuje své okolí za vstřícné k používání pomůcek a nepředpokládá více překážek než pozitiv spojených s používáním pomůcky (Aminzadeh & Edwards, 1998; Resnik a kol., 2009).

Roelands a kol. (2002) tvrdí, že nejsilnějším prediktorem pro používání pomůcky pro mobilitu může být vnímané zvýšení bezpečnosti. Mezi další důvody používání pomůcek pro mobilitu seniory patří: doporučení lékaře, zmírnění fyzické bolesti, udržení si nebo zvýšení nezávislosti, soběstačnosti a kontroly, nabídka pomůcky od někoho z okolí, rostoucí věk, prevence progresivní disability, zhoršení existujících obtíží, problémy s rovnováhou, neschopnost pohybu, strach z pádu, uvědomění si zranitelnosti, pád, nehoda nebo bouračka, touha účastnit se společenských aktivit, snadný přístup k pomůcce, obezita nebo zhubnutí, atraktivita a dobrý vzhled pomůcky (Aminzadeh & Edwards, 1998; Rahaei, Beigomi & Jambarsang, 2022; Roelands a kol., 2002).

##### **11.3.4.1 Sociální referenti**

Mezi důležité důvody používání pomůcek patří vliv sociálních referentů. Sociální referenti jsou osoby nebo skupiny lidí, jejichž názory jsou pro jedince významné, a to do takové míry, že mohou ovlivňovat jeho postoje, chování a jednání (Cobo-Angel a kol., 2021). Jako nejvlivnější jsou uváděni lékaři, na jejichž doporučení si většina seniorů pomůcku pořídí. Mezi další referenty patří zdravotničtí pracovníci, rodina a přátelé. Mimo doporučení sociálních referentů je pro seniory důležité také to, jaké chování a postoje od referentů očekávají. Ovšem míra vlivu sociálních referentů se nejspíše kulturně a národnostně liší, navíc může být vyšší než sami seniori uvádějí (Aminzadeh & Edwards, 1998; Resnik a kol., 2009). Ve studii, kterou provedl Aminzadeh a Edwards (1998) převažoval mezi britskými účastníky názor, že se rozhodují především sami za sebe a sociální referenti mají na jejich rozhodnutí pomůcku používat minimální vliv, zatímco italsí

senioři kladli na názor lékaře velký důraz. V studii Roelands a kol. (2002) senioři nejvíce dali na názor lékaře, dále pak dětí a partnera. Názor zdravotních sester a přátel zajímal jen minimum z nich. Nicméně většina účastníků uvedla, že je pro ně důležitý názor alespoň jedné osoby.

#### **11.3.4.2 Adaptivní strategie**

Pro vyrovnání se s nutností používat pomůcky pro mobilitu využívají senioři různé adaptivní strategie. Jednou ze strategií byl trénink pohybu s pomůckou v interiéru po předem naplánované trase. Tento trénink zlepšil schopnost pohybu a umožnil překonat odpor k využívání pomůcky venku. Další strategií bylo motivovat se k pozitivnímu myšlení v souvislosti s využíváním pomůcek. K tomu většinou docházelo na základě vyslechnutí si názorů ostatních uživatelů těchto pomůcek. Strategií k vyrovnání se se špatným počasím při užívání pomůcky bylo pořízení si vhodného oblečení do různých podmínek, což lidem umožnilo setkávat se s okolím nehledě na počasí. Další strategií bylo zajištění si možnosti přivolat pomoc využíváním mobilních telefonů, což napomohlo zvýšení pocitů jistoty a umožnilo postupné prodloužení trasy procházek nebo návštěvy parků (Hedberg-Kristensson a kol., 2007).

#### **11.3.5 Důvody nepoužívání pomůcky**

Dle dosavadních literárních pramenů a výsledků výzkumů neexistuje jasně identifikovatelná nepřekonatelná překážka pro využívání pomůcek pro mobilitu, ale spíše vyšší množství zdánlivě překonatelných překážek, které jsou vzájemně propojené. Jde o překážky z oblasti sociální, fyzické, psychologické a emocionální (Rogers & Musselwhite, 2023).

Ve studii Rahaeia, Beigomia a Jambarsanga (2022) nepoužívala pomůcky pro mobilitu, ačkoli by měla, téměř polovina dotazovaných seniorů. Ve studii, kterou provedl Federici, Meloni a Borsci (2016) téměř polovina italských seniorů nepoužívala kompenzační pomůcku po jejím obdržení. Na druhou stranu Hägglom-Kronlöf a Sonn (2007) označují vysokou míru nepoužívání již vlastněných kompenzačních pomůcek za mýtus a ve své studii zjistili naopak vysokou míru jejich používání.

Mezi důvody pro nepoužívání pomůcek pro mobilitu u seniorů patří: popírání a ignorace nutnosti pomůcku používat, považování pomůcky za zbytečnou; nedostatek informací o důsledcích a rizicích neužívání pomůcky nebo její potřeby; nevědomost o tom, jak pomůcku používat; potíže s pořízením pomůcky; cena pomůcky; strach ze závislosti

na pomůcce; nedůvěra v bezpečnost pomůcky; obavy ze stigmatizace, názorů okolí, negativního sociálního obrazu (především, že budou okolím vnímáni jako staří a hendikepovaní), nápadnosti a dotazů ze strany okolí; negativní postoje okolí vůči pomůčkám; nedostatečná podpora ze strany rodiny a okolí; obava o soukromí a bezpečnost; strach z pádů; nedostatek sebedůvěry a neschopnost vyrovnat se se změnami spojenými se stářím. Senioři se také obávají pocitů studu a trapnosti, které se při užívání pomůcky skutečně u některých dostavují. Vnímání negativ kompenzačních pomůcek je však mezi seniory různorodé, někdo jich pociťuje více, někdo méně, rozdíl je i mezi výsledky jednotlivých studií (Allen, Foster & Berg, 2001; Aminzadeh & Edwards, 1998; Anggarani & Djoar, 2020; Bright & Coventry, 2013; Copolillo, 2001; Dahler, Huang & Chang, 2020; Klevetová, 2017; Luborsky, 2014; Rahaei, Beigomi & Jambarsang, 2022; Rasmussen & Andersen, 2016; Resnik a kol., 2009; Rogers & Musselwhite, 2023; Svobodová & Jurásková, 2010; Yusif, Soar & Hafeez-Baig, 2016). Například ve studii Roelandse a kol. (2002) nebyla hypotéza, že si staří lidé při používání kompenzačních pomůcek připadají hendikepovaní, potvrzena. A názor na zvyšování osamělosti v souvislosti s používáním pomůcek rozdělil dotazované seniory na dvě skupiny.

Goberman-Hill a Ebrahim (2007) ve své studii zjistili, že negativní pocity spojené s používáním pomůcek většinou postupem času ustupují.

### **11.3.6 Upuštění od používání pomůcek**

Mezi seniory existuje také část, která přestane pomůcku po nějakém čase využívat. Ve studii, kterou provedl Federici, Meloni a Borsci (2016) přestalo 17 % seniorů používat pomůcku pro chůzi do jednoho roku od jejího pořízení. Studie o míře opuštění se však liší a srovnávání výsledku je díky různému vzorku a použitým metodám problematické (Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007). Mezi seniory může být důvodem pro upuštění od používání pomůcky zlepšení funkčních schopností nebo preference osobní asistence/pečovatelské služby. Jsou zde však i případy, kdy senioři přestávají pomůcku používat, ačkoli by měli, patří mezi ně: nedostatek znalostí o tom, jak pomůcku používat; ztráta pomůcky; poškození pomůcky; pocity studu a hanby; popírání potřebnosti pomůcky; vnímané sociální stigma (Gitlin, 1995; Lezzoni, 2003).

### **11.3.7 Důsledky nepoužívání pomůcek**

Nepoužívání pomůcek pro mobilitu v případech, kdy je to nutné, může vést k vážnému poškození zdraví a může zvyšovat riziko pádu a zranění a s tím spojené komplikace. Dále

může vést například k poklesu sociálních vztahů, zhoršení osobní pohody, depresi, a dokonce také kratší délce života (Huang & Chang, 2020; Rahaei, Beigomi & Jambarsang, 2022).

#### **11.4 Sociální aspekty používání pomůcek**

Senioři mají ambivalentní pocity a názory, co se používání pomůcky ve společnosti týče. Stejně tak nevyrovnané jsou také postoje a názory veřejnosti vůči lidem, kteří pomůcky využívají (Huang & Chang, 2020). Dle Glitina (1995) nejsou postoje společnosti ke kompenzačním pomůckám neutrální a jejich používání má rozsáhlé fyzické, osobní a sociální důsledky.

Ve studii, kterou provedl Hägglom Kronlöf a Sonn (1999) vnímaly seniorky společenský obraz používání kompenzačních pomůcek pozitivně. Uváděly, že být uživatelem těchto pomůcek znamená, že se k vám lidé chovají s respektem a to, že je lidé považovali za hendikepované, vnímaly kladně. Projevy respektu a vstřícnosti ze strany okolí, jako je například otevírání dveří nebo uvolnění sedadla v autobuse, jim dokonce dodávaly odvahu být aktivní mimo domov.

Naopak McMillen a Söderberg (2002) ve své studii zjistili, že zkušenosti hendikepovaných osob využívajících kompenzační pomůcky byly většinou negativní. Většina dotazovaných uváděla, že se k nim okolí začalo chovat jinak. Mezi negativa řadili například pocit, že na ně ostatní zírají, díky čemuž si připadali nepatřičně nebo naopak, že se jim ostatní záměrně vyhýbají a přehlížejí je. Dále uvedli, že jim lidé dávali najevo, že někde překážejí, díky čemuž měli pocit, že jsou na obtíž nebo si připadali trapně.

Jako další v souvislosti se společenským vnímáním kompenzačních pomůcek uvádějí senioři strach ze stigmatizace, především, že budou považováni za staré a „postižené“ (Bright & Coventry, 2013). Některé studie však tento postoj naopak vyvrací (Roelands a kol., 2002). Někteří senioři raději používají pomůcky pouze v soukromí, neboť se bojí reakce okolí a při používání pomůcek na veřejnosti jsou v rozpacích, připadají si trapně a stydí se (Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007). Nejspíše všichni musí alespoň částečně čelit dilematu mezi potřebou využívat pomůcku a negativními psychosociálními následky (Aminzadeh & Edwards, 1998).

Stigmata spojená s kompenzačními pomůckami pro chůzi mohou mít na seniory silný vliv a mohou ovlivnit jejich rozhodnutí pomůcky používat. Sociální stigma a obavy seniorů z negativního sociálního hodnocení můžou být důležité pro pochopení důvodů přijetí,

dalšího používání nebo opuštění kompenzačních pomůcek u starších lidí (Gitlin, 1995). Jde také o faktory, které je třeba brát v potaz při uvažování o dopadech používání kompenzačních pomůcek na identitu osoby a jejich participaci na každodenních činnostech (Hägglom-Kronlöf & Sonn, 2007).

Společenské vnímání využívání kompenzačních pomůcek není statické a mění se v závislosti na kultuře a časovém období (Aminzadeh & Edwards, 1998).

#### **11.4.1 Sebe prezentace, sociální image**

Sebe prezentace je důležitá nejen pro mladé lidi, ale také seniory. Jejich obavy ze sebe prezentace pramení ze změn souvisejících s věkem a zdravotním stavem, což dále souvisí s fyzickým vzhledem, ale také tím, že touží vypadat jako kompetentní a soběstační. Ačkoli kompenzační pomůcky pomáhají seniorům v jejich každodenním životě, může pro ně být těžké se vyrovnat s jejich používáním právě z důvodu sebe prezentace, neboť je mohou vnímat jako stigmatizující symboly ve společnosti. Tím může být používání kompenzačních pomůcek doprovázeno spíše pocitem studu a trapnosti. V takových případech mohou lidé odmítnout používat potřebnou kompenzační pomůcku, protože obavy z vlastní prezentace převáží nad funkčním přínosem, který pomůcka nabízí (Martin a kol., 2000).



# EMPIRICKÁ ČÁST

## 12 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký je život s kompenzační pomůckou pro chůzi (hole, berle, chodítka) v naší společnosti z pohledu českých seniorů. Zajímalo mě, jak senioři tuto skutečnost vnímají, jak k ní přistupují, jak se jakožto uživatelé kompenzačních pomůcek cítí a jaké sociální aspekty se s používáním pomůcek pojí.

Pro dosažení hlavního cíle výzkumu jsem si vymezila 4 dílčí cíle, které vyplynuly ze studia literatury. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak senioři přijímají či nepřijímají nutnost využívat kompenzační pomůcky pro chůzi a jak se s touto skutečností vypořádávají. V souvislosti s tímto cílem jsem se chtěla zaměřit také na nepoužívání pomůcek. Jako další mě zajímaly emocionální aspekty spojené s používáním kompenzačních pomůcek, a to jak na veřejnosti, tak v soukromí. Třetím aspektem zkoumání bylo dozvědět se, jaké názory senioři na kompenzační pomůcky mají a jak pomůcky vnímají. Zajímalo mě také názor seniorů na pomůcky obecně a také na jejich vlastní pomůcku. Čtvrtý cíl jsem souhrnně nazvala jako „sociální aspekty používání pomůcek“. Chtěla jsem zjistit, jak lidé (společnost) k seniorům využívajícím kompenzační pomůcky pro chůzi přistupují a jaké je jejich chování. V této souvislosti mě zajímalo také to, zda seniorům na reakcích záleží a jak je vnímají. Na základě těchto cílů jsem stanovila následující **výzkumné otázky**:

1. Jak senioři ne/přijali nutnost používat pomůcku pro chůzi?
2. Jaké pocity se pojí s používáním pomůcek?
3. Jaký názor senioři na kompenzační pomůcky mají? Jak pomůcky vnímají?
4. Jaké sociální aspekty se pojí s používáním pomůcek?
  - Jak k seniorům s kompenzačními pomůckami lidé přistupují a jak se k nim chovají?
  - Záleží seniorům na reakcích okolí? Jak tyto reakce vnímají?

## 13 Výzkumná strategie

Pro realizaci bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, a to na základě cíle výzkumu a výzkumných otázek. Kvalitativní výzkum jsem zvolila také z důvodu, že mým cílem bylo detailně a hloubkově porozumět pocitům, vnímání a

subjektivní zkušenosti seniorů využívající kompenzační pomůcky pro chůzi a odhalit jejich pohled a chápání sociální reality. Zároveň jsem chtěla získat komplexní a pokud možno maximální množství informací (Novotná a kol., 2019).

Pro kvalitativní výzkum je charakteristický interaktivní model výzkumu, což znamená, že všechny fáze a postupy výzkumu jsou prováděny simultánně-jednotlivé etapy výzkumu se vzájemně prostupují a jsou mezi sebou provázány. Během celého procesu výzkumu jsem se vracela k jednotlivým etapám, přehodnocovala jsem je a v případě potřeby je pozměnila či přizpůsobila na základě nových poznatků a zjištění nabytých v rámci jiné fáze výzkumu. Tento proces je jinak označován také jako cirkulární. Jak z popsaného postupu vyplývá, pro kvalitativní výzkum je typická otevřenost, pružnost a flexibilita (Novotná a kol., 2019; Reichel, 2009; Švaříček & Šed'ová, 2007). Mezi další typické znaky kvalitativního výzkumu patří, že jeho závěry nejsou zobecnitelné, naopak jsou platné pouze pro konkrétní výzkumný vzorek (Hendl, 2005; Švaříček & Šed'ová, 2007). Kvalitativní výzkum typicky probíhá v přirozeném prostředí a kontextech zkoumaného problému. Jeho výsledky jsou většinou zprostředkovány prostřednictvím textu (Novotná a kol., 2019).

## 14 Výzkumný vzorek

Na výsledcích výzkumu se do různé míry podílejí sami aktéři výzkumu, neboť cílem kvalitativní výzkumné strategie je zjistit, jak daný problém vnímají. Proto lze označit aktéry tohoto typu výzkumu slovem participant, což odráží aktivní účast na výzkumu. Dále lze použít obecnější označení účastníci výzkumu či výzkumní partneři (Novotná a kol., 2019; Švaříček & Šed'ová, 2007).

Jako výběrovou strategii jsem zvolila tzv. účelový výběr, v rámci kterého výzkumník vybere kritéria pro zařazení do výzkumu sám, a to na základě svého uvážení a s ohledem na zkoumaný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky. Tento výběr je založen čistě na úsudku výzkumníka a je v kvalitativním výzkumu často využíván (Disman, 2002; Novotná a kol., 2019; Reichel, 2009). Z tohoto důvodu se účastníky výzkumu mohli stát senioři aktuálně využívající alespoň jednu kompenzační pomůcku pro chůzi. Termín senior jsem si pro účely bakalářské práce definovala jako osobu starší 65 let, která pobírá starobní důchod. Tato kritéria jsem zvolila na základě nastudované literatury a mnou vypracované teorie výzkumu. Věkovou hranici 65 let jsem zvolila proto, že ji užívá a doporučuje většina výzkumů, pokud se jedná o moderní země, a to vzhledem k vyššímu věku dožití a pozdějšímu odchodu do důchodu (Čevela a kol., 2012; Janiš & Skopalová, 2016; Sak &

Kolesárová-Saková, 2008). Kalendářní stáří jsem zvolila jako jedno z kritérií také z důvodu jeho přesného vymezení (Kalvach, 2004). Přesto však musím zmínit, že jde o velmi individuální a nespecifický pojem, jehož definice se v průběhu let a v souvislosti s vývojem společnosti mění a zároveň se jedná o velice heterogenní skupinu osob (Sak & Kolesárová-Saková, 2008). Mezi kompenzační pomůcky pro chůzi řadíme hole, berle a chodítka.

První účastníky do výzkumu jsem získala prostřednictvím vlastní sociální sítě známých, kterých jsem se dotázala, zda neznají někoho, kdo by splňoval výše uvedená kritéria. Potenciální participanty jsem tímto způsobem získala čtyři, přičemž tři souhlasili s výzkumem. Pro získání dalších účastníků jsem využila metody nabalování neboli metody sněhové koule, kdy jsem se již oslovených participantů zeptala, zda neznají osoby, které splňují kritéria pro výběr vzorku a zároveň by mohly být ochotné se výzkumu účastnit. Tímto způsobem jsem postupně získávala kontakt na další potenciální participanty a výzkumný vzorek se tak rozšiřoval (Novotná a kol., 2019; Švaříček & Šed'ová, 2007).

Sběr dat bývá ukončen, pokud je dosaženo tzv. teoretické nasycenosti či teoretické saturace, což znamená, že nově získaná data přestávají přinášet nová a/nebo nepředpokládaná zjištění a informace (Disman, 2002; Reichel, 2009; Švaříček & Šed'ová, 2007). Vzhledem k podmínkám a možnostem bakalářské práce jsem jako finální počet participantů zvolila číslo 12, kdy se odpovědi začaly do značné míry opakovat a došlo tak alespoň k částečné nasycenosti dat. Pro přehlednost uvádím tabulku obsahující základní a relevantní údaje o participantech.

## Tabulka č. 1

### *Přehled participantů*

Jméno	Pohlaví	Věk	Aktuální pomůcky	Dříve používané pomůcky
Tomáš	Muž	80 let	Chodítko, francouzské berle	X
Jana	Žena	66 let	Hůl, skládací hůl	X
Ilona	Žena	68 let	Francouzské berle	Hůl
Václav	Muž	81 let	Francouzská berle	Chodítko
Božena	Žena	89 let	Chodítko, hůl	X
Helena	Žena	82 let	Francouzské berle, chodítko	X
Jiřina	Žena	85 let	Chodítko	X
Milan	Muž	70 let	Francouzské berle	X
Anna	Žena	77 let	Chodítko, francouzská berle	X
Marie	Žena	88 let	Chodítka	Francouzské berle
Vlasta	Žena	77 let	Chodítko	X
Renata	Žena	78 let	Skládací hůl	X

## 15 Technika sběru dat + Metoda výzkumu

Jakožto techniku sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor (jinak nazývaný také rozhovor pomocí návodu či částečně řízený), protože mým cílem bylo zkoumanému jevu porozumět do hloubky a získat o něm co nejkomplexnější a nejdetailnější informace. Zároveň se tento typ rozhovoru jevil jako vhodný, jelikož jsem měla poměrně jasně definovaný výzkumný problém a otázky, na které jsem se mohla cíleně zaměřit. Základní strukturu rozhovoru jsem vytvořila dle témat, která vyplynula ze studia literatury. Jako výhodná se mi jevila také míra volnosti, kterou polostrukturovaný rozhovor poskytuje. A to jak participantům, kteří mají dostatek prostoru pro vyjádření, tak mě jakožto výzkumníkovi, protože je zde prostor pro improvizaci, přizpůsobení se participantovi a možnost dále rozvést zajímavá témata. Další výhodou je lehčí plynutí komunikace, což se mi jevilo vzhledem k rozhovoru se staršími lidmi jako velmi vhodné. Zároveň mi jistá míra formalizace usnadnila následnou analýzu a práci s daty (Novotná a kol., 2019; Reichel, 2009; Švaříček & Šedřová, 2007). Rozhovory probíhaly od 28. června do 16. září 2023.

## **Osnova**

Pro polostrukturovaný rozhovor je typická předem připravená osnova či seznam témat a/nebo otázek, přičemž jejich pořadí není nutné striktně dodržovat, čímž je výzkumníkovi umožněno flexibilně reagovat na participanta či se doptávat v případě nejasnosti či neporozumění odpovědi. Otázky je možné během rozhovoru také částečně modifikovat či je možné položit otázky doplňující, které nebyly předem připraveny. Obvykle se však v rámci rozhovoru položí všechny připravené otázky (Novotná a kol., 2019; Reichel, 2009; Švaříček & Šed'ová, 2007).

Tvorba osnovy mi pomohla ujasnit si na co se chci ptát a proč. Osnova pro mě byla důležitá v tom, abych byla schopná lépe porovnat mnou získané poznatky s poznatky publikovanými v literatuře, což mi umožnilo přispět svým výzkumem k rozšíření tohoto poznání. Díky jejímu použití během rozhovoru jsem pak měla jistotu, že nezapomenu na nic, co mě v rámci výzkumu zajímá. Společně s osnovou jsem si zároveň vytvořila i jakýsi „scénář rozhovoru“, kam jsem si mimo osnovu vypsala také průběh výzkumu. Během rozhovoru jsem měla tento dokument ve vytištěné podobě před sebou a v případě potřeby jsem do něj nahlédla (Novotná a kol., 2019).

Na základě prvních pilotních rozhovorů jsem osnovu upravila a v průběhu sběru dat dále vylepšovala tak, aby byla co nejoptimálnější pro získání odpovědí na výzkumné otázky. Některá témata a otázky jsem upravila či přidala, popřípadě zcela smazala-to především v případě otázek, které se ukázaly jako nevhodně formulované či pro seniory matoucí (Švaříček & Šed'ová, 2007).

## **Průběh rozhovoru**

Při prvotní komunikaci jsem potenciálním účastníkům výzkumu sdělila téma bakalářské práce, výzkumné cíle a otázky, informovala jsem je o tom, že pro účely zpracování dat bude rozhovor nahráván a upozornila jsem je na jejich právo odstoupit od výzkumu kdykoliv v jeho průběhu, a to až do jeho zveřejnění. Pokud souhlasili s účastí, což se vyjma jediného případu stalo (senior nesouhlasil s nahráváním), domluvili jsme se na datu a místě setkání.

Vzhledem k tomu, že mým cílem bylo, aby se při dotazování senioři cítili co nejkomfortněji, jelikož míra důvěry a otevřenosti participantů vůči výzkumníkovi má významný vliv na kvalitu dat, ponechala jsem výběr místa uskutečnění rozhovoru na

participantech (Švaříček & Šed'ová, 2007). Rozhovory se tak uskutečnily v domovech participantů, na zahradě před jejich domem, v domově pro seniory, v kavárně a v parku. Jeden rozhovor se uskutečnil také prostřednictvím videohovoru za použití aplikace Skype, tento způsob se jevil jako vhodný vzhledem k vzdálenému bydlišti jedné ze zúčastněných senierek.

Na začátku rozhovoru jsem participantům představila sebe a svou práci, následně jsem se jich opětovně dotázala, zda souhlasí s účastí na výzkumu a s nahráváním rozhovoru na mobilní zařízení. Po spuštění nahrávání jsem s participanty prošla informovaný souhlas, který mi následně podepsali. Informovaný souhlas jsem měla vytištěný dvakrát, jeden jsem si uložila a druhý si ponechali účastníci. Dále jsem je podrobně informovala o etických aspektech výzkumu a dotázala jsem se, zda je v pořádku, pokud v práci uvedu jejich křestní jméno a věk. Také jsem je vyzvala, aby mě upozornili, pokud budu mluvit příliš potichu a/nebo rychle, jelikož jsem věděla, že k tomu občas mívám tendence a chtěla jsem tak předejít tomu, že bych seniory přehltila nebo by mi pořádně nerozuměli, což by mohlo snížit jejich komfort během rozhovoru a tím i kvalitu získaných dat. V této fázi rozhovoru jsem se participantů dotázala, zda všemu rozumí a zda mají nějaké dotazy.

Poté jsem započala s tzv. úvodními otázkami, které mají být dle Novotné a kol. (2019) nenáročné a neměly by se dotýkat citlivých témat. Mezi ně jsem zařadila základní sociodemografické údaje a otázky týkající se informací o pomůcce, například jakou pomůcku senior využívá, jak dlouho a při jakých příležitostech. Tyto otázky sloužily především k vytvoření příjemné atmosféry a k rozpovídání účastníků.

Následovaly tzv. hlavní otázky, které mají, po analýze a interpretaci dat, sloužit k zodpovězení výzkumných otázek a porozumění zkoumanému problému, z těchto dvou aspektů jsem vycházela také při jejich sestavování. Snažila jsem se, aby byly pro participanty co nejsrozumitelnější, neomezovaly je v odpovídání a (nevědomě) nemanipulovaly k určité odpovědi (Novotná a kol., 2019; Švaříček & Šed'ová, 2007).

V rámci závěrečných otázek jsem se participantů dotázala, zda nechtějí k tématu sdělit ještě něco dalšího, co považují za relevantní, ale v rozhovoru to nezaznělo, a zda se nechtějí k něčemu vrátit či zda nepotřebují něco dovysvětlit.

Nakonec jsem jim poděkovala za jejich čas a účast na výzkumu, znovu jsem se dotázala, zda nemají nějaké otázky, a ještě jednou jsem jim sdělila, že mě mohou kontaktovat v případě jakýchkoli nejasností nebo pokud by chtěli z výzkumu zpětně odstoupit. Jak

nabádá Švaříček a Šedřová (2007), nikdy jsem nekončila rozhovor ve spěchu a vždy jsem si na jeho závěr a ukončení nechala dostatek času.

Rozhovory trvaly přibližně od 20 do 55 minut.

## **16 Analytické postupy a zpracování dat**

Prvním krokem v rámci zpracování dat bylo, že jsem nahrávky rozhovoru uložila v mobilním telefonu ihned po ukončení nahrávání a jednotlivé soubory zaheslovala. Ve všech případech bylo nahrávání úspěšné a dostatečně kvalitní, tudíž jsem mohla začít s prvním krokem analýzy, kterým bylo přepsání rozhovoru prostřednictvím doslovné transkripce. To znamená, že jsem rozhovory přepisovala slovo od slova, zároveň jsem si poznamenala pauzy, přemýšlení nebo emoční projevy typu povzdechnutí či smích.

Při analýze dat jsem použila tzv. otevřené kódování, protože mi umožnilo hloubkovou práci s textem a také odkrytí významů, které nemusí být na první pohled zřejmé. Dalším důvodem byla jeho relativní jednoduchost a účinnost. Nevýhodou je značná časová náročnost, s tou jsem však předem počítala. Kódováním je myšlen proces rozdělování textu na dílčí celky, jejich pojmenovávání a následné třídění (Švaříček & Šedřová, 2007).

Nejprve jsem si všechny rozhovory přečetla. Při opakovaném pročitání jsem již data rozdělovala na jednotky (tzv. segmenty) a přikládala jim označení či pojmenování neboli kódy. Segmenty jsem nedělila formálně, ale dle významu, a to na základě souvislosti s výzkumnými otázkami a výzkumným problémem. Měly tak různou délku, většinou od několika slov až po 2 odstavce. Hranice některých segmentů se překrývaly. Jako kód jsem používala jedno slovo, sousloví nebo krátkou frázi. Jeden segment byl často označen více kódy. Proces pročitání, segmentace a kódování tedy probíhal paralelně a několikrát jsem ho zopakovala. K segmentům a kódům jsem se vracela, upravovala je a přejmenovávala. V případě potřeby jsem kódy se stejným nebo podobným významem sloučila. Pokud se kódy ukázaly jako příliš detailní, přiřadila jsem jim nový, obecnější kód. Naopak pokud se kódy ukázaly jako příliš obecné, dále jsem je rozčlenila.

Původně jsem měla v plánu využít kódování v ruce, jinak označované jako metoda papíru a tužky (Novotná a kol., 2019). Nakonec jsem se však po vyzkoušení programů pro analýzu dat rozhodla pro kódování prostřednictvím softwarového programu QDA Miner lite. Díky tomu pro mě bylo snazší části textu s konkrétními kódy přesně dohledat a různými způsoby kódy pozměňovat a upravovat. Značnou výhodu spatřuji také v tom, že se mi

v programu automaticky vytvářel seznam existujících kódů. V průběhu kódování jsem využívala také poznámkování. Poznámky (mema) mi umožnily zaznamenat si aktuální nápady a myšlenky či rozvinout úvahy týkající se kódů.

Po tom, co jsem měla vytvořený seznam kódů jsem začala s tzv. systematickou kategorizací, což znamená, že jsem kódy na základě určité souvislosti seskupila do tzv. kategorie (Švaříček & Šed'ová, 2007). Hledala jsem spojení mezi jednotlivými kódy (vztahy, podobnosti, rozdíly, vzorce), vzájemně je mezi sebou porovnávala a také hierarchizovala. I po vytvoření kategorií jsem se dále vracela k jednotlivým kódům, dokud jsem nevytvořila jejich finální podobu. K tomu jsem využívala nejen software pro analýzu dat, ale také Microsoft Word, kde jsem si data podtrhávala a barevně zvýrazňovala, a také papír, kam jsem si zaznamenávala myšlenkové mapy a tabulky.

V rámci interpretace jsem se snažila najít význam okódovaných a opoznámkovaných dat a nalezených spojení v souvislosti s mým výzkumným problémem a výzkumnými otázkami. Během sepisování výsledků výzkumu jsem vypracovaný materiál a analyzovaná data opětovně promýšlela. Pro věrohodnost informací jsem výsledky interpretace doplnila přímými citacemi z rozhovorů se seniory. V posledním kroku jsem výsledky výzkumu dala do kontextu s odbornou literaturou a výzkumy týkajícími se stejného či obdobného tématu.

## **17 Etické aspekty výzkumu**

V průběhu celé práce jsem respektovala zásady etiky výzkumu, tedy to, že výzkum je třeba připravit a realizovat tak, aby byl etický, a to nejen ve finálních výsledcích, ale i co se jednotlivých kroků a etap výzkumu týče. Důležité je neustále zvažovat důsledky svého zkoumání a být si vědom vlastního vlivu na zkoumané aktéry i širší okolí (Novotná a kol., 2019; Švaříček & Šed'ová, 2007). Proto abych mohla etiku výzkumu dodržovat jsem se ještě před započítím empirické části výzkumu důkladně seznámila s tím, co etika výzkumu znamená a obsahuje, abych se tak mohla neetickému počínání co nejvíce vyhnout.

Během výzkumu si musí výzkumník zachovávat objektivní a citlivý náhled. Práci by měl vykonávat, jak nejlépe dovede, zároveň by však neměl přeceňovat své schopnosti a překračovat své kompetence. Důležité je jako výzkumník dbát při výzkumu na svou důvěryhodnost a vyvarovat se všemu, co by ji mohlo zpochybnit. Naprosto nepřípustné je jakkoli údaje upravovat (Reichel, 2009). Během výzkumu jsem si dávala pozor na to, abych tuto etiku výzkumné práce dodržela.



Nejdůležitějším aspektem v rámci etických zásad práce s účastníky výzkumu je, aby výzkum zkoumané osoby nikdy a nijak neohrozil či nepoškodil, ať už psychicky, fyzicky či jinak. Vzhledem k tomu je třeba dodržet během práce na výzkumu několik zásad. První z nich je, že by daná osoba měla o výzkumu vědět a souhlasit s ním, a to na základě kompletní informovanosti o podstatě a průběhu zkoumání. Další důležitou zásadou je dobrovolná účast na výzkumu a s tím související možnost z výzkumu odstoupit. Zároveň sem patří také anonymizace dat, což znamená, že zveřejněná data jsou anonymizována tak, aby žádnému čtenáři neumožnila identifikovat žádného účastníka výzkumu. Řadíme sem také souhlas s pořizováním záznamu a právo na přečtení výsledků výzkumu, a to již před jeho zveřejněním, aby mohl participant vyjádřit případný nesouhlas s nezveřejněním uvedených údajů (Reichel, 2009; Švaříček & Šedřová, 2007). K tomu abych zásady dodržela, jsem mimo jiné využila informovaný souhlas.

### **Informovaný souhlas**

Jak jsem již uvedla, jedním z etických aspektů výzkumu je informování participanta o jeho právech, podmínkách účasti na výzkumu a zaznamenání jeho dobrovolného souhlasu s výzkumem. K realizování těchto záležitostí jsem zvolila písemný informovaný souhlas, který jsem vytiskla a participanti jej potom, co se s ním před počátkem kladení otázek seznámili, podepsali. Zpočátku jsem účastníkům dávala text k samostatnému přečtení, ale poté, co mě první tři účastníci požádali, abych jim text přečetla, jsem se následujících participantů začala po předložení souhlasu ptát, zda si chtějí souhlas přečíst sami nebo zda ho probereme společně ústní formou. Téměř všichni upřednostnili ústní formu. Kopii souhlasu jsem seniorům poskytla, aby si jí mohli ponechat a případně projít, kdykoli uznají za vhodné.

Informovaný souhlas obsahoval základní informace o bakalářské práci; souhlas s nahráváním; informace o tom, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná a lze z něj až do odevzdání práce bez udání důvodu odstoupit; možnost o tom neodpovídat na jakoukoli otázku v rozhovoru; informace o nakládání s nahrávkami a o skladování dat; informace o anonymizaci dat; informace o možnosti klást v průběhu rozhovoru i po něm dotazy. Dále obsahoval název bakalářské práce, fakultu, mé jméno a kontakt na mě, jméno vedoucí bakalářské práce a cíl výzkumu. Následovaly shrnující body, s nimiž participant svým podpisem souhlasil. Kompletní podobu informovaného souhlasu přikládám v příloze číslo 1 na konci této práce.

## **Skladování dat**

Jednou z povinností výzkumníka je zajistit získaná osobní, soukromá, citlivá a důvěrná data proti zneužití či prozrazení. Proto je nutné získaná data bezpečně uložit (Reichel, 2009). Data jsem nikdy neskladovala na volně přístupném místě, virtuální soubory mám uložené na počítači chráněným heslem, heslem jsou chráněny i jednotlivé soubory související s výzkumem. Nahrávky rozhovorů jsem po jejich přepsání smazala (Švaříček & Šed'ová, 2007).

## **18 Výsledky výzkumu**

Cílem mého výzkumu bylo zodpovědět si následující 4 výzkumné otázky:

1. Jak senioři ne/přijali nutnost používat pomůcku pro chůzi?
2. Jaké pocity se pojí s používáním pomůcek?
3. Jaký názor senioři na kompenzační pomůcky mají? Jak pomůcky vnímají?
4. Jaké sociální aspekty se pojí s používáním pomůcek?

Analýzou a interpretací dat jsem získala 4 kategorie (témata) a 12 subkategorií (subtémata). Podle kategorií jsem nazvala jednotlivé kapitoly, subkategorie mi posloužily jako názvy podkapitol. Pro přehlednost uvádím jejich rozpis v tabulce číslo 2.

## Tabulka č. 2

### *Kategorie a subkategorie*

<b>Kategorie</b>	<b>Subkategorie</b>
Používání a přijetí pomůcky	Způsob získání pomůcky Okamžité používání pomůcky Přijetí pomůcky Problematické přijetí a nepoužívání pomůcky Sebeobraz, sebeprezentace a sociální image
Pocity spojené s používáním	Pozitivní pocity Negativní pocity Rozdíl pocitů v soukromí a na veřejnosti
Názor a vnímání pomůcek seniorem	Názor na kompenzační pomůcky obecně Názor na vlastní pomůcku
Sociální aspekty používání pomůcek	Rodina, přátelé, blízcí Cizí lidé, společnost

Dále opětovně přikládám tabulku číslo 1, která obsahuje základní údaje o participantech.

## Tabulka č. 1

### Přehled participantů

Jméno	Pohlaví	Věk	Aktuální pomůcky	Dříve používané pomůcky
Tomáš	Muž	80 let	Chodítka, francouzské berle	X
Jana	Žena	66 let	Hůl, skládací hůl	X
Ilona	Žena	68 let	Francouzské berle	Hůl
Václav	Muž	81 let	Francouzská berle	Chodítka
Božena	Žena	89 let	Chodítka, hůl	X
Helena	Žena	82 let	Francouzské berle, chodítka	X
Jiřina	Žena	85 let	Chodítka	X
Milan	Muž	70 let	Francouzské berle	X
Anna	Žena	77 let	Chodítka, francouzská berle	X
Marie	Žena	88 let	Chodítka	Francouzské berle
Vlasta	Žena	77 let	Chodítka	X
Renata	Žena	78 let	Skládací hůl	X

## 18.1 Používání a přijetí pomůcky

### 18.1.1 Způsob získání pomůcky

Většinu dotazovaných seniorů bylo chodítka doporučeno lékařem nebo ortopedem, a to buď v rámci pravidelné kontroly: „*Jsem byla u ortopeda, ten mi jí napsal a já jsem si jí potom v lékárně koupila.*“ (Božena) nebo při dlouhodobějším pobytu v nemocnici po operaci či úrazu, kde pomůcku automaticky obdrželi v rámci rehabilitace: „*A chodítka jsem dostala v nemocnici, po tom co jsem upadla v koupelně a museli mě operovat.*“ (Helena).

Několik seniorů přiznalo, že zprvu na rady lékaře z různých důvodů nedbalo a klíčové pro ně bylo, až když si sami uvědomili, že pomůcku potřebují. „*Až když jsem ztrácela rovnováhu, tak jsem si uvědomila, že jí budu venku potřebovat.*“ (Helena) Pro většinu byla však rada lékaře dostatečným impulsem pro pořízení pomůcky a názor lékaře považovala za významný. „*No to chodítka, doktorka říkala, že by bylo celkem dobrý to používat. Tak jsem poslechnul. \*smích\**“ (Tomáš)

Někteří senioři pomůcku sami chtěli, a tak si jí koupili, aniž by její používání s kýmkoliv konzultovali. Například Jana říká, že jí ke koupi inspirovalo to, že pomůcky

viděla u ostatních seniorů: „*Viděla jsem ji u ostatních a říkala jsem si, že by to nemuselo být špatné, tak jsem si ji koupila.*“ (Jana)

Mimo zakoupení senioři pomůcky získali také prostřednictvím rodiny či známých, kteří pomůcku používali v minulosti. Buď pomůcku „zdědili“, dostali anebo si ji vypůjčili. „*Protože otec byl invalida, tak měl náhodou doma tu francouzskou hůl.*“ (Václav) „*Jsem ho dostala po panu B., to bejval řidič autobusu tady, on si pořizoval nový, tak mi tohle daroval.*“ (Marie) Pár seniorů také uvedlo, že si pomůcku pořídili na radu přátel. Ve většině případů pak lidé, kteří pomůcku doporučovali, ochotně pomohli při její koupi. „*No to mi právě říkala kamarádka, že bych si ho měla pořídít, tak mi to domluvila.*“ (Jiřina) Jedna seniorka dokonce obdržela pomůcku jako vánoční dárek od jednoho z rodinných příslušníků. „*Moji úplně první hůl mi pořídil syn k Vánocům.*“ (Renata)

### **18.1.2 Okamžité používání pomůcky**

Většina dotázaných seniorů začala využívat pomůcku ihned po jejím obdržení/pořízení. Důvodem byly obavy o jejich vlastní bezpečí (a uvědomění si, že chůze bez pomůcky by pro ně byla nebezpečná): „*Už jsem věděla, že by to nebylo bezpečný bez těch berlí.*“ (Helena); zhoršení zdravotního stavu a touha po zlepšení či zachování funkčních schopností: „*Já bez chodítka neudělám ani krok. Bez něj bych musela jenom ležet.*“ (Jiřina) a také uposlechnutí rady odborníka, kladení důrazu na jeho mínění a považování jeho názoru za správný: „*Doktor mi to prostě doporučil chodit s berlema, tak jsem poslechl.*“ (Tomáš). Někteří jako důvod k používání uváděli „nutnost“ či „potřebu“. „*Prostě jsem musela.*“ (Božena) U některých se počátky používání pomůcky dokonce pojili s pocitem radosti. „*Byla jsem ráda, že se konečně můžu alespoň postavit a udělat pár kroků. Já neudělám bez chodítka ani krok, prostě nemám sílu v těch nohou.*“ (Jiřina) Více než polovina dotazovaných uvedla, že o nepoužívání pomůcky ani nikdy neuvažovali. V době rozhovorů pomůcky používali všichni participanti, což přirozeně vyplývá z kritérií pro výběr vzorku, kde jedním z nich bylo aktuální využívání pomůcky.

Okamžité neužívání pomůcky uvedly tři seniorky z dvanácti dotazovaných osob. Jedním z důvodů bylo, že nevěděly, jak pomůcku správně používat, z čehož plynula nejistota při používání a pomůcka jim zároveň nepřinášela fyzickou úlevu, kterou od pomůcky očekávaly. Dalším důvodem byl stud a obavy z reakce okolí. Jedna ze seniorek uvedla, že tuto nejistotu měla i před rodinou. „*Nezačala, nevěděla jsem, jak s ní chodit. Vybavuji si, jak jsem s ní zkoušela chodit doma po pokoji, jak mě to nešlo, jak jsem se styděla, jak jsem hůlku*

*opakovaně schovala do kouta.*“ (Jana) Dalším důvodem, který zmínily všechny tři dotazované, bylo, že si na používání pomůcek přišly příliš mladé/nedostatečně staré a nechtěly staře působit na své okolí. Odkládání a krátkodobé používání pomůcek bylo u seniorek opakované, po čase se však všechny s nutností využívat kompenzační pomůcky alespoň do jisté míry vyrovnaly či byly donuceny okolnostmi, respektive snížením funkčních schopností. *„Jsem se prostě styděla trochu a přišla jsem mladá na to ještě, víte. Ale pak jsem prostě musela no.*“ (Marie)

V případě Renaty byl patrně problematický také fakt, že si pomůcku nepořídila sama, ale obdržela ji nečekaně darem. Sama uvedla, že se na používání pomůcky musela nejprve připravit. A přiznala, že chvíli uvažovala také o tom se pomůcky zbavit. *„Dlouho po tom, co jsem ji dostala, jsem ji nepoužívala. Dokonce jsem ji ani nerozbalila. A uvažovala jsem, jestli jí nevyhodit.*“ (Renata)

### **18.1.3 Přijetí pomůcky**

Většina dotazovaných seniorů přijímá pomůcky pozitivně, toto pozitivní přijetí se často pojí s pozitivními pocity při využívání pomůcky a s kladným vztahem k pomůcce. U těchto seniorů je samotné vlastnění pomůcky spojeno s pozitivními pocity- jsou rádi, že pomůcku mají a hodnotí tuto skutečnost pozitivně. *„Si uvědomuju, že jsem rád, že ji mám, protože jsem díky tomu schopen bezpečného pohybu a vůbec nepřichází v úvahu, že bych přemejšlel jestli to je nebo není pěkný tu hůl používat, prostě to tak musí bejt no.*“ (Václav) Používání pomůcky považují za něco přirozeného, součást stáří, něco, co k vyššímu věku patří. *„Ono taky kolipa už mi je let. To k tomu patří prostě. Však už jsem babka. \*smích\*“* (Božena) Používání pomůcky se v tomto případě také často pojí s vděčností za znovuzískání nebo zlepšení funkčních schopností. *„No byla jsem ráda, že můžu zas chodit.*“ (Jiřina) Časem došlo k tomuto pozitivnímu přijetí u většiny dotazovaných.

Avšak i senioři, kteří pomůcku přijímají pozitivně zmiňují, že by byli raději, kdyby pomůcku používat nemuseli. Což je přirozené vzhledem k tomu, že každý člověk chce být zdravý a vitální. *„A člověk si říká, nemít tak tu hůl. \*smích\*“* (Václav)

Někteří senioři pomůcky přijímají, nelze však říci, že pozitivně. Používání pomůcek vnímají spíše jako nezpochybnitelnou nutnost, ke které byli/jsou dotlačeni vnějšími okolnostmi, například obavami o vlastní bezpečí či neschopnost bez pomůcky chodit/pohybovat se. *„No řekla jsem si, že když chci chodit, tak holt musím s tím chodítkem no.*“ (Vlasta) Používání pomůcky se u nich většinou pojí s neutrálními pocity, nepřevládají

ani pocity pozitivní, ani pocity negativní. U některých dochází k akceptaci, tedy spíše tolerování nutnosti používat pomůcku než k pozitivnímu přijetí, díky tomu, že jí obdrželi při pobytu v nemocnici a názor odborníka je pro ně relevantní. „*Jsem šla na operaci páteře a dostala jsem ty hole.*“ (Anna)

U několika málo seniorů je využívání pomůcek spojeno s negativními pocity, avšak pomůcku využívají, dochází zde tedy k něčemu, co by bylo možné označit jako negativní přijetí. Někteří si uvědomují, že používání pomůcky je ve vyšším věku běžné, přesto to sami u sebe nevnímají jako přirozené a mají tendence srovnávat se s lidmi ve stejné věkové kategorii, kteří jsou na tom zdravotně/co se funkčních schopností týče lépe. Tyto tendence porovnávat se s ostatními do značné míry komplikují schopnost vyrovnat se s nutností pomůcku používat. „*Některý v mém věku jsou schopný chodit i bez toho nebo třeba ještě pomáhaj ostatním.*“ (Helena) Někteří senioři mají tendence porovnávat svůj aktuální stav s funkčním stavem v minulosti-v mládí, díky čemuž se u nich objevují negativní pocity a názory, co se používání pomůcky týče. „*Přece jen, člověk se pak občas cejtí jako invalida a byl by radši, kdyby mohl fungovat tak, jako za mlada.*“ (Milan) Dále v rámci porovnávání se někteří zmiňují, že si díky pomůcce nepřipadají rovnocenní s ostatními a připadají si méněcenní. „*No, jak to popsat. Úplně si nepřipadám na stejné úrovni nebo jak to říct.*“ (Helena)

Někteří senioři zpočátku tvrdili, že neměli problém s přijetím pomůcky. Přes to pak dále v průběhu rozhovoru přiznali negativní pocity pojící se s počátečním používáním pomůcky, především na veřejnosti. Například Anna, zpočátku tvrdila, že s přijetím pomůcky neměla problém, ale později v průběhu rozhovoru přiznala, že měla problémy pomůcku akceptovat, a dokonce kvůli tomu brečela. K přijetí pomůcky a vyrovnání se s nutností pomůcku používat jí pomohl především čas a také ujištění ze strany blízkého okolí. Dále pak uvědomění si, že je na tom vlastně dobře. Přesto pro ni bylo přijetí náročné. „*Je pravda, že jsem doma brečela a dcera mi říkala, maminko vždyť druhý lidi jsou na tom ještě hůř než ty, buď ráda, že takhle chodíš.*“ (Anna)

Někteří senioři uvedli, že jim k přijetí pomůcky pomohl nácvik chůze s pomůckou v prostředí domova. To jim umožňovalo naučit se s pomůckou správně a lépe chodit a zároveň si na používání pomůcky více zvyknout, tak aby pro ně chůze s pomůckou byla přirozenější. „*První jsem jí občas používala doma, no a jednou jsem se odhodlala a vzala si jí ven.*“ (Renata) „*Vybavuju si, jak jsem s ní zkoušela chodit doma po pokoji.*“ (Jana) Toto

chování by šlo označit za určitou adaptivní strategii pro vyrovnání se s nutností používat kompenzační pomůcku pro chůzi. Další strategií usnadňující přijetí pomůcky byla změna vlastního myšlení a uvědomění si důvodů, proč pomůcku potřebují. Někteří se rozhodli používání pomůcky přijmout jako nezpochybnitelné a nutné a dále o tom nepřemýšlet. „*Prostě jsem si řekla, že to potřebuju, věděla jsem, že je to nutnost a dál jsem si to zakázala řešit.*“ (Jiřina) Jak jsem již výše zmínila, s přijetím pomůcky seniorům pomohl také názor odborníka, ačkoli se nejednalo o hlavní důvod přijetí pomůcky. Ke smíření se a vyrovnání se s nutností pomůcku používat přispěl také čas.

#### **18.1.4 Problémy s přijetím a nepoužíváním pomůcky**

Některým seniorům působilo přijetí pomůcky značné problémy. To se projevovalo snahou pomůcku nepoužívat, používat ji co nejméně či skutečným nepoužíváním pomůcky. Někteří senioři se místo pomůcky snažili používat jiné objekty a okolní prostředí. Konkrétně například jízdní kolo nebo okolní prostředí-přidržovali se o budovy, hradby, ploty či zábradlí. „*Jsem chodila a držela jsem se jízdního kola přitom.*“ (Anna) „*Doma jsem se přidržela něčeho, venku taky. Třeba zídky nebo hradby na dvoře.*“ (Marie) Jako důvody, minimálně příležitostného, nepoužívání uváděli, že si nechtěli přiznat závislost na pomůcce, nechtěli se cítit jako invalidé, chtěli fungovat jako v mladším věku či doufali, že se jejich zdravotní stav díky tréninku chůze bez pomůcky postupem časulepší. „*No... nechtěl jsem na nich být závislej a doufal jsem, že třeba budu ještě bez nich. Přece jen člověk se pak občas cejtí jako invalida a byl by radši, kdyby mohl fungovat tak jako za mlada.*“ (Milan) Někteří senioři neměli problém s přijetím jednoho typu kompenzační pomůcky, ale problémy u nich nastaly, když měli začít používat typ jiný. Například Marie popisovala problematický přechod z hole na chodítka, jako hlavní důvod uvedla pocity studu, které se dostavovali při používání chodítka. Nakonec však u všech seniorů došlo k alespoň částečnému vyrovnání se s nutností pomůcku používat. „*Ale pak když jsem viděla, jak jsou tady všude ty kostky dlážděný a že se neudržím ve vztyčný poloze, tak jsem ho přijala na milost, to vozítko.*“ (Marie) A u většiny došlo i k pozitivnímu přijetí a pozitivnímu vnímání pomůcky. „*Ale teď už jsem s tím víceméně vyrovnaná, co člověk zmůže no.*“ (Renata)

U seniorů jsem v souvislosti s dotazy na nepoužívání pomůcky doma narazila na poměrně častou snahu využívat pomůcku v prostředí domova co nejméně či vůbec. K tomuto nepoužívání vedly seniory především dvě skutečnosti. Někteří uváděli jako důvod pro nepoužívání snahu zlepšit či zachovat si své funkční schopnosti, jinak řečeno pokoušeli se tím o trénink a zachování fyzické kondice. „*Já se teda snažím tady po bytě chodit občas*



*bez chodítka, aby drobiček se ty nohy daly jako do toho... do pořádku.*“ (Vlasta) Další uváděli především praktické důvody, tedy snazší či pohodlnější vykonávání běžných denních činností, kdy by pomůcky byly spíše na obtíž. Některé seniorky zmiňovaly, že by jim pomůcky překáželi při domácích pracích jako je například uklízení či vaření. *„Ale na takový to přemístění od stolku ke stolku, to by mi spíš překáželo, to se vopru spíš tady někde o nábytek.*“ (Václav) *„Doma se snažím jejich používání omezovat, protože třeba při úklidu nebo vaření překážejí, jak nemám volné obě ruce.*“ (Ilona)

Zaznamenala jsem i snahu omezovat používání pomůcky na veřejnosti. A to především kvůli sociální aspektům používání pomůcky a vlastním pocitům. *„Nebo když jdu na nějakou společenskou událost a jsem hezky oblečená, tak radši vydržím trochu toho diskomfortu a jsem radši za dámu.*“ (Renata) V případě hole jedna seniorka uvedla také to, že by obyčejná hůl byla příliš těžká, a tak si s sebou raději bere pouze skládací hůl do kabelky, jde tedy opět o hledisko praktické. *„A pokud jdu ven a vím, že mám před sebou jenom nějaké kratší vzdálenosti, pojedou autem nebo jdu s doprovodem, tak s sebou normální hůl netahám, ale pro jistotu si беру skládací do kabelky.*“ (Jana) Vyskytli se i tací, kteří nedokázali důvod nepoužívání pomůcky zcela specifikovat a přiznali, že proč vlastně ani neví či že to tak zkrátka cítili. Zajímavé bylo, že jedna ze seniorek jako jeden z důvodů nepoužívání pomůcek uvedla obecně horší adaptaci na změny ve vyšším věku. *„Asi proto, že jsem celý život nic takového nepotřebovala, tak to pro mě bylo těžký to přijmout. Prostě člověk už ty změny nebre tak dobře jako dřív.*“ (Renata)

Zaznamenala jsem také ojedinělý případ, kdy seniorku k nepoužívání nové pomůcky vedlo to, že na svou starší pomůcku byla zvyklá a nebyla tak schopná vnímat pozitiva pomůcky nové. Nakonec však uznala, že nová pomůcka je bezpečnější, jelikož stará byla již příliš opotřebená. *„Ale už jsem viděla, jak se rozpadá a tam je to i zalepený, takže jsem musela začít používat to nový, protože to by nebylo úplně bezpečný. To bych si mohla, jak se říká, rozbít hubu. \*smích\*“* (Marie)

Naopak mnozí senioři jsou striktně proti nevyužívání pomůcky za jakékoli situace. Nepoužívání považují za nerozumné a v některých případech také nebezpečné. Někteří k tomuto názoru dospěli vzhledem ke špatné zkušenosti z nepoužívání pomůcky v minulosti. *„Nikdy jsem nepřemejšlel, že bych jí nepoužil, protože tolik rozumu mám.*“ (Václav) *„Protože když bych padla, tak bych se mohla polámat nebo něco. Takže se nesnažim*

*bez toho, jako i doma jezdím s tím chodítkem po bytě, protože jednou jsem byla bez něj a padla jsem neohrabaně a rozbila jsem si hlavu, ne.*“ (Anna)

### 18.1.5 Sebeobraz, sebeprezentace a sociální image

Někteří senioři se obávají o svůj sociální image. Především v souvislosti s tím, že nebude korespondovat s jejich vnitřním sebeobrazem. V některých případech tato skutečnost vede k nepoužívání pomůcky, omezení jejího používání nebo k negativním pocitům při používání pomůcky. Nejčastějším případem bylo, že si senioři nepřipadali na používání pomůcky dostatečně staří/připadali si příliš mladí a měli obavy, že si je okolí do kategorie starých lidí zařadí, což je dle nich spojeno s negativním sociálním obrazem. *„Sice mám už svůj věk, ale zas tak staře na to, abych používala hůl, se teda necejtím.*“ (Renata) Další často zmiňovanou kategorií byla kategorie invalidé, která vyvolávala různé pocity a reakce. Pokud se do této kategorie senioři zařadili sami a byli s tímto výrazem ztotožnění, vnímali tuto skutečnost spíše pozitivně. *„Jak jsem říkal, dostal jsem se do té kategorie invalidi, takže mě celkem potěšilo.*“ (Tomáš) Pokud však do ní byli zařazeni ostatními či mají tendenci vnímat slovo invalida negativně, převažovali spíše pocity negativní, spojené s obavami z negativní proměny sociální image. *„Připadala jsem si na to moc mladá. Bála jsem se, co si o mně budou myslet ostatní. Že se na mě všichni budou dívat jako na invalidu. Ze začátku jsem to dost odmítala a s tou hůlkou ani nechodila.*“ (Jana) Někteří senioři řadili do kategorie invalida až osoby využívající invalidní vozík a popisovaly obavy z toho, že by se do této kategorie měli někdy v budoucnu zařadit. *„Jenom jsem si říkala, pán bůh mě chraň, ať mě nemusí někdo tlačit jako ty invalidy no, ale tak kdo ví čeho se člověk ještě dočká.*“ (Marie)

Naopak pokud sebeobraz koresponduje s názorem na pomůcku a tím i sociálním obrazem, který na tomto základě senior předpokládá, je pro něj přijetí pomůcky snazší a má tendenci ji vnímat pozitivně. *„A dneska když jdu po ulici, tak vidím, kolik těch lidí trpí potížema s chůzí, tak už se prostě nějak zařazuju do té kategorie \*smích\* a neberu to nijak špatně.*“ (Tomáš) Zajímavé mi přišlo, že senior slovo kategorie použil zcela spontánně.

To, zda senioři mají pocit, že by pomůcka narušila jejich sociální image úzce souvisí s jejich sebeobrazem, vnímáním sama sebe jako staršího člověka, seniora a zda jsou s touto skutečností, stářím, smíření. Kladné vnímání pomůcky tedy často úzce souvisí také s přijetím vlastního stáří a pozitivním vnímáním stáří obecně. *„Ono taky kolipa už mi je let. To k tomu patří prostě. Copa by si říkali. To je babka už. To k tomu patří prostě.*“ (Božena) *„Tak v*

*tomhle věku to už lidi mají.*“ (Vlasta) „*Já jsem si myslela, že je to pro starý... ale to si vlastně myslím pořád. \*smích\* Však už taky jsem stará.*“ (Helena) A také naopak, pokud senioři vnímají pomůcky s negativními konotacemi, např. jako něco, co je pouze pro invalidy a nesoběstačné osoby, je pro ně těžší se s používáním pomůcky smířit a vyrovnat.

Dle Václava pomůcka jako taková není ničím, co by jeho sociální image narušovalo. To by se dle něj stalo až v případě, že by změnil i své chování. „*On je člověk taky trochu ješitnej, tak nedělá zbytečně ze sebe nemohoucího.*“ (Václav)

Dvě seniorky využívající hůl zmínily obavy z negativní sociální image používáním skládací hole. Tu totiž mohou v případě potřeby schovat do kabelky a v okamžiku tak pozměnit svojí sebezprezentaci. Obě dotazované uvedly, že nechtějí neustále dávat najevo závislost na pomůcce a nutnost jí používat, dále pak to, že si občas chtějí připadat mladší, což se jim s pomůckou nedaří. „*Protože nechci aby všichni věděli, že ji používám, víte. Jako já jsem ráda, že ji mám, ale zároveň jí úplně nechci nosit pořád a líbí se mi, že ji můžu dát do kabelky a vytáhnout jenom když potřebuju.*“ (Renata)

## **18.2 Pocity spojené s používáním**

### **18.2.1 Pozitivní pocity**

Většina seniorů měla poměrně často problém své pocity popsat, dlouze se zamýšleli, nevěděli, jak se vyjádřit. Přestože označovali pozitivní pocity jako převažující, byli s pomůckami spokojeni a měli k nim kladný postoj, vyjadřovali se snáze o negativních pocitech.

Pozitivní pocity, které senioři v souvislosti s pomůckami zmiňují jsou: spokojenost, komfort, vděčnost za pomůcku, pocity jistoty, libosti, hrdosti. „*Komfortně bych řekla.*“ (Jiřina) „*Vím, co a jak.*“ (Božena) „*Si uvědomuju, že jsem rád, že ji mám.*“ (Václav) „*Říkám, no teďka, kdybych viděla toho dědka, ne, tak bych mu řekla já, že mám rovnou tři (chodítka).*“ (Anna) Dále senioři popisovali své pocity jako „normální“ či rovnou uvedli, že neví, jak přesně se cítí. „*No normálně se cejtim.*“ (Helena)

### **18.2.2 Negativní pocity**

Negativní pocity, které senioři v souvislosti s pomůckami senioři zmiňovali byli: strach a obavy, vztek, stud a trapnost, smutek, pocity nejistoty, dále uváděli, že se občas v souvislosti s používáním pomůcky cítí omezeně či nepříjemně. Negativní pocity byly častější při počátečním používání pomůcky. „*Bylo to náročný ze začátku.*“ (Anna) „*Ale jako*

*s tím \*ukazuje na chodítka\* to se občas cejtim trapně.*“ (Marie) *„Ze začátku jsem si byla dost nejistá a styděla jsem se.“* (Renata) Všichni senioři zároveň uvedli, že negativní pocity se postupem času zmiřňovaly a slábly. *„Tak teď už líp než dřív.“* (Jiřina)

U některých seniorů se zpočátku používání pomůcky, zejména na veřejnosti, vyskytovaly pocity studu a trapnosti. Většina seniorů však tyto pocity nezažila. Pocity studu a trapnosti souvisely s tím, že si senioři připadali staře či neschopně. *„Občas se až stydím, jak si přijdu... no neschopně no... ale prostě...“* (Helena) Anna přiznala, že kvůli studu při používání pomůcky na veřejnosti, v minulosti doma brečela. *„Jako brečela jsem, je pravda, že jsem doma brečela.“* (Anna) Pocity studu a trapnosti některé seniory vedou k nepoužívání pomůcky. Postupem času však senioři tyto pocity překonali. *„Naštěstí jsem to pak nějak překonala, a teď už se za ně nestydím vůbec.“* (Jiřina) Někteří senioři naopak vyjadřují lítost v souvislosti s tím, že se za pomůcky někdo stydí a uvádí, že sami se za pomůcku nikdy nestyděli. *„A mrzí mě, když vidím třeba v dnešní době, jak někteří lidi v mém věku to nechtějí používat nebo se za to stydí a přitom není za co.“* (Milan)

Pár seniorů vyjádřilo obavy a pocity strachu či nejistoty v souvislosti s funkčností a spolehlivostí pomůcky. *„Jestli se mi ta hůlka třeba nezasekne a půjde rozložit nebo složit.“* (Renata) Většina seniorů však tyto obavy nepociťovala. Naopak uváděla, že pomůcku důvěřuje a cítí se s ní sebejistě. *„Vím, co a jak. \*smích\*.“* (Božena)

### **18.2.3 Rozdíl pocitů v soukromí a na veřejnosti**

Někdy se pocity seniorů při používání pomůcky liší v souvislosti s tím, zda je pomůcka používána v soukromí nebo na veřejnosti. Někteří uvádějí, že je pro ně používání pomůcky v soukromí komfortnější než na veřejnosti, jelikož na ně v prostředí domova negativně nepůsobí (domnělý) sociální tlak-nemusí řešit potenciální myšlenky, chování a přístup okolí. Někteří tuto skutečnost pociťovali pouze při počátečním používání pomůcky, kdy si ještě nebyli sami sebou ani pomůckou tolik jistí a/nebo si museli na používání pomůcky na veřejnosti postupně zvyknout. *„Asi trochu jo. Víc jsem sledoval reakce okolí bych řekl. Jestli na mě třeba někdo nedívá nebo tak. Ale teď už si toho nevšímám vůbec.“* (Václav) *„Už jsem si na to zvyknul.“* (Tomáš) Někteří naopak nepociťují při používání na veřejnosti žádnou změnu a jejich pocity se neliší. *„Já osobně mám stejné pocity na veřejnosti jako doma. Už jsem si zvykla, že bez nich nemůžu být.“* (Ilona) *„Ne, já v tom nikdy žádnéj rozdíl neviděl.“* (Milan)

## 18.3 Názor a vnímání pomůcek seniorem

### 18.3.1 Názor na kompenzační pomůcky pro chůzi obecně

Na kompenzační pomůcky pro chůzi obecně mají senioři velmi pozitivní názor. A to dokonce do takové míry, že se v souvislosti s jejich vyjádřeními ohledně pomůcek nevyskytovala citově nezabarvená či neutrální vyjádření. Senioři popisují svůj názor na kompenzační pomůcky pro chůzi slovy jako velmi důležité či skvělé. Oceňují je zvláště v souvislosti s návratem funkčních schopností při zhoršení zdraví či po úrazu. „*Myslím, že je skvělý, že něco takového existuje.*“ (Václav) „*Pro lidi po úrazech, s chronicky nemocnými klouby a jinými neduhy jsou kompenzační pomůcky většinou jedinou záchrannou.*“ (Ilona) „*Je to skvělá věc.*“ (Milan) „*Myslím, že jsou hodně důležité.*“ (Helena) Většinou vnímají kompenzační pomůcky jako něco běžného a přirozeného pro osoby v pokročilém věku. „*Tak v tomhle věku už to lidi mívají.*“ (Vlasta) „*Já jsem si myslela, že je to pro starý... ale to si vlastně myslím pořád. \*smích\* Však už taky jsem stará.*“ (Helena)

V ojedinělých případech senioři přiznali, že v minulosti vnímali kompenzační pomůcky do jisté míry negativně. Tento názor se však změnil po tom, co začali pomůcku sami používat. Příkladem může být paní Anna: „*Jsem si jenom říkala, abych to neměla jednou taky. A podívejte se teď na mě. \*smích\**“ (Anna)

### 18.3.2 Názor na vlastní pomůcku

#### 18.3.2.1 Hodnocení pomůcky

Většina seniorů má velmi pozitivní názor i na své vlastní pomůcky. Převážně neutrálně vnímal pomůcku jeden senior. A rozporuplný názor na pomůcku se vyskytoval u jedné seniorky.

U seniorů převládá pozitivní názor na vlastní pomůcku a bez většího přemýšlení jsou schopni vyjmenovávat široké množství pozitiv. Za pomůcku jsou velmi vděční a jsou rádi, že ji mají a považují své pomůcky za velmi užitečné a v životě nepostradatelné. „*Bych se bez toho neobešla.*“ (Božena) „*Kdyby to nebylo, tak vlastně ani nevím, co bych dělal.*“ (Václav) Pomůcku popisují, jako přirozenou součást života. „*A prostě to k životu patří a jsem rád, že se to vymyslelo a že to je.*“ (Milan) I přes spokojenost s aktuální pomůckou někteří senioři stále aktivně sledují novinky na trhu, aby si mohli pořídit pomůcku, která jim bude lépe vyhovovat. Tento aktivní zájem o aktuálních pomůčkách na trhu považují za pozitivní zjištění. „*Ale stále hledám, zda se na trhu náhodou neobjeví něco lepšího.*“ (Jana)

Tomáš je rád, že pomůcky plní svou funkci. Nějaké intenzivnější názory na svou pomůcku nemá. Používání vnímá především prakticky. „*Celkem jsem spokojenej, účel to splnilo, takže mi to pomohlo.*“ (Tomáš)

Renata byla jediná z dotazovaných, u které nepřevládá pozitivní názor na vlastní pomůcku. Občas bylo patrné ambivalentní vnímání pomůcky, nejspíše proto, že v době konání rozhovoru nebyla s nutností využívat pomůcku zcela smířená. „*Tak radši vydržím trochu toho diskomfortu, než abych si pomohla s tou hůlkou. Jako já vím, že bych neměla.*“ „*Jak už jsem říkala, radši bych byla, kdybych jí používat nemusela.*“ (Renata)

### **Vztah s pomůckou**

V souvislosti s pozitivním názorem na vlastní pomůcku bylo ve vyjadřování některých senierek patrné i určité citové pouto či vřelý vztah s pomůckou. Tato skutečnost je patrná především na „označení“, která pro pomůcky volily. Například Marie označila své starší chodítka slovy miláček. „*Ten byl neocenitelnej, miláček úplně.*“ (Marie) Častým používaným označením, především pro berle, pak bývá slovo kamarádka. Tuto skutečnost zmiňuje například Ilona: „*Mnohokrát jsem slyšela ženy, jak svým francouzským holím říkají kamarádky. Sama to tak také občas dělám. \*smích\**“ (Ilona) Tento vřelý vztah s pomůckou jsem zaznamenala pouze u žen, ne u mužů. Příčinou může být to, že muži byli v mém výzkumném vzorku zastoupeni v menším počtu, ale také obecná vyšší emocionalita žen.

### **18.3.2.2 Pozitiva a negativa pomůcek**

#### **Pozitiva**

Senioři na pomůckách oceňují především návrat či zlepšení funkčních schopností, zejména co se chůze a pohybu týče. Jako výhody zmiňují větší jistotu při chůzi, schopnost ujít delší trasu a obecně lepší chůzi. V souvislosti s chůzí oceňují také větší pocity bezpečí či bezpečnější chůzi jako takovou. Dále pak zmiňují fyzickou úlevu a zmírnění bolestí. „*Byla jsem ráda, že se zas můžu postavit.*“ (Jiřina) „*Jsem měl radost, že se budu zas moc líp pohybovat po úrazu.*“ (Milan) „*Mám i menší bolesti pak.*“ (Renata)

Pozitivně hodnotí také to, že jim pomůcky pomáhají být déle samostatní a zvyšují míru jejich soběstačnosti, za což jsou velmi vděční. „*Kdyby to nebylo, tak vlastně ani nevím, co bych dělal. Bych musel do důchod'áku nebo si najít nějakou pečovatelku. A to bych nechtěl. Takhle díky tý holi můžu pořád fungovat sám a za to jsem moc rád.*“ (Václav)

Jako další výhody uvádí psychické aspekty: nárůst sebedůvěry (při pohybu) a snížení strachu z úrazu či pádu a s tím související pocity bezpečí. „*A nemusí se tolik bát, že se mu něco stane.*“ (Renata)

Jako pozitivní přínos pomůcek vnímají také sociální aspekty-lepší chování ze strany okolí. Lidé jsou ohleduplnější, opatrnější, milejší, vstřícnější a také soucitnější. Někteří senioři mají naopak tendenci tuto změnu v chování ostatních vnímat negativně. „*Lidé se ke mně občas chovají líp.*“ (Helena) „*Že lidé viděli, že mám tu hůl v ruce, že automaticky věděli, co ode mě můžou chtít.*“ (Václav)

Za pozitivní považovali také vzhled pomůcky a možnost si pomůcku vybrat, díky čemuž mohou vylepšit svůj vzhled. „*Vybrala jsem si takovou, jakou jsem opravdu chtěla. Je pro mě i hezkým doplňkem.*“ (Jana)

### **Negativa**

Mezi nevýhody, které bych označila jako funkční nedostatky, senioři radili hlučnost při chůzi, podkluzování pomůcky a špatná kolečka. „*Když jdu, tak ta hůlka cvaká a to se mi nelíbí.*“ (Jana) „*Na tom vozíčku by měli udělat jiný kolečka. Víte, jak tady jsou ty kostky na náměstí, ta dlažba jak je, tak po tom se s tím hrozně špatně chodí.*“ (Anna)

Jako další senioři často zmiňovali, že jim pomůcky překáží při některých činnostech, konkrétně například úklid, vaření či nákup. „*Občas si říkám, že bych potřebovala ještě třetí ruku, která by mi držela hůl. \*smích\**“ (Jana) „*Občas vám to překáží a člověk si říká, nemít tak tu hůl.*“ (Václav) „*Při úklidu nebo vaření překáží, jak nemám volné obě ruce.*“ (Ilona)

Jedna seniorka vnímala jako negativní také to, že si na chodítko zvykla a již bez něj není schopná chodit tak dobře jako dřív. „*Tak to mi přijde blbý jakoby, že mě to nenutí chodit víc rovně no.*“ (Marie)

Někteří senioři žádná negativa v souvislosti s používáním pomůcky nezaznamenali nebo je minimálně nevnímají nijak intenzivně, jelikož je v průběhu rozhovoru nezmínili.

### **Prostředí**

Ačkoli nejde vyloženě o negativa pomůcek jako takových, ráda bych sem okrajově zařadila problém při používání pomůcky, který senioři často zmiňovali, a to v souvislosti s nevhodným, respektive pro ně neuzpůsobeným prostředím. Konkrétně senioři zmiňovali pro pomůcky nevhodné dláždění ulic, schody bez zábradlí a úzké prostory, například i

v čekárně u lékaře. Používání pomůcky v nevhodném prostředí vnímali senioři negativně a někteří uváděli i s tím spojené negativní pocity, které zažívali. „*Po těch schodech se mi opravdu špatně chodí, zvláště když tam není zábradlí.*“ (Anna) „*Jo, pod dláždění, po kostkách, ty ostrý povrchy, tak tam se to zapichuje. Tak radši chodím o ulici vedle, protože tam je to rovný. A tam radši nechodím, abych se mi něco nestalo.*“ (Jiřina) „*To se občas cejtim trapně, když je třeba někde málo místa v čekárnách, jo, nebo když jsou ty chodby někde úzký, tak to si říkám babo, měla bys tu ještě vůbec bejt. Ale zas na nějaký skákání z okna, to myslím že ještě není třeba.*“ (Marie)

### 18.3.2.3 Srovnání pomůcek

Nelze říci, zda senioři preferují hole, berle či chodítka, jelikož jsou názory na ně značně různorodé. Dalším důvodem je, že většina dotazovaných seniorů používala pouze 2 typy pomůcek, ve většině případů buď berle a chodítka nebo hůl a chodítka.

Jako výhody berlí senioři uvádí to, že jsou praktičtější, jelikož se s nimi člověk dostane na více míst a poskytují mu tak více svobody než chodítka, se kterým má problémy například při chůzi do schodů. „*Berle jsou jako lepší. Co se týče chůze myslím. Protože s těma se dostanete kamkoliv, kdežto s tím chodítkem je člověk omezený, že jo, tam když máte schody nebo něco vyššího, tak to chodítka, to není šance se někam přemístit, to vám musí někdo pomoci.*“ (Milan)

Obdobný důvod, kteří uváděli senioři preferující berle oproti chodítku, uvádí také ti, kteří namísto chodítka preferují hůl. Tímto důvodem je kompaktnost hole a snazší pohyb v prostoru. „*Mi to přijde lepší prostě... \*zamyšlení se\* Asi mi vyhovuje to, že se s tím všude vejdu, ať už venku nebo vevnitř, hůl je zkrátka kompaktnější, abych tak řekl.*“ (Václav) Dále pak uváděli její skladnost (přenositelnost) a snazší pohyb do schodů. „*Já bych chodítka nemohla využívat, i když má výhodu sezení, protože bydlím ve 3. patře bez výtahu a neumím si představit, jak bych se s ním dostala na ulici.*“ (Ilona)

Při preferenci chodítek vyzdvihují senioři především možnost si na chodítka sednout a v případě potřeby si odpočinout (musí jít o specifický typ chodítka se sedátkem). Dále oceňují odkládací prostor v košíku. „*No protože se dá i zastavit, zabrzdit a můžu si sednout a odpočinout. A nebo si můžu dát mobil a brejle do toho košíku.*“ (Božena)

I senioři preferující chodítka však uváděli, že při cestování, především autem, či pobytu v neuzpůsobeném prostředí (například u rodiny), upřednostňují hůl či berle. Právě díky již uvedené kompaktnosti, která je při cestování autem podstatná, zvláště v případě



nedostatečného prostoru v kufru auta či nesložiteľného chodítka. „*Jenom když jedu k rodině, když pro mě přijedou a jedeme autem, tak tam by se to chodítka moc nevešlo a oni hlavně mají dvůr a schody, tak tam by to s tím taky moc nešlo. Po těch schodech musím vyšplhat já, teda zachycovat se. Takže to si беру tu hůl radši.*“ (Božena)

V mém výzkumném vzorku preferovali chodítka častěji ženy než muži. Tento fakt však může být zcela náhodný a nemusí nijak souviset s pohlavím, ale s jinými, výše uvedenými hledisky. Uvádím ho především z důvodu, že jedna seniorka během rozhovoru uvedla, že s chodítky vídá pouze ženy. „*Chodítka jsem nikdy nevyzkoušela, nemohu posoudit. Ale vídám s nimi pouze ženy.*“ (Ilona)

Někteří senioři střídají více typů pomůcek v podobné míře, a to především na základě konkrétní situace a prostředí a s tím související praktičností. Dále se rozhodují také na základě délce trasy. „*Já to střídám. Jednou berle, jednou chodítka. Když jako jdu třeba někomu něco koupit, tak to chodítka je dobrý.*“ (Tomáš)

Velkou roli ve volbě používané pomůcky hraje také zvyk. Například Anna si na chodítka již přivykla natolik, že si s berlemi připadá nejistá: *s těma holema. A když už s nima jdu, tak jako bych s nima spadla, mám pocit. Jsem už asi zapoměla s nima chodit, jak jsem si zvykla na to chodítka.*“ (Anna)

## **18.4 Sociální aspekty používání pomůcek**

### **18.4.1 Rodina, přátelé, blízcí**

Většina seniorů popisuje chování a reakce rodiny a blízkých jako pozitivní. Senioři u rodiny a blízkého okolí zásadní změnu nepocítovali, přesto však po zamyšlení jistou změnu chování zaznamenali. Mezi tyto změny senioři řadí, že se k nim blízké okolí začalo chovat pozorněji, jsou jim více nápomocní, chovají se vstřícněji, jsou starostlivější a opatrnější. „*Jsou trochu pozornější a víc si mě všímají.*“ (Jana) „*Dcera na mě byla hodná vždycky. Ale je pravda, že teď je možná víc opatrná a víc se stará.*“ (Helena)

Anna zmiňuje, že blízcí byli zpočátku zvědaví, z jakých důvodů pomůcku využívá a některým přišla při používání pomůcky legrační, to však nevnímala negativně, ale smála se s nimi. „*No jako občas se ptali, co to máš a proč to máš. Tak říkám abych mohla jít no.*“ (Anna) „*Jako smáli se, ne, ty co mě znali, jim to přišlo legrační. \*s úsměvem\**“ (Anna)

Obecně si senioři chování blízkých, zvláště pak rodiny, pochvalují. „*Moje rodina je báječná, podporují mě hodně.*“ (Ilona) Rodinní příslušníci seniorům často pomáhají

s pořízením pomůcky. „*Já jsem to teda moc nezařizovala, to hlavně můj syn mi s tím pomáhal no.*“ (Vlasta) Nebo se dokonce podílejí na financování dražších kompenzačních pomůcek. „*Mě děti viděly, že mám problém do schodů a říkaly si, že by to bylo celkem dobrý a podílely se na financování (pojízdných schodů).*“ (Tomáš) Pomáhají jim také v jiných oblastech, ať už s nákupem, tak například dopravou. „*Jako víte co, když něco potřebuju, tak mi tam zajdou děti.*“ (Anna) „*Jako když někam jdeme, mě převážně vozí syn, ne, takže veme to chodítko a hodí ho do auta. Jezdíme do Plzně na kontroly.*“ (Anna) Rodina bývá pro seniory také velmi silnou psychickou oporou, zvláště v období, kdy jim využívání pomůcky činí z různých důvodů potíže či se s nutností používat pomůcku teprve smiřují. „*A dcera mi říkala, maminko dyť druhý lidi ještě jsou na tom hůř než ty, buď ráda, že takhle chodíš.*“ (Anna) Obvykle je rodina ráda, že senioři kompenzační pomůcky pro chůzi využívají. „*A dcera ta to nevěděla, ta mi přivezla nějaký věci, nákup, a tak říkala: „Ty máš taky už to vodítko, no tak to je fajn, tak aspoň budeš líp chodit.““* (Vlasta) Jana například popisuje, že rodina přijala zpočátku pomůcku lépe než ona sama a snažili se jí v používání pomůcky podpořit. „*Přijali to lépe než já a dokonce mě do používání hůlky tak trochu nutili, když jsem ji ze začátku ještě nechtěla nosit. A celkově mi byli oporou a byli tu pro mě.*“ (Jana)

Někteří senioři ale podporu ze strany rodiny vnímali spíše negativně, patrné je to především v případě Renaty, které pomůcku pořídil syn jako dárek k Vánocům- Je zde tedy zřejmý jistý tlak ze strany rodiny na to, aby seniorka pomůcku využívala. Syn se jí také snažil vysvětlit výhody plynoucí z využívání pomůcky. Renata však všechny tyto okolnosti a přístup vnímala negativně, jelikož pro ni pomůcka byla překvapením a na přijetí pomůcky tak nebyla psychicky ani mentálně připravená. Jako převážně negativní popisuje také vyšší opatrnost a ohleduplnost ze strany mladšího syna, která jí působila diskomfort, jelikož si díky takovýmto projevům chování připadal neschopně a staře. Zároveň však uvádí, že synovi tuto skutečnost sdělila a nyní se již syn chová stejně jako dříve. „*I když je pravda, že ze začátku byli takoví opatrnější. Zvláště druhý syn. To se mi až nelíbilo, že se ke mně choval jako k invalidovi. Ale to jsem mu vysvětlila a naštěstí toho brzo nechal.*“ (Renata)

Někteří senioři uváděli, že chování některých jejich blízkých bylo beze změny nebo velmi neutrální. Většinou se na pomůcku seniora nijak neptali, ani sám senior nezaznamenal, že by jeho pomůcku nějak řešili a změnu v chování taktéž nezaznamenal. „*Blízké okolí to nakonec vůbec neřešilo, vzali to úplně bez problému, přijali to a minimálně přede mnou se o tom ani nikdo nezmiňoval.*“ (Jana) „*Chovají se stejně bych řekl.*“ (Václav)

## 18.4.2 Cizí lidé, společnost

### 18.4.2.1 Přístup, reakce, chování

Senioři popisují, že se většinu času neseťkávají s žádnými reakcemi ze strany cizích lidí a pokud ano, nejsou tyto reakce příliš intenzivní. Pozitivní chování převládalo, nicméně někteří senioři se občasně setkali i s chováním negativním.

Co se pozitivního chování týče, lidé přijdou seniorům v souvislosti s používáním pomůcky vstřícnější, ohleduplnější, nápomocní, opatrnější, vnímaví, pozornější, milejší. Konkrétně senioři zmiňují, že jim někdo dá přednost ve frontě na autobus či na nákup; uvolnění místa na sezení v MHD; zeptá se jich, zda nepotřebují s něčím pomoci. „*Občas se mě někdo zeptá, jestli nechci pomoci, třeba když nakupuju nebo jdu do schodů.*“ (Jana) „*Občas mě někdo pustí, když čekám třeba na autobus nebo ve frontě na nákup.*“ (Milan) „*Naopak když mě někde někdo vidí, že nemůžu vycouvat nebo jsem se někde zasekla, tak někdo vždycky přiskočí a ukažte, já vám s tím pomůžu.*“ (Marie) Projevy pomoci někteří senioři odmítají, ačkoli ji oceňují. „*Ale na to si teda ještě přijdu mladá. \*smích\* Tak jen s díky odmítám.*“ (Jana) Marie si zvláště pochvaluje dobré chování mladších mužů, kteří se chovají pozorně, s čímž se u všech neseťkává: „*A naopak mi někdy otevrou i dveře, většinou docela i ty mladý mužský, což se divím, tak to vždycky říkám, že gentlemani ještě nevymřeli. Nemůžu si stěžovat.*“ (Marie) Samozřejmě příčinou pozitivní změny chování/reakcí cizích lidí nemusí být kompenzační pomůcka, ale vyšší věk seniorů. Tento fakt napadl také Ilona: „*Jsou ohleduplnější. Patrně v tom roli hraje také můj věk.*“ (Ilona)

Většina seniorů zásadní změnu v chování cizích lidí nezaznamenala. „*Jinak mi přijde, že si hledí svého.*“ (Jana) Někteří jsou za to, že se jejich chování nezměnilo vděční, nejspíše proto, že nemají pocit, že se něco změnilo. „*Vesměs stejně naštěstí.*“ (Renata)

V případě popisu negativních zkušeností s cizími lidmi v souvislosti s používáním pomůcky senioři vždy uvedli, že k těmto incidentům nedochází příliš často, většinou ojediněle. Konkrétně se senioři setkali s: posměšky, neohleduplností, přehlížením a zíráním. „*Někteří jsou dokonce tak nevychovaní, že se na mě třeba natlačí, když nastupuju do autobusu. Ale většina si tedy naštěstí dává pozor.*“ (Jiřina) „*Jednou co se mi teda stalo, že si někdo, nějaký mladík, odkašlal, když jsem šla na malým chodníku a jezdila auta a on asi někam chvátal.*“ (Jana)

#### 18.4.2.2 Diskriminace, stigmatizace

Většina seniorů nezaznamenala žádné projevy diskriminace, stejně tak nezažívala projevy stigmatizace. Ani se tak necítila. „*Zahanbena nebo diskriminována jsem se nikdy necítila, ani se nestydím, když mi hole v obchodě upadnou.*“ (Ilona) Někteří senioři se ale stigmatizace obávali, měli strach z toho, co si o nich budou myslet ostatní a zda je nebudou kvůli pomůckám odsuzovat. Tyto obavy byli u některých seniorů tak silné a významné, že je vedly k nepoužívání pomůcky. U některých se tyto obavy vyskytovaly také v počátcích používání pomůcky. V praxi však žádný senior jakékoli konkrétní projevy stigmatizace či diskriminace ze strany okolí nezaznamenal. Jediný, kdo uvedl jakési nekonkrétní „pocity stigmatizace“ byla Jana, přesněji je však popsat nebo identifikovat nedokázala. V jejím případě se tedy jednalo spíše o stigmatizaci předpokládanou a domnělou nežli skutečnou. „*No to já nevím, jak, ale prostě jakmile tu hůlku začnete používat, tak máte ten pocit.*“ (Jana)

#### 18.4.2.3 Vnímání reakcí a přístupu okolí seniorem

Reakce okolí senioři všeobecně příliš nevnímají a nekladou na ně velký důraz. Většina seniorů považuje názory a myšlenky okolí, co se jejich pomůcky týče, za nepodstatné nebo nedůležité. „*A co si myslí ostatní se mě netýká.*“ (Ilona) Názor okolí neřeší také z toho důvodu, že používání pomůcky sami považují za něco přirozeného v jejich věku: „*Né, to vůbec, v tomhle věku už to lidi mají. Jsem neřešila.*“ (Vlasta), berou nutnost používat pomůcky jako fakt a reakce okolí je nezajímají: „*To jsem vůbec neřešila nějaký reakce okolí. Jsem ho potřebovala.*“ (Jiřina) „*To by měl člověk ošklivej život, kdyby tohle řešil.*“ (Milan) nebo je pro ně prioritní, že jim pomůcka pomáhá a plní svou funkci a názor okolí je pro ně vedlejší: „*Ne, neřešila, ať se lidi smějou nebo nesmějou, já si myslím svoje a hlavně že jdu a neválím se po zemi.*“ (Anna). Tomáš uvádí, že reakce okolí obecně příliš nevnímá: „*Já nějak nevnímám názor toho okolí.*“ (Tomáš)

Někteří senioři uvádějí, že na názoru a chování okolí jim velmi záleželo v minulosti, především při začátku používání pomůcky, nyní na ně ale okolí nemá žádný vliv. „*Víc jsem sledoval okolí bych řekl. Jestli se na mě třeba někdo nedívá nebo tak. A teď už si toho nevšímám vůbec.*“ (Václav) Dalším důvodem, proč řešili názory a postoje okolí v minulosti, byl strach z odsouzení ze strany okolí, tyto obavy často bývají i důvodem k nepoužívání pomůcky. „*To jsem to hodně řešila a reakce okolí byl i důvod, proč jsem hůlku nechtěla začít používat. Ale nyní to již neřeším a je mi to jedno.*“ (Jana)

Marie se zpočátku snažila pomůcku nepoužívat, právě z obav, jak bude před ostatními lidmi vypadat. Nyní již na okolí nebere ohled. Zajímavé je, že když říkala, že na okolí nebere ohled, tvrdila, že jí názor okolí nezajímal nikdy, přitom v průběhu rozhovoru přiznala, že ji na názoru okolí záleželo. „*Tak to jsem se snažila to nepoužívat, jsem nechtěla vypadat jakoby staře nebo neschopně no.*“ (Marie) „*Já totiž беру skoro celý život prášky na nervy víte, ty psycho...psychofarmaka, to máme v rodině dědičně tyhle choroby. Takže mě už tyhle věci, jakože okolí, na to já neberu ohledy už.*“ (Marie)

Někteří senioři přiznávají, že reakce okolí řeší, kladou na ně větší důraz než by chtěli, a na názoru ostatních jim záleží, ale byli by raději, kdyby tomu tak nebylo. „*Bohužel to řeším.*“ (Helena) Někteří uvádí, že ačkoli se snaží, ne vždy se jim to daří., nicméně s postupem času jsou jejich snahy úspěšnější. „*Ted' už je to lepší, ale občas člověk nemá den ani ted'. Ale snažím se to moc neřešit a nepřemýšlet nad tím.*“ (Renata)

## 19 Diskuze

V části diskuze odpovídám na výzkumné otázky na základě výsledků výzkumu a zároveň tyto výsledky dávám do kontextu s vypracovanou teoretickou částí a dosavadními poznatky na toto téma, tedy s odbornou literaturou a s dalšími výzkumy.

### 19.1 Přijetí a používání kompenzačních pomůcek pro chůzi

**Výzkumná otázka číslo 1: Jak senioři ne/přijali nutnost používat pomůcku pro chůzi?** S touto otázkou také úzce souvisí téma používání a nepoužívání pomůcek, neboť přijetí a nepřijetí pomůcek má značný vliv na to, zda a do jaké míry budou senioři kompenzační pomůcku pro chůzi používat. Nepoužívání pomůcky má mnoho negativních důsledků, a to od negativních pocitů až po závažné zdravotní komplikace (Huang & Chang, 2020; Rahaei, Beigomi & Jambarsang, 2022).

V rámci svého výzkumu jsem došla k závěrům, že většina dotazovaných seniorů přijala pomůcky pozitivně a vnímala je jako přirozenou součást stáří. To se projevilo také pozitivními pocity při používání pomůcky a pozitivním vztahem k pomůcce. Někteří participanti pomůcku akceptovali-skutečnost, že pomůcku používají nevnímali ani negativně, ani pozitivně. Většinou používání pomůcky považovali za nutnost. U malého množství seniorů jsem se setkala také s negativním přijetím pomůcky. Používání pomůcky se v tomto případě pojilo s negativními pocity a senioři spadající do této skupiny u sebe používání pomůcky nepovažovali za přirozené a měli tendence srovnávat své funkční

schopnosti s ostatními. K obdobnému rozdělení přijetí a používání pomůcek došli také Hägglom-Kronlöf a Sonn (1999), kteří rozčlenili postoje senierek do tří kategorií. Zajímavé je, že někteří mnou dotazovaní senioři zpočátku označovali přijetí pomůcky jako neproblematické, v průběhu rozhovoru se však ukázal opak. U všech dotazovaných seniorů došlo postupem času k pozitivnímu přijetí a používání pomůcek. Konečné přijetí a používání pomůcky však vychází z výzkumného vzorku, neboť jej tvořili pouze senioři, kteří pomůcku v době rozhovorů používali, tudíž s ní museli být do jisté míry vyrovnání.

Jakožto adaptivní strategie, pomáhající se vyrovnat s nutností používat pomůcky, jsem zaznamenala: nácvik chůze v domácím prostředí, změnu myšlení a uvědomění si potřeby pomůcky. Obdobné adaptivní strategie zaznamenal také Hedberg-Kristensson a kol. (2007), který uvádí ještě další strategie, a to vyslechnutí si názorů druhých osob, které pomůcku využívají a nošení mobilního telefonu vždy při sobě, což navyšovalo pocity jistoty a bezpečí.

Na přijetí a používání pomůcky měl vliv také názor odborníka (lékaře, ortopeda) a rodinných příslušníků. Vliv sociální referentů na používání pomůcky u dotazovaných seniorů však nepatřil k nejvýznamnějším. Obdobně tomu bylo u britských účastníků výzkumu, který provedl Aminzadeh a Edwards (1998), kterým záleželo především na vlastním názoru a hledisku, co se používání pomůcky týče. V tomto se obě skupiny liší od italských seniorů, pro které byl názor odborníka velmi důležitý. Vlastní názor, co se přijetí a používání pomůcky týče považovali za nejvýznamnější také senioři ve výzkumu, který provedl Roelands a kol. (2002). Stejně jako v jiných výzkumech, i mnou dotazovaní senioři uváděli, že na přijetí pomůcky měl vliv čas (např. Goberman-Hill & Ebrahim, 2007, Hedberg-Kristensson a kol., 2007).

V některých případech participanti uváděli snahu pomůcku nepoužívat či ji používat co nejméně, docházelo zde tedy k problémům s přijetím pomůcky. Senioři si nechtěli přiznat závislost na pomůcce, cítit se jako invalidé nebo doufali ve zlepšení funkčních schopností v budoucnu. To, že si účastníci výzkumu při používání pomůcek připadali jako invalidé či je tyto pocity vedly k nepoužívání pomůcek, se liší s výsledky výzkumu, který provedl Roelands a kol. (2002), kde si senioři jako hendikepovaní nepřipadali a všeobecnou domněnku, že si senioři takto připadají, označil za mýtus. Dále jsem se setkala s nevyužíváním pomůcky v domácím prostředí a to ze 2 hlavních důvodů: trénink fyzické kondice a praktické hledisko v souvislosti s vykonáváním činností. K nepoužívání pomůcek na veřejnosti seniory vedly především sociální aspekty a s nimi spojené negativní pocity.

Jedna ze senierek také zmínila, že jedním z důvodů problémů s přijetím pomůcky byl mimo jiné její vyšší věk a s tím spojená horší adaptace na změny ve stáří. Faktem však je, že většina mnou dotazovaných seniorů problém s přijetím a používáním pomůcky po jejím obdržení neměla, přikláním se tedy k tvrzení Hägglom-Kronlöfa a Sonna (2007), kteří označují obecné tvrzení, že je u seniorů vysoká míra nepoužívání již vlastněných kompenzačních pomůcek, za mýtus, což se shoduje s výsledky mého zkoumání.

Huang a Chang (2020) uvádí, že starší lidé si často myslí, že používání kompenzačních pomůcek vytváří negativní sociální image, ten také bývá jedním z důvodů pro nepoužívání pomůcek. Dále uvádí, že starší lidé se obávají toho, že je okolí bude považovat za staré, postižené a závislé. Tento jev jsem zaznamenala také u mnou dotazovaných seniorů. Někteří senioři měli pocit, že pomůcka narušuje jejich image, která pak nekorespondovala s jejich sebeobrazem. Tímto způsobem tedy pomůcka narušovala jejich sebe prezentaci. Pokud účastníci pomůcku vnímali jako něco pro „staré“ či „invalidy“, a zároveň vnímali negativně i tyto jednotlivé pojmy, docházelo u nich k problémům s přijetím pomůcky. Z toho vyplývá, že u dotazovaných seniorů měl vliv na používání pomůcky také jejich názor na stáří jako takové. U dvou senierek jsem se setkala s tím, že obavy z negativní sebe prezentace zmírnily používáním skládacích holí, které je možné v případě potřeby schovat, a tak svou sebe prezentaci změnit. Tyto obavy zaznamenal také Martin a kol. (2000).

## **19.2 Pocity pojící se s používáním pomůcek**

### **Výzkumná otázka číslo 2: Jaké pocity se pojí s používáním pomůcek?**

Dosavadní výzkumy zaměřující se na používání kompenzačních pomůcek seniory, se na téměř nezaměřují na jejich pocity. Lépe je tomu u výzkumů zaměřených na asistivní technologie obecně. Do asistivních technologií se mimo kompenzačních pomůcek pro chůzi řadí také moderní technologie (mobilní telefony, počítače, alarmové systémy), dále například sluchadla, tlakoměry či glukometry. Přesto však často výsledkem výzkumů nejsou pocity jako takové nebo se primárně zaměřují pouze na emoce negativní, které souvisí s nepoužíváním pomůcek. Za zajímavé považuji výzkumy Brighta a Coventryho (2013) nebo Chena (2018), které se zaměřují na asistivní technologie. V obou studiích pozitivní emoce souvisely s předpokládanými nebo zakoušenými emocionálními výhodami používání pomůcek, zatímco negativní emoce souviseli s psychickými nebo sociálními náklady používání.

Uváděné pozitivní pocity v mém výzkumu byly: spokojenost, komfort, vděčnost za pomůcku, pocity jistoty, libosti, hrdosti. Pocity jistoty a bezpečí zaznamenali také Bright a Coventry (2013) nebo Chen (2018), zvláště v souvislosti s vnímáním snížení rizika z pádu a úrazu. Mezi negativní pocity spojené s používáním pomůcek v mém výzkumu patřili: strach a obavy, vztek, stud a trapnost, smutek, pocity nejistoty. Dále senioři uváděli, že se občas v souvislosti s používáním pomůcky, především na veřejnosti, cítí omezeně či nepříjemně. Pocity studu a trapnosti uvádí například také Martin a kol. (2000). Uváděli je také senioři ve výzkumu Hedberg-Kristenssona a kol. (2007), a to v souvislosti s využíváním pomůcky na veřejnosti a především zpočátku používání, obě tyto skutečnosti uváděli i mnou dotazovaní senioři. Někteří naopak tyto pocity nikdy neprožívali. Senioři ve výzkumu Hedberg-Kristenssona a kol. (2007) navíc uváděli obavy a strach z odcizení pomůcky nebo věci v ní.

Jak jsem již předeslala, negativní pocity participantů mého výzkumu se pojily především s počátečním používáním pomůcky a postupem času se zmírnily či, k čemuž došlo ve většině případů, zcela vymizely. Tento postupný ústup negativních emocí s narůstající dobou používání zaznamenal také Goberman-Hill a Ebrahim (2007).

Další věc, kterou jsem v souvislosti s pocity spojenými s používáním pomůcky zaznamenala byl rozdíl pocitů při používání pomůcky v soukromí a na veřejnosti, k čemuž u některých seniorů docházelo. U participantů měly vliv na větší množství negativních pocitů při používání pomůcky na veřejnosti především sociální aspekty a působení (domnělého) sociálního tlaku-potřeba řešit potenciální myšlenky, chování a přístup okolí. K obdobným závěrům došli také Hägglom-Kronlöf a Sonn (2007), v jejichž výzkumu někteří senioři uváděli, že se při používání pomůcek mimo domov cítí nepříjemně či mají obavy z reakcí okolí, a proto se používání pomůcek na veřejnosti raději vyhýbají. Také nechtěli okolí dávat najevo své postižení (ztrátu funkčních schopností) a domnívali se, že se osoba s kterou se na veřejnosti vyskytují, bude cítit trapně, pokud pomůcku použijí.

Nejzajímavější na zkoumání pocitů u seniorů v souvislosti s používáním pomůcky mi však přijde fakt, že většina seniorů měla problém si své pocity uvědomit a vyjádřit. Tato skutečnost pak samozřejmě zkomplikovala hledání odpovědi na mnou stanovenou výzkumnou otázku.

### **19.3 Názor seniorů na kompenzační pomůcky pro chůzi**

**Výzkumná otázka číslo 3: Jaký názor senioři na kompenzační pomůcky mají? Jak pomůcky vnímají?** V rámci názorů seniorů na kompenzační pomůcky mě zajímal



jejich názor na kompenzační pomůcky obecně, dále pak názor na vlastní pomůcku a s tím související hodnocení vlastní pomůcky.

Na kompenzační pomůcky měli dotazovaní velmi pozitivní názor. Považovali je za běžné a ve stáří přirozené. V ojedinělých případech uvedli, že na pomůcky měli negativní názor v minulosti. Ten se však změnil poté, co začali pomůcku používat.

Co se názoru na vlastní pomůcku týče, převažoval u seniorů v mém výzkumu pozitivní případně alespoň převážně pozitivní názor a senioři obvykle vyjadřovali spokojenost s pomůckou. Obdobné zjistil také Ferreir de Mell a Mann (1995), v jejichž výzkumu 92 % dotazovaných seniorů využívajících pomůcku pro mobilitu uvedlo spokojenost s pomůckou. Mnou dotazovaní senioři pomůcku popisovali jako užitečnou či nepostradatelnou. Jeden ze seniorů vnímal pomůcku spíše neutrálně a hodnotil pomůcku především prakticky. U jedné ze senierek byly názory na pomůcku rozporuplné, to souviselo nejspíše s problematickým přijetím nutnosti pomůcku používat. V souvislosti s pozitivním hodnocením pomůcky jsem u některých z dotazovaných senierek zaznamenala také citové pouto s pomůckou, to se u mužů nevyskytovalo. Důvodem by patrně mohla být obecně vyšší emocionalita žen než mužů, a jejich tendence k intenzivnějšímu prožívání a také vyšší míře vyjadřování emocí (Fischer a Mansteda, 2000).

Jako pozitiva používání pomůcek uváděli senioři zlepšení funkčních schopností v souvislosti s chůzí a pohybem. Dále vyzdvihovali vyšší či delší soběstačnost a samostatnost. Uváděli také psychické aspekty: nárůst sebedůvěry, snížení strachu z pádu a pocity bezpečí. Stejně tzv. emocionální benefity uvádí například Bright a Coventry (2013). Mezi sociální výhody používání pomůcek řadili lepší chování ze strany druhých lidí. Někteří jako výhodu uváděli také vzhled pomůcky. Za negativa senioři považovali funkční nedostatky pomůcek. Dále to, že jim pomůcky při některých činnostech překáží. Většina však negativa jako taková v souvislosti s používáním pomůcek nezaznamenala nebo je intenzivněji nevnímala.

Jako významné negativum uváděli mnou dotazovaní senioři používání pomůcek v nevhodném prostředí. Konkrétně se jednalo o: nevhodné dláždění ulic, schody bez zábradlí a úzké prostory. Používání pomůcek v nevhodném prostředí se pojilo s negativními pocity. Prostředí je jednou ze složek zdravého stárnutí a WHO v rámci projektu Dekády zdravého stárnutí považuje uzpůsobení prostředí za jednu ze složek umožňující společnosti zlepšit kvalitu života seniorů (WHO, 2020). Téma venkovní mobility seniorů a s tím souvisejících

enviromentálních překážek je zkoumáno i v českém prostředí (např. Holmerová a kol., 2013).

V poslední podkapitole jsem se zaměřila na srovnání jednotlivých pomůcek. Nelze říci, zda senioři preferují hole, berle nebo chodítka, protože názory jednotlivých seniorů se do značné míry lišily a většinou mezi sebou porovnávali pouze 2 typy pomůcek (žádný z dotazovaných seniorů nepoužíval v průběhu života všechny 3 typy pomůcek). Hole a berle senioři preferovali především z důvodu jejich kompaktnosti, kterou oceňovali zejména při cestování, a snazšího pohybu v prostoru. U chodítek pak zdůrazňovali především možnost odpočinku díky sedátku. Stejně výhody holí uvádí například také Jung a Ludden (2019), ti navíc zmiňují možnost využití hole jako prostředku k sebeobraně. Účastníci tohoto výzkumu uvádí i stejnou výhodu chodítka. Dála jsem si povšimla, že preference chodítek v mém výzkumu byla častější u žen. Někteří z dotazovaných uvedli, že pomůcky střídají na základě konkrétní situace a prostředí. Roli hrál také zvyk.

#### **19.4 Sociální aspekty používání pomůcek**

**Výzkumná otázka číslo 4 byla: Jaké sociální aspekty se pojí s používáním pomůcek?** Pro snadnější porozumění jsem si k ní stanovila také následující podotázky: Jak k seniorům s kompenzačními pomůckami lidé přistupují a jak se k nim chovají? Záleží seniorům na reakcích okolí? Jak tyto reakce vnímají?

V první podkapitole jsem se zaměřila na chování a reakce rodiny a blízkých. To senioři hodnotili převážně pozitivně a uváděli, že se k nim blízcí chovají pozorněji a ohleduplněji, také jsou více nápomocní, starostlivější a opatrnější. Aminzadeh a Edwards (1998) uvádí, že vstřícnost blízkého okolí vůči používání pomůcek může mít u některých seniorů pozitivní vliv na jejich přijetí. Několik málo seniorů v mém výzkumu však tyto změny v chování vnímalo negativně. Někteří také uvedli, že k žádné změně chování u jejich blízkých po tom, co začali pomůcku používat, nedošlo.

Mnou dotazovaní senioři uváděli, že nezaznamenali výraznější změnu, co se chování okolí týče. Pokud už k nějakým reakcím ze strany okolí docházelo, byly převážně pozitivní. Mezi pozitivní změny chování patřilo, že se lidé chovali ohleduplněji, vstřícněji, pozorněji a snažili se být seniorům nápomocní. K obdobným zjištěním došel Häggbloom Kronlöf a Sonn (1999), kteří také zaznamenali převážně pozitivní reakce a vnímání společnosti. Pozitivní reakce a chování však můžou být pouze důsledkem vyššího věku a úctě ke starším. Senioři v mém výzkumu se setkali i s negativním chováním druhých, mezi ně patřily

posměšky, neohleduplnost, přehlížení a zírání. Obdobné projevy uváděli také dotazovaní ve studii McMillena a Söderberga (2002), ovšem v případě mnou dotazovaných seniorů bylo negativní chování spíše ojedinělé, zatímco v tomto výzkumu negativní reakce převažovaly. Důležité je však zmínit, že jejich výzkum se nezaměřoval pouze na seniory a více než polovina participantů používala invalidní vozík. Je tedy možné, že lidé mají tendence vnímat osoby na invalidním vozíku negativněji než osoby využívající hole, berle nebo chodítka. Nicméně je důležité věnovat negativním projevům pozornost a snažit se jim zabránit.

Ve výzkumech spojených se seniory a kompenzačními pomůckami pro chůzi se často vyskytuje téma diskriminace a stigmatizace, které může mít vliv také na používání pomůcek (Gitlin, 1995). Většina participantů mého výzkumu se s diskriminací ani projevy stigmatizace nesetkala. Měli z ní však obavy, a to především předtím než začali pomůcku používat a při počátcích využívání pomůcky. Nekonkrétní „pocity“ stigmatizace uvedla jedna osoba, v jejímž případě se nejspíš jednalo o stigmatizaci předpokládanou a domnělou nežli skutečnou. Výsledky této práce tedy souhlasí s výsledky Brighta a Coventryho (2013), kteří uvádějí, že senioři mají obavy ze stigmatizace. Tomuto tvrzení odporuje např. výzkum Roelandse a kol. (2002), kteří tvrdí, že obavy seniorů ze stigmatizace jsou ve většinou minimální.

Většina mnou dotazovaných seniorů reakce okolí příliš nevnímala a nekladla na ně důraz, především proto, že používání pomůcky považovala ve vyšším věku za přirozené, nutnost používat pomůcku přijímala jako fakt nebo pro ně bylo prioritním, že pomůcka plní svou funkci. Nezanedbatelná část seniorů však uvedla, že jim na reakcích, postojích a přístupu okolí záleželo alespoň v minulosti a přiznala, že je obavy z reakcí ostatních vedly k nepoužívání pomůcky. To stejné zaznamenali například Aminzadeh a Edwards (1998). Několik seniorů v mém výzkumu přiznalo, že jsou pro ně reakce okolí stále důležité, ačkoli se snaží na ně neklást důraz. Obdobné vnímání reakcí okolí zaznamenali také Resnik a kol. (2009), nicméně v jejich výzkumu strach z reakce okolí převažoval a vyskytoval se u většiny seniorů, na druhou stranu však upozorňují, že tento strach nebyl univerzální a vyskytovali se zde i senioři, kteří tyto obavy nepociťovali.

## **20 Limity výzkumu**

Přirozeným „limitem“ kvalitního výzkumu je, že výsledky nelze generalizovat na celou populaci, naopak se vztahují k výzkumnému vzorku (Novotná a kol., 2019). Přesto si po srovnání s odbornými výzkumy troufám tvrdit, že některé skutečnosti se budou

vyskytovat i u dalších seniorů využívajících kompenzační pomůcky pro chůzi. Dalším limitem je malé množství osob ve výzkumném vzorku, ačkoli je menší počet participantů pro kvalitativní výzkum typický a získala jsem množství zajímavých informací a odpovědi na výzkumné otázky, myslím, že větší výzkumný vzorek by mohl poskytnout detailnější a komplexnější pohled na tuto problematiku.

Pravděpodobně nejvýznamnějším limitem výzkumu je skutečnost, že jsem do výzkumu zařadila pouze seniory, kteří pomůcku používali a již byli s touto skutečností minimálně do nějaké míry smířeni. Výzkum zaměřený na osoby, které by kompenzační pomůcku pro chůzi potřebovaly, ale aktuálně jí nepoužívají by umožnil hlubší porozumění problematice používání a nepoužívání pomůcek u seniorů.

Potenciálním limitem by mohl být také převládající počet žen oproti počtu mužů. Nicméně dle statistik, které vydal Eurostat (2023), je v EU téměř o 5 % více žen než mužů a zároveň se ženy dožívají vyššího věku (v EU průměrně o 5,7 let více), jejich vyšší zastoupení ve výzkumném vzorku je tedy přirozené.

Za důležité považuji uvést jistou možnost zkreslení výsledků výzkumu, a to jak ze strany participantů, kteří mohou vědomě či nevědomě poskytnout nepřesné či nepravdivé informace, tak z mojí strany jakožto výzkumníka (Reichel, 2009). Neúmyslné zkreslení ze strany dotazovaných seniorů bylo občas patrné v tom, že si někteří v průběhu rozhovoru sami se sebou protirečili, zvláště pak pokud šlo o výpovědi z minulosti. To však považuji vzhledem k vyššímu věku dotazovaných za zcela pochopitelné. Výzkum pravděpodobně ovlivnila i má nezkušenost jakožto výzkumníka.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem Život seniorů s kompenzačními pomůckami pro chůzi v naší společnosti. Hlavním cílem práce bylo lépe porozumět životu českých seniorů v souvislosti s používáním kompenzačních pomůcek pro chůzi. V teoretické části jsem se zabývala tématem stárnoucí populace, koncepcí zdravého stárnutí a vymezením základních pojmů. Dále jsem se věnovala vztahu mezi společností a seniory, soběstačnosti a mobility, terminologii kompenzačních pomůcek a jednotlivým kompenzačním pomůckám pro chůzi (hole, berle, chodítka). V posledních kapitolách jsem se zaměřila na seniory a kompenzační pomůcky a s tím související problematiku.

V empirické části jsem za použití kvalitativní výzkumné strategie hledala odpovědi na následující 4 výzkumné otázky: 1) Jak senioři ne/přijali nutnost používat pomůcku pro chůzi? 2) Jaké pocity se pojí s používáním pomůcek? 3) Jaký názor senioři na kompenzační pomůcky mají? Jak pomůcky vnímají? 4) Jaké sociální aspekty se pojí s používáním pomůcek? Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní strategii. Data jsem shromažďovala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Pro výběr vzorku jsem zvolila účelový výběr, přičemž potenciální participanti výzkumu museli být senioři aktuálně využívající alespoň jednu kompenzační pomůcku pro chůzi. Seniora jsem ve své práci definovala na jako osobu starší 65 let pobírající starobní důchod. Výzkumu se účastnilo 9 seniorek a 3 senioři, tedy celkem 12 participantů. Nejčastěji používanou pomůckou byla chodítka a francouzské berle.

Výsledky výzkumu ukázaly, že většina dotazovaných seniorů přijala pomůcky pozitivně a považovala je za přirozenou součást stárnutí, což se pojilo i s pozitivními pocity při jejich používání. Někteří vnímali pomůcky neutrálně, akceptovali je jako nutnost a jejich používání se nepojilo s intenzivnějšími pocity. Malá část participantů měla k pomůckám negativní postoj, který se pojil s negativními pocity při používání pomůcky a srovnáváním se s ostatními. Vliv na přijetí a používání pomůcky měl názor odborníků a rodinných příslušníků; dále pak sebeobraz, sebereprezentace a image seniora i pomůcky.

S používáním pomůcek se pojily pozitivní i negativní emoce, přičemž pozitivní emoce převažovaly. Negativní pocity byly častější v počátcích používání pomůcky a při používání pomůcky na veřejnosti, avšak postupem času se zmírňovaly či zcela vymizely. Jako pozitivní pocity spojené s používáním pomůcek senioři vyjadřovali: spokojenost, vděčnost, jistotu a hrdost. Negativní pocity byly: strach, stud, obavy, vztek, smutek a nejistota.

Názor seniorů na kompenzační pomůcky obecně byl většinou pozitivní, považovali je za nezbytné a ve stáří přirozené. Většina vyjádřila spokojenost také s vlastními pomůckami, přičemž je popisovala jako nepostradatelné a užitečné. Výhody, které senioři v souvislosti s pomůckami uváděli se týkali oblasti fyzické (zlepšení funkčních schopností a chůze, menší bolesti); psychické (pocitů jistoty a bezpečí, nárůst sebedůvěry) a sociální (lepší chování ze strany okolí). Dále na pomůckách oceňovali, že jim umožňují samostatné a soběstačné fungování. Negativa souvisela hlavně s funkčními nedostatky pomůcek (např. hlučnost, podkluzování) a tím, že pomůcky seniorům komplikovaly některé činnosti (např. vaření, nákup).

Dále jsem zkoumala sociální aspekty spojené s používáním pomůcek. Většina seniorů změnu chování po tom, co začali používat kompenzační pomůcku, nezaznamenala, a pokud ano, pak tuto změnu vnímala jako pozitivní. Mezi pozitivní projevy patřily větší pozornost, opatrnost a starostlivost. Avšak někteří senioři vnímali toto chování jako negativní, jelikož se díky němu cítili „staře“ či jako „invalidé“. I přístup společnosti vnímali senioři převážně pozitivně a uváděli, že jsou k nim ostatní lidé vstřícnější, ohleduplnější, pozornější a milejší, avšak setkali se i s reakcemi negativními např. posměšky, neohleduplnost, přehlížení a zírání. Většina seniorů nepovažovala reakce neznámých lidí za významné, ale u nezanedbatelné části seniorů se vyskytovaly obavy ze stigmatizace a reakcí okolí, což v určitých případech vedlo ke snaze omezit používání pomůcek na veřejnosti. K praktickým projevům stigmatizace však nedocházelo a senioři se s nimi nesetkávali.

Vzhledem ke stárnutí populace a rozšíření potřeby kompenzačních pomůcek v naší společnosti je téma života seniorů s kompenzačními pomůckami významnou problematikou, která by si dle mého názoru zasloužila větší pozornost. Za přínos své práce považuji, že se věnovala poměrně ojediněle zpracovávanému tématu, zvláště pak v českém prostředí, a mohla jsem tak svými poznatky přispět k hlubšímu pochopení této problematiky. Tímto tématem je potřeba se i nadále zabývat, jelikož pochopení postojů, názorů, emocí a chování, které se pojí s používáním pomůcek, může pomoci předejít nepoužívání pomůcek a usnadnit jejich přijetí, což může pozitivně ovlivnit zdraví a kvalitu života seniorů.

V dalším zkoumání by bylo vhodné zabývat se nejen názorem seniorů, kteří pomůcku aktuálně používají, ale také seniorů, kteří pomůcku nevyužívají, ačkoli by jí potřebovali či pomůcku používali v minulosti, ale od jejího používání upustili. Hlubší poznání by mohlo přinést také zkoumání této problematiky z perspektivy lékařů a jiných odborníků, pečovatelů

a rodinných příslušníků. Nové úhly pohledu by mohlo přinést také zkoumání postojů širší veřejnosti a mezigenerační srovnání v přístupu ke kompenzačním pomůckám.

Na závěr bych ještě ráda uvedla několik doporučení, která by dle mého názoru mohla zvýšit přijetí a používání pomůcek u seniorů. Společnost by měla pracovat na odstranění negativních konotací, které se s kompenzačními pomůckami pojí (např. že jsou pro „staré“ a „invalidy“), zdůrazňovat jejich výhody a přínosy a zároveň upozorňovat na negativní důsledky jejich nepoužívání. Takto edukováni by neměli být pouze samotní senioři, ale také rodinní příslušníci, pečovatelé a odborníci, kteří mohou mít na přijetí pomůcek seniory významný vliv. V této souvislosti by bylo vhodné, aby lékaři seniorům zdůrazňovali pozitivní aspekty, které s sebou používání pomůcek přináší. Přínosné by mohly být také kurzy správného používání pomůcek pro seniory, které by mohly poskytnout větší pocity jistoty při používání pomůcek a zároveň by mohly minimalizovat jejich nesprávné používání, které má negativní zdravotní dopady. Tyto kurzy by mohly být také vhodným prostředím pro to, aby si senioři postupně zvykli na používání pomůcky na veřejnosti a aby se snížily jejich obavy z reakcí okolí.

## SEZNAM LITERATURY

Allen, S. M., Foster, A., & Berg, K. (2001). Receiving help at home: The interplay of human and technological assistance. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), 374-382. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.S374>

Allet, L., Leemann, B., Guyen, E., Murphy, L., Monnin, D., Herrmann, F. R., & Schnider, A. (2009). Effect of different walking aids on walking capacity of patients with poststroke hemiparesis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(8), 1408-1413. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.02.010>

Aminzadeh, F., & Edwards, N. (1998). Exploring seniors' views on the use of assistive devices in fall prevention. *Public health nursing*, 15(4), 297-304. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1998.tb00353.x>

Anggarani, A. P. M., & Djoar, R. K. (2020). Walking aids and fear of falling in older adults: the case from the Surabaya Wredha Nursing Home. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 36(2), 37-40. <https://doi.org/10.22146/bkm.50200>

Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature.

Batani, H., & Maki, B. E. (2005). Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(1), 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.04.023>

Berg, G. M., Carlson, T., Fairchild, J., Edwards, C., & Sorell, R. (2017). Development of a falls registry: A pilot study. *Journal of trauma nursing*, 24(4), 224-230. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000295>

Berková, M., & Berka, Z. (2018). Pády: významná příčina morbidity a mortality seniorů. *Vnitr Lek*, 64(11), 1076-83. <https://doi.org/10.36290/vnl.2018.154>

Bertrand, K., Raymond, M. H., Miller, W. C., Ginis, K. A. M., & Demers, L. (2017). Walking aids for enabling activity and participation: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(12), 894-903. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000836>



- Boerema, S. T., van Velsen, L., Vollenbroek-Hutten, M. M., & Hermens, H. J. (2017). Value-based design for the elderly: An application in the field of mobility aids. *Assistive Technology*, 29(2), 76-84. <https://doi.org/10.1080/10400435.2016.1208303>
- Borji, M., Moradi, M., Mahdian, K., Bahman Pour, K., Navkhasi, S., & Salimi, E. (2016). Comparison of social participation level between older adults with assistive mobility devices and those without these devices. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 3(2), 38-44. <https://doi.org/10.21859/ijrn-03025>
- Bright, A. K., & Coventry, L. (2013). Assistive technology for older adults: psychological and socio-emotional design requirements. In *Proceedings of the 6th international conference on pervasive technologies related to assistive environments*, 9, 1-4. <https://doi.org/10.1145/2504335.2504344>
- Cobo-Angel, C., LeBlanc, S. J., Roche, S. M., & Ritter, C. (2021). A focus group study of Canadian dairy farmers' attitudes and social referents on antimicrobial use and antimicrobial resistance. *Frontiers in Veterinary Science*, 639.
- Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2014). *Assistive technologies-e-book: principles and practice*. Elsevier Health Sciences.
- Copolillo, A. E. (2001). Use of mobility devices: the decision-making process of nine African-American older adults. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 21(3), 185-200. <https://doi.org/10.1177/153944920102100303>
- Český statistický úřad. (2021). *Aktuální populační vývoj v kostce*. CZSO. <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
- Český statistický úřad. (2023). *Senioři v ČR v datech – 2023*. CZSO. <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>
- Čevela, R., Čeledová, L., Kalvach, Z., Holčík, J., & Kubů, P. (2014). *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Grada Publishing as.
- Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Grada Publishing as.
- Dagmar, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Grada Publishing as.

- Dahler, A. M., Rasmussen, D. M., & Andersen, P. T. (2016). Meanings and experiences of assistive technologies in everyday lives of older citizens: a meta-interpretive review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 11(8), 619-629. <https://doi.org/10.3109/17483107.2016.1151950>
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele* (4., nezměn. vyd.). Praha: Karolinum.
- Dungl, P. (2014). *Ortopedie* (2. přeprac. a dopl. vyd.). Grada Publishing as.
- Eurostat. (2023). *Demography of Europe – 2023 interactive publication*. Dostupné z <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-interactive-publications/w/ks-fw-23-001>
- Federici, S., Meloni, F., & Borsci, S. (2016). The abandonment of assistive technology in Italy: a survey of users of the national health service. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 52(4), 516-526. <http://doi.org/10.13140/rG.2.1.4014.0963>
- Ferreira de Mello, M. A., & Mann, W. C. (1995). The use of mobility related devices by older individuals with developmental disabilities living in community residences. *Technology and Disability*, 4(3-4), 275-285.
- Fischer, A. H., & Manstead, A. S. (2000). The relation between gender and emotions in different cultures. *Gender and emotion: Social psychological perspectives*, 1, 71-94.
- Gell, N. M., Wallace, R. B., LaCroix, A. Z., Mroz, T. M., & Patel, K. V. (2015). Mobility device use in older adults and incidence of falls and worry about falling: Findings from the 2011–2012 national health and aging trends study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(5), 853-859. <https://doi.org/10.1111/jgs.13393>
- Gitlin, L. N. (1995). Why older people accept or reject assistive technology. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 19(1), 41-46. <http://www.jstor.org/stable/44877289>
- Goberman-Hill, R., & Ebrahim, S. (2007). Making decisions about simple interventions: older people's use of walking aids. *Age and ageing*, 36(5), 569-573. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm095>

- Hägglom-Kronlöf, G., & Sonn, U. (1999). Elderly women's way of relating to assistive devices. *Technology and Disability, 10*(3), 161-168. <https://doi.org/10.3233/TAD-1999-10304>
- Hägglom-Kronlöf, G., & Sonn, U. (2007). Use of assistive devices—a reality full of contradictions in elderly persons' everyday life. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 2*(6), 335-345. <https://doi.org/10.1080/17483100701701672>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (3. akt. vyd.). Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří* (Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl). Praha: Havlíček Brain Team.
- Hedberg-Kristensson, E., Ivanoff, S. D., & Iwarsson, S. (2007). Experiences among older persons using mobility devices. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 2*(1), 15-22. <https://doi.org/10.1080/17483100600875197>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holmerová, I., Starostová, O., Vepřková, R., & Wija, P. (2013). *Bedekr aktivního stárnutí*. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.
- Hrkal, J., Sládková, P., Kotková, K., Svěčená, K., Rodová, Z., Angerová, Y., ... & Zvolský, M. (2021). Aktualizace českého překladu Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *Rehabil Fyz Lek, 28*(4), 185-189
- Huang, S. W., & Chang, T. Y. (2020). Social image impacting attitudes of middle-aged and elderly people toward the usage of walking aids: An empirical investigation in Taiwan. *Healthcare, 8*(4), 543. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040543>
- Chen, K. (2018). Assistive technology and emotions of older people—adopting a positive and integrated design approach. *Human Aspects of IT for the Aged Population. Acceptance, Communication and Participation: 4th International Conference, ITAP 2018, Held as Part of HCI International 2018, Las Vegas, NV, USA, July 15–20, 2018, Proceedings, Part I 4*, 21-29.

- Chen, K. (2020). Why do older people love and hate assistive technology?—an emotional experience perspective. *Ergonomics*, 63(12), 1463-1474. <https://doi.org/10.1080/00140139.2020.1808714>
- Iezzoni, L. (2003). *When walking fails: Mobility problems of adults with chronic conditions* (Vol. 8). Univ of California Press.
- Janiš, K. & Skopalová, J. (2016). *Volný čas seniorů*. Grada Publishing as.
- Jedlička, V. (1991). *Praktická gerontologie: učební text*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Joyce, B. M., & Kirby, R. L. (1991). Canes, crutches and walkers. *American family physician*, 43(2), 535-542.
- Jung, M. M., & Ludden, G. D. (2019). What do older adults and clinicians think about traditional mobility aids and exoskeleton technology?. *ACM Transactions on Human-Robot Interaction (THRI)*, 8(2), 1-17. <https://doi.org/10.1145/3311789>
- Kalvach, Z., & Onderková, A. (2006). *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén.
- Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., & Wija, P. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Grada Publishing as.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., & Sucharda, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Grada Publishing as.
- Karimian, M. T., Düllmann, S., Senf, W., & Tagay, S. (2016). Use of assistive technology and need for social support for elderly with physical disabilities. *Iranian Rehabilitation Journal*, 14(4), 229-238. <https://doi.org/10.18869/nrip.irj.14.4.229>
- Kisvetrová, H. (2019). Postoje ke stáří a stárnutí v současné společnosti. *Profese online*, 12(1), 30-31.
- Klapková, M., Šídlo, L., & Šprocha, B. (2016). Koncept prospektivního věku a jeho aplikace na vybrané ukazatele demografického stárnutí. *Demografie*, 58(2), 129-141.
- Klvetová, D. (2017). *Motivační prvky při práci se seniory*. (2., přepracované vydání). Grada Publishing as.

- Klimentová, E. (2019). *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Grada Publishing as.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Grada Publishing as.
- Lindemann, U., Schwenk, M., Klenk, J., Kessler, M., Weyrich, M., Kurz, F., & Becker, C. (2016). Problems of older persons using a wheeled walker. *Aging clinical and experimental research*, 28, 215-220. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0410-8>
- Luborsky, M. R. (1993). Sociocultural factors shaping technology usage: Fulfilling the promise. *Technology and disability*, 2(1), 71. <https://doi.org/10.3233/TAD-1993-2110>
- Maguire, C., Sieben, J. M., Scheidhauer, H., Romkes, J., Suica, Z., & de Bie, R. A. (2016). The effect of crutches, an orthosis TheraTogs, and no walking aids on the recovery of gait in a patient with delayed healing post hip fracture: a case report. *Physiotherapy theory and practice*, 32(1), 69-81. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1075640>
- Macháčová, K., & Holmerová, I. (2019). *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře*. Mladá fronta.
- Mann, W. C., Ottenbacher, K. J., Fraas, L., Tomita, M., & Granger, C. V. (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly: A randomized controlled trial. *Archives of Family Medicine*, 8(3), 210-217.
- Mansouri, N., & Goher, K. M. (2016). Walking aids for older adults: review of end-user needs. *Asian social science*, 12(12), 109-119. <http://dx.doi.org/10.5539/ass.v12n12p109>
- Martin, K. A., Leary, M. R., & Rejeski, W. J. (2000). Self-presentational concerns in older adults: Implications for health and well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 169-179. [https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2203\\_5](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_5)
- Martins, A. C., Pinheiro, J., Farias, B., & Jutai, J. (2016). Psychosocial impact of assistive technologies for mobility and their implications for active ageing. *Technologies*, 4(3), 28. <https://doi.org/10.3390/technologies4030028>.

- McMillen, A. M., & Söderberg, S. (2002). Disabled persons' experience of dependence on assistive devices. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(4), 176-183. <https://doi.org/10.1080/11038120260501208>
- McNeill, A., & Coventry, L. (2015). Can we design stigma out of assistive walking technology. *First International Conference on Human Aspects of IT for the Aged Population (Vol. 1)*..
- Melzer, D., Lan, T. Y., Tom, B. D., Deeg, D. J., & Guralnik, J. M. (2004). Variation in thresholds for reporting mobility disability between national population subgroups and studies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 1295-1303. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.12.1295>
- Miertová, M. (2019). *Riziko pádu v ošetrovateľskej praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým ochorením*. Grada Publishing as.
- Ministerstvo práce a sociálnych vecí. (2021). *Strategický rámec prípravy na stárnutí spoločnosti 2021-2025*. MPSV. <https://www.mpsv.cz/strategicky-ramec-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2021-2025>
- Mlýnková, J. (2017). *Pečovatelsví 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost (2. dopl. vyd.)*. Grada Publishing as.
- Musselwhite, C., & Haddad, H. (2018). Older people's travel and mobility needs: a reflection of a hierarchical model 10 years on. *Quality in ageing and older adults*, 19(2), 87-105. 5. <https://dx.doi.org/10.1108/QAOA-12-2017-0054>
- Nandapalan, V., Smith, C. A., Jones, A. S., & Lesser, T. H. J. (1995). Objective measurement of the benefit of walking sticks in peripheral vestibular balance disorders, using the Sway Weigh balance platform. *The Journal of Laryngology & Otology*, 109(9), 836-840. <https://doi.org/10.1017/S0022215100131457>
- Novotná, H., Špaček, O., & Šťovíčková, M. (2019). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK.
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of "elderly". *Geriatrics & gerontology international*, 6(3), 149-158. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x>

- Ormerod, M., Newton, R., Phillips, J., Musselwhite, C., McGee, S., & Russell, R. (2015). *How can transport provision and associated built environment infrastructure be enhanced and developed to support the mobility needs of individuals as they age?*. Foresight, Government Office for Science.
- Pippin, K., & Femie, G. R. (1997). Designing devices that are acceptable to the frail elderly: a new understanding based upon how older people perceive a walker. *Technology and Disability*, 7(1-2), 93-102. <https://doi.org/10.3233/TAD-1997-71-211>
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf.
- Ptáčková, H., & Ptáček, R. (2021). *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Grada Publishing as.
- Rahaei, Z., Beigomi, A., & Jambarsang, S. Disusing the mobility aids devices in the elderlies: how much and why?. *Social Determinants of Health*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.22037/sdh.v8i1.36453>
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- Resnik, L., Allen, S., Isenstadt, D., Wasserman, M., & Iezzoni, L. (2009). Perspectives on use of mobility aids in a diverse population of seniors: Implications for intervention. *Disability and health journal*, 2(2), 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2008.12.002>
- Roelands, M., Van Oost, P., Depoorter, A., & Buysse, A. (2002). A social–cognitive model to predict the use of assistive devices for mobility and self-care in elderly people. *The Gerontologist*, 42(1), 39-50. <https://doi.org/10.1093/geront/42.1.39>
- Rogers, A., & Musselwhite, C. (2023). Maintaining identity and relationships when using mobility aids. *Journal of Transport & Health*, 28, 101545. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2022.101545>
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem: Vývojová psychologie*. (2. přepr. vyd.). Portál.
- Sak, P., & Kolesárová-Saková, K. (2008). *Zpráva z výzkumu „Názory a postoje české populace k seniorům“*. ASOV. [http://www.insoma.cz/4\\_8.pdf](http://www.insoma.cz/4_8.pdf)
- Sanders, L. H., Chen, W., Cindric, S. E., & Newman, M. A. (2011). Sternotomy and crutches. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 13(2), 237-239. <https://doi.org/10.1510/icvts.2010.258509>

- Schmidt, K., Duarte, J. E., Grimmer, M., Sancho-Puchades, A., Wei, H., Easthope, C. S., & Riener, R. (2017). The myosuit: Bi-articular anti-gravity exosuit that reduces hip extensor activity in sitting transfers. *Frontiers in neurorobotics*, *11*, 57. <https://doi.org/10.3389/fnbot.2017.00057>
- Schwanen, T., & Ziegler, F. (2011). Wellbeing, independence and mobility: an introduction. *Ageing & Society*, *31*(5), 719-733. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001467>.
- Slepička, P., Mudrák, J., & Slepičková, I. (2016). *Sport a pohyb v životě seniorů*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
- Smith, R., Quine, S., Anderson, J., & Black, K. (2002). Assistive devices: self-reported use by older people in Victoria. *Australian Health Review*, *25*(4), 169-177. <https://doi.org/10.1071/AH020169>
- Stowe, S., Hopes, J., & Mulley, G. (2010). Gerotechnology series: 2. Walking aids. *European Geriatric Medicine*, *1*(2), 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2010.02.003>
- Suchá, J. & Holmerová, I. (2019). *Praktický rádce pro život seniora*. Albatros Media a.s.
- Svobodová, D., & Jurásková, D. (2010). Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice. *Florence*, *6*, 29-33.
- Sýkorová, D. (2006). Senioři v České republice. Mýty a jejich dekonstrukce. *Sociológia-Slovak Sociological Review*, (2), 151-164.
- Švaříček, R., & Šedřová, K (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Thies, S. B., Bates, A., Costamagna, E., Kenney, L., Granat, M., Webb, J., ... & Dawes, H. (2020). Are older people putting themselves at risk when using their walking frames?. *BMC geriatrics*, *20*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1450-2>
- Tyblová, E. (2016). Kompenzační pomůcky pro tělesně postižené. *Revision & Assessment Medicine/Revizni a Posudkove Lekarstvi*, *19*(1).
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2020). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO*. Praha. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008317/mkf-cz-002.pdf>
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.



- Výrost, J., Slaměník, I. & Sollárová, E. (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Grada Publishing as.
- Vyskotová, J. & Čichoň, R. (2013). *Kompenzační pomůcky a přístroje v rehabilitaci*. Ostravská univerzita v Ostravě.
- Vytejšková, R., Sedlarová, P., Wirthová, V., Holubova, J., Renata, V., Petra, S., ... & Jana, H. (2011). *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Grada Publishing as.
- Walk Easy Inc. (2017). *Forearm vs. underarm crutches*.  
<https://walkeasy.com/blog/walkeasy/forearm-vs-underarm-crutches>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/186463>
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/329960>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021a). *Global report on ageism*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/340208>.
- World Health Organization. (2021b). *Assistive product specifications and how to use them*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/339851>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization. (2022). *Global report on assistive technology*. World Health Organization.
- Yusif, S., Soar, J., & Hafeez-Baig, A. (2016). Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *International journal of medical informatics*, 94, 112-116. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004>
- Zákon č. 48/1997 Sb.; Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* (2023) <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48/zneni-20230701>

# PŘÍLOHY

## 20.1 Příloha 1: Informovaný souhlas

### Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Vážený pane, vážená paní, výzkum, kterého se chystáte účastnit slouží k získání dat pro zpracování bakalářské práce na téma: Život seniorů s kompenzačními pomůckami pro chůzi v naší společnosti, a to prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které budou s Vaším souhlasem nahrávány. Vaše účast na výzkumu je zcela dobrovolná a z výzkumu můžete až do odevzdání práce odstoupit. Během rozhovoru můžete odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku nebo ho bez udání důvodu ukončit. Nahrávky budou přepsány formou doslovné transkripce a následně smazány. Poté budou přepisy dále analyzovány pro účely bakalářské práce. Získaná data budou uchovávána v anonymizované podobě a na jejich základě Vás nebude možné identifikovat. Pokud máte nebo budete mít nějaké otázky, neváhejte se na ně zeptat. Tímto bych Vás chtěla požádat o udělení dobrovolného písemného souhlasu se zpracováním informací, které mi poskytnete.

Název bakalářské práce: Jak se cítí seniři s pomůckami pro chůzi v naší společnosti

Fakulta/pracoviště: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

Student: Julie Čejková      Kontakt na studenta: X

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Cíl práce: Zjistit, jaký je život s kompenzační pomůckou pro chůzi z pohledu českých seniorů

Podpisem souhlasím s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru a cíli výzkumu.
- Byl/a jsem informován/a, že účast na výzkumu je dobrovolná a mohu odmítnout se jej účastnit až do doby odevzdání bakalářské práce, kdy již nebude zpětné odstranění dat možné.
- Souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých informací a osobních údajů.
- Souhlasím s nahráváním rozhovoru a následným uchováváním a zpracováním dat.
- Souhlasím se zveřejněním částí rozhovorů v bakalářské práci, a tudíž se zveřejněním těchto částí třetím stranám a na internetu.
- Byl/a jsem poučen/a o možnosti klást otázky k výzkumu/rozhovoru a nemám žádné další otázky a nejasnosti.
- Byl/a jsem poučen/a, že moje osobní data budou uchovávána dle platných zákonů ČR a budou anonymizována.
- Potvrzuji, že jsem si tento informovaný souhlas přečetl/a.

Jméno účastníka: .....

Podpis účastníka: .....

V: ..... Dne: .....

Podpis studenta: .....

V: ..... Dne: .....