

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Pobytová sociální služba domov pro seniory
z pohledu žadatelů, uživatelů
a sociálních pracovníků**

Diplomová práce

Autor: Bc. Olga Grulichová
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Hradec Králové, 2018



Zadání diplomové práce

Autor: Olga Grulichová, DiS.

Studium: U16020

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Pobytová sociální služba domov pro seniory z pohledu žadatelů, uživatelů a sociálních pracovníků**

Název diplomové práce AJ: Residential Social Service Home for the Elderly from the Perspective of Applicants, Users and Social Workers

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce popíše domov pro seniory jako jednu z pobytových sociálních služeb. Bude se zabývat přechodem seniora z přirozeného sociálního prostředí do pobytové sociální služby domov pro seniory, tedy obdobím mezi podáním žádosti a přijetím žadatele do domova pro seniory a následným obdobím adaptace. Dále popíše proces jednání se žadatelem o službu, přijetí žadatele do pobytové sociální služby a koncept podpory uživatelů v adaptačním období. Cílem praktické části bude zjistit, jak vnímají svou situaci žadatelé o přijetí do pobytové sociální služby, uživatelé služby domov pro seniory a sociální pracovníci těchto služeb. K naplnění cíle bude využito kvalitativní výzkumné strategie a techniky polostrukturovaného rozhovoru.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-262-0219-6. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Oponent: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.4.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Lucie Smutkové, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 18. 7. 2018

Bc. Olga Grulichová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Lucii Smutkové, Ph.D. za cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vedení diplomové práce. Děkuji rovněž všem informantkám a informantům za ochotu podílet se na výzkumném šetření. Poděkování patří také všem, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Abstrakt

GRULICHOVÁ, Olga. Pobytová sociální služba domov pro seniory z pohledu žadatelů, uživatelů a sociálních pracovníků. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 2018. Diplomová práce.

Tématem diplomové práce je pobytová sociální služba domov pro seniory z pohledu žadatelů, uživatelů a sociálních pracovníků. Teoretická část se věnuje pojetí stárnutí a stáří, možnostem neformální péče a sociálním službám, které lze využít k podpoře života seniorů v přirozeném sociálním prostředí. Soustředí se na popis pobytové sociální služby domov pro seniory z hlediska základních činností, fakultativních činností a úhrad a také personálního obsazení této služby. Zabývá se důvody, které vedou seniory k podání žádosti o domov pro seniory, a představami, které mají o této službě. Pozornost je věnována také konceptu jednání se zájemcem o službu. Dále se věnuje adaptaci seniorů na domov pro seniory a vymezuje některé faktory, které tento proces ovlivňují. V praktické části je popsán hlavní cíl výzkumného šetření, kterým bylo zjistit, jak vnímají svou situaci žadatelé o přijetí do pobytové sociální služby, uživatelé služby domov pro seniory a sociální pracovníci těchto služeb, a dílčí cíle. Je zde popsána organizace a průběh výzkumného šetření, etické principy a rizika výzkumu, při kterém bylo využito kvalitativní výzkumné strategie a techniky polostrukturovaného rozhovoru; následně jsou výsledky analyzovány a interpretovány.

.

Klíčová slova: senior, neformální péče, domov pro seniory, adaptační proces, kvalitativní výzkumná strategie

Abstract

GRULICHOVÁ, Olga. Residential Social Service Home for the Elderly from the Perspective of Applicants, Users and Social Workers. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2018, Diploma Degree Thesis.

The topic of the diploma thesis is home for the elderly as a residential social service from the perspective of applicants, users and social workers. The theoretical part deals with the conception of ageing and old age, choice of informal care and social services which can be used to support the life of the elderly in a natural social environment. The emphasis is on the description of home for the elderly as a residential social service regarding essential activities, facultative activities and reimbursements and also staffing of this service. Reasons which lead the elderly to apply for a home for the elderly and their ideas of the service are discussed as well as the concept of the negotiation with the applicants. The thesis further explores the adaptation of the elderly to the home for the elderly and defines some of the factors that influence the process. The practical part of the thesis describes the main and intermediate objectives. They aim to find out the perception of the situation of applicants of residential social service, social workers and the current users. The thesis whose research uses qualitative strategies and semi-structured interview techniques describes the organisation of the research, its course, risks and ethical principles. The findings are analysed and interpreted.

Keywords: elderly, informal care, home for the elderly, adaptation process, qualitative research strategy

Obsah

Seznam zkratk	9
Seznam tabulek	9
Úvod	10
Teoretická část	13
1 Péče o seniory v kontextu sociálních služeb	13
1.1 Stárnutí a stáří	13
1.2 Neformální péče	16
1.3 Sociální služby pro seniory	18
1.4 Domov pro seniory	20
1.4.1 Základní činnosti	21
1.4.2 Fakultativní činnosti a úhrada za služby	27
1.4.3 Pracovníci v sociálních službách	28
1.4.4 Zdravotní sestry	29
1.4.5 Fyzioterapeuti a ergoterapeuti	30
1.4.6 Sociální pracovníce	31
1.5 Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory	33
1.6 Představy seniorů o sociální službě domov pro seniory	35
1.7 Jednání se zájemcem o službu	37
1.7.1 Informace o poskytovaných službách	38
1.7.2 Sociální šetření	39
1.7.3 Smlouva o poskytování služby	41
2 Adaptace na domov pro seniory	44
2.1 Obecně o adaptaci	44
2.2 Adaptace na domov pro seniory	46
2.3 Faktory ovlivňující adaptaci	49
2.3.1 Dobrovolnost vstupu do domova pro seniory	49
2.3.2 Znalost prostředí před vstupem do domova pro seniory	51
2.3.3 Podpora orientace v prostoru a čase	52
2.3.4 Ubytování	53
2.3.5 Ztráta autonomie a soukromí	55
2.3.6 Aktivizace	58

2.3.7	Individuální plánování sociální služby	60
2.3.8	Pečující personál	62
2.3.9	Sociální opora	65
2.3.10	Spiritualita	66
2.3.11	Sociální práce v adaptačním procesu	68
	Praktická část	71
3	Metodologická východiska výzkumného šetření	71
3.1	Cíle výzkumného šetření	71
3.2	Výzkumná strategie	73
3.3	Použitá metoda	74
3.4	Výzkumný soubor a organizace výzkumu	77
3.5	Předvýzkum	81
3.6	Etické principy výzkumu	82
3.7	Rizika výzkumu	82
4	Analýza a interpretace získaných informací	84
4.1	Interpretace k dílčímu cíli 1	85
4.2	Interpretace k dílčímu cíli 2	90
4.3	Interpretace k dílčímu cíli 3	95
4.1	Interpretace k dílčímu cíli 4	101
	Závěr	109
	Seznam použité literatury	113
	Přílohy	124
	Příloha 1: Přepis rozhovoru s informantkou - žadatelkou	124

Seznam zkratk

ADL	activities of daily living, aktivity denního života
DS	domov pro seniory
IADL	instrumental activities of daily living, instrumentální aktivity denního života
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
ODL	odlehčovací služba
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
VOP	Veřejný ochránce práv
ZSS	zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformace hlavního cíle do dílčích cílů a výzkumných otázek,
s. 75 - 76

Tabulka 2: Charakteristika informantů – žadatelů a žadatelek (IZ), s. 78

Tabulka 3: Charakteristika informantek – uživatelek (IU), s. 79

Tabulka 4: Charakteristika informantek – sociálních pracovníků (IS), s. 80

Úvod

Tématem mé diplomové práce je pobytová sociální služba domov pro seniory z pohledu žadatelů, uživatelů a sociálních pracovníků. K volbě tohoto tématu mě vedla moje několikaletá profesní zkušenost sociální pracovnice domova pro seniory. Cílem práce je představit domov pro seniory jako jednu z pobytových sociálních služeb, popsat přechod seniorů z přirozeného sociálního prostředí do domova pro seniory v kontextu důvodů, které je k tomu vedou, a představ, které o této službě mají; nastínit možnosti využití terénních a ambulantních sociálních služeb a neformální péče a identifikovat faktory ovlivňující adaptaci seniora na život v domově pro seniory.

Vzhledem k významnému demografickému trendu, kterým je nejen stárnutí populace jako takové, ale zejména populace seniorů, kdy bude narůstat skupina tzv. velmi starých (old old), tedy lidí 80letých a starších, je toto téma velmi aktuální. Problémy a potřeby seniorské populace jsou značně heterogenní, nicméně ve věku nad 75 let výrazně narůstá potřeba dlouhodobé péče. (Válková, Korejsová, Holmerová, 2010, online) Přestože aktuální systém dlouhodobé péče směřuje k podpoře především neformální péče, terénních a ambulantních sociálních služeb, nastávají situace, kdy setrvání seniora v přirozeném prostředí není možné. Alternativou pro seniory, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou nebo nechtějí žít ve svém domácím prostředí a v přirozené komunitě, je právě pobytová sociální služba domov pro seniory.

Odchod člověka do domova pro seniory představuje náročnou životní událost. Úkolem sociální práce při přechodu seniora do instituce je podle Janečkové (2005) příprava na zásadní životní změnu. Znamená to vstoupit do kontaktu s budoucím klientem domova pro seniory ještě před jeho přijetím, dobře jej poznat a poskytnout mu dostatek informací, pracovat s individuálním adaptačním plánem a úzce spolupracovat s rodinou. S ohledem na skutečnost, že velká část seniorů přichází do domova pro seniory z léčeben dlouhodobě nemocných, znamená to rovněž propojit sociální práci ve zdravotnických zařízeních a sociální práci v domovech pro seniory.

V souladu s touto ideou se domnívám, že zkoumání důvodů, které vedou seniory k volbě této služby, a představ, které o ní mají, nelze oddělit od zkoumání adaptačního procesu.

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jak vnímají svou situaci žadatelé o přijetí do pobytové sociální služby, uživatelé služby domov pro seniory a sociální pracovníce těchto služeb.

V rámci tohoto výzkumného tématu jsem si stanovila následující čtyři dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké důvody vedou seniory (žadatele) k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaké představy mají a jak vnímají pobytovou sociální službu domov pro seniory žadatelé o tuto službu.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu na pobytovou sociální službu domov pro seniory z pohledu uživatelů.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jakou zkušenost mají sociální pracovníci domovů pro seniory s jednáním se zájemcem (žadatelem) o službu a adaptací uživatelů na domov pro seniory.

Tyto dílčí cíle na sebe vzájemně navazují a v některých bodech se prolínají. Pohled žadatelů a uživatelů je doplněn pohledem sociálních pracovníků, které v rámci jednání se zájemcem o službu provází žadatele od prvního kontaktu s poskytovatelem služby.

K naplnění uvedených cílů použiji kvalitativní výzkumnou strategii, neboť právě ta je zaměřena na porozumění, zkušenosti a názory a rozkrytí jejich významu a smyslu. V rámci kvalitativního přístupu využiji metodu polostrukturovaného rozhovoru, který vychází z předem připraveného seznamu okruhů a otázek, čímž bude zajištěno, že se dostane na všechna určená témata a současně umožní maximalizovat množství získaných informací.

Na Univerzitě Hradec Králové bylo obhájeno několik prací zabývajících se obdobnou problematikou. Například Hylmarová (2014) se zabývá zjišťováním představ, očekávání a potřeb seniorů a jejich následnou implementací v roli seniora jako uživatele sociální služby. Ženatá (2012) identifikuje faktory ovlivňující adaptaci klienta na pobyt v domově pro seniory prostřednictvím analýzy dokumentů

a rozhovorů se sociálními a klíčovými pracovníky. Bohuňovská (2014) se zaměřuje na adaptační proces a kvalitu života v rámci jednoho vybraného zařízení.

Moje práce nově přináší pohled na souvislosti důvodů a představ seniorů týkající se pobytové služby domov pro seniory a adaptačního procesu, a to jak z pohledu samotných seniorů, tak sociálních pracovníků. Současně se nejedná o kontext jednoho konkrétního zařízení, ale o pohled seniorů a sociálních pracovníků několika různých domovů pro seniory v Praze.

Profesionálům, kteří se budou zabývat prací se seniory v kontextu pobytové sociální služby, by práce mohla přinést náměty pro optimalizaci jednání se zájemcem (žadatelem) o službu a podpory klientů v adaptačním období. Seniorům a neformálním pečovatelským může být přínosným informačním materiálem.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se věnuji pojetí stárnutí a stáří, možnostem neformální péče o seniory a sociálním službám, které lze využít k podpoře života seniorů v přirozeném sociálním prostředí. Dále se soustředím na popis pobytové sociální služby domov pro seniory z hlediska základních činností, fakultativních činností, úhrad a personálního obsazení. Zabývám se důvody, které vedou seniory k podání žádosti o domov pro seniory, a představami, které mají o této službě. Pozornost je věnována také konceptu jednání se zájemcem o službu, zejména informování zájemců, sociálnímu šetření a smlouvě o poskytování sociální služby. Dále se soustředím na adaptaci obecně, adaptaci seniorů na domov pro seniory a vymezuji některé faktory, které tento proces ovlivňují, jako je dobrovolnost vstupu do domova pro seniory, znalost prostředí, podpora orientace v prostoru a čase, ubytování, ztráta autonomie a soukromí, aktivizace, individuální plánování sociální služby, pečující personál, sociální opora, spiritualita a sociální práce v adaptačním procesu.

V praktické části se věnuji cílům výzkumného šetření, výzkumné strategii a použité metodě, volbě výzkumného souboru a organizaci výzkumu, předvýzkumu, zmiňuji etické principy a rizika výzkumu. Následně interpretuji informace získané výzkumným šetřením ve vztahu k jednotlivým dílčím cílům práce.

Teoretická část

1 Péče o seniory v kontextu sociálních služeb

Pro uvedení tématu pobytové sociální služby domov pro seniory pohledem žadatelů, uživatelů a sociálních pracovníků do širšího kontextu věnuji první podkapitolu pojetí stárnutí a stáří, jeho členění a heterogenitě problémů a potřeb seniorů; a druhou podkapitolu problematice neformální péče a nárokům na pečující. Třetí kapitola se zabývá ambulantními a terénními sociálními službami, které mohou senioři využít při řešení své nepříznivé sociální situace. V následujících podkapitolách popisují sociální službu domov pro seniory z hlediska základních činností, fakultativních činností a úhrad a z hlediska pracovníků, kteří v této službě vykonávají přímou péči o klienty. Samostatná podkapitola *1.5 Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory* koresponduje s dílčím cílem 1, který zjišťuje, jaké důvody vedou seniory (žadatele) k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory. Rovněž samostatná podkapitola *1.6 Představy seniorů o sociální službě domov pro seniory* se přímo týká dílčího cíle 2, kterým je zjistit, jaké představy mají a jak vnímají pobytovou sociální službu domov pro seniory žadatelé o tuto službu. Kapitola *1.7 Jednání se zájemcem o službu* je zaměřena na základní úseky práce sociálních pracovníků při této činnosti a vysvětluje základní pojmy, jako je zájemce o službu, žadatel, uživatel a klient. S touto podkapitolou souvisí část dílčího cíle 4, jenž zjišťuje, jakou zkušenost mají sociální pracovníci domovů pro seniory s jednáním se zájemcem (žadatelem) o službu a adaptací uživatelů na domov pro seniory.

1.1 Stárnutí a stáří

Každý člověk stárne již od svého narození. „*Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. Jeho průběhu říkáme život.*“ (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 17) Weber (2000, s. 13) popisuje stárnutí jako „*proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny*“. Tyto změny podle Langmeiera a Krejčíkové (2006) podmiňují zvýšenou zranitelnost organismu, pokles

schopností a výkonnosti jedince. Stáří je poslední vývojovou etapou, která „uzavírá, završuje lidský život“. (Čevela, Kalvach, Čeled'ová, 2012, s. 19) Podle Saka a Kolesárové (2012) je stáří ohraničeno dvěma body. Horní věková hranice je ostře vymezena smrtí, zatímco spodní hranice je rozmazána tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Čas a věk, v němž začnou tyto jevy a procesy působit, je dán jedinečností každého člověka.

Všeobecně je přijímána patnáctiletá periodizace lidského věku dle Světové zdravotnické organizace, podle níž se stáří člení na tato období:

- 60 – 75 let senescence, počínající, rané stáří
- 75 – 89 let sénium, vlastní stáří
- 90 a více let patriarchium, dlouhověkost (Mühlpachr, 2009)

V poslední době se stále častěji uplatňuje jiné členění:

- 65 – 74 let mladí senioři (young old) – dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace
- 75 – 84 let staří senioři (old old) – změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob
- 85 a více let velmi staří senioři (very old) – na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení (Mühlpachr, 2009)

Psychické i fyzické změny jsou pozvolné, zcela individuální a velmi různé. Heterogenitu problémů a potřeb seniorů dobře ukazuje kategorizace podle funkční zdatnosti:

Elitní senioři si až do vysokého věku zachovávají toleranci k extrémním výkonům. **Zdatní (fit) senioři** sice nezvládají extrémní zátěže, ale vykazují velmi dobrou fyzickou i psychickou kondici, nemají limitace pro pohybové aktivity ani pro cestování.

Nezávislí (independent) senioři nemají za standardních podmínek problémy se soběstačností, zvládají instrumentální aktivity každodenního života (IADL), ale nemají funkční rezervy. Špatně zvládají neobvyklé zátěže včetně onemocnění, operací, rekonvalescence apod. V těchto situacích potřebují pomoc, nebo selžou v důsledku překročení stresové zátěže.

Křehcí (frail) senioři mají problémy s instrumentálními aktivitami denního života, balancují na hranici soběstačnosti, v některých činnostech potřebují pravidelnou pomoc.

Závislí (dependent) senioři jsou lidé se závažnou disaptibilitou a funkčním deficitem. Jejich mobilita je snížena na chůzi s dopomocí, často neopouští svůj byt. Z mentálních poruch může být přítomna například středně těžká demence. Tito lidé potřebují trvalou péči rodiny nebo profesionálních služeb.

Zcela závislí (totally dependent) senioři jsou lidé obvykle upoutaní na lůžko nebo s těžkým mentálním deficitem, kteří nezvládají ani základní sebeobsluhu. Geriatrická specifická zde ustupuje do pozadí, nutná je především kompletní ošetrovatelská péče. (Kalvach, 2004)

Lidé, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou závislí na pomoci druhých, a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena, vyžadují komplex služeb, který je nazýván **dlouhodobá péče** (Long-term Care, LTC). (Válková, Korejšová, Holmerová, 2010, online) Jde o péči, která se odklání od čistě biomedicínského modelu péče a respektuje sociální důsledky chronického onemocnění a zdravotního postižení, kdy zdravotní stav komplikuje situaci člověka natolik, že jeho schopnost zabezpečit si vlastními silami své základní životní potřeby je omezena, nebo je dokonce zcela nemožná. (Janečková, 2013a) Dlouhodobá péče se nachází na hranici zdravotní a sociální péče, neboť zdravotní a sociální potřeby značné části seniorů jsou neoddelitelné. Systém dlouhodobé péče tedy musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb. Důležitým požadavkem je rovněž možnost volby a flexibilita mezi formální a neformální péčí a mezi institucionální (ústavní) a domácí péčí. (Kvalita života ve stáří, 2008, online)

Klíčovou roli v péči o seniory se sníženou soběstačností hraje neformální péče, které je věnována následující podkapitola.

1.2 Neformální péče

Neformální péče je běžně označována jako domácí péče, kterou poskytují nejčastěji členové rodiny – manželé, manželky, partneři, partnerky, rodiče, dospělé děti, případně jiní rodinní příslušníci nebo někdo z přátel. Neformální péče o seniora se sníženou soběstačností probíhá v jeho přirozeném prostředí, tedy v jeho domácnosti nebo v domácnosti jeho rodinných příslušníků. (Truhlářová, 2015)

Péči o seniory definuje Waerness (In Millward, 1999, s. 27, online, vlastní překlad) jako „*opatrovnickou nebo podpůrnou pomoc nebo službu poskytovanou pro blahobyt starších lidí, kteří z důvodu chronické fyzické nebo duševní nemoci nebo postižení, nemohou tyto činnosti vykonávat sami*“.

Povaha a intenzita poskytované péče je velmi rozmanitá. Může se jednat o činnosti, které staršímu člověku pouze umožňují pohodlnější život, nebo může jít o rozsáhlé spektrum péče, které dovoluje i velmi křehkému seniorovi zůstat v domácím prostředí. Nejběžnější formou pomoci jsou domácí práce, nakupování, praní prádla a úklid, donáška jídla nebo vaření. Se snižující se soběstačností člověka se služby rozšiřují a posunují od domácích prací k pomoci s péčí o vlastní osobu. (Baldock, Ely, 1996, vlastní překlad)

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které starý člověk má, rozlišuje Jeřábek (2013) **tři stupně péče**. Časově, fyzicky a psychicky nejméně náročná je **podpůrná péče**, kterou může rodina zajišťovat jen občas, nepravidelně, dle potřeby seniora. Jedná se zejména o provádění oprav v domácnosti, dopravu k lékaři či obstarávání úředních záležitostí. Náročnějším stupněm pomoci je **neosobní péče**, která představuje pravidelnou, časově náročnější a pro opečovávanou osobu obtížněji postradatelnou pomoc. Může se jednat například o donášku jídla, úklid, praní, žehlení a podobné domácí práce. Nejnáročnější stupeň péče je nazýván **osobní péče**. Zahrnuje činnosti velmi časově náročné, fyzicky nebo psychicky vyčerpávající, spojené s intimní péčí o starého člověka. Tyto činnosti vyžadují nepřetržitou 24 hodinovou přítomnost pečující osoby. Jedná se zejména o osobní hygienu včetně toalety, podávání jídla, podávání léků, zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení člověka v bytě. Variantami takto náročné intenzivní péče jsou podle Jeřábka (2013) prakticky pouze neformální rodinná péče, nebo institucionální péče v domově pro seniory, léčebně pro dlouhodobě nemocné apod.

Ideální je, když člověk odkázaný na péči druhých může zůstat ve svém přirozeném prostředí a když mu je alespoň část péče poskytována blízkými osobami. (Levická, 2015) Péče o starého člověka v rodině je dle zjištění Jeřábka a Moravcové (2013) vedená a motivovaná převážně altruistickými důvody. Jde tedy o „*chování vykonávané ve prospěch jiného člověka ...bez očekávání zisku, odměny či sociálního souhlasu okamžitě ani v budoucnu*“. (Slaměník, Janoušek, 2008, s. 297) Podle Jeřábka a Moravcové (2013) se rodinná péče dokáže přizpůsobit potřebám starého člověka, ovšem za cenu „obětování se“ pečovateli nebo pečovatelky, a to alespoň v případě, že jde o péči dlouhodobou, pravidelnou a časově náročnou.

Neformální péče představuje velkou zátěž nejen pro samotnou pečující osobu, ale i pro její rodinu. Velmi významnými faktory v prožívání zátěže rodinných pečovatelů jsou intenzita péče, spolubydlení, typ zaměstnání a délka péče. Negativně mohou být ovlivněny partnerské vztahy z důvodu ztráty soukromí a narušení zaběhnutého chodu domácnosti a způsobu trávení volného času. Nelze opomenout ani ekonomické důsledky související s nutností omezení či úplného přerušování pracovních aktivit v případě potřeby poskytování vysoce intenzivní péče a snížení možnosti následného uplatnění na trhu práce při poskytování dlouhodobé péče. Zvláště pro ženy - pečovatelky, které se stávají pečujícími častěji, může péče o imobilní osobu znamenat neúměrnou fyzickou námahu a rovněž psychickou zátěž způsobenou dlouhodobým stresem a psychickým vypětím. Odrážet se může i ve zdravotním stavu pečující osoby. (Truhlářová, 2015)

V současné době se prosazuje myšlenka, že péče o nesoběstačného člověka v jeho přirozeném prostředí, umožňuje posilovat jeho autonomii a zvyšuje kvalitu jeho života. (Truhlářová, 2015) Trendem tedy je posilování neformální péče, rodin, komunit, neziskových i komerčních organizací, což představuje přenesení odpovědnosti za své členy přímo na rodiny. (Kozlová, 2005) V tomto pojetí je tedy nezbytné zajistit seniorům možnost využití dostupné sítě služeb v místní komunitě, tedy terénních a ambulantních sociálních služeb. (Truhlářová, 2015)

Sociálními službami, které slouží jako podpora neformální péče a umožňují seniorům se sníženou soběstačností žít v přirozeném sociálním prostředí, se zabývá následující podkapitola.

1.3 Sociální služby pro seniory

V kontextu sociálních služeb pro seniory je třeba zmínit pojem **deinstitucionalizace**, který je používán pro „*manažerský proces změny systému*“. (Koncepce, 2007, str. 3, online) V oblasti sociálních služeb to znamená přechod k poskytování takových služeb, které jsou zaměřeny na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí, podporují jeho nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci. (Matiaško, 2014, online) Pro sociální služby poskytované seniorům to znamená odklon od pobytových služeb směrem ke službám komunitního charakteru, které umožňují stárnutí i umírání ve známém a přirozeném prostředí domova. Komunitní služby mají spíše pomáhat s péčí o seniory rodinám, než aby samy péči poskytovaly. (Kalvach, 2014, online)

Nejrozšířenější formou terénních sociálních služeb je **pečovatelská služba**. Je nejčastěji zřizována obcemi, nebo církevními právníckými osobami. Podle zákona o sociálních službách se jedná o terénní nebo ambulantní službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb na základě smlouvy o poskytnutí sociální služby. Pečovatelská služba obsahuje například pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Vyzkoušeným a vyhledávaným modelem je kombinace pečovatelské služby a **domácí ošetrovatelské péče**, která je poskytována zdravotními sestrami na základě předpisu lékaře a je hrazena ze zdravotního pojištění. Provádí odborné výkony, jako jsou například převazy ran, odběry krve, aplikace injekcí apod. Kombinací těchto dvou uvedených služeb lze lépe vyhovět individuálním potřebám seniorů, kteří nemusí být kvůli banálním zákrokům hospitalizováni. (Vítová, 2010)

Další možností pro seniory je využití služby **osobní asistence**. Je to terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob, to znamená doma i mimo domov, během dne, v noci, o víkendech a svátcích atd. Služba osobní asistence vykonává činnosti, které člověk potřebuje,

například pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (ZSS, § 39)

V **denních stacionářích** se poskytují ambulantní služby seniorům či osobám se zdravotním postižením a osobám s chronickým duševním onemocněním, které se neobejdou bez trvalé pomoci druhé osoby. Klienti denních stacionářů z řad seniorů obvykle bydlí s rodinou či blízkým člověkem, který je schopen zajistit péči v domácím prostředí. Na určitou část dne tyto lidé odchází do denního stacionáře, kde jsou jim poskytovány například výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a dále pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a je zde samozřejmě možnost stravování. Některá zařízení zajišťují dopravu z místa bydliště klienta a zpět. **Týdenní stacionáře** nabízí v podstatě stejnou strukturu služeb a jsou zaměřeny na stejné cílové skupiny uživatelů. Týdenní stacionář má však status pobytové služby, klientům je tedy poskytováno rovněž ubytování. Tráví ve stacionáři zpravidla všední dny a na víkendy se vrací do domácího prostředí. (Kubalčíková, 2013)

Mezi sociální služby, jejichž cílem je podpora pečujících osob, patří **odlehčovací služby**, nazývané také respitní. Jsou to terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. (ZSS, §44) Cílem služby je umožnit, aby si pečující osoba mohla odpočinout nebo zařídit nutné záležitosti a byla dále schopna v péči o svého blízkého pokračovat a nedošlo k jejímu vyčerpání nebo vyhoření. Častým důvodem pro využití této služby je dovolená pečujících, nebo jejich hospitalizace, lázeňský pobyt, rekonstrukce bytu apod. Pobytová odlehčovací služba se poskytuje na dobu nezbytně nutnou, zpravidla maximálně na tři měsíce.

Senioři mohou společně s ostatními skupinami osob využívat i další služby specifikované v zákoně číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále ZSS) jako například centra denních služeb, tlumočnické služby, průvodcovské a předčitatelské služby, tísňovou péči či krizovou pomoc, intervenční centra a další. Při péči o seniora

v domácím prostředí může být praktické využít služeb půjčoven kompenzačních pomůcek, které bývají spojené se službou odborné sociální poradenství.

Převažuje názor, že institucionální péče o seniory by měla být krajním řešením až ve chvíli, kdy byly vyčerpány všechny předchozí alternativy. (Vávrová, 2013, online) Pokud rodina zvládá péči o svého člena sama nebo s pomocí terénních sociálních a zdravotních služeb, je lepší, aby zůstal v domácím prostředí, dokud to je možné. Nastávají však situace, kdy je soběstačnost člověka natolik snižena, že péče o vlastní osobu je pro něho obtížná, někdy téměř nemožná, zajištění chodu domácnosti stejně tak. Stav je natolik vážný, že se bez celodenní péče neobejde a rodina ani s pomocí terénních služeb na ni nestačí. Setrvání v přirozeném prostředí se pro člověka stává nebezpečné. (Habrcetlová, 2014)

Řešením pak může být pobytová sociální služba domov pro seniory, které se věnuje následující text.

1.4 Domov pro seniory

Domovy pro seniory jsou formou alternativního bydlení pro seniory, kteří z různých důvodů nemohou či nechtějí žít ve svém domácím prostředí a v přirozené komunitě. Zařízení poskytují nejrůznější služby, které jsou snadno dostupné a odpovídají specifickým potřebám seniorů. Domovy pro seniory mají být koncipovány jako součást systému dlouhodobé péče. Mají přispívat k zachování a rozvíjení kvality života seniorů, k jejich soběstačnosti, autonomii a začlenění do společnosti. Současné pojetí této služby směřuje k integraci klientů a orientaci na člověka. (Janečková, 2013b) Tento přístup má co nejvíce odbourat institucionální charakter domovů pro seniory a vést k humanizaci a individualizaci péče. Součástí toho trendu je také ideál malých domovů, což znamená i proměnu stávajících velkokapacitních a vícelůžkových ústavních zařízení v menší pobytová zařízení. (Pospíšil, 2015, online)

V roce 2016 existovalo v České republice 514 domovů pro seniory s celkovou kapacitou více než 37 tisíc lůžek. (MPSV, 2017, online) Nejvíce klientů bylo ve věku

86 – 95 let a tvořili 10 procent z celé populace v daném věku. (Křest'ánová, Šídlo, 2017, online) Z celkového počtu klientů bylo 78 procent trvale upoutaných na lůžko nebo mobilních za pomoci druhé osoby nebo technických pomůcek. (MPSV, 2017, online)

Následující text popisuje domov pro seniory z hlediska zákonem stanovených základních činností.

1.4.1 Základní činnosti

Podle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Obsah služby je vymezen souborem základních činností vyjmenovaných v § 49 uvedeného zákona a dále specifikovaných ve vyhlášce číslo 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále prováděcí vyhláška). Každý poskytovatel sociální služby domov pro seniory je povinen zajistit tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Poskytnutí ubytování je prováděcí vyhláškou číslo 505/2006 Sb. vymezeno jako:

- ubytování,
- úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.

Obvykle bývá ubytování poskytováno v převážně bezbariérových objektech, v jednolůžkových či vícelůžkových pokojích, převážně s vlastní koupelnou a toaletou. Některá zařízení nabízí pokoje s lodžii či klimatizací. Pokoje jsou uzamykatelné a klienti mají po celou dobu pobytu klíč k dispozici. Pokoje jsou zpravidla označeny jménem a příjmením, na přání klientek či klientů a pro lepší orientaci je možné je označit symbolem, piktogramem či obrázkem apod.

Vybavení interiéru pokojů obvykle zahrnuje pojízdné polohovatelné a výškově nastavitelné lůžko, uzamykatelný noční stolek, jídelní stůl, židle, uzamykatelnou šatní skříň, věšák, police. Součástí vybavení pokoje může být lednice, nebo zařízení umožňuje mít vlastní. V pokojích je ústřední vytápění s regulací teploty, přípojka STA či možnost instalace vlastní antény, některá zařízení nabízí WiFi připojení v celém objektu. Domovy pro seniory umožňují umístit do pokoje televizi, rádio, osobní počítač apod.

Kromě koupelen v jednotlivých pokojích klientů, disponují zařízení jednou či více společnými koupelnami, které jsou dostatečně prostorné, aby zde mohla být prováděna hygiena i zcela imobilním klientům. Nachází se zde sprchový kout, speciální vana, zvedací zařízení apod. Úklid pokojů i společných prostor domova je prováděn denně nebo kdykoli je třeba. (Malíková, 2011)

Poskytnutí stravy vyhláška číslo 505/2006 Sb. rozumí:

- zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

Strava bývá připravována v kuchyni zařízení nebo je zajištěna dodavatelsky. Stravování je běžně nabízeno ve skladbě: racionální, šetřící a diabetické dieta. Zařízení jsou obvykle schopná zajistit i další alternativy stravy, např. vegetariánskou. Kromě 3 hlavních jídel (snídaně, oběd, večeře) bývají podávána 2 vedlejší jídla (dopolední a odpolední svačiny). Diabetikům je vždy podávána ještě druhá večeře, která je v některých zařízeních podávána všem klientům.

Při podávání stravy jsou respektovány stravovací návyky a zohledňovány individuální požadavky. Druh diety doporučuje lékař a klient s navrženou dietou musí souhlasit, nelze tedy klienta nutit k jejímu dodržování.

Poskytnutí stravy zahrnuje celou řadu činností od rady a pomoci při výběru jídla a nápojů ve spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem, přes podávání výživových doplňků v indikovaných případech nutričního deficitu klienta, po pomoc při příjmu

stravy, v případě nutnosti i kompletní úplné podání jídla do úst. Poskytnutí stravy je zajištěno i u klientů se specifickými potřebami, např. zavedenou nazogastrickou sondou či s perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG). (Malíková, 2011)

Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu dle vyhlášky číslo 505/2006 Sb. zahrnuje:

- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
- pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
- pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- pomoc při podávání jídla a pití,
- pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.

Míra mobility či imobility klienta je základním prvkem, který ovlivňuje rozsah všech ošetrovatelských úkonů. Vyplývá z ní potřeba pomoci při běžných denních činnostech spojených s pohybem. Může se jednat o menší podporu, větší pomoc či úplné provedení úkonu. Prakticky se jedná o pomoc klientovi při všech přesunech, při oblékání, svlékání, hygieně, stravování, doprovodu či dopravě na společenské a volnočasové aktivity, do jídelny, na zahradu apod. Mobilní klienti jsou soběstační při vstávání z lůžka a chůzi. Zpravidla však potřebují pomoc v jiných oblastech, např. při oblékání, obouvání, při osobní hygieně, při použití protetických pomůcek (protéz, ortéz, bandáží) apod. Tyto úkony jsou pro některé klienty natolik náročné, že je bez pomoci vůbec neprovedou. Částečně imobilní klienti vyžadují pomoc při posazení na lůžku, vstávání z lůžka, uléhání, přesunem do křesla, na invalidní vozík apod. Používají při chůzi hůl, chodítko, francouzské hole. Pokud jsou zajištěny tyto úkony včetně podání kompenzační pomůcky, jsou v některých případech schopni pohybu a mohou konat běžné denní aktivity samostatně bez pomoci personálu. Zcela imobilním klientům, kteří jsou naprosto závislí na pomoci jiné fyzické osoby, je poskytována péče při pohybové aktivitě na lůžku. Jde o pravidelnou změnu poloh, polohování, které spolu s dalšími činiteli přispívá k prevenci dekubitů. Těmto klientům je upravována poloha lůžka dle potřeby a přesuny jsou realizovány na pojízdném polohovacím křesle nebo lůžku. (Malíková, 2011)

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu je prováděcí vyhláškou specifikováno jako:

- pomoc při úkonech osobní hygieny,
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
- pomoc při použití WC.

Pomoc při úkonech osobní hygieny zahrnuje každodenní pomoc při běžné ranní a večerní hygieně, to je pomoc při hygieně obličeje, dutiny ústní, rukou, učesání. Dále se jedná o pomoc při celkové koupeli ve vaně či ve sprše, to znamená pomoc se svléknutím oděvu, samotnou koupelí, pomoc s osušením, promazáním celého těla přípravky tělové kosmetiky a oblečení šatstva. Pomoc při základní péči o vlasy zahrnuje obvykle mytí, vysušení a učesání. Nehty na rukou jsou obvykle stříhány jedenkrát týdně po celkové koupeli. Péče o nehty na nohou bývá svěřována profesionální pedikérce. Do tohoto úkonu bývá zahrnuto holení u mužů.

Pomoc při použití WC obvykle zahrnuje pomoc při svléknutí, posazení na toaletní křeslo či podání podložní mísy, pomoc při výměně inkontinenčních pomůcek, hygienu po toaletě, oblečení a přesazení zpět. Poskytování pomoci při použití WC se u jednotlivých klientů velmi liší, a to v závislosti na míře mobility, soběstačnosti a inkontinence. Malíková (2011) upozorňuje, že značný nedostatek a přetížení pracovníků v sociálních službách v pobytových zařízeních vede k usnadnění pracovních postupů, protože je pro ně časově úspornější kompletní výměna inkontinenční pomůcky, namísto podání podložní mísy spojené s její následným umytím a dezinfekcí, nebo doprovodu na toaletu a pomoc při jejím použití.

V tomto kontextu je třeba zdůraznit respektování práva na soukromí, které je základním lidským právem, je chráněno nejen Listinou základních práv a svobod, ale i řadou mezinárodních smluv garantujících lidská práva. Podle Veřejného ochránce práv (2015, online) je třeba respektovat toto právo při všech ošetrovatelských úkonech, a to zejména při hygieně a na toaletě. Samotné provádění osobní hygieny druhou osobou je úkonem velmi citlivým a je povinností personálu zajistit dostatečnou intimitu, například důsledným používáním zástěn, aby v těchto situacích nikdo nebyl vystaven pohledu jiných lidí, ani aby nikdo z klientů nemusel pohlížet na druhé.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím je vyhláškou číslo 505/2006 Sb. vymezeno jako:

- podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

Domov pro seniory by měl dbát na to, aby případná imobilita klientů nevedla ke vzniku sociální izolace. Z tohoto důvodu jsou imobilní klienti dopravováni do společných prostor, na společenské a kulturní akce konané v zařízení, kde mají možnost společenského kontaktu s jinými klienty. Volnočasové aktivity jsou přizpůsobeny možnostem klientů a jsou plánovány tak, aby pokryly nejrůznější zájmy klientů. (Malíková, 2011) Může se jednat o koncerty, přednášky, oslavy životních jubileí, státních svátků, významných dnů apod. Pro klienty jsou zajišťovány i akce konané mimo zařízení. Jsou organizovány výlety, návštěvy divadelních představení, botanické či zoologické zahrady, vánoční projížďka městem a jiné. Součástí těchto činností je například i pomoc při používání mobilního telefonu, pomoc při obsluze počítače s internetovým připojením, pomoc s vyřízením úředních záležitostí, pomoc při korespondenci a doprovod do obchodu. Pokud to dovoluje zdravotní stav, všech uvedených aktivit se mohou účastnit i imobilní klienti, kteří zvládnou převoz a dopravu s kompenzačními pomůckami či na invalidním vozíku.

Sociálně terapeutické činnosti podle prováděcí vyhlášky zahrnují:

- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

Podle Malíkové (2011) je sociální terapie soubor postupů a metod, které vychází ze spolupráce s klientem, z jeho přání a potřeb, využívá jeho silných stránek s cílem udržet a rozvíjet jeho sociální schopnosti a dovednosti podporující sociální začleňování a aktivitu klientů. Má výrazný komunikační a vztahový charakter, podporuje seberealizaci a pocit vlastní užitečnosti. Sociálně terapeutické činnosti se prolínají a doplňují s aktivizačními činnostmi a řadou dalších podpůrných a stimulačních konceptů.

Domovy pro seniory do této oblasti většinou zahrnují trénování paměti, reminiscenční terapii¹, zooterapii², muzikoterapii, arteterapii apod. Činnosti jsou nabízeny ve skupinové nebo individuální formě. V některých domovech pro seniory mají klienti možnost individuální či skupinové psychologické podpory.

Aktivizační činnosti jsou vyhláškou číslo 505/2006 Sb. vymezeny jako:

- volnočasové a zájmové aktivity,
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Psychosociální aktivizace má v životě seniorů velký význam. Každý člověk potřebuje vykonávat činnosti, které jsou smysluplné, vedou k určitému cíli a mají přínos pro druhé. Cílem aktivizace je udržení nebo zlepšení stávajících dovedností, u seniorů jde hlavně o kognitivní funkce. Činnosti naplňují volný čas, slouží jako prevence hospitalismu, nudy a zhoršení nálady. Svou časovou náročností brání nevhodným formám chování, například nadměrnému pobytu na lůžku, bezcílnému bloudění po chodbách, nespokojenosti atd. Aktivita má pozitivní vliv na emoční stav klientů, zvyšuje sebevědomí, vlastní důstojnost a uspokojuje potřebu uplatnit se. Nácvikem zvyšuje možnosti soběstačnosti. Aktivizace podporuje pravidelný režim a napomáhá pocitu odpovědnosti. V neposlední řadě aktivizace a skupinové aktivity udržují vzájemné vztahy mezi účastníky aktivit. (Mlýnková, 2010b)

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí podle prováděcí vyhlášky znamená:

- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Podle Malíkové (2011) může jít o situace klienta s poruchami orientace či komunikace. V praxi se jedná obvykle o asistenci při přebírání důchodu či doporučené korespondence, tzn. o pomoc s předložením občanského průkazu,

¹ Reminiscenční (vzpomínková) terapie je aktivizační a validační metoda založená na rozhovoru terapeuta se starším člověkem, nebo skupinou seniorů, na různá témata dotýkající se průběhu jejich života, dřívějších aktivit a získaných zkušeností. Zakladatelkou je P. Schweitzer. (Janečková, 2013c)

² Zooterapie je metoda psychosociální podpory zdraví, která je založená na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Mezi nejznámější formy patří canisterapie (využití psa v rámci zooterapie) a felinoterapie (využití kočky v rámci zooterapie). (Mojžíšová, Eisertová-Bicková, 2013)

uschováním hotovosti, otevřením a přečtením dopisu či pomoc s obstaráváním finančních záležitostí týkajících se sociální služby apod. Dále se může jednat o pomoc při vyřizování různých dokladů, sociálních dávek, příspěvků a průkazů. Pokud nemůže uvedené činnosti zajistit rodina klienta, jsou obvykle v kompetenci sociální pracovnice.

Následující podkapitola stručně popisuje domov pro seniory z hlediska fakultativních sužeb a úhrad.

1.4.2 Fakultativní činnosti a úhrada za služby

Vedle základních činností mohou domovy pro seniory poskytovat také další, **fakultativní činnosti**. Tyto činnosti nejsou zákonem přímo stanoveny a jejich poskytování není povinností, jedná se o nadstandardní činnosti, jejichž zajištění závisí na možnostech poskytovatele. Jako fakultativní činnosti mohou domovy pro seniory nabízet například nadstandardní vybavení pokojů, vybavení elektrospotřebiči nebo jejich zapůjčování, zajištění dopravy klientů do zdravotnických zařízení nebo při vyřizování osobních záležitostí, dále pedikúru, manikúru a jiné služby. Úhrada za fakultativní činnosti je upravena vnitřními pravidly poskytovatele a může být stanovena v plné výši provozních nákladů na tyto služby. (Králová, Rážová, 2012)

Klienti domovů pro seniory hradí **úhradu za ubytování, stravu a za péči** poskytovanou v rozsahu sjednanou ve smlouvě o poskytnutí sociální služby. Výše úhrady není stanovena pevnými částkami, poskytovatelé ji stanoví svými vnitřními předpisy, prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. upravuje pouze maximální výši těchto částek. Výše úhrady za ubytování a stravu se stanoví z příjmu klienta, a to s ohledem na povinnost ponechání minimálního zůstatku z jeho příjmu. Výše minimálního zůstatku je stanovena tak, že po úhradě za ubytování a stravu musí klientovi zůstat alespoň 15 % jeho příjmu. Pokud má klient nižší příjem, je povinen zaplatit jen takovou výši úhrady, která mu zbývá po odpočtu minimálního zůstatku z příjmu. Částka chybějící do plné výše úhrady není dlužnou částkou. Na úhradě nákladů se může podílet jakákoliv fyzická nebo právnická osoba, která souhlasí s uzavřením

smlouvy o spoluúčasti s poskytovatelem služby. Úhrada za péči se při poskytování služby domov pro seniory stanoví ve výši přiznaného příspěvku na péči. Pokud klient nemá přiznaný příspěvek na péči, může si u poskytovatele objednat péči v rámci fakultativních činností a hradit za ně úhradu podle sazebníku úkonů stanoveného vnitřními pravidly poskytovatele. (Králová, Rážová, 2012)

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Následující podkapitoly se věnují pracovníkům, kteří obvykle přímo poskytují sociální služby v domovech pro seniory, tedy pracovníkům v sociálních službách, zdravotnickým pracovníkům a sociálním pracovníkům.

1.4.3 Pracovníci v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách, v domově pro seniory obvykle nazývaný pečovatel/pečovatelka, nejčastěji vykonává přímou obslužnou péči o klienty spočívající v nácvičku běžných denních činností, pomoci při osobní hygieně, oblékání a toaletě. (Králová, Rážová, 2012) Pomáhá klientovi při udržování čistoty a upravenosti těla a při ochraně pokožky. Poskytuje klientovi pomoc v potřebném rozsahu s příjmem stravy a sleduje pitný režim. Pečuje o lůžko klienta a poskytuje klientovi pomoc a podporu při udržení žádoucí polohy na lůžku, pomáhá při změnách poloh, doprovází klienta při chůzi. (Malíková, 2011) Podílí se na zajištění volnočasových aktivit a kulturní činnosti dle zájmů klientů. Pod dohledem sociálního pracovníka může vykonávat činnosti při základním sociálním poradenství, aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Králová, Rážová, 2012) Plní roli klíčového pracovníka, spolupracuje na tvorbě individuálního plánu a vytváří návrh činností; na realizaci spolupracuje s dalšími odborníky. (Malíková, 2011) Tento výčet není kompletní a slouží pouze pro orientaci čtenáře.

Práce pečovatele je nesmírně náročná a vyčerpávající a nemůže ji dělat každý člověk. „*Předpoklady k pečovatelské práci má jen ten jedinec, který je sociálně zralou osobností, identifikoval se s rolí pečovatele a je schopen svědomitě a odpovědně vykonávat tuto činnost.*“ (Mlýnková, 2010a, s. 26)

1.4.4 Zdravotní sestry

V domovech pro seniory jsou obvykle klienti, kteří s ohledem na svůj zdravotní stav potřebují kromě péče sociální také péči zdravotní. (Haškovcová, 2010) Zdravotní péče je v domovech pro seniory poskytována v souladu se zákonem číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách pro jejich poskytování. V pobytových sociálních službách pracují nelékařští zdravotničtí pracovníci, kterými v domovech pro seniory jsou všeobecné sestry (dále zdravotní sestry), fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Tito pracovníci musí splňovat kvalifikační požadavky dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních číslo 96/2004 Sb. (Králová, Rážová, 2012)

Zdravotní sestry zajišťují a provádí odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty. Konkrétní náplň práce zdravotní sestry v domově pro seniory zpravidla zahrnuje například: podávání léků, léčivých přípravků, aplikaci inzulínu a injekcí podle ordinace lékaře; prevenci a ošetřování již vzniklých dekubitů; asistenci lékaři při interních a konziliárních vyšetřeních; asistenci lékaři při léčebných a diagnostických výkonech prováděných v zařízení, včetně přípravy klienta a pomůcek; podle ordinace lékaře prováděné odběry biologického materiálu, měření fyziologických funkcí; vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace; provádění základních rehabilitačních ošetřování; v potřebném rozsahu provádění edukace klienta a jeho příbuzných, a to zejména ve vztahu k ošetrovatelské péči; účast u přijetí nového klienta do zařízení; zajišťování převozu klienta k hospitalizaci atd. (Malíková, 2011)

Podle Veřejného ochránce práv (2015, online) je v domovech pro seniory vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů odborná zdravotní ošetrovatelská péče nezbytná. Součástí pečujícího týmu v zařízení by proto vždy měla být zdravotní sestra, která

se bude věnovat především prevenci a řešení takových problémů, jako je malnutrice, dekubity, bolest, deprese.

1.4.5 Fyzioterapeuti a ergoterapeuti

Fyzioterapeut je nelékařský zdravotnický pracovník s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, který provádí diagnostickou, preventivní péči a terapii v oblasti poruch pohybového systému. (Malíková, 2011) Využívá k tomu fyzikálních metod, včetně světla, tepla, elektrického proudu, ultrazvuku, masáže, manipulace, vodoléčby a léčebného tělocviku. (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007) V domovech pro seniory nejčastěji provádí s klienty aktivní a pasivní cvičení, individuální a skupinové cvičení, masáže, dělá vyšetření nutná pro následnou rehabilitaci, aplikuje léčebnou tělesnou výchovu a metody kinezioterapie; spolupracuje se zdravotními sestrami a koordinuje základní rehabilitační ošetřování klientů, instruuje pracovníky v sociálních službách o rozsahu a způsobu rehabilitačního ošetřování jednotlivých klientů. (Malíková, 2011)

Ergoterapeut je nelékařský zdravotnický pracovník s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, který provádí ergoterapeutické vyšetření, stanovuje optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů (Malíková, 2011), kterými usiluje o zachování a využívání schopností klienta potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku. (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, online) Nácvik činností, ve kterých je klient z důvodu onemocnění, úrazu, či procesu stárnutí limitován, probíhá v reálných situacích a v jeho vlastním prostředí. Ergoterapeut pomáhá řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro člověka nepostradatelné. V domově pro seniory vykonává zejména tyto konkrétní činnosti: provádí ergoterapeutické vyšetření; hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC), sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie, aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii; doporučuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty, členy rodiny a ošetřovatelský personál tyto pomůcky využívat, poskytuje poradenské služby

a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací zejména u imobilních klientů, spolupracuje v tomto směru s ošetrovatelským personálem a rodinnými příslušníky klienta (Česká asociace ergoterapeutů, 2018, online)

1.4.6 Sociální pracovnice

Předpoklady pro výkon povolání sociální pracovnice v domově pro seniory jsou upraveny § 110 a § 111 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Hovořím o sociálních pracovnicích, neboť v této profesi v domovech pro seniory pracují převážně ženy. Kvalifikačním požadavkem je vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální politiku, speciální pedagogiku, sociální péči nebo obdobné příbuzné obory. Současně jsou sociální pracovnice povinny průběžně si obnovovat, upevňovat a doplňovat kvalifikaci účastí na školicích akcích, odborných stážích, konferencích a kurzech zajišťovaných akreditovanými institucemi nebo účastí na specializačním vzdělávání zajišťovaném vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka v předepsaném počtu 24 hodin za kalendářní rok.

Náplň práce sociální pracovnice domova pro seniory obvykle zahrnuje zejména: vedení dokumentace klientů ve spisové a elektronické podobě, vedení evidence žadatelů o službu, poskytování základního sociálního poradenství, zajišťování jednání se zájemci o službu a provádění evidence záznamů z jednání, provádění sociálního šetření v místě pobytu klienta, připravování podkladů pro jednání příjímací komise, oznamování přijetí klienta, hospitalizace a úmrtí klienta příslušným institucím, poskytování pomoci a podpory klientům při jednání s institucemi (například ve věci přiznání či zvýšení příspěvku na péči, průkazu pro osoby se zdravotním postižením, občanského průkazu apod.), zajišťování metodické podpory klíčovým pracovníkům při procesu individuálního plánování, pomoc klientům s finančním hospodařením, spolupráci s rodinami klientů, podíl na vypracování a realizaci metodik individuálního plánování a dalších, účast na pracovních poradách a poradách týmu pro individuální plánování a účast při plnění úkolů vyplývajících z těchto porad, podíl na zjišťování spokojenosti klientů

a jejich blízkých s poskytovanou sociální službou a na zpracování a řešení zjištěných výsledků, sledování problematických prvků při poskytování sociální služby a indikátory kvality, řeší zjištěné nedostatky a vypracovává návrhy na zlepšení a dosažení vyšší kvality.

Základem sociální práce se starými lidmi je podle Janečkové (2005) práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Důležitým nástrojem sociální pracovnice v individuální práci s klientem seniorem je rozhovor. Prostřednictvím životního příběhu, který často mají staří lidé potřebu vyprávět, je možné získat velké množství informací o klientovi, jeho minulých rolích, zaměstnáních, zájmech, sociálních podmínkách a historických souvislostech, v nichž žil. Tyto informace umožní poznat, jak klient vnímá rodinné vztahy a lze tak identifikovat klíčové osoby v rodině i komunitě. Při rozhodování o budoucnosti svého příbuzného by měla být přítomna rodina. Je třeba počítat s jejími názory a postoji, ať už jsou jakékoli, s jejími možnostmi, schopnostmi a ochotou zvládnout situaci.

Sociální práce se seniory se zabývá zachováním a zvyšováním kvality života a blahobytu starších lidí a jejich rodin a podporou nezávislosti, autonomie a důstojnosti. Milne (2014, online, vlastní překlad) tuto specializovanou práci nazývá gerontologická sociální práce. Většina uživatelů služeb gerontologické sociální práce má složité komplexní potřeby, anebo je na konci života. Mnohé z těchto situací se vyznačují ztrátou, složitostí, rozmanitými potřebami, změnami a přechodem. Sociální pracovníci se často podílejí na usnadnění náročných rozhodnutí, jako je například rozhodnutí odejít do instituce, jakou je například domov pro seniory. V těchto souvislostech se sociální práce soustředí na poskytování odpovídající péče a zabezpečení a poskytování přímé podpory staršímu člověku a jeho rodině. Předmětem zájmu gerontologických sociálních pracovníků je pochopení nejen fyzických a duševních problémů, jejichž riziku jsou senioři vystaveni, ale také vlivu sociálně politického kontextu, ekonomické situace a environmentálních otázek. (Tamtéž)

Následující podkapitola pojednává o důvodech, které vedou seniory k podání žádosti o domov pro seniory.

1.5 Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory

Optimálním prostředím pro starého člověka je jeho vlastní domácnost. Odchod do domova pro seniory je zpravidla vynucen okolnostmi a ve většině případů je pouze krajním řešením. (Pacovský, 1994)

Nejčastějším důvodem rozhodnutí pro odchod do domova pro seniory je **zhoršení zdravotního stavu** natolik, že člověk nezvládá péči o vlastní osobu, natož o domácnost. (Vágnerová, 2007) **Ztráta soběstačnosti** znamená ztrátu schopnosti samostatné existence v daném prostředí. Podle Topinkové (2005, s. 7) je soběstačný člověk, „... *který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije.*“ Ze zdravotních obtíží se vyskytují zejména pády, imobilita a syndrom demence. (Kalvach, 2004) Soběstačnost má pro seniory velkou hodnotu, což se projevuje i ve vztahu k jiným lidem, zejména k vlastním dětem. Přestože jsou na ně citově fixováni, a děti a vnoučata jsou pro ně zdrojem radosti, nechtějí se vzdát samostatného života a podřídit se pravidlům domácnosti svých dětí. Senioři vědí, že s ubývajícími kompetencemi a snižující se soběstačností se mohou stát zátěží pro vlastní děti, a proto se cítí nepříjemně. Zvyšující se závislost v nich vyvolává pocity méněcennosti a zbytečnosti, **nechtějí být na obtíž**, proto hledají přijatelné řešení. Ve snaze **nezatížit rodinu svou nemohoucností** často raději akceptují profesionální pomoc. (Vágnerová, 2007)

Důležitější než přání a vůle žadatelů o přijetí do domovů pro seniory, je často **názor a vlastní zájmy rodiny**, zvláště dětí, které se o nesoběstačné rodiče nemohou, nebo nechtějí starat.

Podání žádosti o pobytovou sociální službu často **doporučí lékař**, zvláště pokud se jedná o člověka, který je hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných (dále LDN). V případě tzv. sociální hospitalizace se většinou jedná o vážné zájemce s akutně vzniklou potřebou přijetí do domova pro seniory. V této situaci často seniorům, popřípadě jejich rodinám, **chybí znalosti o alternativních možnostech** a dostupnosti péče. (Kalvach, 2004)

Důvodem podání žádosti o pobytovou sociální službu bývají **ekonomické důvody**, například nedostatek finančních prostředků na úhradu nájmu, či ztráta bytu. Není pochyb o tom, že dochází ke zneužívání sociálních dávek, důchodů, bytů či jiného majetku příbuznými, například pronajímáním bytů zvláště v době bezplatného pobytu v LDN, ale i následně v případě přijetí do pobytové sociální služby. O ekonomických a rodinných důvodech pro odchod do domova pro seniory hovoří i Janečková (2005). Dalším důvodem je podle ní **radikální změna zdravotního stavu a nepřípravenost přirozeného sociálního prostředí** kompenzovat funkční ztráty a zajistit péči.

Nejen v domovech pro seniory, ale také ve zdravotnických zařízeních je závažným důvodem pobytu **sociální status** a **rodinný stav**. Převažují zde klienti a klientky, kteří nežijí v partnerském vztahu, zvláště ovdovělé ženy. (Kalavch, 2004) Ztráta životního partnera je v životě staršího člověka nenahraditelná a patří ve stáří k nejtěžším zkouškám. **Ovdovění** může vést až k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. (Vágnerová, 2007) Pokud již nežijí v partnerském vztahu, prožívají staří lidé obdobně těžce také ztrátu blízké osoby, například sourozence. Důvodem podání žádosti o domov pro seniory je pak **osamělost**, jejíž míru ovlivňuje právě rodinný stav a s ním související forma rodinného soužití. Osamocení znásobená postupným umíráním vrstevníků představuje značnou psychickou zátěž a ztrátu jistot a senioři se s ní jen velmi těžce vyrovnávají. Důsledkem osamělosti spojené s nesoběstačností může být až **sociální izolace**. (Ondrušová, 2011)

Důvodem k podání žádosti o domov pro seniory nezřídka bývá také **obava z budoucnosti**. Žádost podávají potenciální zájemci jako pojistku pro případné zhoršení zdravotního stavu a sociální situace. (Kalvach, 2004)

Odchod do domova pro seniory představuje ve většině případů zásadní změnu životního stylu. Představami, které tuto změnu předchází, se zabývá následující kapitola.

1.6 Představy seniorů o sociální službě domov pro seniory

Představa je „ve vědomí vybavený názorný obraz něčeho dříve vnímaného. Je to více či méně přesná reprodukce obrazu (nějakého předmětu, jevu, osoby, situace) uloženého v paměti“. (Gillernová, 2000, s. 46) Představy mohou být vyvolány mimovolně nebo záměrně. Vztahují-li se k minulosti, jde o vzpomínky; vztahují-li se k budoucnosti, hovoříme o přáních, obavách či cílech. Oproti vjemu jsou představy obvykle méně přesné, méně úplné, mají subjektivní povahu a mohou být ovládnuty vůlí. (Tamtéž)

Představy seniorů o domově pro seniory jsou spojeny se snižující se soběstačností a zvyšující se závislostí na péči druhých. Neustálá přítomnost pečovatelek, pečovatelů a zdravotních sester představuje jistotu okamžitě dostupné pomoci v případě potřeby. Senioři opakovaně popisují úrazy způsobené pádem v domácnosti, kdy leželi i několik hodin na zemi bez možnosti zavolat pomoc.

Jistota a bezpečí mají pro seniory větší hodnotu, než měli dřív, protože si uvědomují ubývání svých sil a dříve samozřejmých schopností. (Vágnerová, 2007) Spíše než jistoty může pro některé seniory představovat odchod do domova pro seniory **ztrátu osobního zázemí**, známého teritoria a s ním spojené identity. **Ztrátu identity** vnímají senioři jako ohrožení, které znamená **ztrátu jistoty orientace** a pocitu bezpečí známého prostředí. Tyto negativní aspekty automaticky posilují **úzkost a pocitu nejistoty**. (Tamtéž)

Někteří senioři velmi oceňují nabídku aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Seniorům může chybět dostatečná **stimulace smysluplnými podněty**, zejména pokud nemají jinou, přijatelnou činnost. (Vágnerová, 2007) Zejména senioři, kteří strávili třeba i několik let uzavřeni ve svém bytě z důvodu nemožnosti překonat architektonické bariéry (nejčastěji se jedná o domy se schodištěm bez výtahu) se domnívají, že v domově pro seniory budou mít **prostor pro realizaci svých koníčků a zájmů**. Mnozí klienti rádi využijí možnost výletů do okolí domova nebo i vzdálenějších míst realizovaných zejména pro imobilní klienty. Rovněž posezení na zahradě či terase je pro některé seniory lákavé. Volnočasové a zájmové činnosti, kterým se senioři v domovech pro seniory věnují, jsou však

podle Vágnerové (2007) jiné, než když žili doma, neboť se **musí přizpůsobit aktuálním podmínkám.**

Zejména u lidí, kteří žijí osaměle, vyvstává **potřeba sociálního kontaktu.** Kontakt s lidmi je důležitý v každé životní fázi. (Vágnerová, 2007) Lidé přicházejí do domova pro seniory často s představou, že si zde budou moci popovídat. Zejména kontakt s vrstevníky jim obvykle přináší uspokojení. Mladším lidem často nerozumí a nestačí jejich tempu. Příslušníci stejné generace mají pochopení pro problémy, které přináší stárnutí, mají podobné názory a postoje k současnému životu a z toho vyplývá i pocit vzájemného porozumění. (Tamtéž) Pichaud a Thareauová (1998) píší, že lidé odchází do domova pro seniory, když se **samota stane nesnesitelnou.**

Senioři přichází do domova pro seniory pochopitelně s obavami z neznámého prostředí a cizích lidí. Obávají se, že nezvládnou samotný přechod do zařízení, který představuje velmi náročnou životní situaci. Opustit svůj dům či byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život. (Pichaud, Thareau, 1998) Zátěž z přechodu do instituce a s ní spojené **ztráty autonomie,** pocitu soběstačnosti i soukromí, se projevuje v prožívání, v kognitivní oblasti i v chování seniora. Rovněž **orientace v nové situaci** může být pro starého člověka obtížná, protože byl zvyklý na jiné prostředí a jiný způsob života. (Vágnerová, 2017)

Senioři často přichází s představou „kasárenského“ režimu, který je omezen na stravu, podání léků a hygienu. Pro některé lidi však může být představa přesného **rozvržení dne** a jeho naplnění lékem proti samotě.

Někteří senioři se domnívají, že domov pro seniory je uzavřená instituce, odkud nemohou odejít bez souhlasu personálu. Rovněž přichází s představou, že například návštěva večerního divadelního představení je problematická s ohledem na návrat v pozdních nočních hodinách. Často ani nevědí, že lze přijímat návštěvy po celý den, a to i návštěvy dětí i čtyřnohých domácích mazlíčků.

Odchod do domova pro seniory je často spojován s **očekávanou smrtí.** Tyto negativní pocity se nejčastěji projevují u těch, kteří mají zkušenost s pobytem v instituci, respektive s hospitalizací v nemocnici nebo v léčebně dlouhodobě nemocných. (Hrozenská, 2008)

Lidé, kteří se pro odchod do domova pro seniory sami rozhodnou a mohou se na něj delší dobu připravovat, se pak snadněji začlení do nového života. (Pichaud, Thareau, 1998)

Aby se senioři mohli sami rozhodnout, potřebují být podrobně seznámeni s vybraným zařízením a službami, které jsou v něm poskytovány. Tyto detailní informace lze získat kontaktem se sociální pracovníci příslušného domova pro seniory prostřednictvím jednání se zájemcem o službu, o kterém pojednává následující podkapitola.

1.7 Jednání se zájemcem o službu

Na sociální pracovnice domovů pro seniory se obrací různí lidé se žádostmi o informace o poskytovaných službách. Jsou to buď samotní **zájemci o službu**, tedy senioři, kterým může být v budoucnu služba poskytována, nebo zájemci o informace, což mohou být sociální pracovnice léčeben dlouhodobě nemocných, pracovnice městských úřadů, nebo různých jiných sociálních služeb, nejčastěji však děti či jiní příbuzní seniorů. Jestliže si zájemce o službu podá písemnou žádost o poskytnutí služby domov pro seniory, stává se z něho **žadatel o službu**. (Chloupková, 2013) Ve chvíli přijetí do domova pro seniory se z žadatele o službu stává **klient** domova pro seniory. Podle Janebové (2014) musí klient splňovat současně dvě podmínky, a to, za prvé spadat do cílové skupiny dané organizace a za druhé je to osoba, pro niž a v jejímž zájmu je vytvářen individuální plán. Jazyk zákona o sociálních službách používá pro označení klienta termín **uživatel služby**.

Jednání se zájemcem o službu je jednou ze stěžejních oblastí před samotným poskytováním sociální služby, tedy i pobytové služby domov pro seniory. Je upraveno standardem číslo 3, který je obsažen v příloze vyhlášky číslo 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Pro lepší přehlednost jsem tuto oblast rozdělila do třech následujících podkapitol, které se týkají poskytování informací o službách, provádění sociálního šetření a smlouvy o poskytování sociální služby.

1.7.1 Informace o poskytovaných službách

Prvotní **informace o poskytovaných službách** zájemce obvykle získává prostřednictvím internetových stránek, letáků, brožur, informací z tisku a dále zprostředkovaně od stávajících či bývalých klientů nebo jejich rodinných příslušníků. V pobytové službě domov pro seniory probíhá obvykle jednání se zájemcem o službu v delším časovém období. Jedná se zpravidla o několik schůzek, včetně sociálního šetření v dosavadním bydlišti či v místě aktuálního pobytu žadatele, často v léčebně dlouhodobě nemocných či odlehčovací službě.

Při poskytování informací je nejučinnější osobní jednání spojené s prohlídkou domova. Jednání se zájemcem o službu primárně vychází z toho, že je nutno jednat zásadně se zájemcem a informace mu poskytnout ve formě pro něj srozumitelné. Na tento požadavek nemá vliv ani skutečnost, že smlouvu o poskytnutí sociální služby bude v zastoupení klienta uzavírat zmocněný zástupce nebo opatrovník. Bez ohledu na formu poskytovaných základních informací, je nutné dbát zejména na to, aby byly srozumitelné pro možné uživatele, to je zohlednit cílovou skupinu sociální služby. (Standardy kvality sociálních služeb, 2008) Spolu se seniorem se mohou jednání účastnit další osoby, zpravidla jsou to děti či jiní příbuzní seniora.

Poskytované informace se týkají zejména obsahu a rozsahu základních činností, práv a povinností klienta a poskytovatele, podpory při zachování schopností a dovedností, úhrady za služby, počtů lůžek na pokojích, zdravotní a lékařské péče v domově, způsob a možnosti stravování, možnost opouštět zařízení a přijímat návštěvy, mít domácí zvíře apod. Zájemce by měl být současně informován o možnosti využít terénní a ambulantní sociální služby. Pobytová sociální služba by měla být nejzazší variantou pro případ, že zmíněné služby již neřeší nepříznivou sociální situaci žadatele.

Nepříznivou sociální situaci se pro účely zákona o sociálních službách rozumí *„oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak,*

aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“ (ZSS, § 3)

Chloupková (2013) doporučuje podrobné písemné zpracování nabídky služeb, která blíže vymezuje, co klientovi může služba poskytnout a co nikoliv. Zájemce o službu by měl mít dostatek času na prostudování nabídky, aby se mohl zeptat na záležitosti, kterým nerozumí, či aby se mohl rozhodnout pro jinou službu, jejíž nabídka lépe odpovídá jeho potřebám.

V rámci jednání je podstatné rozhodnout, zda zájemce či žadatel spadá do **cílové skupiny** konkrétní služby. Obecně jsou cílovou skupinou uživatelů lidé v nepříznivé sociální situaci. (Čermáková, Johnová, 2002) Cílovou skupinu domovů pro seniory obvykle tvoří osoby, které dosáhly věku 65 let, a které se ocitly v nepříznivé sociální situaci pro svou sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a zdravotního stavu, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí běžných úkonů péče o svoji osobu a tuto pomoc jim není možné zajistit v jejich přirozeném prostředí za pomoci rodiny nebo jiných typů sociálních služeb.

Pokud se senior rozhodne pro službu domov pro seniory, následuje podání žádosti na předepsaném tiskopisu konkrétního zařízení spolu s vyjádřením lékaře o zdravotním stavu žadatele. Přijaté žádosti vede sociální pracovnice v **evidenci žadatelů**.

1.7.2 Sociální šetření

Dalším krokem v rámci jednání se žadatelem o službu je provedení sociálního šetření. Některá zařízení v praxi realizují dvě sociální šetření, první po podání žádosti a druhé před samotným přijetím do služby. **Sociální šetření** je „*metoda profesionální sociální práce realizovaná za účelem seznámení se s přirozeným prostředím jedince, rodiny, členů společné domácnosti a získání informací o jeho (její, jejich) životní situaci za účelem jejího posouzení.*“ (Faltysová, 2017, online) „*Potřeba posouzení životní situace je obvykle vyvolána životní událostí, problémy, které vedou klienta k sociálnímu pracovníkovi*“ (Navrátil, 2007, s. 72) Jde o „proces,

ve kterém je určován charakter, příčina, vývoj a prognóza problému a v němž jsou dále také analyzovány osobnostní charakteristiky a situace, které s problémem souvisejí.“ (Barker In Navrátil, 2007, s. 73) Posouzení je chápáno jako „*funkce sociální práce, jejíž podstatou je snaha porozumět problému, jeho příčině, ale i tomu, co může být změněno, aby byl problém minimalizován či odstraněn.*“ (Tamtéž) Účelem sociálního šetření je tedy vytvořit komplexní pohled na budoucího klienta domova pro seniory.

Při sociálním šetření před přijetím do domova pro seniory je zjišťována nepříznivá sociální situace žadatele se zaměřením zejména na míru soběstačnosti (mobilitu, potřebu pomoci s hygienou, použitím toalety, oblékáním, stravováním, komunikací, orientací v prostoru a čase apod.). Jde zejména o prozkoumání rozsahu úkonů, které jsou vymezeny zákonem o sociálních službách jako základní činnosti, z nichž pak vyplývají nároky na ošetrovatelskou péči. Dále jsou zjišťovány bytové podmínky, které by případně omezovaly soběstačnost žadatele, zajištění chodu domácnosti, hospodaření s finančními prostředky apod. Neméně důležité je zjištění, zda jsou využívány ambulantní a terénní sociální služby a zda již nedostačují k pokrytí potřeb žadatele. V těchto souvislostech je také hodnocena případná osamělost a rodinné zázemí žadatele. Podle stanovených kritérií pro výběr žadatelů konkrétních zařízení může být význam přikládán dalším faktorům, jako například věku, výši příspěvku na péči nebo místu trvalého pobytu.

Sociální pracovnice zjišťuje, jaké jsou potřeby, cíle, zájmy, očekávání žadatele. V případě potřeby pomůže žadateli formulovat jeho individuální cíl, jehož chce prostřednictvím služby dosáhnout. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011) To, k čemu celé jednání směřuje, je vymezení oblastí spolupráce a cíle této spolupráce. Dojednávání stojí na přáních žadatele a na objasňování vlastních možností, neboli nabídkách, poskytovatele služby. (Čermáková, Johnová, 2002)

Domovy pro seniory pracující s biografií klientů získávají informace ze životního příběhu klienta, které jsou následně využity pro individuální plánování péče. Biografie poskytuje praktické návody, jak zvládal klient denní aktivity v minulosti a jak je možné tyto informace o jeho rituálech a zvyklostech využít v péči například o příjem stravy, spánek a klid, zájmy a aktivity volného času a také o duchovní potřeby člověka. (Procházková, 2014)

Podle § 109 zákona o sociálních službách provádí sociální šetření sociální pracovník. V případě rozhodování o přijetí do domova pro seniory je šetření obvykle přítomna zdravotní sestra. Šetření se účastní žadatel o službu a zpravidla jeho rodinný příslušník. Přítomna bývá rovněž sociální pracovnice zařízení, ve kterém se žadatel právě nachází (například LDN). Výstupem sociálního šetření je záznam z jednání se žadatelem o službu či záznam ze sociálního šetření a bodová klasifikace kritérií pro hodnocení sociální situace žadatele. Uvedené výstupy jsou podkladem pro jednání komise poskytovatele, která vysloví souhlas s přijetím žadatele do domova pro seniory.

1.7.3 Smlouva o poskytování služby

Výsledkem jednání se zájemcem o sociální službu je tedy rozhodnutí o tom, že bude sociální služba poskytována. Sociální služba domov pro seniory je poskytována na základě **písemné smlouvy**, která je chápána jako vzájemný projev vůle dvou nebo více subjektů, na jehož základě těmto subjektům vznikají nová práva a povinnosti. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011) Pro uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby a právní vztahy vzniklé z této smlouvy se použijí ustanovení občanského zákoníku. (Králová, Rážová, 2012) Smlouva musí obsahovat tyto náležitosti: označení smluvních stran, druh sociální služby, rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení, včetně způsobu vyúčtování, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty a dobu platnosti smlouvy. (ZSS, § 91)

Zájemce musí být s obsahem smlouvy vždy seznámen. Jedná-li se o zájemce, který s ohledem na svůj duševní stav není schopen pochopit právní text smlouvy, je třeba se pokusit mu obsah vysvětlit pro něj přijatelnou formou. Dále je třeba vysvětlit obsah smlouvy osobám, které zájemce na jednání doprovázejí, a osobám, které budou smlouvu uzavírat za zájemce. K posílení právní jistoty je vhodné poskytnout smlouvu zájemci a osobám, které jsou v procesu uzavírání smlouvy zainteresovány, k prostudování a případnému projednání s právníkem. Rovněž musí mít možnost

se seznámit i s přílohami smlouvy a s materiály, na které smlouva odkazuje. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Shrnutí

Stárnutí je nevratný biologický proces, společný všem živým organismům. U člověka je charakteristický funkčními změnami, které jsou příčinou poklesu jeho schopností a výkonnosti. Poslední vývojové etapě, která završuje lidský život, říkáme stáří. Psychické i fyzické změny jsou pozvolné a u každého člověka zcela individuální. Věkem, kdy začíná nabývat na významu téma soběstačnosti a zabezpečení a u většiny populace lze zjistit typické projevy stáří, je 75 let.

Lidé, jejichž soběstačnost je dlouhodobě snížena a jsou závislí na pomoci druhých, vyžadují komplex služeb, který je nazýván dlouhodobá péče (Long-term Care, LTC). Klíčovou roli v dlouhodobé péči o seniory hraje neformální péče, kterou zabezpečují rodinní příslušníci či přátelé. Péče o nesoběstačného seniora představuje pro pečující a jejich rodiny v mnoha ohledech velkou zátěž. Současné pojetí péče o seniory je vedeno myšlenkou podpory péče v přirozeném prostředí, což představuje nutnost podpory neformální péče, a to především vytvářením široké sítě kvalitních a dostupných ambulantních a terénních sociálních služeb.

Nastávají však situace, kdy je soběstačnost člověka natolik snížena, že se bez celodenní péče neobejde a nepostačují ani ambulantní a terénní služby a podpora rodiny. Řešením pro tyto seniory je služba domov pro seniory, jenž poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. O seniory zde pečují kvalifikovaný personál, pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci a další.

Důvody pro odchod do domova pro seniory jsou různé, avšak nejčastějšími jsou zhoršení zdravotního stavu, ztráta soběstačnosti, osamělost, ekonomické důvody, nepřipravenost přirozeného sociálního prostředí zajistit péči apod.

Představy o službě domov pro seniory mohou být velmi různorodé a závisí na informovanosti konkrétních seniorů a jejich rodin. Podrobné informace lze získat u sociálních pracovníků v rámci jednání se zájemcem o službu, které je jednou ze stěžejních oblastí před samotným poskytováním sociální služby a je upraveno standardem, který je obsažen v příloze prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách. Sociální pracovníci v tomto kontextu podávají informace o poskytovaných službách, provádí sociální šetření, vedou evidenci žadatelů. Tento proces končí uzavřením písemné smlouvy, kterou se žadatel stává klientem domova pro seniory.

Následující kapitola se věnuje procesu adaptace nového klienta na život a prostředí domova pro seniory. Zabývá se adaptací obecně, průběhem adaptace staršího člověka na neznámé prostředí domova pro seniory a faktory, které průběh adaptace ovlivňují.

2 Adaptace na domov pro seniory

V této kapitole se zabývám problematikou adaptačního procesu nového klienta, který přichází do domova pro seniory. Téma adaptace na domov pro seniory je jedním ze stěžejních témat této práce a výzkumného šetření. Ve vztahu k praktické části práce v souvislosti s dílčím cílem 3, kterým je zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu na pobytovou sociální službu domov pro seniory z pohledu uživatelů a dílčímu cíli 4, který se zabývá zjištěním, jakou zkušenost mají sociální pracovníce domovů pro seniory s jednáním se zájemcem (žadatelem) o službu a adaptací uživatelů na domov pro seniory, věnuji pozornost zejména fázím adaptačního procesu a okolnostem, které mohou tento proces ovlivňovat a které by mohly být zmiňovány informanty a informantkami v rámci výzkumného šetření. Jedná se zejména o dobrovolnost rozhodnutí a vstupu do zařízení, informovanost a znalost prostředí, orientaci v prostoru a čase, ubytování, autonomii a soukromí, aktivizaci, individuální plánování služby, vliv pracovníků a sociální opory. Prostor je také věnován spiritualitě a sociální práci v období adaptace.

2.1 Obecně o adaptaci

Pojem **adaptace** postihuje klíčovou vlastnost všech přírodních i umělých systémů. (Paulík, 2017) Hovoříme-li o člověku, představuje adaptace takové chování, které umožňuje přizpůsobení se podmínkám, v nichž existuje; a tak je nezbytnou podmínkou jeho fungování, přežití a vývoje. Jde tedy o schopnost vyrovnávat se s nároky prostředí a okolí a jejich změnami a udržovat relativně stabilní stav vnitřní rovnováhy. (Cannon In Paulík, 2017) Nakonečný (1997) uvádí, že adaptace je proces, který neznamena jen pasivní přizpůsobení se vnějším vlivům, ale zahrnuje také aktivní přetváření životního prostředí, tedy přizpůsobování prostředí potřebám člověka. Tyto dva komplementární mechanismy nazývá Švancara (2004) **akomodace** a **asimilace**. Akomodace znamená více pasivní přizpůsobení se nárokům prostředí, zvláštnostem situace, problému nebo úkolu. Asimilace pak je mechanismus, který je příznačný aktivním zasahováním člověka do jeho prostředí s cílem přizpůsobit věci sobě s ohledem na své potřeby a zájmy. Obecnou

adaptační schopnost označuje Paulík (2017) termínem **adaptabilita**. Specifický případ adaptace, zdůrazňuje-li se v této souvislosti zejména její sociální kontext, nazývá Hartl a Hartlová (2009) **adjustací** a rozumí se jí proces včleňování do nových životních situací. Jandourek (2001) vnímá adaptaci jako celoživotní přizpůsobování se podmínkám prostředí (socializace) anebo jako přizpůsobení se okamžité situaci v případě vážné osobní krize. Podle Dessaintové (1999) může každá kladná nebo záporná událost vyvolat stres. Je-li intenzita stresoru či stresorů vyšší než schopnost či možnost člověka tuto situaci zvládnout, vede tato nadlimitní zátěž k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu. (Křivohlavý, 2001) Adaptace se vztahuje ke zvládnání zátěže jako takové, problematika zvládnání náročných stresových situací se v psychologii označuje jako **coping**. (Paulík, 2017) Teorie copingu jako procesu zdůrazňuje, že existují nejméně dva hlavní způsoby, jak se lidé se zátěží vyrovnávají. A to coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce. Pro coping zaměřený na problém je příznačné, že se jedinec snaží zlepšit napjatý vztah s okolím skrze úpravu prostředí nebo změnu vlastního chování. Coping zaměřený na emoce se pak projevuje buď ve způsobu, jakým k zatěžujícím vztahům s prostředím přistupuje (s ostražitostí nebo se jim vyhýbá), nebo změnou relačního významu toho, co se děje, což zmírňuje stres, třebaže se skutečné okolnosti vztahu nemění. Změna významu události na vztah je velmi účinný a široce využívaný nástroj při zvládnání stresu a emocí. (Lazarus, 1993, online)

Na otázku, jak se může člověk úspěšně vypořádat se změnami, které stáří přináší, odpovídají tři teorie adaptace ve stáří, které uvádí Švancara (2004). První je **teorie aktivního stáří**, která zdůrazňuje, že základním předpokladem, jak se nejlépe přizpůsobovat změnám, které stárnoucí člověk prožívá, je udržení činností a kontaktů se světem. Podle druhé teorie **postupného uvolňování z aktivit** je naopak předpokladem optimální adaptace uvolnění a vyvázání se z řady činností a aktivit. Třetí, **substituční teorie** spatřuje základní podmínku úspěšné adaptace v tom, že činnosti, povinnosti a role, které už starý člověk prožívá jako zátěže, jsou nahrazeny jinými vhodnými aktivitami.

V otázce optimální adaptace ve stáří je třeba přihlídnout ke všem individuálním předpokladům (zdravotním, rodinným, profesním, bytovým, atd.) Je třeba brát ohled

na integritu osobnosti starého člověka, na jeho životní styl, a respektovat jeho volbu adaptovat se takovým způsobem, který mu vyhovuje. (Švancara, 2004)

Následující kapitola se věnuje specifickým adaptace na pobytovou sociální službu domov pro seniory.

2.2 Adaptace na domov pro seniory

Odchod do domova pro seniory představuje náročnou životní událost a zkušenost konkrétního člověka. Proces přizpůsobení se novým životním podmínkám v prostředí instituce nazýváme adaptací. Adjustací se zde rozumí proces včleňování se klienta do nové sociální skupiny. (Kamanová, 2016) Podle Haškovcové (2010) se schopnost adaptovat se a vyrovnat se s novou nebo nečekanou situací u starých lidí obecně snižuje. Rovněž podle Švancary (2004) starší lidé potřebují obvykle o něco více času, aby se mohli přizpůsobit a nepocit'ovali změnu jako nátlak. Oproti tomu Pichaud a Thareauová (1998) uvádí, že některé studie ukázaly, že schopnost adaptace s věkem nesouvisí.

Není možné přesně stanovit dobu trvání adaptace na život v domově pro seniory, neboť to je záležitost značně individuální. Haškovcová (2012) uvádí dobu minimálně půl roku, Truhlářová (2016) hovoří o rozmezí 3 – 6 měsíců, Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) dokonce o 2 letech.

Vstupem do domova pro seniory je člověk nucen přizpůsobit se neznámým podmínkám, navazovat nové sociální kontakty, pocit'uje ztrátu soukromí a pocit' ztráty vlastního domova, a často ho napadá i to, že zařízení sociálních služeb je pravděpodobně posledním místem v jeho životě. (Haškovcová, 2010)

Pichaud a Thareauová (1998) volně použili fáze přijímání pravdy o nevléčitelné nemoci, jak je popsala Elisabeth Kübler – Rossová, k popsání reakcí a fází při vstupu do domova pro seniory. Ve fázi **šoku a popírání** dochází k popírání traumatizující události. Pokud člověk vážnou událost očekává, šok není tak velký a dokáže zvládnout naléhavé záležitosti. Fáze **protestu, revolty a hněvu** je pochopitelná,

neboť dochází k zásadnímu narušení běhu života. Člověk v této situaci potřebuje vyjádřit frustraci a vztek. Takovou reakci lze pozorovat u lidí, kteří museli proti své vůli odejít do domova pro seniory nebo jiného zařízení sociální péče. Projevují zlost a vztek vůči dětem, personálu i přátelům, kteří je přijdou navštívit. Ztráta v člověku vyvolává **smutek, truchlení a depresi**. Člověk prožívá těžkou situaci, za kterou nikdo nemůže, uzavírá se do sebe, do ničeho nemá chuť, prožívá lítost, může ztrácet smysl života, nebo dokonce i pomýšlet na sebevraždu. Tato fáze je charakteristická výrokem: „*Kdybych to byl věděl, nikdy bych sem nenastoupil*“... Ve fázi **přijetí a adaptace** člověk postupně přijímá skutečnost, že zbytek svých dnů stráví v domově pro seniory. Smíří se s tím, že stárne a že je zase o něco blíže smrti. Přijetí situace neznamena rezignaci, ale spíše adaptaci na novou situaci, což mu umožňuje žít přítomností, plánovat budoucnost a žít v naději.

Vyrovnaní se s tak náročnou životní změnou nelze dosáhnout za jediný den. Hlaváčová (2003) uvádí pojetí adaptačního procesu dle Šimona, který je chronologicky rozdělen do čtyř fází.

V **1. fázi** dochází k **seznámení s prostředím domova**. Nový klient se poznává lidi kolem sebe (spolubydlící i zaměstnance), seznamuje se s chodem a režimem zařízení. Důležité je sžít se s lidmi z nejbližšího okolí, ponejvíce se spolubydlícím na pokoji, nejedná-li se o jednolůžkový pokoj, a mít možnost vytvořit si své soukromí.

Ve **2. fázi** dochází k **navazování kontaktů**, nových vztahů a **hlubšímu poznávání prostředí** a chodu domova.

Pro **3. fázi** je charakteristické **začlenění do chodu instituce**. Klient je již obeznámen s prostředím a začíná se začleňovat do chodu domova pro seniory. Zároveň často **slábnou vnější vazby**, což může být pro starého člověka cestou k sociální izolaci.

Ve **4. fázi** dochází ke **kompletnímu přizpůsobení**. Člověk je plně vyrovnan s životem v domově pro seniory a sám může pomáhat v adaptaci dalším nově příchozím. Sama adaptace může trvat u každého člověka různou dobu a nemusí vždy dojít až do této fáze.

Toto pojetí fází adaptačního procesu jsem využila ke konstrukci otázek v rámci dílčího cíle 3: Zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu na pobytovou sociální službu domov pro seniory z pohledu uživatelů.

Adaptační proces je v pobytových službách obvykle delší a náročnější než v jiných typech služeb. Důvodem je změna bydliště klientů a zásadní změna zaběhnutého způsobu života. Podle Bickové a Hrdinové (2011) můžeme v adaptačním procesu sledovat tři cíle:

- seznámení se s novým prostředím (celá budova, pokoj klienta, zahrada, pracovníci, dobrovolníci, umístění služby v místním společenství – blízké obchody, lékárny, úřady, nádraží apod.; podle Kamanové (2016) jde o **adaptaci na mikro a mezo prostředí**.
- vytváření vztahů k ostatním klientům, pracovníkům, pochopení jejich hierarchie a kompetencí; podle Kamanové (2016) hovoříme o **včleňování se do sociální skupiny**.
- vytváření pocitu sounáležitosti se službou (s prostředím, lidmi, způsobem poskytování služby); podle Kamanové hovoříme o **konstruktivním typu** (přizpůsobuje se novým podmínkám bez vážnějších problémů) **v rámci adaptačního procesu na nové sociální prostředí**.

Pacovský (1994) popisuje konkrétní projevy a chování klientů v průběhu adaptace a hovoří o **adaptaci dobré**, která se projevuje zájmem klienta o okolí, spoluprací s personálem z vlastní iniciativy, přátelským přístupem, klidem, vyrovnaností, optimismem. Takový klient se pohybuje sám bez výzvy, přijímá jídlo a těší se na ně, zapojuje do činností v domově, má záliby a věnuje se jim. Pokud klient spolupracuje s personálem pouze na výzvu, neprojevuje o zájem okolí, setrvává sice v společnosti ostatních klientů, ale nebaví se s nimi, občas odmítá jídlo, pohybuje se jen na výzvu, o činnosti v zařízení se nezajímá, ale zjevně je neodmítá, je pesimistický, plačtivý, hovoří o **adaptaci zhoršené**. **Adaptace nedostatečná** je charakterizována nespolečností klienta s personálem, negativismem, vyhýbáním se ostatním klientům, nezájmem o okolí, depresivitou, apatií, odmítáním účasti na společenských či kulturních akcích, častým nebo trvalým odmítáním jídla.

V této souvislosti Pacovský (1994) dodává, že důvody, očekávání přínosu nebo ztráty a motivace k odchodu do domova pro seniory jsou významným faktorem ovlivňujícím průběh adaptace.

V dalších podkapitolách se podrobněji zabývám vybranými faktory, které mají vliv na adaptaci klienta na život v domově pro seniory.

2.3 Faktory ovlivňující adaptaci

Adaptace na nové prostředí je ovlivňována mnoha různými faktory. Adjustace, tedy adaptace v sociálním kontextu, je determinována city a motivy (faktory vnitřní); příležitostmi, překážkami, plány člověka apod. (faktory vnější). Na adaptaci a adjustaci ve stáří mají vliv různé involuční změny organismu. (Kamanová, 2016). Prvky adjustace, tedy úseky chování, které charakterizují člověka v rozličných okolnostech a situacích, a umožňují v něm rozpoznávat jednu a tutéž osobnost, se v průběhu lidského života nemění, ale člověk a jeho situace se mění v důsledku duševní činnosti a chování. V tomto procesu jedna touha nahrazuje jinou, jedna situace vede k druhé a člověk vyvíjí více či méně uspokojivé způsoby, jak se vyrovnat se životem. (Bromley, 1974) Adaptace na nové prostředí je značně individuální záležitostí a souvisí především s osobností člověka, jeho frustrační tolerancí a obrannými mechanismy. (Špatenková, 2011)

V následujících podkapitolách se věnuji vybraným faktorům, které ovlivňují proces adaptace klienta na domov pro seniory.

2.3.1 Dobrovolnost vstupu do domova pro seniory

Rozhodnutí odejít do domova pro seniory a „*změnit tak zásadním způsobem svůj život (pokud vůbec jde o vlastní rozhodnutí), bývá obvykle jen racionální. Emočně akceptováno nebývá, přinejmenším na počátku*“. (Vágnerová, 2007, s. 241) Adaptovat se na zcela jiný způsob života není snadné ani tehdy, když se pro něj člověk rozhodl zcela dobrovolně. (Haškovcová, 2010) Adaptace na domov pro seniory je závislá především na motivaci a postoji člověka, tedy na míře dobrovolnosti rozhodnutí. Níže popisuji průběh adaptace v případě dobrovolného a nedobrovolného vstupu do domova pro seniory dle Vágnerové (2007).

Adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory dle Vágnerové (2007) probíhá ve 2 fázích:

Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu se vyznačuje orientací klienta v novém prostředí, který získává informace o životě v domově pro seniory, přirozeně

bilancuje a srovnává se svým dosavadním životem. Nejistota a stres mohou v této situaci snadno vést k somatizaci a zhoršení existujících potíží. Vytváří se základ postoje k novému domovu, proto je důležité, aby první zážitky byly příjemné, nebo alespoň nebyly příliš nepříjemné.

Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu je charakteristická smířením se ztrátou původního domova, se změnou role a způsobu života. Člověk získá nové sociální kontakty a vytvoří si nové životní stereotypy. Vágnerová (2007) zde uvádí, že pouze vzácně se klienti identifikují s domovem pro seniory natolik, aby jej považovali za svůj skutečný domov. Spokojenější bývají lidé, jimž příchod do domova pro seniory přinesl subjektivně i něco pozitivního, tedy neznamenal pouze ztrátu.

Adaptace na nedobrovolné umístění do domova pro seniory dle Vágnerové (2007) má tři fáze:

Fáze odporu se obvykle vyznačuje absencí náhledu klienta na situaci, na vlastní nesoběstačnost a nutnost komplexní nepřetržité péče. Násilné vytržení z domova, z prostředí jistoty a bezpečí může člověk považovat za nespravedlivou, nebo dokonce za útok proti své osobě. Tyto okolnosti mohou vyvolávat frustraci, negativní emoce, agresivitu, hostilitu vůči tzv. náhradním viníkům, tedy vůči personálu i ostatním klientům. K pečovatelům zaujímají staří lidé snadněji negativní, někdy až otevřeně konfliktní postoj, který je nepřiměřený situaci a většinou i skutečnému chování pečovatелů. Tento postoj pramení z psychické deteriorace, ztráty kontaktu s realitou, rostoucího egocentrismu a nepřiměřených očekávání, v důsledku čehož se mohou cítit zanedbávání a obviňovat pečovatele z nedostatečné a nekvalitní péče. Pečovatel se pak může stát objektem odreagování negativních emocí v situaci, kdy starý člověk nějakým způsobem strádá. Takové chování klientů je nutno chápat jako obrannou reakci, kdy přiměřenějšího chování nejsou schopni a nedokáží své pocity zvládnout ani ventilovat jinak.

Fáze zoufalství a apatie obvykle nastává, pokud odpor nevede k žádoucímu efektu. Klient je vyčerpaný, apatický, rezignovaný, nejeví o nic zájem, ani o svůj život. Někteří klienti mohou v této fázi setrvat až do své smrti. V této souvislosti hovoří Pacovský (1994) o smrti z maladaptace, tedy o úmrtí v důsledku nadměrného stresu

a nezvládnuté adaptace na umístění v domově pro seniory. Úmrtnost do 6 měsíců po přijetí se pohybuje v rozmezí 30 – 70 %, přičemž nejvyšší je v prvních 4 týdnech. Špatenková (2011) hovoří o tzv. translokačním šoku, tedy šoku z přemístění. Za kritické období v tomto smyslu považuje prvních 5 – 6 dnů, v některých případech až 6 měsíců.

Fáze vytvoření nové pozitivní vazby je charakteristická navázáním pozitivního vztahu, ať už s jiným klientem, nebo s někým z personálu domova. Nový vztah jim může pomoci sdílet novou životní situaci a dává jejich životu nějaký smysl. Vágnerová (2007) uvádí, že prostředkem emoční i jiné aktivizace může být i vztah ke zvířeti, např. rybičkám, psovi, kočce. Adaptace je také posilována pochopením a zvládnutím režimu, jehož výhodou je jasná struktura dne, která jinak může činit seniorům problémy a zavedený režim může být vnímán negativně. (Vágnerová, 2007)

Matoušek (1999) uvádí, že mluví-li se o dobrovolném vstupu klienta do ústavní péče, v našem případě tedy do domova pro seniory, jedná se buď o nadsázku, nebo o nedorozumění. Klienti se do domovů pro seniory dostávají proto, že jsou ve svízelné životní situaci, pod tlakem rodiny neschopné nebo neochotné se o svého člena starat, pod tíhou osamělosti či svého zdravotního stavu a neschopnosti zvládnout péči o sebe sama. Přesto by mělo dojít alespoň k vnitřnímu ztotožnění se s nástupem do domova pro seniory, který by měl být činěn z vlastního přesvědčení, nebo alespoň z vlastní vůle a volby. (Kalvach, 2004)

2.3.2 Znalost prostředí před vstupem do domova pro seniory

I v případě omezené mobility je vhodné, aby klient ještě před vlastním nástupem zařízení navštívil a seznámil se s prostředím, do něhož přichází. (Kalvach, 2004). Matoušek (1999, s. 138) píše, že klient by neměl být „šokován něčím, s čím vůbec nepočítal“. Se znalostí prostředí úzce souvisí **informovanost o pravidlech života v zařízení**. Klient by měl být informován nejen o právech a povinnostech, měl by být individuálně seznámen s pravidly, která by měla být pochopitelná a přijatelná. Měl by je obdržet v písemné formě, dobře čitelné a srozumitelné. Znalost prostředí

a informovanost o chodu zařízení podle Kalvacha (2004) napomáhá pocitu svobodné volby a příznivě tak působí na proces adaptace.

Matoušek (1999) doporučuje, nejen aby si senior před přijetím domov pro seniory prohlédl, ale současně, aby byl před přijetím opakovaně v osobním kontaktu s někým z personálu. Tento profesionál, v našem případě by jím mohl být sociální či klíčový pracovník, pak slouží jako průvodce v období přechodu z domácího prostředí do domova pro seniory. Senior by pak přechod do zařízení snášel mnohem lépe než člověk přicházející do neznámého prostředí plného neznámých lidí a neznámých zvyklostí. Tento postup by podle něho bylo žádoucí zachovávat zejména u starých lidí, pro něž domov pro seniory představuje místo, kde budou žít dlouho, případně v něm svůj život dožijí. Taktéž Friedmann (2005) se domnívá, že bližší a intenzivnější spolupráce sociálního pracovníka a seniora před vstupem do domova pro seniory hraje významnou roli při přípravě na změnu a při podpoře orientace v novém prostředí.

Tématu orientace v prostoru a čase se věnuje následující podkapitola.

2.3.3 Podpora orientace v prostoru a čase

Potřeba být plně orientován ve svém prostoru, a to jak fyzicky, tak citově, je uložena hluboko v lidském podvědomí a je spojována s mechanismy přežití a duševního zdraví. Prostor může vyvolávat stres v důsledku úzkosti, strachu, osamělosti, nejasnosti, a to zvláště u lidí se špatným zrakem a sluchem a těch, kteří prodělali centrální nervovou příhodu. (Rheinwaldová, 1999)

Podpora orientace v prostoru a čase je podle Kalvacha (2004) jedním z faktorů, které napomáhají adaptaci seniora na nové prostředí domova pro seniory. Je vhodné klienta při příchodu do zařízení podrobněji seznámit s prostředím, s prostory, které může využívat, s obsluhou výtahu a podobně, a předcházet tak nedobrym zkušenostem s blouděním, s chybováním; a posilovat tak pocit jistoty a sebedůvěry.

Nejasnost a nejistota v neznámém a nezvyklém prostředí doporučuje Rheinwaldová (1999) snížit pomocí nápisů, značek a symbolů, rozlišením pomocí barev a světel, které umožní ubývající paměti zmapovat své okolí. Klientům domovů pro seniory také pomáhají jasně odlišené chodby vedoucí k zavřeným dveřím nebo nebezpečnému schodišti. Dobré je také předvídat skrytá nebezpečí a vhodným označením upozorňovat na nerovnosti v podlaze nebo sloupy, kluzké povrchy či prostory, kde je nepřiměřené horko, zima nebo průvan. Značení musí být zřetelné, snadno viditelné a každému jasné. Rovněž nesmí chybět orientační a informační tabule. Vyvěšená sdělení musí být dobře čitelná i pro lidi se slabším zrakem. Orientaci rovněž usnadňuje jednoduché a přehledné členění prostoru. Přitom je třeba dbát i na vytváření nik přístupných i pro klienty se zhoršujícím se zdravotním stavem. Zákoutí navozují pocit bezpečí a současně vytváří podmínky pro vzájemné sekávání. (Lipner, 2006) Podle Kalvacha (2004) je vhodné také odstraňovat anonymitu personálu pomocí jmenovek na oblečení a pracovních místech.

Konkrétněji se podmínkám prostředí a jejich vlivu na adaptační proces věnuje následující podkapitola.

2.3.4 Ubytování

Změna bydliště je podstatnou změnou pro každého člověka. Pro starého člověka představuje zásadní vytržení z dosavadního životního stylu. (Alan, 1989) Opuštění důvěrně známého místa a blízkého sociálního prostředí představuje v životě seniora kritický bod, který může být určitou šancí na změnu, ale který může znamenat potenciální ohrožení a vyvolat krizi. Starý člověk více lpí na známém prostředí a změny životních podmínek považuje spíše za ohrožující, než poskytující nové perspektivy a naděje. (Matoušek, 1999)

Bydlení pro seniory by mělo umožňovat podporu společenského života, co nejdéle je to možné. Již umístění domova pro seniory by mělo respektovat dva zdánlivě protichůdné požadavky, a to touhu po klidu a bezpečí na straně jedné a možnost zůstat součástí života a dění v komunitě na straně druhé. (Lipner, 2006)

Friedmann (2005) upozorňuje na prostorové přetížení budov, a to i v případech tzv. účelových staveb, neboť dnešní potřeby překonávají původní záměr a budovy se stávají nevyhovující. V mnoha případech jsou objekty památkově chráněny, což komplikuje možnosti stavebních úprav pro zkvalitnění života klientů. Vlastní prostory bydlení by měly zohledňovat zhoršující se zdravotní stav klientů a nutnost poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Pokoje by tedy měly být takové, aby dovolovaly poskytnutí náročné péče, aby se klienti či klientky nemuseli stěhovat ani při vážném zhoršení zdravotního stavu. (Lipner, 2006) Podle Haškovcové (2010) jsou rozdíly mezi jednotlivými zařízeními značné. Současné domovy pro seniory jsou zpravidla pěkně vybaveny, některá soukromá rezidenční zařízení jsou luxusní.

Podle Veřejného ochránce práv (2015) pokoj klientovi nahrazuje domov. Neměl by tedy být sterilní, ale měl by být obrazem klientovi osobnosti, která je vyjádřena osobními předměty, vlastním kusem nábytku z domova, fotografiemi apod. Osobní věci a fotografie mohou napomáhat člověku uvědomit si, kým je. Mohou mu také pomoci vyrovnat se s životními změnami, osamělostí a izolací, které může pociťovat.

Aby se klienti a klientky cítili spokojeně, umožňuje většina zařízení umístit do pokoje vlastní kus nábytku, to ovšem vždy s ohledem na zdravotní stav klientů, prostorové možnosti či souhlas spolubydlícího. Rovněž rozmístění nábytku v pokoji záleží na přání klientů a samozřejmě možnostech prostoru. Klienti si mohou do pokoje umístit předměty osobního charakteru téměř bez omezení, jedná se například o fotografie, obrazy, dekorační předměty, pokojové květiny, stolní lampu apod.

Součástí poskytnutí ubytování jsou další tzv. společné prostory, které mohou klienti se svými návštěvami využívat, či se v nich konají společenské a kulturní akce. Jedná se např. o společenskou místnost, jídelnu, relaxační či odpočinkové místnosti, prostory recepce, atrium, kuřárnu, výtahy, schodiště atd. Zařízení místnosti pro společenské aktivity i jídelny by mělo připomínat běžnou domácnost. Měly by být uzpůsobeny přibližně pro 15 lidí a vytvářet tak útulné prostředí budící komunitní dojem. (Veřejný ochránce práv, 2015)

Podle Veřejného ochránce práv (2015) je vhodné, aby byl pro klienty přístupný bezpečně upravený venkovní prostor (terasa, zahrada, dvůr) s intuitivními chodníky a dostatkem míst k sezení.

Prostředí domova pro seniory je jedním z prvních faktorů, které na člověka působí, vstoupí-li do budovy zařízení. Prostředí ovlivňuje pocity, zdraví i chování seniorů, mělo by tedy být uzpůsobeno pro různé potřeby starých lidí. (Rheinwaldová, 1999) Adaptace může být pozitivně ovlivněna podporou orientace a bezbariérovou úpravou. (Kalvach, 2004)

Za obdobný stresor jako změnu bydliště a dezorientaci v novém neznámém prostředí je považována ztráta soukromí a autonomie (Kalvach, 2004), o nichž pojednává následující podkapitola.

2.3.5 Ztráta autonomie a soukromí

Autonomie se dotýká všech rozměrů lidské existence. „Pojem osobní autonomie bývá ztotožňován s individuální svobodou, samosprávou nebo suverenitou, sebeovládáním, někdy je pojímán jako svobodná vůle či volba, resp. rozhodování. Je spojován s kritičností a nezávislostí ve vytváření a vyjadřování názorů, přesvědčení, s reflexí vlastních zájmů, jejich prosazováním, se samostatným určováním a naplňováním cílů, projektů a plánů, realizací vlastních hodnot... Osobní autonomie je ztotožňována se soukromím, s důstojností, integritou, individualitou a individuální odpovědností.“ (Sýkorová, 2007)

Podle Sýkorové (2007) vnímají senioři autonomii především jako fyzickou soběstačnost, finanční soběstačnost a autonomii ve smyslu samostatného rozhodování. Být soběstačný pro seniory znamená zejména neobtěžovat a nezatěžovat druhé nároky na pomoc a nemuset se cítit být za ni zavázání. Podle Vágnerové (2007) umístění do domova pro seniory symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka, přitom potřeba autonomie existuje i v pozdním stáří, mění se však její obsah. Senioři chtějí rozhodovat alespoň o tom, co je pro ně zvládnutelné, ale ne vždycky dovedou adekvátně odhadnout aktuální

úroveň svých možností. Důležitá je pro ně i symbolická autonomie, např. možnost určit, kdy a co budou jíst, kdy budou vstávat, jak budou trávit volný čas apod. Tato potřeba se může projevit vymáháním něčeho zdánlivě bezvýznamného, kdy starého člověka více uspokojí prosazení vlastního rozhodnutí než dosažení cíle.

Abstraktní ideál autonomie, který se často pojí se schopností racionálně volit a relativně nezávisle rozhodovat, nabývá podle Hradcové (2014, online) zcela konkrétní podoby v prostých každodenních činnostech. Jednou z nich je jídlo a činnosti s ním spojené. Jídlo, jeho příprava, jeho sdílení a požívání vnáší do života člověka mnohem víc než jen nutnou výživu těla. Jídlo hraje klíčovou úlohu při utváření individuálních kulturních a sociálních rolí, je prostředkem vytváření a udržování společenských vztahů. Jídlo je soukromou, privátní a velmi intimní činností. Nikdo by neměl být nucen, aby jeho křehkost a handicap v této oblasti byl vystaven kritice ostatních lidí. Na druhou stranu je třeba jídlo a stolování chápat jako společenskou záležitost, kterou se však stává jen tehdy, sdílíme-li ho se známými lidmi, které jsme si za spolustolovníky sami vybrali. (Zgola, Bordillon, 2013) Je-li stravování pojímáno jako integrální součást péče, nabízí příležitost k podpoře identity, důstojnosti a soběstačnosti člověka a může být jednou z nejsmysluplnějších aktivit běžného dne. Schopnost najíst se sám je důležitou součástí soběstačnosti a pocitu člověka, že danou situaci zvládá. (Hradcová, 2014, online) Proto by schopnost najíst se sám, a to jakýmkoli důstojným a zvládnutelným způsobem (například rukou), měla být upřednostněna před podáváním jídla pečovateli. (Zgola, Bordillon, 2013) Jídlo, jeho kvalita, servírování, stolování a podávání klientům, kteří sami jíst nemohou, je jedním ze zásadních témat klientů i personálu domovů pro seniory. Pro svůj privátní a současně sociální charakter je významným faktorem ovlivňujícím adaptaci nového klienta v zařízení, protože jídlo není jen potravou pro tělo, ale také pro ducha. (Zgola, Bordillon, 2013)

Pokud jde o autonomii ve smyslu soukromí, považuje Friedmann (2005) možnost zachování soukromí zvláště ve vícelůžkových pokojích za prakticky vyloučenou. Poukazuje na nutnost zajistit alespoň nearchitektonické řešení k zachování intimity, např. paravány. Ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu, která je spojená s přemístěním do domova pro seniory, představuje podle Vágnerové (2007) velkou zátěž adaptačních kompetencí starých lidí. Teritorium vlastního bytu,

který představuje soukromí naplněné symboly prožitého života a kde se člověk cítí být v bezpečí, je nahrazeno teritoriem instituce, která má neosobní charakter a platí v ní pravidla, o nichž senior nemůže sám rozhodovat, přesto je musí respektovat. O nerespektování teritoriality hovoří i Kalvach (2004) v souvislosti se vstupováním personálu do pokojů klientů a sdílení prostoru s cizími osobami – spolubydlicími. Bydlení ve společném pokoji dvou zcela neznámých lidí, jejichž fyzický a psychický stav se může výrazně lišit, je velmi problematické. Podle Haškovcové (2010) by klient raději pobýval ve společném pokoji s člověkem, který je na tom zdravotně lépe než on. Existují však i výjimky, některé klientky rády pomohou imobilní spolubydlicí, zahání tak nudu a mají pocit užitečnosti. Dle mé zkušenosti vztahy klientů ve dvoulůžkových pokojích mohou být neutrální, přátelské, ale také značně vyhrocené. Především v případě neorientovaných klientů mohou být některé jejich projevy pro druhého člověka značně obtěžující, nemusí vůbec akceptovat, že se jedná o symptomy nemoci. Rovněž frekventované návštěvy pečujících u klienta, který je zcela závislý na jejich pomoci, mohou být pro druhého nepříjemné a narušovat jeho soukromí. Problematické mohou být i zdánlivě banální záležitosti jako je například otevírání okna, telefonování nebo používání zástěn při provádění hygieny. Venglářová (2007) píše o ztrátě intimity a soukromí, např. i pro kontakt s partnerem či partnerkou. Řešení vidí v zajištění jednolůžkových pokojů, kde je možné mít návštěvy podle přání, případně umístění partnerů ve společném pokoji.

Pichaud a Thareauová (1998, s. 43) definují autonomii jako „*schopnost vést život podle vlastních pravidel ... zůstat pánem svého chování a způsobu života.*“ Ztráta autonomie pak je spatřována v omezení svobodné volby v souvislosti s nutností podřídit se režimu a časovému schématu daného zařízení, déle například v omezené míře participace ve smyslu zapojení do společného dění a možnosti jeho ovlivnění. (Kalvach, 2004) Friedmann (2005) upozorňuje na možnost ztráty plnoprávné občanské pozice, tzn. klient je chápán jako subjekt péče, jeho rozhodovací práva jsou omezena. Takto může dojít až ke ztrátě motivace a vůle k zachování nezávislosti, kdy se klient smířuje se svou pasivní rolí, která mu byla udělena a přenechává výkon svých práv a svobod zařízení. Cílem by mělo být zvyšování spoluzodpovědnosti klienta na kvalitě poskytované péče.

Nutno dodat, že i klienti s omezenou svéprávností by měli mít dostatečný prostor pro samostatné rozhodování. Omezení svéprávnosti nezabavuje člověka práva samostatně jednat v běžných záležitostech každodenního života. Rozhodování o tom, co bude jíst a pít, s kým se bude přátelit, co bude dělat ve volném čase apod., může takový člověk sám bez pomoci či podpory opatrovníka. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Vyplněním volného času a aktivizačním činnostem v domovech pro seniory se věnuje následující podkapitola.

2.3.6 Aktivizace

Aktivita je pro každého člověka nesmírně důležitá a platí to rovněž pro období stáří. Aktivita obecně lidem přináší lepší strukturování času, ovlivňuje schopnost komunikace a nabízí možnost sdílení a sociálních kontaktů, přispívá ke zlepšení fyzické i psychické pohody. (Motlová, 2008) Snižuje úzkost, depresi a frustraci ze zdravotních či sociálních situací, ve kterých se starý člověk nachází. (Rheinwaldová, 1999) Aktivita ať již v domácím prostředí, nebo v domově pro seniory, má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí. (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004) Má se zaměřovat na silné stránky člověka, které se má snažit podporovat a využívat. Aktivizační programy v domově pro seniory, které dávají klientům možnost uplatnit se, ve kterých se jim dostane možnost ocenění a uznání jeho lidské hodnoty, jsou zdrojem pocitu vlastní ceny, a tím i životní energie. Při aktivizačních programech mají klienti možnost seznámit se s lidmi, které by jinak nepoznali. Každý člověk má potřebu někam patřit, potřebuje zázemí, má potřebu být užitečný a prospěšný. (Rheinwaldová, 1999) Aktivizační činnosti musí mít smysl, který jim dává jedinec sám - pomoci někomu, udělat někomu radost, vydělat peníze, vytvořit pěkné prostředí, pomoci dobré věci, něco vytvořit pro vlastní potěšení apod. Produkty těchto programů by měly být určeny k užítku. (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004)

Typickým znakem lidské činnosti je pohyb. Absenci fyzické činnosti u lidí s poruchami mobility pomáhají řešit kompenzační pomůcky a mohou tak podpořit

zachování soběstačnosti v maximální možné míře. Člověku upoutanému na lůžko zprostředkovává kontakt se světem jeho okolí. Sociální prostředí je důležité i pro navázání kontaktu a komunikaci s klienty, kterým jejich postižení znemožňuje komunikovat běžným způsobem. Kontakt je důležitý prvek lidské aktivity. Existuje řada přístupů (validace³, preterapie⁴), které začínají na úrovni navázání kontaktu, aby jej dále rozvíjely a umožnily tak člověku s těžkým postižením prožít slast, emoci, vztah, které jsou důležité pro kvalitu jeho života. Tam, kde člověk přijímá podněty a je schopen na ně reagovat, tam je přítomná činnost a nemusí se nezbytně nutně projevovat navenek. (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004)

Příchod do domova pro seniory a adaptace seniora v instituci představuje jednu z nejrizikovějších životních událostí. Aktivizační programy a činnost mohou účinně přispět k úspěšné adaptaci. Aktivitu v adaptačním období lze podpořit poskytnutím informací o novém prostředí samotnému klientovi i jeho blízkým již při přijímacím procesu. Důležité je rovněž zhodnotit jeho možnosti, co zvládá sám, co je schopen si sám zorganizovat a v čem je třeba jej podpořit a pomoci. Do procesu hledání zapojit i rodinné příslušníky tak, aby se rodina stala spolutvůrcem podpůrného a stimulujícího prostředí a aby byla sama zdrojem aktivit v podobě návštěv, výletů, doprovodů k lékaři apod. Nově přichozím klientům je třeba dát informace o možnostech náplně volného času a nabídnout programy, které jsou výzvou, vyvolávají zvědavost a zájem, dávají příležitost naučit se něčemu novému, vytvořit něco pro sebe nebo pro své blízké, posedět a popovídat, pobavit se nadýchat se čerstvého vzduchu, dělat něco krásného, smysluplného, nebo taky nedělat nic. Je důležité učinit činnosti součástí kontraktu s klientem a jeho individuálního plánu a pravidelně hodnotit jeho spokojenost s náplní života, s činnostmi, kterými se zabývá a ptát se, co postrádá, čeho je moc, kde jsou jeho možnosti, v čem by potřeboval pomoc a podporu. (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004)

³ Validace je metoda, která se využívá při práci s velmi starými lidmi, zejm. s lidmi s demencí. Základem je komunikace spojená s hlubokou empatií, založená na respektu k člověku, která za všech okolností dává najevo, že jeho potřeby, přání, pohled na realitu jsou uznávány a respektovány. Podle zakladatelky N. Feilové je práce s emocionálním prožitkem dezorientovaného člověka účinnější než snaha jej orientovat v aktuální realitě. (Janečková, 2013d)

⁴ Preterapie je specifická metoda práce s lidmi s nejtěžším postižením – schizofrenií, depresi, autismem, demencí. Výchozím prvkem metody je zrcadlení člověka, jeho fyzického postoje, pohybu tváře, očí, místa v prostoru, zvuků a slov. Tímto způsobem umožní terapeut klientovi, aby začal vnímat sám sebe a mohl postupně vejít do kontaktu se svým okolím. Zakladatelem je G. Prouty. (Janečková, 2013e)

2.3.7 Individuální plánování sociální služby

Jedním z nejdůležitějších principů sociálních služeb je důraz na individualizaci služeb. Zákon o sociálních službách (§ 2) výslovně uvádí, že „*pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob*“. V oblasti individuálního plánování ukládá poskytovatelům sociálních služeb „... *plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců, ...*“ (§ 88)

V kontextu současných požadavků na kvalitu sociálních služeb můžeme dle Haicla a Haiclové (2011, s. 26) individuálním plánováním „*rozumět proces „kontraktování“ – tj. dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli poskytována.*“ Výkladový sborník pro poskytovatele uvádí, že je to v zásadě proces sbližování představ a ujednání o „společném zájmu“ poskytovatele a uživatele služby. (Standardy, 2008)

V praxi se úspěšně rozvíjí více způsobů, jak plánování sociální služby realizovat. Jednotlivé způsoby popisované Haiclem a Haiclovou (2011) se liší jednak postupy (např. vedením dialogu, formou záznamu individuálního plánu), ale také hodnotami (např. mírou autoritativnosti, zaměřením na cíle či procesy), které upřednostňují. Domnívám se, že nejlépe použitelným modelem pro individuální plánování v domovech pro seniory je model zaměřený na dialog a uživatele služby. Základní zásadou tohoto přístupu zaměřeného na člověka je nabídnout klientovi při plánování služby co možná největší pocit bezpečí a respekt při řešení jeho situace. Pozornost je spíše než na cíle, zaměřena na potřeby klienta; a obvykle nesměřuje k dlouhodobým cílům, ale spíše k dojednávání podpory v konkrétních oblastech, které si klient stanoví a které vyplývají z jeho aktuální situace, ponejvíce z jeho zdravotního stavu a míry soběstačnosti, zájmů a přání. Pracovník provází klienta při formulaci jeho potřeb a podporuje jej v tom, aby z některé z nich věnoval pozornost a motivaci a učinil z ní osobní cíl. Dlouhodobé cíle se stávají tématem v případě, že je klient vyjádří sám, nebo pokud přijme námět formulovaný

pracovníkem. Výhodou tohoto přístupu je bezpečí, nedirektivita a pocit přijetí a partnerství, které klient služby prožívá. Rizikem může být to, že tento přístup nevytváří příliš velký tlak na změnu klienta a jeho situace, což může vést k rezignaci pracovníka na základní zásady poskytování služby, který dále nepřináší klientovi dostatečné podněty či výzvy k řešení jeho situace. (Haicl, Haiclová, 2011)

V domovech pro seniory nezdědka najdeme klienty, kteří nekomunikují verbálně ani neverbálně, nemohou se vyjádřit ke spokojenosti se službou a nemohou formulovat své potřeby a přání. Takový klient není z plánování služby vyloučen, ale pracovníci v kontaktu s ním, i když jinou formou než rozhovorem, službu plánují. Mohou využívat intuitivních či racionálních technik, kterými spokojenost klienta se službou a jeho potřeby mohou zjišťovat a hodnotit průběh poskytování služby. (Haicl, 2011) V těchto případech je pro proces i výsledek vhodné do individuálního plánování zapojit neprofesionály (rodinu, přátele, sousedy apod.). Výhodou je získání podpory neformálních zdrojů a posílení míry sociálního začlenění. (Standardy, 2008)

Individuální plánování přináší klientům i pracovníkům pocit bezpečí, protože vzniklý plán je vnímán jako určitý druh smlouvy, dohody o tom, co se bude dít, kdo se na tom bude podílet a kdy bude průběh služby vyhodnocován. (Bicková, Hrdinová, 2011)

Standardy kvality sociálních služeb stanovují, že pro plánování průběhu poskytování sociální služby a hodnocení naplňování cílů má každý klient určeného zaměstnance, který odpovídá za plánování a průběh služby u jednotlivých klientů, všímá si jejich potřeb, zájmů, cílů a hodnot. Tento zaměstnanec bývá označován jako **klíčový pracovník**. (Standardy, 2008) Pro klienty je klíčový pracovník nejen partnerem pro individuální plánování, ale často také důvěrníkem. Je to člověk, na kterého se klient může obrátit, kdo mu rozumí, kdo mu umí zprostředkovat pomoc, komu se může svěřit a s kým se cítí bezpečně. Ustanovení patrona, jazykem sociálních služeb bychom tedy řekli klíčového pracovníka, na nějž se klient především v prvních měsících pobytu v domově pro seniory může obracet s problémy nad rámec kontaktů s ostatními pracovníky, vidí Kalvach (2004) jako významný faktor usnadňující adaptaci na prostředí domova pro seniory. Domnívá se, že osobní vztah pomáhá proti pocitu ztracenosti a bezmocnosti. Jako důležité vnímá stanovení

a dodržení pevného harmonogramu pravidelných schůzek. Rovněž zdůrazňuje význam průběžného hodnocení adaptačního procesu s modulováním individuálního plánu ve formě pravidelného sdílení informací a projednávání potřeb a cílů klientů v adaptačním období při setkáních multidisciplinárních týmů.

2.3.8 Pečující personál

Prioritami v přístupu k seniorům s omezenou či ztracenou soběstačností jsou důstojnost, autonomie, seberealizace, participace a zabezpečení. Tyto aspekty vychází z konceptu „úcty k životu“ humanisticky holistického přístupu k člověku. Zdravotní a sociální služby by se v tomto kontextu neměly soustředit výhradně ani převážně na základní zabezpečení. Cílem a naplněním péče by nemělo být pouhé uspokojení základních biologických potřeb, zajištění stravy, přístřeší a základní zdravotní péče. „*Cílem by měla být kvalita života, jeho smysluplnost a nezpochybnitelná důstojnost lidských bytostí bez ohledu na tíži postižení.*“ (Čevela Kalvach, Čeledová, 2016, s. 48)

Profesionální péče o seniory musí být vysoce odborná, organizačně dobře zajištěná a z hlediska rizik bezpečná. V osobní rovině setkávání se zdůrazňuje vstřícnost a empatické porozumění. (Haškovcová, 2012) Křivohlavý (1995) hovoří o interpersonální percepci a postojích v mezilidském styku a rozlišuje dva póly, k nimž postoj může směřovat, jedná se o evalvací a devalvací. **Devalvace** znamená snižování hodnoty, úcty a vážnosti. **Evalvace** vyjadřuje pravý opak, tedy projev patřičné úcty a vážnosti. Křivohlavý (1995) upozorňuje, že je důležité si uvědomit, že citlivost je podstatně větší k diagnostikování těchto aspektů v případě, že jsme v roli příjemců sdělení, nežli tam, kde jsme sami jejich autory.

V oblasti profesionálů školených pro pomoc druhým charakterizuje Hájek (2006) tři proměnné, které ovlivňují kvalitu komunikace, a to **opravdovost**, což znamená, že pracovník je autentický, nic nepředstírá a je patrný soulad mezi tím, co v dané chvíli prožívá a co vyjadřuje navenek vůči klientovi. Vcítění se do klientova světa nepředpokládá jen pouhé porozumění sdělovanému obsahu na logické úrovni, ale i pochopení postoje, jaký klient zastává a případně i prožívání pocitů, které

významově odpovídají pocitům klienta. Pracovník tak vyjadřuje **odpovídající empatické porozumění**. Postoj **nepodmíněného pozitivního přijetí** znamená emoční blízkost, která si neklade žádné podmínky, vytváří atmosféru bezpečí a důvěry ve vztahu s klientem. Tento postoj by měl být zakotven ve vyzrálosti a vyrovnanosti pracovníka, vycházející z jeho osobního klidu a štěstí.

V těchto kontextech upozorňuje Mühlpachr (2009) na nárůst počtu klientů s vyšší závislostí na ošetrovatelské péči. Současně rostou i nároky na kvalitu této péče. S tím souvisí problém chronického nedostatku personálu, v domovech pro seniory se jedná zejména o pracovníky v sociálních sužbách, který je příčinou práce ve stresu při zajišťování péče, což se následně negativně odráží v psychickém stavu klientů. Problematická je i nevyváženost zdravotnického a sociálního modelu péče. Potřeby současných klientů kladou zvyšující se nároky nejen na zdravotnické aspekty péče, ale i na sociální potřeby klientů. Poskytovatelé podle Mühlpachra (2009) nejsou dostatečně vybaveni nástroji a vědomostmi k plnění sociální funkce. Klient je chápán spíše jako subjekt zdravotnické péče, jeho sociální potřeby nejsou dostatečně akceptovány. Absentuje komplexní přístup ke klientovi. Řešení vidí v multidisciplinárním a týmovém přístupu ke klientům, vzájemné informovanosti jednotlivých odborníků o stavu klientů, o jejich potřebách a provozních možnostech a jak tyto potřeby uspokojit. Nezbytné je také minimalizovat zátěž kvalifikovaných pracovníků v přímé péči činnostmi, které nejsou orientovány na klienta a jeho potřeby. Neméně důležité je také systematické vzdělávání všech členů týmu v sociálně-zdravotním modelu péče.

Podle Musila (2004) pracovníci sociálních služeb často čelí napětí mezi omezenou pracovní kapacitou a počtem klientů. Snaha pracovníků udržovat pracovní výkon v přijatelných mezích vede k ustálení rutinních praktik, které mají za následek omezování kvality poskytovaných služeb. Přístup ke klientům je podřizován snaze zvládat jejich počet. Musil (2004) si všímá, že relativní soběstačnost i vysoká závislost klientů na péči mohou být spojeny se sklonem pracovníků odmítat projevy svéprávnosti klientů a zpochybňovat smysluplnost návrhů či námitek klientů. Pokud dávají najevo svou nespokojenost soběstační klienti, jsou označeni jako kverulanti, kteří mají „vrtochy“, stěžují si zbytečně, protože nepotřebují téměř žádnou péči a vymýšlí si. Nesoběstační klienti jsou automaticky spojováni s úbytkem

kognitivních funkcí, jejich názory není třeba brát vážně, protože jsou „popletení“. Odkazem na jejich nesamostatnost a nezpůsobilost přitom zdůvodňují, že jejich stanoviska přehlídí dříve, než je vůbec stihnou projevit. Tyto přístupy označuje Musil (2004) za záminku pro nerespektování stanovisek klientů. Umožňují pracovníkům klienty „zdvořile ignorovat“ a zamezit tomu, aby požadavky klientů komplikovaly organizaci jejich pracovního času. Podle Musila (2004) jde o to hledat a najít způsob, jak do stávající praxe postupně vnášet zlepšení, která budou přínosná jak pro pracovníky, tak pro klienty. Jednou z podmínek je, že se součástí všedního života poskytovatelů sociální práce stane otevřená, kritická a podpůrná diskuze o práci s klienty.

Na tomto místě je třeba upozornit na rizikový aspekt péče v domovech pro seniory, kterým je institucionalizované⁵ násilí. Imobilní, závislí, osamělí klienti, často s kognitivní poruchou jsou mimořádně bezbranní vůči všem formám týrání a zanedbávání. Nejčastější projevy shrnuje Mühlpachr a Staníček (2001) takto: hrubé zacházení včetně bití, netlumení bolesti; vystavování chladu, mytí studenou vodou; násilná aktivizace; nedostatečný příjem potravy a tekutin; nedostatečná ošetrovatelská péče, zanedbávání v oblasti osobní hygieny, nepřiměřený rozvoj imobilizačního syndromu⁶; odpojování signalizačního zařízení; nadměrné používání omezovacích pomůcek; upírání práv klientům či například odmítání kontaktu s lékařem; urážlivé jednání a ponižování; nepřiměřené porušování soukromí; omezování autonomie; nadměrné přemísťování, nebo naopak omezování pohybu; zneužívání finančních prostředků; omezování sociálních kontaktů, odpírání návštěv; omezování duchovního života; nadměrná institucionalizace umírání.

V těchto souvislostech se Kalvach (2004) přiklání k několika aspektům, které napomáhají klientům adaptovat se v novém prostředí. Je to zejména **zachování důvěrnosti, důstojnosti, lidské slušnosti, které spatřuje v přijímání klienta bez předsudků a moralizování, v akceptaci a zájmu o klienta jako lidskou bytost. Dále pak přirozenost, civilnost, domáckost prostředí** včetně pokud možno

⁵ Násilí odehrávající se v nemocnicích, LDN, domovech pro seniory. (Habrcetlová, 2014)

⁶ Souhrn negativních důsledků nepohyblivosti. I přechodný několikadenní pobyt na lůžku může zvláště staršímu člověku způsobit proleženiny (dekubity), úbytek svalové síly, zkracování šlach (tzv. kontraktury), záněty hlubokých žil s tvorbou krevních sraženin a s nebezpečím plicní embolie či nebezpečí zápalu plic (pneumonie). (Mlýnková, 2010)

civilního oblečení personálu. Tento požadavek zahrnuje také vytvoření podmínek pro průběžný kontakt se světem mimo zařízení včetně celodenní dostupnosti telefonu i pro klienty, kteří nevlastní telefonní přístroj. A v neposlední řadě také **důsledné aktivní eliminování šikany a nevhodného zacházení** jak ze strany personálu, tak ze strany ostatních klientů.

2.3.9 Sociální opora

Termín sociální opora často nalézáme v kontextu úvah o vztazích. Mít sociální oporu znamená mít přátele a další lidi, včetně rodiny, na něž se může člověk obrátit v případě nepříznivých okolností nebo krize, aby mu poskytl nadhled a pomohl pozitivně vnímat sebe sama. (Towey, 2016, online, vlastní překlad) Sociální opora by měla být chápána jako informace pro člověka, že je důležitý a cenný, patří do vzájemně se podporující sociální sítě, že má někdo o něho zájem a chce o něho pečovat. Sociální opora je vnímána jako výsledek interakcí mezi lidmi, které zahrnují pozitivní emoce od druhých, shodu s jiným člověkem týkající se vlastních přesvědčení a pocitů, povzbuzení k vyjádření svých přesvědčení a pocitů v bezpečném prostředí, přijetí komodit a služeb, a potvrzení, že člověk nemusí událostem čelit sám, ale že zde bude blízký člověk, bude-li třeba. (Bremer, Brooks, 2013, online, vlastní překlad) Sociální opora zvyšuje kvalitu života a poskytuje bariéru proti nepříznivým životním událostem. (Towey, 2016, online, vlastní překlad) Bylo prokázáno, že sociální opora má pozitivní vliv na fyzické i duševní zdraví. (Bremer, Brooks, 2013, online, vlastní překlad)

Potřeba sociálního kontaktu a citové vazby může být ve stáří dost intenzivní. Senioři bývají závislí na vztazích s nejbližšími lidmi, zejména dětmi, a je pro ně důležitý pocit příslušnosti k rodině. Prožitek intimity může mít i v pozdním stáří značný osobní význam; může ji naplňovat prožití posledních společných chvil, vědomí vzájemné blízkosti i spirituálního sdílení. Obava z rozplynutí a ztráty vlastní identity v rámci anonymizace při umístění do domova pro seniory může být podle Vágnerové (2007) u starších lidí velmi silná.

Vnímání sociální opory slouží k udržování pocitu pohody a usnadňuje vyrovnání se se stresem a přizpůsobení se životním změnám. (Bremer, Brooks, 2013, online, vlastní překlad) Sociální opora je tím faktorem, který je rozhodující v tom, jak rychle a jak kvalitně dokáže člověk zvládnout životní událost a adaptaci na nově vzniklou životní situaci. Vysoká míra empatie a porozumění, kterou seniorovi poskytují rodina či přátelé, mu pomáhá při zvládnutí situace, která zásadním způsobem změnila jeho život. (Mydlíková, 2015)

Nejdůležitějšími lidmi v životě člověka přicházejícího do domova pro seniory jsou obvykle jeho děti a vnoučata. Spolupráce s rodinou klienta by podle Janečkové (2005) měla začít ještě před příchodem seniora do instituce. Je zapotřebí rodinu ujistit, že pro svého blízkého udělala to nejlepší a stále ještě může mnoho udělat. Skutečnost, že se člověk stane klientem domova pro seniory, nezbavuje rodinu odpovědnosti za péči, nekončí tím rodinné vztahy, ani povinnosti dětí vůči svým rodičům. Janečková (2005) navrhuje, aby byl s rodinou uzavřen kontrakt o tom, které úkoly jí zůstanou a které převezme instituce. Převzetí péče v plném rozsahu může vést k postupnému poklesu či dokonce ztrátě zájmu rodiny o svého příbuzného. Rodina může pomoci vytvořit v pokoji klienta útulné prostředí, přinést fotografie, obrázky, doplňky apod. a v neposlední řadě trávit čas se svým blízkým. Výhodou je, pokud se rodiny mohou podílet na životě domova pro seniory, například formou účasti v radě domova, nebo jiným způsobem. (Pichaud, Thareau, 1998) Mohou se společně se svým blízkým účastnit společenských aktivit konaných v domově, například oslav narozenin či významných svátků, mohou se podílet na jejich přípravě, či samy programy realizovat, například hudební vystoupení.

2.3.10 Spiritualita

Spiritualita patří k životu každého člověka. Její vyjádření je odrazem jedinečnosti konkrétní osobnosti a jejího životního příběhu. Spiritualitu můžeme chápat jako *„dynamický proces, individuální, niterný a neohraničený a jako vztah k posvátnému skrze jeho zakoušení – ať už je tím posvátným vyšší bytost, sounáležitost s okolním světem, s lidmi, s přírodou, s univerzem. Spiritualitu charakterizuje hledání odpovědí na základní existenciální otázky. Zahrnuje hodnoty a postoje a dává životu daného*

člověka smysluplný rámeček. Zakoušení posvátna přichází skrze výjimečné životní okamžiky, ale v určitém smyslu skrze každodennost ve chvílích vděčnosti, naplnění a radosti ze života, skrze vztahy k druhým lidem a pocit vnitřní a vnější harmonie.“ (Suchomelová, 2016, s. 117)

Podle Vágnerové (2007) potřeba spirituální orientace ve stáří velmi často narůstá. Suchomelová (2016) k tomu dodává, že potřeba naplnění v oblasti duchovních potřeb je společná všem seniorům nezávisle na jejich ne/deklarovaném náboženském vyznání či denominaci. Potřeba vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty získává zvláštní význam v souvislosti se zdravotními obtížemi, omezením různých kompetencí, snižováním soběstačnosti a zvyšováním závislosti na pomoci druhých. Spirituální směřování může pro starého člověka znamenat důležitý zdroj vnitřní i vnější stability, který je nezávislý na vnějších okolnostech. (Suchomelová, 2016) Vágnerová (2007, s. 428), se domnívá, že „*ve stáří, kdy se mnohé životní hodnoty ztrácejí, je jistota Boží existence důležitá, protože je jistotou zakotvení, které není vázáno na dobu tělesného života*“. Za základní dimenzi spirituality stáří považuje postupné odpoutávání se od reálného života a jeho vazeb. Uvádí, že příprava na umírání a smrt představuje nejvíce tabuizovanou duchovní potřebu starých lidí. Smrt se stává v této věkové kategorii běžným tématem rozhovoru. Úvahami a rozhovory o smrti se pomalu mění jejich postoj ke smrti ve smyslu akceptace perspektivy konce života. Pokud není téma smrti verbalizované přímo, nepřímými projevy mohou být otázky po smyslu života, budoucnosti, naději, posmrtném životě, odpuštění apod. (Suchomelová, 2016)

Ukazuje se, že spiritualita a religiozita má výrazně pozitivní účinky v náročných okamžicích lidského života. Úspěšnost znamená schopnost tyto náročné životní okamžiky smysluplně překonat a přizpůsobit svůj život novým životním okolnostem a možnostem a revidovat své životní plány a očekávání. (Suchomelová, 2016)

Specifické výzvy staršího věku znamenají definovat to, co dává člověku smysl na nové životní cestě, rozvíjet nové vazby, přehodnocovat svou roli ve společnosti a někdy najít sílu vyrovnat se s nevyhnutelným utrpením. Ti, kteří poskytují zdravotní a sociální péči, to musí brát v úvahu a podporovat pacienty a klienty při hledání zdrojů, aby se s těmito výzvami vyrovnali. V současné době je vyvíjen stále větší tlak na efektivitu zdravotní a sociální péče. Doba strávená u pacienta nebo klienta je snadno měřitelná, ale kvalita poskytované péče může být snížena, pokud

je vykonávána ve spěchu a stresu. Duchovní potřeby mohou být rozdraceny neosobním přístupem, který zdůrazňuje technickou výkonnost na úkor lidského přístupu a hledání času k naslouchání. Pomáhající profese by měly být postaveny na zájmu a soucitu s člověkem. Lidské bytosti by neměly být považovány za stroje a mechanická oprava za všechno, co potřebují. (Wattis, Curran, 2016, online, vlastní překlad)

2.3.11 Sociální práce v adaptačním procesu

Jako vhodný teoretický rámec pro efektivní práci s klientem v adaptačním procesu nabízí Levická (2012, online) ekosociální perspektivu. Tento přístup podle ní vede sociálního pracovníka k tomu, aby v rámci adaptačního procesu zaměřil svou pozornost na všechny oblasti, které byly běžnou součástí života klienta, tedy k tomu, aby věnoval pozornost klientovým očekáváním, přáním a ztrátám, které vnímá jako indikátory významně ovlivňující jeho život. Pro úspěšnou realizaci adaptačního procesu je potřebné, aby se kromě adaptace na změnu zdravotního stavu a následně na změnu prostředí, klient adaptoval hlavně na **změnu sociální role**, což předpokládá zejména adaptaci na pokles své soběstačnosti, adaptaci na omezení fyzického, psychického a sociálního charakteru, adaptaci na ztrátu svobody a adaptaci na ztrátu sociálních kontaktů. Levická (2012) pokládá právě **adaptaci na změnu sociální role** za klíčový faktor adaptačního procesu. Člověk, který v dosavadním životě nevykonával práce spojené s péčí o domácnost, vaření, praní, úklid apod., akceptuje tyto služby a vítá péči poskytovanou zařízením. Naopak člověku, který se celý život dokázal sám o sebe postarat, navíc pečoval o rodinu a domácnost a nyní je odkázán na pomoc například i v oblasti intimní hygieny, může taková změna role narušit sebevědomí a negativně zasáhnout sebeakceptaci. Právě snížená schopnost či případná úplná neschopnost přizpůsobit se skutečnosti, může způsobit narušení psychického zdraví. Klient a jeho prostředí mají být chápáni jako jednotný systém existující v konkrétním kulturním a historickém kontextu. Je třeba, aby personál nejen reflektoval i nevyřčené potřeby klientů, ale aby je bral dostatečně vážně. Klientům by mělo být umožněno, aby sebe sami vnímali jako dostatečně významné jedince, kteří neztratili na svém lidském významu. Mezi klientem a prostředím probíhají reciproční interakce, kterými lidé nepřetržitě formují prostředí a zároveň

jsou formováni jím. Úkolem sociální práce je navzájem odpovídajícím způsobem uvést do vztahu lidský potenciál přizpůsobivosti a podmínky prostředí. V praxi to znamená aktivně hledat silné stránky na straně klienta, které mu mohou pomoci zvládat tlaky prostředí, a současně vyhledávat silné stránky na straně prostředí, které mohou přispět k řešení klientových problémů. (Janebová, 2014)

Shrnutí

Adaptací rozumíme schopnost člověka vyrovnávat se s nároky prostředí a jejich změnami a udržovat relativně stabilní stav vnitřní rovnováhy. Adaptace je nezbytným předpokladem fungování člověka, jeho přežití a vývoje.

Vstupem do domova pro seniory je člověk nucen přizpůsobit se neznámým podmínkám a navazovat nové sociální kontakty. Adaptace na nové prostředí je záležitostí značně individuální a její trvání se může pohybovat v rozmezí několika měsíců až let. Klienti a klientky mohou na nové prostředí reagovat různými způsoby a v rámci adaptace procházet různými fázemi; nemusí však nikdy dojít ke kompletnímu přizpůsobení a plnému vyrovnání se životem v domově pro seniory.

Většina odborníků se shoduje na tom, že průběh adaptace ovlivňuje předchozí znalost prostředí a informovanost o chodu a pravidlech zařízení. V tomto kontextu je zdůrazňována potřeba sociální práce se seniorem ještě před příchodem do domova pro seniory. Jako jeden z nejzásadnějších faktorů ovlivňujících průběh celého procesu se jeví souhlas a dobrovolný vstup do zařízení. Nemalou roli hraje také kvalita ubytování a orientace v novém prostředí, které by mělo klientovi nahrazovat domov. Jako negativními činitelé mohou působit zejména ztráta soukromí a autonomie. Oproti tomu aktivita a aktivizační programy mohou účinně přispívat k úspěšné adaptaci. Pozitivní efekt má nejen samotná činnost, ale také současně přítomný společenský kontakt jako důležitý prvek lidské aktivity. V tomto smyslu je nepostradatelná role klíčového pracovníka, jakožto partnera pro individuální plánování a často i důvěrníka. Svůj význam má také průběžné hodnocení adaptačního procesu a aktualizování individuálního plánu. Nezastupitelná je role

personálu, jehož přístup by měl spočívat v zachování důvěrnosti, důstojnosti, lidské slušnosti, autentičnosti, empatickém porozumění, ale také v důsledné aktivní eliminaci nevhodného zacházení. Pozitivní vliv má také sociální opora, kterou tvoří obvykle děti a vnoučata. Tak jako celý život člověka ovlivňuje spiritualita či religiozita, přináší pozitivní účinky i v těchto náročných okamžicích. V kontextu sociální práce je nabízen koncept ekosociální perspektivy a jako zásadní je vnímáno aktivní hledání silných stránek na straně klienta i na straně prostředí.

Praktická část

3 Metodologická východiska výzkumného šetření

V této kapitole se věnuji hlavnímu cíli a dílčím cílům výzkumného šetření. Samostatnou podkapitolu tvoří výběr výzkumné strategie, metod a technik. Zaměřuji se zde také na charakteristiku informantů a informantek, tedy žadatelů a žadatelek, uživatelek, tedy současných klientek domovů pro seniory a sociálních pracovníků domovů pro seniory, které mají zkušenost s jednáním se zájemcem o službu a adaptačním procesem. Zmiňuji rovněž etické aspekty a rizika výzkumu.

3.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem praktické části této práce je **zjistit, jak vnímají svou situaci žadatelé o přijetí do pobytové sociální služby, uživatelé služby domov pro seniory a sociální pracovníci těchto služeb.**

„Situaci“ žadatelů, uživatelů a sociálních pracovníků pro účely této práce definuji následovně:

Za „situaci“ žadatelů považuji proces rozhodování a důvody, které je vedou k podání žádosti a jejich obecné představy a vnímání domova pro seniory.

Za „situaci“ uživatelů považuji jejich pohled na průběh adaptačního procesu na domov pro seniory.

Za „situaci“ sociálních pracovníků považuji jejich zkušenosti s jednáním se zájemcem o službu a adaptačním procesem seniorů na domov pro seniory a jejich roli v těchto procesech.

Příchod do domova pro seniory je obecně vnímán jako zásadní životní změna. Zajímalo mě, jak toto nelehké období vnímají sami žadatelé a jak současní klienti zpětně vnímají své rozhodnutí a také okolnosti, které ovlivnily jejich adaptaci na domov pro seniory. Rovněž mě zajímalo, jak tuto problematiku vnímají moje kolegyně sociální pracovnice.

V rámci hlavního cíle jsem si stanovila následující čtyři dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké důvody vedou seniory (žadatele) k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory.

Tento cíl zjišťuje, jaká je situace seniorů, kteří se rozhodli podat žádost do domova pro seniory; jaké důvody je k podání žádosti vedly; jaké služby potřebují a zda je využívají; a zda jim pomoc poskytuje rodina či blízké prostředí.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaké představy mají a jak vnímají pobytovou sociální službu domov pro seniory žadatelé o tuto službu.

Tento cíl zjišťuje, jaké představy mají žadatelé o domově pro seniory; jaké očekávají služby (zdravotní, sociální); jak si představují život v domově pro seniory; podle čeho si žadatelé vybrali konkrétní zařízení a co (kdo) je při výběru ovlivnilo.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu na pobytovou sociální službu domov pro seniory z pohledu uživatelů.

Tento cíl se věnuje adaptaci seniorů na domov pro seniory s ohledem na popsané fáze a zkoumá, jak vnímají okolnosti (faktory), které adaptaci ovlivňují, samotní uživatelé služby.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jakou zkušenost mají sociální pracovníce domovů pro seniory s jednáním se zájemcem (žadatelem) o službu a adaptací uživatelů na domov pro seniory.

Tento cíl doplňuje předchozí cíle o pohled sociálních pracovníků. Jednání se zájemci a žadatelem o službu jim přináší zkušenost s důvody a představami žadatelů o domov pro seniory; rovněž mají zkušenost s adaptací nově příchozích klientů na domov pro seniory.

Tyto cíle na sebe vzájemně navazují a v některých bodech se prolínají. Důvody, které vedou seniory k podání žádosti o domov pro seniory a jejich představy a očekávání mohou ovlivňovat proces adaptace na pobytovou sociální službu. K dosažení dílčího cíle 1 a dílčího cíle 2 jsem se obracela jak na žadatele, tak na uživatele, neboť i ti mají zkušenost coby minulí žadatelé.

3.2 Výzkumná strategie

K naplnění cíle praktické části práce jsem použila kvalitativní výzkumnou strategii, která „...se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému.“ (Reichel, 2009, s. 40) Je zaměřená na „...odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme...“, nebo také na „...získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme“. (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11)

Strauss a Corbinová (1999) považují za kvalitativní jakýkoli výzkum, při kterém se výsledků nedosahuje pomocí statistických postupů nebo jiných způsobů kvantifikace. Podle Dismana (2002, s. 285) je kvalitativní výzkum „...nenumerické šetření a interpretace sociální reality.“ Kvalitativní výzkum se může týkat života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací nebo vzájemných vztahů. Některé údaje mohou být kvantifikovány, ale analýza samotná je kvalitativní. (Strauss, Corbinová, 1999)

Kvalitativní strategie zkoumá jevy, prvky, procesy apod. v pro ně autentickém prostředí a usiluje o vytvoření co možná nejkompexnějšího obrazu, včetně podob jeho vztahů s dalšími prvky. (Reichel, 2009) Zaměřuje se na popis fenoménů, jejich vlastností a funkcí a identifikaci faktorů, které jednotlivé jevy ovlivňují. (Kajanová, Dvořáčková, Stránský, 2017) Tento přístup vychází z toho, jak jsou různé pojmy a vztahy chápány aktéry sociální reality, kteří jsou odborníky na sociální situace, které prožívají. (Švaříček, Šedřová, 2007) Cílem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, jak organizují své běžné každodenní aktivity a interakce a proč jednají tak, jak jednají. (Hendl, 2012) Kvalitativní metoda usiluje o vysvětlení jevů očima zkoumaných osob, všímá si rozdílů mezi nimi a zjišťuje, zda existují rozdíly v tom, jak se ony samy dívají na danou věc. (Gavora, 2008) Lze rozlišit dvě perspektivy úhlu pohledu, a to perspektivu zachycující význam událostí z pohledu jedince a perspektivu postihující pohled jiné skupiny. (Švaříček, Šedřová, 2007)

Kvalitativní výzkum není závislý na již dříve vystavěné teorii a nejsou předem stanoveny základní proměnné a hypotézy. (Švaříček, Šedřová, 2007) Na začátku výzkumného procesu je sběr dat, následně je pátráno po jakémkoliv struktuře

a pravidelnosti a po významu těchto dat. (Disman, 2002) Cílem kvalitativního výzkumu je tvorba nových teorií a identifikace alternativních stránek problému. (Kajanová, Dvořáčková, Stránský, 2017)

Na základě kvalitativního výzkumu vzniklé teorie či hypotézy platí vždy jen za určitých podmínek, v určitém časovém rámci a pro určité skupiny lidí. S daty se pracuje na jiné úrovni a není zde snaha zobecnění na populaci. (Miovský, 2006) Teorie jsou platné právě jen pro vzorek, na kterém byla data získána. (Švaříček, Šedřová, 2007) Lze je však použít nejen k vysvětlení reality, ale poskytují i východisko pro naše jednání. (Strauss, Corbinová, 1999)

3.3 Použitá metoda

Nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu je rozhovor. Prostřednictvím rozhovoru jsou zkoumáni členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání a událostí, jakým disponují tito členové. Pomocí otevřených otázek lze porozumět jejich pohledu, aniž by byl omezován výběrem položek v dotazníku. (Švaříček, Šedřová, 2007)

V rámci kvalitativní výzkumné strategie jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem daného souboru témat a základních otázek, jejichž formulace a pořadí mohou být dle vývoje rozhovoru měněny. (Kajanová, Dvořáčková, Stránský, 2017) Připravený soubor otázek zajišťuje, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost požádat o doplnění či vysvětlení odpovědí účastníků a ověřit si, že jsme je správně pochopili a interpretovali. (Miovský, 2006) Tento typ rozhovoru umožňuje přirozenější kontakt tazatele s informantem a komunikace může lehčeji plynout. (Reichel, 2009) Současně umožňuje provést rozhovory strukturovaněji a ulehčuje jejich třídění a srovnání. (Hendl, 2012)

Následující tabulka představuje transformaci hlavního výzkumného cíle do dílčích cílů a výzkumných otázek.

Tabulka 1: Transformace hlavního cíle do dílčích cílů a výzkumných otázek

Hlavní cíl		
Zjistit, jak vnímají svou situaci žadatelé o přijetí do pobytové sociální služby, uživatelé služby domov pro seniory a sociální pracovníci těchto služeb.		
Dílčí cíle	Informanti	Výzkumné otázky
Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké důvody vedou seniory (žadatele) k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory.	Žadatelé	<ul style="list-style-type: none"> • Co Vás vedlo k podání žádosti o přijetí do domova pro seniory? • Využíváte nyní nějaké sociální služby, zdravotní nebo jiné (komerční) služby? • Využíváte podporu rodiny, někoho blízkého? • S čím potřebujete pomoci?
	Uživatelé	<ul style="list-style-type: none"> • Co Vás vedlo k podání žádosti o přijetí do domova pro seniory? • Využíval/a jste před přijetím do domova pro seniory nějaké sociální služby, zdravotní nebo jiné (komerční) služby? • Využíval/a jste podporu rodiny, blízkého prostředí? • S čím jste potřeboval/a pomoci?
Dílčí cíl 2: Zjistit, jaké představy mají a jak vnímají pobytovou sociální službu domov pro seniory žadatelé o tuto službu.	Žadatelé	<ul style="list-style-type: none"> • Podle čeho jste si konkrétní domov/domovy vybral/a? • Co (kdo) mělo vliv na Váš výběr konkrétního domova pro seniory? • Jak si představujete svůj život v domově pro seniory? • Jaké požadavky a očekávání máte od domova pro seniory? • Jaké máte obavy? • Na co se těšíte?
	Uživatelé	<ul style="list-style-type: none"> • Podle čeho jste si vybral/a tento konkrétní domov pro seniory? • Co (kdo) mělo vliv na Váš výběr konkrétního domova pro seniory? • Jak si představoval/a svůj život v domově pro seniory?

	Uživatelé	<ul style="list-style-type: none"> • Jaké požadavky a očekávání jste měla od domova pro seniory? • Jaké jste měla obavy? • Na co jste se těšila?
<p>Dílčí cíl 3:</p> <p>Zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu uživatele pobytové sociální služby domov pro seniory.</p>	Uživatelé	<ul style="list-style-type: none"> • Jak na Vás působilo na zdejší prostředí? Jak jste si zvykala? • Jak jste si zvykal/a na spolubydlící, ostatní obyvatele a zaměstnance? • Kdo nebo co Vám pomohlo zvyknout si na nové prostředí? • Co pro Vás bylo nejtěžší? • Jaké nové vztahy jste zde navázal/a? • Můžete porovnat Váš každodenní život před nástupem do domova pro seniory a po něm? • Jak se po příchodu do domova pro seniory změnila Vaše každodenní zvyky? • Jak se Vám daří udržovat vazby s dětmi, s přáteli apod.? • Jak vnímáte příchod nových klientů? • Jak se zde cítíte?
<p>Dílčí cíl 4:</p> <p>Zjistit, jakou zkušenost mají sociální pracovníci domovů pro seniory s jednáním se zájemcem (žadatelem) o službu a adaptací uživatelů na domov pro seniory.</p>	Sociální pracovníci	<ul style="list-style-type: none"> • Jaké důvody uvádí senioři k podání žádosti o přijetí do domova pro seniory? • Co nebo kdo podle Vás ovlivňuje odchod seniorů do domova pro seniory? • Jak ve Vašem zařízení obvykle probíhá jednání se zájemcem (žadatelem) o službu? • Co všechno zjišťujete při sociálním šetření? • Jaké formy podpory a pomoci senioři obvykle využívají? • Jaká je typická nepříznivá sociální situace žadatelů o přijetí do domova pro seniory? • Jak ve Vašem zařízení probíhá podpora klienta v „adaptačním“ období? • Jaké faktory podle Vás negativně a pozitivně ovlivňují proces adaptace klienta na domov pro seniory? • Jak podle Vás probíhá adaptace seniora na domov pro seniory? • Jak podle Vás souvisí proces adaptace s individuálním plánováním?

Zdroj: vlastní

Ke konstrukci otázek dílčího cíle 3: Zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu na pobytovou sociální službu domov pro seniory z pohledu uživatelů, jsem použila pojetí adaptačního procesu dle Šimona (In Hlaváčová, 2003), které je uvedeno v podkapitole 2.2. *Adaptace na domov pro seniory* teoretické části práce.

Dílčí cíl 3 a dílčí cíl 4 obsahují větší množství tazatelských otázek z důvodu podrobnějšího provedení informantů tématem, které jsem považovala za potřebné.

3.4 Výzkumný soubor a organizace výzkumu

Cílem výběru výzkumného vzorku v kvalitativním výzkumu není, aby reprezentoval určitou populaci, ale problém. Není konstruován náhodně, ale je záměrně vytvářen. (Švaříček, Šedřová, 2007) Záměrný výběr výzkumného vzorku je označením pro takový postup, kdy jsou cíleně vyhledáváni účastníci podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě jejich konkrétní (určená) vlastnost, nebo jejich stav, například příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině. (Miovský, 2006) Vybraní účastníci žijí v daném prostředí, dokonale jej znají a jsou schopni o něm podat věrné zprávy. (Gavora, 2008)

Typickým postupem je **prostý záměrný výběr (výběr úsudkem)**, kdy výzkumník znalý kontextů problematiky vybere účastníky sám. (Reichel, 2009) Vybírá takové jedince, kteří splňují dané kritérium, nebo soubor kritérií a jsou ochotni se do výzkumu zapojit. (Miovský, 2006)

V mém výzkumném šetření byl výběr výzkumného souboru záměrný. Výzkumný soubor je rozčleněn do tří částí. Informanty byli žadatelé (IZ), uživatelé (IU) a sociální pracovníce (IS). Níže uvádím kritéria výběru jednotlivých částí výzkumného souboru, popisují organizaci výzkumného šetření a charakteristiky jednotlivých informantů a informantek.

Kritériem výběru informantů – žadatelů (IZ) byla skutečnost, že mají podanou žádost o domov pro seniory. Požadavkem byla jejich praktická orientace všemi kvalitami tak, aby byli schopni odpovídat na položené otázky.

Kontakty na žadatele jsem získala se souhlasem ředitelky v rámci svého zaměstnání sociální pracovnice domova pro seniory. O spolupráci jsem rovněž požádala sociální pracovníci léčebny dlouhodobě nemocných. Z 16 vytipovaných žadatelů se podařilo uskutečnit 8 rozhovorů. V období, kdy bylo výzkumné šetření prováděno, se nepodařilo se 2 žadatelkami telefonicky spojit, 2 žadatelky účast odmítly, 2 žadatelé v mezidobí zemřeli a 2 žadatelky utrpěly úraz a byly hospitalizovány. Rozhovory se uskutečnily v průběhu května a června 2018 v Praze, a to v domácnostech žadatelů a ve 2 zařízení sociálních služeb, kde žadatelé právě čerpali pobytovou odlehčovací službu. V jednom případě si informantka přála, aby rozhovoru byla přítomna vnučka.

Následující tabulka charakterizuje informanty – žadatele (IZ) z hlediska věku, pohlaví, aktuálního místa pobytu a doby trvání podání žádosti.

Tabulka 2: Charakteristika informantů – žadatelů a žadatelek (IZ)

Informant/ka	Věk	Pohlaví	Místo rozhovoru	Doba podání žádosti
IZ 1	81	žena	Doma	1 rok
IZ 2	92	muž	Pobytová ODL	2 roky
IZ 3	84	muž	Pobytová ODL	8 měsíců
IZ 4	85	žena	Pobytová ODL	6 měsíců
IZ 5	86	žena	Pobytová ODL	2 měsíce
IZ 6	80	žena	Pobytová ODL	4 měsíce
IZ 7	84	žena	Doma	4 roky
IZ 8	78	muž	Doma	3 měsíce

Zdroj: vlastní

Druhou část výzkumného souboru tvořili uživatelé, tedy současní klienti sociální služby domov pro seniory. Kritériem výběru informantů – uživatelů (IU) byla skutečnost, že jsou klienty pobytové sociální služby domov pro seniory. Výzkumného šetření se nezúčastnil žádný muž. Informantky, které jsem znala ze svého zaměstnání sociální pracovnice domova pro seniory, jsem oslovila přímo. Druhou část informantek jsem kontaktovala prostřednictvím sociálních pracovníc

domovů pro seniory, které informantky předem oslovily, požádaly je o účast na výzkumném šetření a následně mě představily, čímž byla zvýšena důvěra informantek k účelu výzkumného šetření i k mé osobě. Z 15 oslovených klientek bylo 14 ochotných zapojit se do výzkumu. Rozhovory se uskutečnily v průběhu května a června 2018 ve 4 domovech pro seniory v Praze.

Následující tabulka charakterizuje informantky – uživatelky (IU) z hlediska věku a doby pobytu v domově pro seniory.

Tabulka 3: Charakteristika informantek – uživatelek (IU)

Informantka	Věk	Doba pobytu v DS
IU 1	86	6 let
IU 2	91	2 roky
IU 3	77	7 měsíců
IU 4	79	1 rok
IU 5	83	4 měsíce
IU 6	87	1 rok
IU 7	93	6 let
IU 8	93	3 roky
IU 9	94	2 roky
IU 10	82	2 měsíce
IU 11	86	6 let
IU 12	85	1 rok
IU 13	89	7 měsíců
IU 14	88	3 roky

Zdroj: vlastní

Třetí část výzkumného souboru tvořily informantky, které byly zaměstnané v domově pro seniory jako sociální pracovníce a měly zkušenost s jednáním se zájemci (žadatel) o službu a adaptačním procesem. Informantky jsem kontaktovala telefonicky a požádala je o účast ve výzkumném šetření. Z 11 oslovených sociálních pracovníc (ze 7 DS) jich 8 (z 5 DS) souhlasilo

s rozhovorem a splňovaly výše uvedená kritéria. Rozhovory byly realizovány v květnu a červnu 2018. Ve sjednaném termínu byl dle požadavku informantek proveden rozhovor buď na jejich pracovišti, nebo na veřejném místě.

Následující tabulka charakterizuje informantky z hlediska věku, dosaženého vzdělání a délky praxe v sociální práci v domově pro seniory.

Tabulka 4: Charakteristika informantek – sociálních pracovníc (IS)

Informantka	Věk	Vzdělání	Délka praxe v DS
IS 1	65	Mgr., DiS.	11 let
IS 2	52	DiS.	10 let
IS 3	35	Mgr.	9 let
IS 4	30	Bc., DiS.	6 let
IS 5	29	Mgr.	2 roky
IS 6	40	Mgr.	5 let
IS 7	53	DiS.	4 roky
IS 8	43	Mgr. Bc.	1 rok

Zdroj: vlastní

Informantky a informanti byli předem seznámeni s cíli výzkumu a účelem výzkumu. Během rozhovorů měli k dispozici předem připravené otázky, měly tedy přehled o struktuře témat a otázek probíhajícího rozhovoru. Rozhovory trvaly zpravidla 30 až 50 minut. Se souhlasem informantek a informantů byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány. Jeden vybraný přepis rozhovoru s informantkou - žadatelkou je uveden v příloze této práce.

V kvalitativním výzkumu existuje obecně přijímané pravidlo graduální konstrukce vzorku. To znamená, že vzorek není vytvořen v jednom momentě, ale je v průběhu sběru dat a jejich analýzy stále rozšiřován a redefinován. (Švaříček, Šed'ová, 2007) Vzorkování se řídí teoretickou saturací. Vzorek je nasycen, jestliže další data už nepřinášejí žádné nové informace. (Disman, 2002)

Pro kvalitativní výzkum je charakteristická intenzivní interakce výzkumníka s účastníky výzkumu. Podle Miovského (2006) výzkumník využívá sám sebe jako nástroj ke spoluutváření výzkumné situace. Je to výzkumník, který dává prvotní impuls k účasti ve výzkumu, proto nese větší díl odpovědnosti za vzniklou situaci, přesto je vzájemná pozice mezi účastníky výzkumu chápána jako rovnocenná a to v tom smyslu, že výzkumník o jednotlivých účastnících uvažuje jako o osobách nadaných vůlí a vlastním způsobem seberealizace. Respektuje individuální odlišnosti a poskytuje prostor, aby se mohly projevit. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) v kvalitativním výzkumu platí, že míra důvěry a otevřenosti účastníků vůči výzkumníkovi velmi silně ovlivňuje kvalitu získaných dat.

3.5 Předvýzkum

Předvýzkum slouží ke zmapování prostředí, do kterého chceme v rámci výzkumu vstoupit (Mioviský, 2006) a k ověření, zda výzkumné metody a postupy fungují v daných podmínkách a přinášejí očekávanou kvalitu dat. (Gavora, 2008) Cílem je testovat srozumitelnost a jednoznačnost otázek a minimalizovat tak omyly vyplývající z možného porozumění otázkám více než jedním způsobem. (Hendl, 2012)

V dubnu 2018 byl proveden předvýzkum. Předvýzkum byl proveden s nultou informantkou z každé ze tří částí výzkumného souboru, tedy se žadatelkou, uživatelkou a sociální pracovnící. Informantky odpovídaly na stejné otázky určené pro samotný výzkum. Bylo sledováno především to, zda otázky jsou pro informantky srozumitelné, zda jednoznačně porozuměly významu otázek a zda na ně dokáží odpovědět. Rovněž bylo sledováno, zda některá z položených otázek nepůsobí rozpaky, případně nevyvolává neochotu odpovídat.

V rámci předvýzkumu byla jedna otázka vyřazena a jedna přeformulována. Ostatní otázky se jevily jako jasné, informantky jim evidentně porozuměly a byly schopny na ně odpovědět. Žádná z otázek nebyla vyhodnocena jako vyvolávající nežádoucí negativní reakci a způsobující neochotu pokračovat v rozhovoru.

3.6 Etické principy výzkumu

Etické otázky hrají v sociálním výzkumu důležitou roli. Mezi základní etické principy výzkumu patří **informovaný souhlas**. To znamená, že se výzkumu účastní pouze ten, kdo s tím souhlasí a to teprve po poskytnutí úplné informace o podstatě, průběhu a okolnostech výzkumu. (Reichel, 2009) Účastník musí mít i **svobodu odmítnout** pokračovat ve výzkumu v jakékoli fázi. (Hendl, 2012) Zkoumání musí respektovat **anonymitu účastníka**, jeho identita nesmí být odhalena nikomu dalšímu. Při nebezpečí identifikace, například ze souvislostí ve zveřejňovaných informacích, musí být údaje vynechány nebo pozměněny. Osobní, citlivé a důvěrné informace je výzkumník povinen zajistit proti prozrazení či zneužití. Zásadně platí, že získaná data mohou být použita výhradně k výzkumným účelům. **Požíování zvukového nebo obrazového záznamu** lze pouze se souhlasem zkoumaných osob. Výzkum nesmí jakkoli ohrozit nebo poškodit zkoumané osoby. Je bezpodmínečně nutné respektovat **důstojnost a práva účastníků**. (Reichel, 2009) S ohledem na pochopení a správnou interpretaci závěrů výzkumu může být **zpřístupnění výsledků výzkumu** jeho účastníkům diskutabilní, nicméně pokud někdo z účastníků projeví zájem o výsledky výzkumu, má právo být o nich informován. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Při realizaci výzkumu jsem dbala na dodržování uvedených etických principů. Informantky byly předem seznámeny s tématem mé práce, cíli výzkumu a pro jaké účely bude zpracováván. Před provedením rozhovoru jsem všechny účastníky informovala o anonymitě rozhovorů a poskytnutých informací a rovněž o možnosti neodpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné, případně rozhovor kdykoli ukončit. Všichni informanti a informantky souhlasili s pořízením audionahrávky rozhovoru, která nebude zveřejňována a bude uložena v mém osobním archivu.

3.7 Rizika výzkumu

Kvalitativní výzkum má pružný a nestrukturovaný charakter, proto ho lze jen těžko replikovat. (Hendl, 2012) Každé zkoumání v reálných podmínkách je podle Reichela (2009) vždy jen redukcí časového kontinua. Zkoumané jevy a procesy jsou většinou

proměnlivé v čase. Tuto proměnlivost podle Gavory (2008) zahrnujeme do zkoumaného jevu.

Zkreslení může být způsobeno **výzkumníkem**, a to zejména prostřednictvím jeho nereflektovaných implicitních teorií, zkušeností, předpojatostí apod. Informace mohou být rovněž ovlivněny interakcí výzkumníka s prostředím a osobami. (Miovský, 2006) Je třeba zde zmínit také fenomén **zkreslení elitou**, který spočívá v úskalí, že výzkumník získá informace od informantů, kteří jsou oproti jiným v exkluzivním postavení. K tomuto zkreslení může dojít zejména tehdy, jsou-li účastníci výzkumu kontaktováni prostřednictvím autority dané instituce (např. sociální služby). Klienti, kteří jsou pracovníky doporučení k účasti ve výzkumu, mohou mít v instituci výsadní postavení, velmi dobré vztahy a tendenci dané zařízení chválit a negativní jevy spíše upozadit. (Miovský, 2006)

Podle Gavory (2008) je validita zajišťována zejména dlouhodobostí výzkumu, přímým kontaktem s realitou a rozsáhlým a velmi konkrétním, výstižným a přesným popisem, který je doplněn autentickými citacemi výroků zkoumaných osob. (Gavora, 2008)

Výstupy mého výzkumného šetření nejsou zobecnitelné, jsou platné pouze pro výzkumný soubor, se kterým jsem pracovala. Jelikož jsem sama byla zaměstnána jako sociální pracovnice domova pro seniory, mohlo dojít ke zkreslení mými vlastními zkušenostmi a názory na danou problematiku.

Výpovědi informantek - uživatelék, které jsem znala z doby, kdy jsem v konkrétním zařízení pracovala jako sociální pracovnice, mohly být negativně ovlivněny mou pozicí coby výzkumníka, což se mohlo projevit např. v úmyslném neuvedení nebo modifikaci některých informací nebo souvislostí. Totéž zkreslení se mohlo týkat i sociálních pracovníků. Domnívám se však, že tomu bylo spíše naopak, tedy, že informantky mně projevily své názory otevřeněji než nezávislému tazateli. Odpovědi všech informantů a informantek, které jsem neznala, mohly být ovlivněny nedůvěrou k neznámému tazateli. V případě informantek, které byly vybrány sociálními pracovníky daných zařízení, mohlo dojít ke zkreslení elitou, které bylo popsáno výše. Výzkumné šetření mohlo být také ovlivněno požadavkem na orientaci informantů všemi kvalitami, který však byl nutný, neboť informanti s kognitivní poruchou by nemohli podat relevantní informace.

4 Analýza a interpretace získaných informací

Tato kapitola se věnuje analýze a interpretaci informací získaných rozhovory s informanty a informantkami. Kapitola je rozdělena do podkapitol dle jednotlivých dílčích výzkumných cílů. Interpretace jsou doplněny doslovnými citacemi výroků informantek a informantů, tyto citace jsou ponechány v původním znění včetně gramatických chyb, nespisovných či hovorových výrazů. Citace jsou psány kurzívou a uvedeny v uvozovkách.

Kvalitativní analýza je podle Hendla (2012, s. 223) „...uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku.“ Spočívá v systematickém nenumerickém organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy. (Hendl, 2012) Účelem kvalitativní analýzy není přinést představu o rozložení jevu v populaci, ale poskytnout přesvědčivou evidenci o tom, že daný jev existuje a je určitým způsobem strukturován. Smyslem není poukázat na zajímavost nasbíraných informací, ale podrobit je systematické analýze a interpretaci. Úkolem výzkumníka je organizovat a zpracovat údaje skrze parafrázování, sumarizování a kategorizování a následně rozkrýt a interpretovat významy skryté ve sděleních informantů. Kvalitativní analýza nepředstavuje žádnou jednoznačně odlišitelnou fázi, ale prostupuje celým výzkumným procesem. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Analýza informací získaných z rozhovorů s informanty a informantkami byla provedena technikou otevřeného kódování. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech, které jsou těmito údaji reprezentovány. Během tohoto procesu výzkumník zvažuje a zkoumá svoje vlastní i cizí domněnky o jevu, což vede k novým objevům. (Strauss, Corbin, 1999) Otevřené kódování odhaluje ve shromážděných informacích určitá témata, kterým je přiřazeno označení. Kódovat lze slovo po slovu, podle odstavců, podle celých textů a případů. (Hendl, 2012) Jednotlivé kódy se na základě podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti sdružují. (Švaříček, Šed'ová, 2007) Seskupováním významově podobných kódů

identifikujeme obecnější kategorie. Hledáme také vlastnosti těchto kategorií, přitom je jedno, zda vlastnosti odvozujeme ze samotných dat, či zda pochází od respondentů nebo od výzkumníka. (Hendl, 2012)

Interpretace je chápána jako opětovné promýšlení již analyzovaného materiálu s ohledem na to, o čem nasbírané informace vlastně vypovídají, co nalezená schémata znamenají a především proč k popsaným jevům dochází. Kvalitativní výzkumná zpráva je deskriptivním a popisným textem ukazujícím a vykládajícím původní data. (Švaříček, Šedřová, 2007)

Následující interpretace jsou děleny dle dílčích cílů, z nichž každý v závěru obsahuje shrnutí.

4.1 Interpretace k dílčímu cíli 1

Dílčím cílem 1 bylo **zjistit, jaké důvody vedou seniory (žadatele) k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory.**

Tento cíl zjišťoval, jaká je situace seniorů, kteří se rozhodli podat žádost do domova pro seniory; jaké důvody je k podání žádosti vedly; jaké služby potřebují a zda je využívají; a zda jim pomoc poskytuje rodina či blízké prostředí.

K dosažení tohoto cíle jsem použila i odpovědi informantek - uživatelék (IU) služby, kterým byly položeny tytéž otázky jako informantům – žadatelům (IZ).

Rozhovory s informanty a informantkami přinesly zjištění, že někteří senioři podávají žádost o domov pro seniory se značným předstihem a to ještě v době, kdy tuto službu nepotřebují. Domnívají se, že čekací doba je dlouhá a v případě akutní potřeby umístění, je pro ně výhodou, pokud už mají žádost v evidenci příslušného zařízení. Někteří současní uživatelé měli žádost podanou 6 až 10 let. Žádost v těchto případech byla podávána „pro jistotu“, tedy pro případ budoucího zhoršení zdravotního stavu a nemožnosti zajistit potřebnou péči vlastními silami, za pomoci blízkých či terénních sociálních služeb. Druhou skupinu tvoří senioři, kteří žádost podávají v okamžiku aktuální nutnosti, kdy se pobyt v domácím prostředí stal nebezpečným, častěji však v situaci **hospitalizace v léčebně dlouhodobě**

nemocných v souvislosti s **radikální změnou zdravotního stavu**, případně čerpání pobytové odlehčovací služby, a nemožnosti návratu do domácího prostředí. V tomto případě se podání žádosti děje zpravidla na **doporučení lékaře**, viz výrok IU 2: „*Protože jsem doma padala. Padala jsem na zem a museli mě...no byla jsem v nemocnici a z nemocnice prostě už řekli, že sama bejt nemůžu.*“ či je spíše **přáním rodiny** než samotného seniora, což lze dokumentovat výroky a IU 3: „*Jenomže jsem potom dostala tu mozkovou příhodu, no a tím to teda přišlo už to, no a neteř řekla: ‚Nemůžeš bejt sama doma‘, no tak mě prostě, měla jsem to už dlouho podaný, tu žádost, no tak mě sem dali.*“ Tomu odpovídají důvody související se zdravotními obtížemi, zejména pády a imobilitou, které popisuje Kalvach (2004) a jsou zmiňovány v kapitole 1.5 *Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory*. Někteří lidé o domově pro seniory vůbec neuvažují, jako IU 1: „*Já jsem vůbec na to celý život nemyslela, že bych někdy skončila v domě důchodců. Nikdy. No, ale když jsem tohle viděla, že nemůžu chodit, tak holt mně nic jiného nezbylo.*“ Odchod do zařízení vnímají jako „*nutné zlo*“ (IZ 8) a jediné možné řešení situace a východisko z nouze.

Nejčastějším důvodem, který uváděli informanti a informantky pro podání žádosti o domov pro seniory, je **omezená schopnost chůze**, která vedla k **omezení soběstačnosti** nejprve v instrumentálních činnostech jako je nakupování, jízda hromadnými dopravními prostředky, úklid domácnosti. Některé informantky uváděly, že nebyly venku z bytu či domu několik let. Příčinou toho je nejen zhoršení schopnosti pohybu, ale i architektonické překážky bydlení, kdy i několik schodů je jen těžko překonatelným problémem. Informantky uváděly, že byt opouští výjimečně, nejčastěji z důvodu nutné návštěvy lékaře a v tom případě musí být „*sneseny*“ ze schodů, protože chůze po schodech i s pomocí jiné osoby je vyloučena. Tyto bariéry pak zvyšují závislost seniorů na pomoci druhých. Bezbariérové bydlení může prodloužit dobu, po kterou je člověk schopen fungovat v přirozeném prostředí. V případě omezení v oblasti pohybu je problematické i vykonávání běžných denních aktivit jako je zejména hygiena, použití toalety, oblékání atd. Schopnost samostatně nebo s pomocí provést hygienu a použít toaletu se jeví jako zcela zásadní kritérium, podle kterého někteří žadatelé hodnotí svou schopnost či možnost setrvání v domácím prostředí. Informantka IZ 7 uvedla: „*...abych vám po pravdě řekla, když takhle to vidím a nechtěj zatím, dokavad a hlavně já, dokavad se obstarám, hlavně*

tu hygienu a tak, že jo, tak to jako mě udržuje asi, že jsem tady doma. Ale jakmile bych nemohla sama sebe obstarat, tak je konec, tak bych chtěla hned někam jít.“ Soběstačnosti dle Topinkové (2011) a Vágnerové (2007) se věnuji v kapitole 1.5 *Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory* teoretické části práce.

Dalším uváděným důvodem je **osamělost**. Některými informanty a informantkami je tento fenomén spojován s ovdověním v posledních několika málo letech, někdy až s následným špatným psychickým stavem vyžadujícím odbornou intervenci. Osamělost může být způsobena nejen úmrtím životního partnera, ale také úmrtím dítěte či dětí, jak uvedla IU 3: *„Tam jsem měla podanou žádost, protože jsem říkala, že se bojím být sama, když umřel syn. Né bála, ale nechtěla jsem být na obtíž.“*

Samota je také spojována s nemožností vykonávat jakoukoliv činnost, jejímž prostřednictvím by bylo možné ji překonat. IZ 2 uvedl: *„Ta samota mi nedělala dobře. Totiž já když dřív, když jsem měl něco co dělat, jo, tak jsem se zabavil tou prací, jo, a já jsem pak neměl co dělat, no a nemoh jsem se nijak zabavit jo, no a prostě to na mě dolehlo jo. No a tady jsem se z toho jako dostal...“* Vzhledem k tomu, že u většiny informantů je primárním důvodem zhoršená chůze, případné využití klubů pro seniory a podobných zařízení, kde by měli možnost sociálních kontaktů, nebylo reálné. O důsledcích ovdovění, které může vést až k sociální izolaci, hovoří řada autorů, například Kalvach (2004), Vágnerová (2007), Ondrušová (2011). Tyto souvislosti jsou zachyceny v kapitole 1.5 *Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory* teoretické části práce.

Jedna z uživatelék uvedla, že je v domově pro seniory, protože je to pro ni jediná možnost, jak **žít společně s manželem**, jehož soběstačnost je natolik snížena, že vyžaduje pomoc druhé osoby téměř ve všech úkonech péče o vlastní osobu včetně drobnější dopomoci při podávání stravy. Zajištění potřebné péče v domácím prostředí nebylo možné ani s pomocí terénních služeb, byl několik měsíců hospitalizován v LDN mimo Prahu, manželé tedy žili rozděleni. Domov pro seniory jim umožnil společný život, přestože manželka potřebuje služby minimálně. Sama by do zařízení pravděpodobně přijata nebyla, neboť by nesplňovala podmínky přijetí a zřejmě by o službu ani neusilovala, protože pobyt v domácím prostředí zvládala sama za pomoci rodiny.

Pro některé seniory může život v domově pro seniory představovat určitou formu samostatnosti ve smyslu **nezávislosti na pomoci dětí**. Informantka IU 11 k tomu uvedla: „*Já mám velkou rodinu, mám tři děti a asi by nebyl problém, kdyby se o mě nějak rozdělily, ale nedovedla jsem si představit, že bych teda, že by se u mě nějak střídaly ty tři děti, jo. Prostě vždycky jsem měla snahu být samostatná.*“ S tím souvisí i preference odděleného bydlení, většina informantek a informantů žili před vstupem do domova pro seniory samostatně, ve svých bytech, odděleně od svých dětí. Některé informantky uvedly, že by přestěhování k dětem pro ně nebyla možná, ale ani žádoucí alternativa. To lze interpretovat jako touhu po samostatnosti a přání **nebýt na obtíž**. Žadatelka IZ 7 uvedla: „*Já v tom dletom jsem si jako usmyslela, že nesmím být nikomu na obtíž. Protože jsem viděla, že všichni jsou v letech, kdy musej do tý práce chodit, i finančně, tak jsem si řekla: ‚Nenaděláš holka nic‘ ...*“ Tyto důvody uvádí obdobně Vágnerová (2007), která je spojuje s pocity méněcennosti a zbytečnosti, kdy je akceptace profesionální pomoci vyjádřením snahy nebýt na obtíž a nezatížit rodinu svou nemohoucností, jak je popsáno v kapitole 1.5 *Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory* teoretické části práce.

Jedna z žadatelek sdělila, že jejím jediným důvodem pro odchod do domova pro seniory bylo nejprve přestěhování do domu dcery, a následné zjištění, že spolu nevychází a soužití je natolik problematické, že nezbývalo jiné řešení, neboť do původního bydliště se již vrátit nemohla, protože v něm bydlel vnuk. Jedna ze současných uživatelek uvedla, že její důvody byly převážně ekonomické, neboť nebyla schopna hradit vysoký nájem v bytě soukromého majitele a současně platit doplatky za léky, dopravu a další potřeby. Na žádné sociální dávky na bydlení údajně neměla nárok, pobírala příspěvek na péči I. stupně. **Rodinné a ekonomické důvody** uvádí Janečková (2005), jsou obsaženy teoretické části práce v kapitole 1.5 *Důvody seniorů pro podání žádosti o domov pro seniory*.

Několik současných uživatelek se vzhledem ke svému věku se domnívalo, že mají nárok na určitý **servis** a určité **právo nemít povinnosti** a nedělat nic. Jednalo se o informantky, které, ač vysokého věku, byly v oblasti mobility bez obtíží a v oblasti sebeobsluhy soběstačné. Například IU 9 uvedla: „*Já už jsem toho měla plný zuby, shánět jídlo, nakupovat a vařit a dejte pokoj, já už jsem toho měla plný zuby.*“

Většina informantů před přijetím do domova pro seniory využívá či využívala **terénní sociální služby**. Rozlišení, zda se jedná o sociální či jinou (komerční) službu nebylo možné. Informanti uváděli, že k nim dochází pečovatelka, která zajišťuje, co je třeba. Nejčastěji se jedná o nákupy, úklid, dovoz obědů; řídčeji o pomoc s hygienou či toaletou. Pomoc s péčí o vlastní osobu, zejména hygiena (celková koupel, mytí vlasů, stříhání nehtů) je u většiny informantů a informantek zajišťována s pomocí členů rodiny. Informantky a informanti využívají služeb **domácí zdravotní péče**, chodí k nim „sestřička“, která podává léky a provádí rehabilitační cvičení. Žadatelé také využívají služeb tísňové péče, kdy lze pomocí speciálního tlačítka v případě potřeby kdykoli přivolat pomoc.

Kromě naprosto soběstačných seniorů, u kterých došlo k náhlému výraznému zhoršení zdravotního stavu, využívají či před přijetím do domova pro seniory využívali téměř všichni informanti pomoci a podpory **neformální péče**. Vzhledem k tomu, že se jednalo o žadatele, kteří byli schopni žít v domácím prostředí, šlo nejčastěji o zajištění nákupů, úklidu, oprav v domácnosti či praní prádla. Žadatelé, kteří potřebovali větší pomoc, čerpali v době výzkumného šetření pobytovou odlehčovací službu. Důvody pro podání žádosti o domov pro seniory, které s časovým odstupem uvádí současní uživatelé služby domov pro seniory, jsou totožné s těmi, kteří uváděli informanti, kteří o službu teprve žádají.

Shrnutí

Mezi důvody, které vedly seniory k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory, převažuje zejména snížená soběstačnost související s omezením v oblasti mobility. Žádost o domov pro seniory podávali z obavy z budoucnosti, která souvisela se zhoršením zdravotního stavu a absolutní nesoběstačností. Častým důvodem byla také osamělost způsobená většinou ovdověním, někdy také úmrtím potomků. Zvyšující se závislost na pomoci druhých zjevně vyvolávala u seniorů přání nezatížit rodinu svou nesoběstačností a nebýt na obtíž. Někteří senioři žádali o domov pro seniory v situaci aktuální nutnosti související s radikálním zhoršením zdravotního stavu, často při hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných.

Důvodem odchodu do domova pro seniory byly také rodinné neshody v případě sdílené domácnosti, nebo ekonomické faktory vztahující se zejména k úhradě nájmu bytu. Důvodem bylo i přání žít společně s manželem či manželkou a to za okolností, kdy je jeden z manželů závislý na péči natolik, že není možné mu ji zajistit v domácím prostředí. Některé informantky uváděly jako důvod podání žádosti touhu po určitém komfortu, servisu a přání nemít povinnosti jako dříve. Většina informantů a informantek před přijetím do domova pro seniory využívala terénní sociální služby a neformální pomoc rodiny a přátel.

V tomto výzkumném šetření jsou interpretovány převážně stejné důvody a okolnosti k podání žádosti o domov pro seniory, které jsou uvedeny v teoretické části práce. Domnívám se, že teorie nehovoří o výše popsané okolnosti, kterou je odchod do domova pro seniory zcela soběstačného seniora z důvodu společného života s manželským partnerem. Od teorie se také odlišuje zjištění, že někteří senioři nechtějí zůstat ve svém přirozeném prostředí a za účelem získání určitého servisu a pohodlí odchází do domova pro seniory, neboť se domnívají, že mají právo nemít povinnosti a nedělat nic.

4.2 Interpretace k dílčímu cíli 2

Dílčím cílem 2 bylo **zjistit, jaké představy mají a jak vnímají pobytovou sociální službu domov pro seniory žadatelé o tuto službu.**

Tento cíl zjišťoval, jaké představy mají žadatelé o domově pro seniory; jaké očekávají služby (zdravotní, sociální); jak si představují život v domově pro seniory; podle čeho si žadatelé vybrali konkrétní zařízení a co (kdo) je při výběru ovlivnilo.

K dosažení tohoto cíle jsem použila i odpovědi informantek - uživatelék (IU) služby, kterým byly položeny tytéž otázky jako informantům – žadatelům (IZ).

Informanti a informantky uváděli, že si konkrétní zařízení vybrali zejména podle **lokality**, což znamená, že se domov pro seniory nachází v blízkosti jejich současného bydliště, nebo častěji v blízkosti bydliště jejich dětí či vnoučat. Při výběru domova tedy nehrála primární roli kvalita poskytovaných služeb,

ale zejména **místní a časová dostupnost** a tedy i větší **možnost intenzivnějšího kontaktu s dětmi** či jinými příbuznými. Zařízení v blízkosti současného bydliště si vybírali spíše informanti bezdětní nebo ti, jejichž příbuzní žijí v jiném městě a za seniorem dojíždí ze vzdálenějšího místa. Další zmiňovanou alternativou byl výběr zařízení v místě, kde informant strávil část svého života a jde tedy o návrat do místa, kde prožil své dětství či mládí.

Informanti – žadatelé, kteří na přijetí teprve čekají, měli o domově pro seniory představy spíše obecnějšího charakteru. Většina z nich vybrané zařízení nenavštívila a **nemají přesnou představu o tamějším prostředí**. Informace získali zprostředkovaně od příbuzných či přátel, kteří zařízení navštívili, nebo v něm sami pracují, případně znají někoho, kdo v něm pracuje nebo prostředí konkrétního domova zná. Někteří informanti čerpali informace ze sdělovacích prostředků, ponejvíce z novin vydávaných městskou částí a rovněž také „z doslechu“. Odpovědi reprezentuje výpověď IZ 1: *„Moje představa je, že jsem vděčná za každý podání, co mi dají k snídani a všechno, ale jestli můžu být doma, tak dokud můžu být doma, tak bych chtěla být doma. Moje představa je, že to je pro mě krajní případ...“* Informanti do svých představ promítají své nejzákladnější požadavky, v uvedené citaci je to zůstat doma a do jakéhokoli zařízení vůbec neodcházet. Informant IZ 2, jehož hlavní důvod podání žádosti je osamělost, uvedl: *„Jo, prostě si ho představuju tak jako, prostě normálně žít mezi lidma jo, no, jinak nějaký aby to byly nějaký zvláštní věci, to si nepředstavuju.“* Svou představu vyjádřila informantka – žadatelka IZ 5, která v době rozhovoru využívala pobytovou odlehčovací službu v zařízení, které současně provozuje domov pro seniory takto: *„No, já si myslím, že je tady takový jako klid, že si každý může odpočinout a nemusí se stresovat. Má to tady takové výhody, že je sám pro sebe a přitom ty ostatní neohrozí a je to moc dobré, opravdu se mi to líbí.“*

Obecnou představou a požadavkem zároveň je **přítomnost pečovatelského personálu** a zdravotníků, kteří v případě akutní potřeby mohou neprodleně poskytnout nebo zajistit poskytnutí pomoci. Tato představa a požadavek zároveň pramení ze zkušenosti informantů s pádem či úrazem v domácnosti, kdy informanti sdělovali, že leželi několik hodin doma na zemi většinou do chvíle, kdy přišla pečovatelka, nebo někdo z rodiny. Tuto představu lze spojovat s potřebou jistoty

a bezpečí dle Vágnerové (2008), o kterých je hovořeno v teoretické části práce v kapitole 1.6 *Představy seniorů o sociální službě domov pro seniory*.

Představy žadatelů, zvláště **negativní**, byly spojeny s jejich **předchozí zkušeností z pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných**. Jednalo se zejména o v podstatě permanentní pobyt na lůžku, nepřilíš ochotný personál, jednou či dvakrát denně nácvik chůze s rehabilitačním pracovníkem a jídlo nevalné chuti.

Představa domova pro seniory se samozřejmě pojí i s představou místa, kde člověk zemře. IU 5 uvedla: „*To víte, že jo. Jaký to tu bude, s kým budu a trochu jsem měla pocit, že je to konečná. Někdy jsem si večer řekla - Ježišmarja, vždyť tady už umřeš. Takový ty vnitřní pocity, to má asi každéj, tak to jsem měla. Ale musí to člověk brát tak, jak je život.*“ Podobně to charakterizuje i Hrozenská (2008), která uvádí, že odchod do domova pro seniory je často spojován s **očekávanou smrtí** a že tyto negativní pocity se nejčastěji projevují u těch, kteří mají zkušenost s pobytem v instituci, jak je popsáno v teoretické části práce v kapitole 1.6 *Představy seniorů o sociální službě domov pro seniory*.

Při podrobnějším dotazování na představy o běžném dni v domově pro seniory informanti uváděli **běžné denní činnosti**, jako například žadatelka IZ 6, která měla zkušenost s pobytovou odlehčovací službou, kterou v době rozhovoru využívala: „*Jako tady. ...Ráno mně brali krev, pak jsem byla od devíti hodin cvičit, pak jsem měla koupel, pak tu byl vnuk, i jídlo mezitím bylo, že jo, no a teď odpoledne jsem plonk.*“

Od některých informantek zazníval požadavek **jednolůžkového pokoje**. Vyzníval však spíše jako **obava ze spolubydlení** s neznámou osobou, se kterou by si nerozuměly, neměly by si co říci, případně by nebyla dobře snášenlivá a tolerantní. Tato obava souvisela jednak s **rozdílem ve vzdělání a sociálním statusu** a také s mentálním a psychickým zdravím spolubydlící. I když informantky samy uváděly, že se jim zhoršuje paměť, **dezorientovaný spolubydlící** je pro ně špatně přijatelnou variantou. Tyto obavy uváděly jak informantky - uživatelky, které už takovou zkušenost měly, tak informantky – žadatelky.

Jisté obavy také plynuly z **dodržování pravidelného režimu** zařízení, jednalo se však spíše než o jeho dodržování, o respektování zvyklostí daného domova. Například informant - žadatel IZ 8 uvedl: „*No, pak že tam budu mít zřejmě nějaký program, ale to si nejsem jistý, jestli by mi vyhovovalo. Protože to bude zřejmě nějaká taková činnost pro blbý, s odpuštěním, a to by mi asi nenaplňovalo, aspoň ne zatím.*“ Pokud by se informant nezúčastňoval, myslí si: „...*že bych byl branej jako nějaká nepřizpůsobivá zrůda.*“ (IZ 8)

Žadatelé se také domnívají, že by nebylo možné, aby se věnovali **běžným zálibám**, na které jsou zvyklí. Jednalo se například o sledování oblíbeného televizního kanálu, poslech rozhlasové bohoslužby apod. V teoretické části práce v kapitole 1.6 *Představy seniorů o sociální službě domov pro seniory* jsou tyto obavy popsány dle Vágnerové (2007), která je potvrzuje, když uvádí, že koníčky a zájmy jsou jiné, než když senioři žili doma, neboť se musí přizpůsobit aktuálním podmínkám.

Obavy uživatelů i žadatelů byly spojeny také s **absolutní nemohoucností** a úplnou neschopností chůze.

Téměř všichni informanti, kteří v čase rozhovoru čerpali pobytovou odlehčovací službu, hovořili v souvislosti s představami a očekáváními o tématu smrti. Přestože se jednalo o dočasný pobyt, vnímali ho v kontextu nejasné budoucnosti, kdy nevěděli, zda se vrátí domů, nebo zůstanou v tomto, případně jiném zařízení. Uváděli, že je sem rodina umístila, protože se o ně nemohou starat, chodí do zaměstnání apod., jsou nesoběstační, doma být nemohou. Informant IU 4 uvedl: „*Jak si ho představuju? Už aby byl konec. Nic jinýho. Je mi smutno, co víc...*“

Informanti – žadatelé většinou nenalezali nic, nač se v souvislosti s pobytem v domově pro seniory těší. Typicky odpovídali jako informantka IZ 4: „*...už to člověk bere, jak to je. To už jinak nejde.*“ Pouze jedna informantka – uživatelka uvedla, že se těšila, že bude mít zajištěnou stavu a nebude muset vařit, neboť to nemohla zvládnout a druhá velmi vítala kulturní hudební programy pořádané domovem.

Odpovědi informantů – uživatelů se od odpovědí informantů - žadatelů nijak výrazně nelišily. Rozdíl jsem zaznamenala pouze u informantů - uživatelů, kteří jsou

v domově pro seniory již řadu let a nastoupili jako soběstační jedinci. Jejich představa domova pro seniory byla spojena s odpočinkem a zálibami, kterým se chtěli věnovat v domově nebo i mimo domov. Například informantka IU 8 uvedla: „...to jsme všickly chodili do jídelny, to tu žádný... ležáci byli jenom ve 4. patře, víte, a jinak všichni jsme chodili. ...Já jsem si to představovala, že budu dělat tu zahrádku, víte, a že se tady budu bavit s těma dalšíma. ...protože já jsem taková ukecaná, ...takže jsem měla hned kolem sebe, bylo nás asi 5 ženskejch, chodily jsme na procházky, rozumíte, všude jsme chodily.“

Shrnutí

Z rozhovorů s informanty a informantkami vyplynulo, že si konkrétní domov pro seniory vybrali podle místa bydliště svých dětí nebo jiných příbuzných, kvalita poskytovaných služeb se ukázala jako druhotná.

Někteří informanti - žadatelé neměli příliš přesnou představu o prostředí domova pro seniory, do kterého žádost podali, ani o podmínkách a nabízených službách. Negativní představy byly spojeny s neochotou personálu, s absencí možnosti jakékoli činnosti a nekvalitní stravou. Další obavy byly spojeny s místem posledního pobytu v životě a očekávanou smrtí. Rozšířené byly také obavy ze spolubydlení s neznámým člověkem v jednom pokoji, ponejvíce s člověkem s kognitivní poruchou nebo pocházejícím ze zcela odlišného společenského prostředí. Obavy také působila nutnost dodržování režimu zařízení a nemožnost věnovat se oblíbeným činnostem. Negativní představy a obavy jsou rovněž spjaty s absolutní nesoběstačností, naprostou imobilitou a úplnou závislostí.

Většina Informantů nenacházela nic, nač by se v souvislosti s pobytem v domově pro seniory těšila, výjimku tvořila možnost návštěvy kulturních programů.

Představy seniorů v tomto výzkumném šetření se nijak výrazně neliší od představ, kterým je věnována kapitola 1.6 *Představy seniorů o sociální službě domov pro seniory*. Zajímavá pro mě byla skutečnost, že žadatelé, kteří na přijetí teprve čekají, neměli o domově pro seniory představy téměř žádné, nebo jen obecného charakteru a že výběr zařízení souvisí spíše s lokalitou než s kvalitou ubytování

a služeb. Překvapující bylo také vnímání domova pro seniory informanty, kteří v čase rozhovoru čerpali pobytovou odlehčovací službu a spojovali domov pro seniory téměř výhradně s tématem smrti.

4.3 Interpretace k dílčímu cíli 3

Dílčím cílem 3 bylo **zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu na pobytovou sociální službu domov pro seniory z pohledu uživatelů.**

Tento cíl se věnoval adaptaci seniorů na domov pro seniory s ohledem na popsané fáze a zkoumal, jak vnímají okolnosti (faktory), které adaptaci ovlivňují, samotní uživatelé služby.

Prostředí domova pro seniory (v tomto výzkumném šetření se jedná o 4 domovy) na první pohled působilo na všechny informantky dobře. Převážně hovořily o čistém, příjemném prostředí a milém personálu. Pozitivně hodnotí **předchozí znalost prostředí**, poskytovaných služeb, personálu i některých klientů. Jde zejména o případ, kdy informantka žila v bývalém penzionu pro seniory, jenž byl místně i organizačně spojen s domovem pro seniory a také o informantku, která pracovala se seniory jako dobrovolnice a zařízení znala a měla potřebné informace. Většina ostatních informantek prostředí předem neznala. Informantky, které byly přijaty do dvoulůžkového pokoje a nebyly se předem v daném zařízení podívat a neměly přesné představy a informace, byly záhy rozčarovány malými **rozměry pokoje**, z jejich pohledu nevyhovujícím nábytkem (například malou skříní) a podobně. Některé se domnívaly, že budou mít k dispozici jednolůžkový pokoj, ačkoli zařízení deklarovala, že převážnou část kapacity tvoří dvoulůžkové pokoje. O významu znalosti prostředí před vstupem do domova pro seniory hovoří zejména Kalvach (2004), jak je popsáno v teoretické části práce v podkapitole *2.3.2 Znalost prostředí před vstupem do domova pro seniory*.

Většina informantek – uživatelék byla ubytována ve **dvoulůžkových pokojích**. Otázky týkající se adaptace téměř všechny spojovaly se zvyknutím si na neznámého člověka, se kterým sdílí pokoj. Některé informantky uváděly, že to bylo velmi

obtížné, neboť spolubydlící se projevovaly nějakým způsobem rušivě, jedna z informantek dokonce hovořila o tom, že soužití bylo nesnesitelné, spolubydlící se k ní chovala neurvale, neustále jí něco vytýkala a napomínala ji. Jedna z informantek uvedla, že si v domově zvykla až po více než 2 letech, kdy se mohla přestěhovat na jednolůžkový pokoj.

Některé informantky uvedly, že si na prostředí a život v domově pro seniory zvykly hned. Například informantka IU 9 uvedla: „*Nepotřebuju. Ne, nepotřebuju. Já nikoho nepotřebuju a nepotřebuju si zvykat, já si zvyknu hned.*“

Sdílet pokoj s neznámým člověkem 24 hodin denně je velmi obtížné. Podaří-li se umístit k sobě uživatele, kteří si vyhovují, může být **spolubydlící** pro nově přichozího klienta pozitivním adaptačním faktorem. Informantka IU 3 uvedla: „*...a mám paní, je strašně hodná... Se vším mi pomohla, ze začátku jsem teda nemohla, že jo, na ty nohy. No a teď mně pomáhá i taky, no. ...paní byla strašně hodná, no tak to jsem měla kliku, že... Chodíme spolu, no prostě na jídlo a i na tu zahrádku, na tu terásku, no, je to bezvadný.*“ Naopak pokud si uživatelé nevyhovují, takzvaně si „nesedlí“, soužití je problematické, konfliktní, nebo naopak se uživatelé naprosto ignorují, je jediným řešením přestěhování. Informantkami často zmiňovaným problémem je kognitivní porucha jednoho ze spolubydlících. Jedná se o klienty například s poruchami paměti a myšlení, bloudící po pokoji a chodbách zařízení, se zpomalenými nebo žádnými reakcemi na podněty atd. Informantka IU 2 uvedla: „*...a navíc jsou to lidi nemocný, ale na hlavu, což je hrozný. To nemají, promiňte, dávat dohromady.*“ V tomto případě pak spolubydlící může působit jako negativní faktor, adaptačního procesu.

Pro někoho pozitivně, pro někoho negativně může působit i skutečnost, že v domově pro seniory se většina věcí děje společensky, kolektivně. Společně se jí, společné jsou volnočasové aktivity apod. Sdílel-li uživatel pokoj s jiným uživatelem, nemůže být prakticky nikdy sám, je zde naprostá **absence soukromí**. Této problematiky se dotýkají podkapitoly 2.3.4 *Ubytování* a 2.3.5 *Ztráta autonomie a soukromí*.

Často byl zmiňován také „**režim**“ **daného zařízení**, jehož vnímání informantkami bylo rozdílné, některým vyhovoval, nebo jej nevnímaly jako něco negativního, pro některé to byla okolnost, na kterou si jen těžko zvykaly. Informantka IU 14, která nevnímala režim tak striktně, uvedla: „*To není takovej režim, že byste musela. Prostě já do té jídelny nechci, tak mi to daj na pokoj. Když mám hlad, sním, když nemám*

hlad, nesním. Nikdo vás nehoní. Tady je to víc na těch pacientech, než na tom personálu.“ V kontextu režimu zařízení jde tedy převážně o stanovenou dobu vydávání jídla, tedy hlavně ranního vstávání. Informantka IU 1 v této souvislosti uvedla: *„Doma jste si mohla dělat, co chtěla, mohla jsem si vstát, kdy chtěla, tady je to na hodiny, oběd na hodiny, svačina, večeře, všechno jako na vojně, že jo. Tak to se mi samozřejmě nelíbilo. No ale je jasné, že při tolika lidech nemůže si každý jít, kdy chce na snídani, že jo, to není možné. Tak jsem si na to zvykla, no. Ale to víte, že třeba vo svátcích by třeba člověk chtěl spát do 9.00 nebo ležet, ale to není možné...Víte, když se na to zvykne, tak to nevadí.*“ V tomto kontextu záleží na jednotlivých zařízeních, do jaké míry jsou schopna se přizpůsobit individuálním požadavkům klientů. Ranní vstávání však nesouvisí pouze s podáváním snídaně, ale také s prováděním hygieny, což souvisí i s tolerancí a domluvou ohledně používání společných koupelen. Informantky uváděly, že sice nemusí vstávat, ale pakliže vstává spolubydlící, stejně je probudí ona nebo pomáhající personál, takže spát déle prakticky není možné. Rušivě v tomto smyslu může působit i přítomnost personálu, který pečuje o spolubydlící, která je na jejich pomoci závislá. Problematické je i sdílení koupelny a toalety s více osobami.

Téměř všechny informantky uváděly, že jim pomohlo **vlídné přijetí personálem**. Zvláště informantky, které přišly do domova pro seniory z léčebny dlouhodobě nemocných, si všimaly rozdílů v chování personálu. Například informantka IU 2 uvedla: *„Jo, sestřičky jsou opravdu dobrý. Opravdu. Vlastně to jsou mí jediný kamarádi....když jdu po chodbě, tak se pozdravíme, pokecáme a vidím je každý den. A oni nějakou srandu, já něco řeknu...“*

Přístupu personálu ke klientům je věnována podkapitola 2.3.8 *Pečující personál* teoretické části práce.

Většina informantek hovořila o tom, že jim usnadnily adaptaci **volnočasové aktivity** pořádané domovem. Šlo jednak o samotnou činnost, při které bylo možné vyrobit něco pěkného pro sebe nebo pro své blízké, případně jako prodejní exponát na výstavu, jejíž výtěžek bude věnován na nákup výtvarných potřeb pro volnočasové a aktivizační programy, ale také o přijetí a seznámení se s ostatními klienty i zaměstnanci. To dokresluje výrok IU 1: *„Zvykla, zvykla jsem si a hodně mě pomohlo na tý aktivizaci, že chodím na všechno, na dílnu a tu keramiku a tohle*

to a mě to baví. Protože sedět celý den na tom pokoji, to není možný i když člověk čte. ...Tak je dobrý, že teda ty děvčata jsou fajn na tý aktivizaci, tak tam ráda chodím...No, tak to jsem tady moc ráda, taky máme to cvičení a to je taky dobrý a vopravdu tím se zabývám ten čas. Sobota, neděle, to zas přijdou nějaké ty návštěvy, to za mnou sem choděj, to je jasný. Tak to takhle dělám, no.“

Informantky hovořily i o to, že často odpočívají, nedělají nic, aktivity v domově jsou dobrovolné, jsou klientům nabízeny, nikoli vnucovány. Například informantka IU 5 uvedla: *„Ano, že tu nejsem zalezlá. Zítřka mám paměť, že vždycky se něco najde a přijde mi to někdo nabídnout. Nenechaj nás tu ležet, to je taky důležitý.“*

Aktivizaci je v teoretické části práce věnována podkapitola 2.3.6 *Aktivizace* a rovněž je zmíněna v podkapitole týkající se základních činností poskytovaných domovem pro seniory 1.4.1 *Základní činnosti*.

Život před přijetím do domova pro seniory všechny informantky spojovaly zejména s péčí o domácnost, nákupy a vařením. Tyto činnosti nyní vykonávat nemusí, což je v naprosté většině velmi těší. **Život doma** a **život v domově pro seniory** podle informantek nelze nijak srovnávat. IU 1 uvedla: *„Ze začátku mně to vadilo, protože jsem byla zvyklá dělat, pořádk. ...No a teďko jsem se probudila, šla na snídání a teď co? Teď jsem neměla co dělat. Tak to se mně zdálo takový divný, ale dneska si říkáme, dneska bysme stejně nemohly vařit ani nic dělat a zaplat'pánbu, že to máme pod nosem. To je úplně jinej život doma.“* Čas dříve trávený péčí o domácnost a prací spojenou s přípravou jídla nyní informantky mohou využít pro volnočasové aktivity a **věnovat jej svým zájmům**. Informantka IU 9 tuto skutečnost vyjádřila následovně: *„Právě tím, že nevařím, je to výborný, takže si můžu víc číst a víc se věnovat křížovkám a takovýhle věci. Na televizi koukat, na nějaký zajímavý pořady, na ty blbosti né, ale nějak na to, co člověka zajímá.“*

Některé informantky uváděly, že nejtěžší pro ně nebylo ani tak zvyknout si na nové prostředí, ale spíše smířit se se skutečností, že **navždy opustily svůj domov** a věci, které byly památkami na jejich život. Například IU 10 uvedla: *Pro mě bylo nejtěžší to, že vůbec jsem se dostala někam mimo domov, poněvadž je to takové zvláštní, že si člověk odejde z domova, je to, to opustí to svoje, přijde do nového prostředí, musí se přizpůsobit, že jo. Já přizpůsobivej tvor jsem, takže mně to tak jako nevádí. Pak si říkám, na stáří už je třeba, aby o mě někdo pečoval, nemůžu spoléhat*

na rodinu a nemůžu se mnou nikoho vázat, tak to jako беру. Tady mně pomůžou.“ Jiné informantky uváděly, že nejtěžší bylo **zvyknout si na to, že už nejsou soběstačné**. V těchto případech je patrné, že přechod do domova pro seniory nebyl plánovaný a pozvolný, aby se na něho informantka mohla připravit. Pravděpodobně byl rychlý a souvisel s radikální změnou zdravotního stavu a nemožností vrátit se do domácího prostředí.

Odpovědi na otázky týkající se **každodenních zvyků** byly velmi různé. Některými informantkami byla skutečnost vnímána tak, že se jejich zvyky téměř nezměnily, některé ji naopak vnímaly jako změnu zásadní. Pokud se jejich každodenní zvyky změnilly, byla změna vynucena spíše zdravotním stavem, nikoli vstupem do domova pro seniory. Tyto skutečnosti dokládají následující výroky: „*Tak v celku ani ne. Ten denní pořádek je stejný, ranní vstávání, to všechno je podobný.*“ (IU 10) „*Já jsem se snažila dodržovat třeba to, co jsem praktikovala v tom svém životě, třeba cvičení. Já jsem každý den cvičila, protože jak jsem říkala, mám tu artritidu, že jo, to kloubní onemocnění a ... čili jsem si navykla denně cvičit. To jsem běžně zařazovala do všech dnů.*“ (IU 11) „*Zvyky, zvyky, ani snad ne. Ne, tady je taková ta volnost, že když se chci koupat, tak se jdu vykoupat. Když se chci jít projít, tak se jdu projít... Zvyky, zvyky, určitě už to není takový, jaký to bylo. No, už mi nejde ani tak číst, jak já bych chtěla, protože já mám ten šedý zákal, ještě jsem to nedala odstranit.*“ (IU 14) „*Nezměnily. Mám internet v mobilu, mám telefonování. Ne. Nemáme žádné povinné nástupy a hlášení...máme volno.*“ (IU 12) **Změna denního režimu** a nutnost jej alespoň minimálně dodržovat, byla pro některé informantky zpočátku obtížná, avšak jsou s touto skutečností srozuměny tím způsobem, že vzhledem k počtu klientů a personálu a zajištění stravování a pomoci s hygienou všem klientům, je třeba tento systém akceptovat. Některé informantky spojují svou nesoběstačnost a závislost na péči s **nemožností rozhodovat** a nutností žádat o pomoc, což bylo před vstupem do domova pro seniory spojováno s obavou z reakcí personálu a ochotou pomoci. Většina informantek – uživatelék však právě pomoc personálu považuje za samozřejmou a automatickou. Výše uvedené ilustruji výroky informantky IU 5: „*Moc, byla jsem odkázána na někoho. Už jsem si nemohla rozhodovat. Musíte si buď zazvonit, nebo o to říct, víte...už nejste soběstačná. Jste odkázána no. Ale musím říct, že tady ta péče je suprová.*“ Vnímání autonomie jako fyzické soběstačnosti popisují dle Sýkorové (2007) v podkapitole 2.3.5 *Ztráta autonomie a soukromí*.

Vazby s rodinou, případně s přáteli se klientkám daří dobře udržovat. Žádná z nich nevnímala svou situaci tak, že by vstupem do domova pro seniory byly kontakty s dětmi a blízkými oslabeny. U všech klientek zůstaly kontakty na stejné úrovni, jako byly v době, kdy ještě žily doma. Pokud kontakty absentují, byly takové i dříve.

Příchod nových klientů informantky příliš nevnímají. V zařízeních s velkou kapacitou přichází nových klientů poměrně velké množství, což není snadné sledovat. V zařízeních s jednolůžkovými pokoji dle informantek klienti vyhledávají soukromí a klid, vztahy se většinou omezují na zdvořilostní konverzaci. Informantky se s novými klienty mohou setkat v rámci společného stravování, aktivizačních činností a kulturních programů. **Nové vztahy** jsou navazovány především v rámci sdílení pokoje, ale někdy se tvoří i vícečlenné skupinky, které tráví čas společnými činnostmi, procházkami či společenskými hrami apod. Jedna z informantek zde našla partnera, sestěhovali se do společného pokoje. O navazování nových vztahů na začleňování do sociální skupiny hovoří řada autorů, například Vágnerová (2007), jejímuž pohledu se věnuji v podkapitole 2.3.1 *Dobrovolnost vstupu do domova pro seniory*, nebo Šimon (dle Hlaváčová, 2003), jehož hledisko je zachyceno v podkapitole 2.2 *Adaptace na domov pro seniory*.

Na otázku, jak se v domově pro seniory cítí, odpovídaly informantky, že se cítí dobře, nebo uváděly, že **už si zvykly a cítí se dobře**. Informantka IU 3 uvedla: „*No tak já nevím. No tak žiju zase prostě trochu jiným způsobem, ale je to všechno dobrý, no.*“ Některé informantky hovořily o tom, že v kontextu stáří, nemoci a imobility nemohou mít žádná velká očekávání. Požadavky jsou spojovány s dostatkem jídla, poskytnutím hygieny, případně doprovodem do jídelny. Nabídka a účast na aktivizačních programech je některými vnímána jako nadstandardní a nikoli samozřejmá.

Shrnutí

Nejčastěji zmiňovaným faktorem, který dle informantek - uživatelek ovlivnil jejich vlastní proces adaptace na domov pro seniory je spolubydlící klientka, se kterou

sdílely pokoj. Tento faktor může působit jak velmi pozitivně, tak velmi negativně. V souvislosti s představou, že budou žít v samostatném pokoji, se jevil pobyt ve dvouložkovém pokoji jako faktor negativně ovlivňující adaptaci, a to jednak v souvislosti s negativním působením spolubydlící a jednak v souvislosti s omezením soukromí. Téměř všechny informantky uváděly, že jim pomohlo vlídné přijetí personálem a také možnost účasti na kulturních a volnočasových aktivitách. Některé informantky sdělovaly, že nejtěžší pro ně nebylo ani tak zvyknout si na nové prostředí, ale spíše smířit se se skutečností, že navždy opustily svůj domov a věci, které byly památkami na jejich život. Pro jiné bylo nejtěžší zvyknout si na to, že už nejsou soběstačné. Změny týkající se každodenních zvyků byly některými informantkami vnímány tak, že se jejich zvyky nezměnily, některé je naopak vnímaly jako změnu zásadní. Změna denního režimu a nutnost jej alespoň minimálně dodržovat, byla pro některé z informantek zpočátku dosti obtížná. Vazby s rodinou, případně s přáteli, se klientkám daří dobře udržovat. Nikdo z nich nevnímal svou situaci tak, že by vstupem do domova pro seniory byly kontakty oslabeny. Nové vztahy jsou navazovány především v rámci sdílení pokoje, ale někdy se tvoří i vícečlenné skupinky, které tráví čas společnými činnostmi.

Rozdíl oproti teorii popsané v teoretické části práce spatřuji ve skutečnosti, že informantky neidentifikovaly jako faktor ovlivňující adaptaci dobrovolnost či nedobrovolnost vstupu do domova pro seniory. To však může být způsobeno tím, že si vliv vlastního rozhodnutí neuvědomují. Rovněž nereflektovaly jako vlivný činitel okolnosti, které podporují orientaci v prostředí domova. Často slábnoucí vnější vazby, o kterých hovoří Šimon (dle Hlaváčová, 2003) v kapitole 2.2 *Adaptace na domov pro seniory* se v tomto výzkumném šetření nepotvrdily, informantky naopak uváděly, že se jim daří udržovat vztahy s rodinou a blízkými a vnímají je jako vstupem do domova pro seniory nezměněné.

4.1 Interpretace k dílčímu cíli 4

Podle sociálních pracovníků vede seniory k podání žádosti o domov pro seniory zejména **zhoršení zdravotního stavu** a **osamělost**. Méně často jsou to **ekonomické**

důvody související s neschopností hradit nájem bytu, **bytové důvody** vztahující se ke kvalitě bydlení či absenci možnosti vlastního bydlení, či rodinné důvody pramenící ze špatných vztahů v rodině. Nejvíce jsou senioři při podání žádosti o domov pro seniory ovlivněni svým **zdravotním stavem** a z něho vyplývající **sníženou soběstačností**. Tato okolnost pak působí na rodinu, která má obavy jednak z toho, že senior nezvládne samostatné bydlení a jednak z toho, že nebude schopna zajistit péči v potřebném rozsahu ani s pomocí terénních služeb. Sociální pracovnice upozorňovaly na **zvyšující se věk seniorů při vstupu** do domova pro seniory a tedy i zvyšující se věk jejich rodinných příslušníků, v jejichž silách skutečně není zvládat náročnou péči o seniora. Například informantka IU 3 uvedla „...protože když teďka sem lidi nastupujou hodně ve vyšším věku, takže, když nám paní nastupuje v 90, tak dcerám je kolem 70. a občas těžko zvládají péči o člověka, který toho už potřebuje víc.“ Pokud jsou rodinní příslušníci ještě zaměstnáni, je pro ně obtížné zvládat souběžné nároky zaměstnání, péči o seniora a starost o vlastní rodinu. Podání žádosti je často také ovlivněno doporučením lékaře, či lékařem v LDN, odkud z poloviny či větší části senioři do domovů pro seniory přichází. Podle některých sociálních pracovnic pokud mají senioři náhled na situaci, rozhodují se o podání žádosti samostatně. Existují však i takoví, kteří odchod do domova pro seniory odmítají, přestože by s ohledem na jejich sníženou soběstačnost byla tato služba pro ně vhodná.

Jednání se zájemcem (žadatelem) o službu probíhá nejčastěji prvním kontaktem s rodinnými příslušníky seniora, samotným seniorem, ale například i se sociálními pracovnicemi jiných zařízení, nejčastěji LDN. Jedna z informantek uvedla, že ji kontaktují rovněž majitelé domů, jejichž nemovitost obývá údajně nesoběstačný senior, který neudrzuje hygienu a narušuje vztahy v domě a dotazují se, jak to udělat, aby si podal žádost do domova pro seniory. Zájemci (žadatelé) obdrží podrobné **informace o službě** a způsobu podání žádosti a následujícím procesu jejího přijetí, evidence, sociálního šetření, případně přijetí seniora. Pokud to dovoluje zdravotní stav seniora, je podle sociálních pracovnic vhodné, aby si senior osobně domov pro seniory prohlédl, získal potřebné informace a dostalo se mu odpovědi na všechny otázky. Po podání a zaevidování žádosti obvykle proběhne **sociální šetření**, při kterém jsou zjišťovány informace o nepříznivé sociální situaci žadatele, především jeho mobilita, schopnost péče o vlastní osobu, zejména oblast osobní hygieny,

použití toalety, oblékání apod., dále schopnost péče o domácnost, bytové podmínky s ohledem na bariérovost bydlení, rodinné podmínky, využívání terénních a ambulantních sociálních, zdravotních či jiných služeb. Je rovněž zjišťována úroveň komunikace a schopnost orientace, zvyklosti týkající se denního režimu, zájmy a záliby žadatele atd. Některé informantky uváděly, že se snaží zjistit vlastnosti a zvyky žadatele s ohledem na jeho umístění ve dvoulůžkovém či vícelůžkovém pokoji s dalšími spolubydlícími. Je pro ně důležité, aby si spolubydlící vyhovovali, neměli protichůdné zvyklosti a předešlo se tak případným konfliktům. Informantky ze dvou zařízení uvedly, že realizují dvě sociální šetření, a to po podání žádosti a před přijetím. První sociální šetření slouží především jako podklad pro rozhodnutí o zařazení žádosti do evidence či případné odmítnutí žádosti. V některých domovech se sociálního šetření účastní i zdravotní sestra, která zjišťuje informace o zdravotním stavu žadatele. Informování zájemců o službu a sociálnímu šetření se věnuje kapitola *1.7 Jednání se zájemcem o službu*.

Podle informantek většina žadatelů, kromě těch soběstačných, využívá sociální služby, zejména pečovatelskou službu, osobní asistenci a tísňovou péči. Řada žadatelů také využívá domácí zdravotní péči, a to zejména k podávání léků a rehabilitaci. Těmito a dalšími službami se zabývá kapitola *1.3 Sociální služby pro seniory*. Téměř všichni žadatelé kromě terénních sociálních služeb využívají pomoc rodiny. Rodina pomáhá seniorům s nejrůznějšími činnostmi, jedná se většinou o nákupy, praní prádla, pochůzky, doprovody a odvozy do zdravotnických zařízení, vaření či donášku jídla, úklid a údržbu bytu, dále často také o dohled a asistenci při celkové hygieně. Problematice domácí péče je věnována kapitola *1.2 Neformální péče* teoretické části práce.

Podpora klientů v adaptačním období se podle informantek zaměřuje v prvních dnech hlavně na **seznámení klienta s prostředím** domova a chodem zařízení. Na tyto aspekty se soustředí podkapitola *2.3.3 Podpora orientace v prostoru a čase* teoretické části práce.

Klientovi jsou ukázány prostory, které může využívat, dále je seznámen s pracovníky příslušného oddělení, sociálními, případně aktivizačními a rehabilitačními pracovníky a samozřejmě je představen spolubydlícím a klientům ve společné jídelně, na společenských a aktivizačních programech. Volnočasové, sociálně

terapeutické či aktivizační činnosti jsou klientům v adaptačním období pravidelně nabízeny. Klient v adaptačním období je pravidelně (v některých DS denně) navštěvován sociální pracovníci, v některých domovech pro seniory tzv. „adaptační“ pracovníci, jejíž náplní práce je zejména péče o nové klienty. Zjišťuje jeho spokojenost, přání, případně stížnosti. Současně v tomto období s klientem naváže spolupráci klíčový pracovník, který po ukončení adaptačního období pokračuje s klientem ve vytváření individuálního plánu. Individuálnímu plánování a práci klíčových pracovníků se věnuje podkapitola 2.3.7 *Individuální plánování sociální služby*.

Práce s rodinou klienta v adaptačním období se v různých zařízeních liší. V některých domovech jsou v rámci adaptačního období pořádány schůzky, kterých se kromě klienta a týmu pracovníků účastní také rodinní příslušníci. Schůzky slouží k zjišťování spokojenosti, úpravě individuálního plánu a zapojení rodiny do péče o klienta. Adaptační období je v domovech pro seniory bráno jako různě dlouhé období v závislosti na individualitě klienta, nejčastěji informantky hovořily o období 3 měsíců. Informantka IS 7 se domnívá, že: „... *taky je dobře těm klientům dát čas, protože i tato doba, za kterou si klient zvykne, je velmi odlišná. U někoho je to měsíc a u někoho i několik let. Prostě dát, dát čas a příležitost tomu člověku, aby si zvykl.*“

Informantkami nejčastěji zmiňovaným faktorem ovlivňujícím adaptaci klienta je **přístup personálu**. Například informantka IS 7 uvedla: „*Samozřejmě čím vlídnější a čím větší empatie a pochopení, protože ten klient je opravdu v těžké situaci, tak tím to všechno probíhá lépe.*“ Je třeba vzít v úvahu, že klient přichází do styku s pracovníky domova denně a to v opakujících se situacích, které jsou pro klienta zásadní, velmi osobní a intimní. S personálem nesouvisí pouze vlídný a chápající přístup, ale také otázky jeho fluktuace, neboť výměna personálu znamená i nutnost zvykat si stále na nové lidi, což může na klienty negativně působit. Informantka IS 6 tuto skutečnost charakterizovala takto: „*Aby se rozhodně nestřídali moc pracovníci v tom zařízení, aby tam byly známé tváře, na které si ten klient zvyká, vytváří si důvěru k těm pracovníkům i z hlediska toho, že probírají různé intimní věci i ta hygiena je dost intimní a zásadní pro toho klienta. Tak to hraje velkou roli.*“

Dalším významným faktorem je podle sociálních pracovníků **rodina**, která by neměla být nástupem seniora do domova pro seniory vyvázána z péče. Informantka IS 5 vyjádřila význam podpory rodiny takto: „*Když klient prostě ví, že ho tady odsouvaj,*

protože potřebují jeho byt, tak to bere jako hůř, než když ví, že mu našli to nejlepší, co mohli, že se o něj postarali a choděj za ním každý den, aby ta adaptace proběhla co nejlíp, a klienta podporují, chtějí pro něj opravdu to nejlepší, ale už to prostě doma nezvládaj.“ Z výpovědí informantek vyplynulo, že sice lze zaznamenat oslabení vztahů s rodinou či přáteli po přijetí seniora do zařízení, avšak nejedná se o pravidlo. Pomoc rodiny obvykle spočívá v návštěvách, přinášení věcí z domova, vycházkách po okolí domova apod. Některé rodiny se zapojují do péče například podáváním jídla, péčí o nehty a vlasy, ale i účastí na společenských programech, nebo jsou i protagonisty například hudebních představení.

Dalším zmiňovaným faktorem je **prostředí**, zejména jde podle sociálních pracovníků o **velikost pokoje**, zvláště v případě, že je pokoj sdílen s dalším klientem. Noví klienti a jejich rodiny jsou podporováni, aby vybavili pokoj klienta známými oblíbenými věcmi, fotografiemi, obrázky, drobnými předměty apod.

Zásadním způsobem může novému klientovi pomoci jeho **spolubydlicí**, pokud je soužití bezproblémové a klienti jsou si vzájemně nějakým způsobem sympatičtí. V opačném případě může spolubydlicí toto obtížné období nově přichozímu klientovi ještě více znesnadnit. Podle některých informantek **přístup personálu a vztahy se spolubydlicím ovlivňují adaptační proces výrazněji** než ostatní faktory.

Vztahy s personálem i s ostatními klienty souvisí i s **povahou klienta a schopností přizpůsobit se**. Informantka IS 7 to vyjádřila takto: *„No myslím, že to zásadně souvisí s očekáváním, protože pokud, pokud někdo je silně introvertní a dostane se do dvoulůžkového pokoje, tak tam může nastat takový pocit rozčarování. Myslím si, že to hodně záleží i na povaze toho klienta, že někdo je nastaven tak, že se rychle, relativně rychle přizpůsobí, někdo je zas málo pružný, málo přizpůsobivý.“* Některé informantky považují za hlavní faktor **vliv rozhodnutí**. Podle jejich zkušenosti velmi záleží na tom, zda se senior rozhodne opravdu sám a vnímá odchod do domova pro seniory jako jistotu snadno dostupné pomoci ve chvíli, kdy už nebude možné jeho setrvání v domácím prostředí. Negativně se v tomto okamžiku jeví nátlak rodiny či zařízení, například nemocnice či LDN. Informantka IS 2 uvedla: *„Měla jsem tu pána, rozesmátého, který je soběstačný naprosto a přišel si podat žádost*

s úsměvem na rtech, protože jenom chce mít jistotu, že bude o něj postaráno, protože nemá rodinu a věřím, že takovýhle člověk, takhle rozhodnut, se adaptuje dobře. Pak samozřejmě jsou lidé, kteří jako váhají, jsou do té žádosti tlačeni rodinou, jak jsme o tom mluvili, mám zkušenost, že tihle lidé se adaptují hůř, protože prostě, pokud nechtějí ten svůj domov opustit, tak logicky ta adaptace probíhá hůř.“ O vlivu rozhodnutí na průběh adaptačního procesu pojednává podkapitola 2.3.1 *Dobrovolnost vstupu do domova pro seniory.*

Vliv má podle jedné z informantek také **spiritualita** nových klientů. Někteří senioři, kteří v mládí praktikovali víru se podle informantky vrací k náboženství a je třeba jim umožnit účast na náboženských obřadech, rozhovor s duchovním apod. Tyto okolnosti mohou významně přispět k pozitivnímu průběhu adaptace klienta na domov pro seniory. Významem spirituality pro seniory v období adaptace se zabývá podkapitola 2.3.10 *Spiritualita.*

Dalším významným faktorem jsou **aktivizační programy**, kulturní pořady, výlety, možnost chodit ven, například do zahrady apod. Prostřednictvím těchto činností má klient možnost nejen vyrobit něco pěkného, užitečného pro sebe nebo pro své blízké, ale také trávit čas s jinými lidmi, tedy nebýt sám. Má možnost také sdílet své pocity a obtíže s klienty, kteří tímto náročným obdobím prošli.

Většina informantek uvedla, že **adaptace je velmi individuální záležitost**. Někteří klienti se přizpůsobí rychle, téměř hned se účastní aktivizačních programů a kulturních akcí, jiní se dlouho do žádných společných aktivit nezapojují, individuální aktivizaci odmítají, nechtějí jíst ve společné jídelně, prakticky nevychází z pokoje. Informantka IS 4 vystihla adaptaci podobně, jako je popsána Pacovským (1994) v kapitole 2.2 *Adaptace na domov pro seniory* v teoretické části této práce, který rozlišuje adaptaci dobrou, zhoršenou a nedostatečnou. „*Když se někdo adaptuje dobře, tak chodí třeba a může chodit a třeba chce chodit, my ho doprovodíme, ...rodina funguje, tak třeba jde na návštěvu k rodině nebo přijdou na návštěvu, jde na zahradu, najde si tam nějakýho kamaráda, kamarádku, přítelkyni, popovídaj si, choděj na procházky, na aktivity, třeba to tam taky takhle máme. ...No, je nespokojený, že jo, stěžuje si třeba, nechce nic přijmout, nudí se, může upadat do deprese, ... do smutnejch nálad, do toho, že chce domů.“*

Z hlediska fází popsala informantka IS 5 proces adaptace jako fázi zklamání a strachu ze smrti, fázi zapojení se do aktivit a fungování domova a fázi smíření. „...na začátku je to takový zklamání, úzkost, teď já sem přijdu a tady to je ta postel, na který já umřu, tady já dožiju a prostě umřu, protože teď mě sem jako strčili, ale potom, pokud ten klient se zapojuje, je to asi možná na rozpoložení klienta nebo na povaze toho klienta, jestli se ten klient zapojuje do fungování toho domova, a těch aktivit toho domova, tak potom zjišťují, že to vlastně není takový, že to dožití je kvalitní, že se tam prostě něco děje, tady teďkom, potom takový jako smíření a i vlastně dožití a prožití toho zbytku života.“ Tento popis lze vnímat jako podobný fázím Pichauda a Thureauové (1998) dle Elisabeth Kübler – Rossové uvedený v podkapitole 2.2. *Adaptace na domov pro seniory*.

Sociální pracovnice vidí významnou souvislost mezi adaptačním procesem a **individuálním plánováním**. Zdůrazňovaly, že je třeba klienta dobře poznat a zhodnotit jeho potřeby. Pokud jsou potřeby dobře popsány, může individuální plán odpovídat realitě. Individuální plán je v době adaptace přehodnocován a aktualizován tak, aby byla podpořena soběstačnost klienta, tedy aby mu byla poskytnuta pomoc s tím, co už nezvládne a podpora v oblastech, které je schopen si obstarat sám. Informantka IS 7 tento princip vyjádřila následovně: „*Určitě záleží na tom, jestli ten individuální plán je dobře nastaven úplně na začátku, jestli potřeby, všechny potřeby, jsou dobře vlastně popsány a tím pádem i ta pomoc jestli odpovídá realitě, a právě v tom adaptačním období se tohle neustále prověřuje, tak abychom toho klienta buď nepřepečovali a dali mu šanci, aby to co zvládne, to co je v jeho silách, tak aby prováděl sám, a tím mu samozřejmě zase získal pocit určité, určitého uspokojení, že se mu daří zvládnout to, co pro něj dřív bylo samozřejmostí.*“ Tímto tématem se zabývá podkapitola 2.3.7 *Individuální plánování sociální služby* teoretické části práce.

Shrnutí

Podle sociálních pracovnic vede seniory k podání žádosti o domov pro seniory zejména zhoršení zdravotního stavu a osamělost. Méně často jsou to ekonomické,

bytové či rodinné důvody. Nejvíce jsou senioři při podání žádosti o domov pro seniory ovlivněni svým zdravotním stavem a z něho vyplývající sníženou soběstačností. Tato okolnost pak působí na rodinu, která má obavy jednak z toho, že senior nezvládne samostatné bydlení a jednak z toho, že nebude schopna zajistit péči v potřebném rozsahu ani s pomocí terénních služeb. Informantkami nejčastěji zmiňovanými faktory ovlivňujícími adaptaci klienta na domov pro seniory jsou: přístup personálu, podpora a spolupráce rodiny, prostředí domova pro seniory a velikost obývaného pokoje, vztahy mezi novým a stávajícím klientem sdílejícími jeden pokoj, povahové vlastnosti klienta a jeho schopnosti přizpůsobit se. Rovněž považují za podstatný faktor dobrovolnost rozhodnutí odejít do domova pro seniory a možnost navštěvovat aktivizační, společenské a kulturní programy. V kontextu individuálního plánování vidí jako podstatnou podporu soběstačnosti klienta, tedy poskytnutí pomoci s tím, co už nezvládne a podporu v oblastech, které je schopen si obstarat sám.

Zkušenost sociálních pracovníků s důvody, které vedou seniory k podání žádosti o domov pro seniory je totožný s pohledem samotných seniorů – žadatelů. Faktory, které ovlivňují proces adaptace, vnímají sociální pracovníci zčásti obdobně jako uživatelky služby. Rozdíl lze vidět v tom, že sociální pracovníci vnímají jako podstatný faktor dobrovolnost či nedobrovolnost rozhodnutí, podporu orientace v prostředí domova a také souvislost s povahovými vlastnostmi klienta a schopností přizpůsobit se. Informantky - uživatelky tyto faktory ve výzkumném šetření nezmiňovaly.

Závěr

Tématem mé práce byla pobytová sociální služba domov pro seniory z pohledu žadatelů, uživatelů a sociálních pracovníků. Cílem práce je představit domov pro seniory jako jednu z pobytových sociálních služeb, popsat přechod seniorů z přirozeného sociálního prostředí do domova pro seniory v kontextu důvodů, které je k tomu vedou, a představ, které o této službě mají; nastínit možnosti využití terénních a ambulantních sociálních služeb a neformální péče a identifikovat faktory ovlivňující adaptaci seniora na život v domově pro seniory. Tento cíl byl stanoven v kontextu myšlenky, že adaptační proces nelze zkoumat odděleně od důvodů a představ seniorů o sociální službě domov pro seniory, neboť tyto okolnosti jej zásadním způsobem ovlivňují.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak vnímají svou situaci žadatelé o přijetí do pobytové sociální služby, uživatelé služby domov pro seniory a sociální pracovníci těchto služeb.

V rámci tohoto výzkumného tématu jsem si stanovila následující čtyři dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké důvody vedou seniory (žadatele) k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaké představy mají a jak vnímají pobytovou sociální službu domov pro seniory žadatelé o tuto službu.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jaké okolnosti (faktory) ovlivňují průběh adaptačního procesu na pobytovou sociální službu domov pro seniory z pohledu uživatelů.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jakou zkušenost mají sociální pracovnice domovů pro seniory s jednáním se zájemcem (žadatelem) o službu a adaptací uživatelů na domov pro seniory.

V teoretické části práce byla popsána pobytová sociální služba domov pro seniory, důvody, které vedou seniory k podání žádosti, a představy, které mají o této službě. Dále byl věnován prostor možnostem neformální péče o seniory a sociálním službám, které lze využít k podpoře života seniorů v přirozeném sociálním prostředí. Pozornost byla soustředěna na koncept jednání se zájemcem o službu a nejvýznamnější faktory, které ovlivňují průběh adaptačního procesu.

K naplnění výzkumných cílů byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Tento přístup se osvědčil. Byly získány informace o názorech žadatelů, zkušenostech uživatelů a pohledu sociálních pracovníků na sociální službu domov pro seniory a adaptační proces, což bylo hlavním cílem výzkumného šetření. Rovněž metoda polostrukturovaného rozhovoru se ukázala jako vhodná, umožnila věnovat se všem předem určeným tématům a získat odpovědi na výzkumné otázky, čímž bylo dosaženo vytyčených dílčích cílů.

Mezi důvody, které vedly seniory k podání žádosti o pobytovou sociální službu domov pro seniory, převažuje zejména snížená soběstačnost související s omezením v oblasti mobility. Jednalo se buď o akutní stav nebo o obavy z budoucnosti, které souvisely zejména s absolutní nesoběstačností. Častými důvody byla také osamělost a zvyšující se závislost na pomoci druhých, která vyvolávala u seniorů přání nezatížit rodinu svou nesoběstačností a nebyť na obtíž. Důvodem odchodu do domova pro seniory byly také rodinné neshody nebo ekonomické problémy. Důvodem bylo i přání žít společně s manželem či manželkou, a to za okolností, kdy službu z důvodu nesoběstačnosti potřebuje pouze jeden z manželů. Některé informantky uváděly jako důvod podání žádosti, že toužili po určitém komfortu, servisu a nechtěli mít povinnosti jako dříve.

Z rozhovorů s informanty a informantkami vyplynulo, že si konkrétní domov pro seniory vybrali podle místa bydliště svých dětí. Dostupné informace o zařízení a kvalitě poskytovaných služeb se ukázaly jako druhotné. Informace žadatelé získali zpravidla zprostředkovaně, zařízení předem osobně nenavštívili. Většina informantů - žadatelů neměla příliš přesnou představu o prostředí domova pro seniory ani o podmínkách a nabízených službách. Negativní představy byly spojeny s neochotou personálu a s absencí možnosti jakékoli činnosti. Obavy byly spojeny s místem posledního pobytu v životě a očekávanou smrtí. Rozšířené byly také obavy ze sdílení pokoje s neznámým člověkem, poněkud s člověkem s kognitivní poruchou nebo pocházejícím ze zcela odlišného společenského prostředí. Obavy také působila nutnost dodržování režimu zařízení a nemožnost se věnovat oblíbeným činnostem. Negativní představy a obavy byly také spjaty s absolutní nesoběstačností, naprostou imobilitou a úplnou závislostí.

Nejčastěji zmiňovaným faktorem, který dle informantek - uživatelék ovlivnil jejich vlastní proces adaptace na domov pro seniory, byla spolubydlící klientka, se kterou sdílely pokoj. Nově navázaný vztah byl často velmi pozitivním nebo naopak velmi negativním adaptačním faktorem. V této souvislosti hrálo významnou roli omezené soukromí. Téměř všechny informantky uváděly, že jim pomohlo vlídné přijetí personálem a také možnost účasti na kulturních a volnočasových aktivitách. Některé informantky uváděly, že nejtěžší pro ně nebylo ani tak zvyknout si na nové prostředí, ale spíše smířit se se skutečností, že navždy opustily svůj domov a věci, které byly památkami na jejich život. Změny týkající se každodenních zvyků byly některými informantkami vnímány tak, že se jejich zvyky téměř nezměnily, některé je naopak vnímaly jako změnu zásadní. Žádná z informantek nevnímala svou situaci tak, že by vstupem do domova pro seniory byly kontakty s rodinou a blízkými oslabeny. Nové vztahy byly informantkami navazovány především v rámci sdílení pokoje.

Podle sociálních pracovníků vede seniory k podání žádosti o domov pro seniory zejména snížená soběstačnost vyplývající ze zhoršení zdravotního stavu a osamělost. Méně často jsou to ekonomické, bytové či rodinné důvody. Obavy rodiny, že nebude schopna zajistit péči v potřebném rozsahu ani s pomocí terénních služeb a senior nezvládne samostatné bydlení, velmi často výrazně ovlivňují rozhodnutí seniorů odejít do domova pro seniory. Informantkami nejčastěji zmiňovanými faktory ovlivňujícími adaptaci klienta na domov pro seniory je přístup personálu, podpora a spolupráce rodiny a prostředí domova. Zásadní roli hraje vztah mezi novým a stávajícím klientem, sdílí-li jeden pokoj, povahové vlastnosti klienta a jeho schopnost přizpůsobit se. Rovněž považují za významný faktor dobrovolnost rozhodnutí odejít do domova pro seniory a možnost navštěvovat aktivizační a společenské programy. V kontextu individuálního plánování vidí jako podstatnou podporu soběstačnosti klienta, tedy poskytnutí pomoci s tím, co už nezvládne a podpora v oblastech, které je schopen si obstarat sám.

V souvislosti se závěry výzkumného šetření lze konstatovat, že informovanost žadatelů o službu domov pro seniory je velmi nízká. Bylo by vhodné, aby se žadatelům a zájemcům o službu dostalo podrobných informací, například formou detailně zpracovaného písemného materiálu o konkrétním zařízení a poskytovaných službách a také spoluprací s dalšími sociálními službami pro seniory. Rovněž

se v tomto kontextu nabízí prostor pro větší otevření zařízení komunitě, a to například formou pořádání kulturních programů přístupných nejen klientům domova, ale i ostatním seniorům a veřejnosti. Tato otevřenost spolu s informovaností by mohla usnadnit seniorům adaptační proces a současně být zdrojem sociálních kontaktů pro stávající klienty. V rámci adaptačního procesu lze doporučit praxi zmiňovanou jednou z informantek - sociální pracovníci, a to pořádání schůzek, kterých se kromě klienta a zástupců týmu pracovníků účastní také rodinní příslušníci. Schůzky mohou sloužit k zjišťování spokojenosti, úpravě individuálního plánu a zapojení rodiny do péče o klienta.

Práce by mohla poskytnout náměty pro všechny, kteří se budou zabývat prací se seniory v kontextu pobytové sociální služby, zejména pro jednání se zájemcem (žadatelem) o službu a podporu klientů v adaptačním období. Seniorům a neformálním pečovatелům může být přínosným informačním materiálem.

Zvolené téma se ukázalo velmi široké, proto jej tato práce nemohla obsáhnout zcela vyčerpávajícím způsobem. V rámci dalšího výzkumného šetření by například bylo možné zpracovat názory uživatelů a uživatelék, kteří se právě nachází v procesu adaptace, nebo zaměřit výzkumné šetření podle pohlaví, tedy na ženy a muže.

Seznam použité literatury

Monografie a odborné stati

ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-044-6.

BALDOCK, John; ELY, Peter. Social care for elderly people in Europe. In: ELY, Peter; MUNDAY, Brian, Eds. *Social care in Europe*. 1st publ. London: Prentice Hall International, ©1996. xiv, s. 195 - 225. ISBN 0-13-354193-2.

BICKOVÁ, Lucie; HRDINOVÁ, Dana. Proces individuálního plánování. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

BROMLEY, Denis. B. *Psychológia ľudského starnutia*. Bratislava: Smena, 1974. Spektrum; Zv. 6.

ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBDNER, Jan, KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČERMÁKOVÁ, Kristýna; JOHNOVÁ, Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk; ČELEDVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk; ČELEDVÁ, Libuše. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 408 s. ISBN 80-246-0139-7.

DESSAINTOVÁ, Marie-Paule. *Nezačínajte stárnout: [jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně]*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.

- FRIEDMANN, Václav. Aktuální problémy sociální péče. In: MÜHLPACHR, Pavel. Ed. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. s. 98 – 107. ISBN 80-210-3838-1.
- GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.
- GILLERNOVÁ, Ilona. *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna, 2000. ISBN 80-7168-683-2.
- HABRCETLOVÁ, Lada. Sociální záležitosti. In: HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. s. 177 – 197. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HAICL, Martin. Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- HAICL, Martin; HAICLOVÁ, Veronika. Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0221-9.
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675691.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HLAVÁČOVÁ, Gabriela. Přejít seniorů do domova důchodců. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2003. roč. 21, č. 2, s. 153 - 166. ISSN 1213-624.

HROZENSKÁ, Martina. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, ©2008. ISBN 978-80-8063-282-3.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

JANEBOVÁ, R. *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 120 s. ISBN 978-80-7435-374-1.

JANEČKOVÁ, Hana. *Sociální práce se starými lidmi*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. s. 163 – 194. ISBN 80-7367-002-x.

JANEČKOVÁ, Hana. *Vysoké stáří*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013a. s. 369 – 373. ISBN 978-80-262-0366-7.

JANEČKOVÁ, Hana. *Domovy pro seniory*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013b. s. 434 – 438. ISBN 978-80-262-0366-7.

JANEČKOVÁ, Hana. *Reminiscence/reminiscenční terapie*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013c. s. 287 – 290. ISBN 978-80-262-0366-7.

JANEČKOVÁ, Hana. *Validace*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013d. s. 141 – 144. ISBN 978-80-262-0366-7.

JANEČKOVÁ, Hana. *Preterapie*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013e. s. 275 – 277. ISBN 978-80-262-0366-7.

JANEČKOVÁ, Hana; KALVACH Zdeněk, HILMEROVÁ, Iva. *Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace*. In: KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 436 – 450. ISBN 80-247-0548-6.

JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.

- JERÁBEK, Hynek; MORAVCOVÁ, Lucie. Rodinná odpovědnost a altruistické chování pečujících. In: JERÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.
- KAJANOVÁ, Alena; DVOŘÁČKOVÁ, Olga; STRÁNSKÝ, Pravoslav. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2017. ISBN 978-80-7394-639-5.
- KALVACH, Zdeněk a kol.. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KAMANOVÁ, Irena. Adjustácia. In: *Slovensko-pol'ský krátky slovník sociálnej práce = Skrócony słownik słowacko-polski praca socjalna i zarządzanie*. Warszawa: Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego, 2016. s. 15 - 18. ISBN 978-83-87897-17-8.
- KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
- KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. 4. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, 2012. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-748-5.
- KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Stacionáře. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 431 – 432. ISBN 978-80-262-0366-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. Učební text (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví). ISBN 80-7013-187-x.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- LANGMEIER, Josef ; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- LEVICKÁ, Jana. *Rodina, její úlohy a funkce v kontextu doby*. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana; LEVICKÁ, Jana; VOSEČKOVÁ, Alena; MYDLÍKOVÁ, Eva. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatелů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 7 - 25. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

- LIPNER, Milan. Základní principy bydlení seniorů z hlediska sociálního a sociálně-zdravotního. In: GLOSOVÁ, Dagmar. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006. s. 31 - 49. ISBN 80-7366-057-1.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost. 1. díl*. Praha: Grada, 2010a. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost. 2. díl*. Praha: Grada, 2010b. ISBN 978-80-247-3185-8.
- MOJŽÍŠOVÁ, Adéla; EISERTOVÁ-BICKOVÁ, Jaroslava. Zooterpie a zoorehabilitace. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 285 – 287. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MOTLOVÁ, Lenka. Sociální práce se seniory. In: MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, Ed. *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.
- MÜHLPACHR, Pavel; STANÍČEK, Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.
- MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-90-30-70-1-9.
- MYDLÍKOVÁ, Eva. *Zátěžové situace v kontextu rodinné péče o seniora*. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana; LEVICKÁ, Jana; VOSEČKOVÁ, Alena; MYDLÍKOVÁ, Eva. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Hradec

Králové: Gaudeamus, 2015. s. 83 - 101. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

NAVRÁTIL, Pavel. Posouzení životní situace: úvod do problematiky. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2007. roč. 2007, č. 1, s. 72 - 86. ISSN 1213-624.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

PICHAUD, Clément a THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložila Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8.

SAK, Petr; KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.

SLAMĚNÍK, Ivan; JANOUŠEK, Jaromír. Prosociální chování. In: VÝROST, Jozef; SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 285 – 301. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele. MPSV, 2008.

- STRAUSS, Anselm L.; CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
- SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.
- ŠÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. Studijní opory. ISBN 978-80-244-2893-2.
- ŠVANCARA, Josef. Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří. In: KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 103 – 115. ISBN 80-247-0548-6.
- ŠVARŤÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- TOPINKOVÁ, Eva; NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Problematika neformální péče z pohledu pečovatелů*. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana; LEVICKÁ, Jana; VOSEČKOVÁ, Alena; MYDLÍKOVÁ, Eva. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatелů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 26 - 50. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.
- TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Adaptačný proces o seniorov na pobytovú službu*. In: *Slovensko-poľský krátky slovník sociálnej práce = Skrócony słownik słowacko-polski praca socjalna i zarządzanie*. 1. vyd. Warszawa: Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego, 2016. s. 11 - 15. ISBN 978-83-87897-17-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

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

VÍTOVÁ, Marcela. Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. s. 29 – 38. ISBN 978-80-904668-0-7.

Výkladový ošetrovatelský slovník. Přeložila Veronika DI CARA a Helena VIDOVIČOVÁ. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2240-5.

WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

ZGOLA, Jitka M. a BORDILLON, Gilbert. *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2013. ISBN 978-80-86541-32-7.

Internetové zdroje

BREMER, Barbara A.; BROOKS, Leonie J. Social support as a coping strategy. *Salem Press Encyclopedia of Health* [online]. 2013 [cit. 2018-05-31]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=f6bbf4d7-d2f2-49ea-afff-ca33971006cb%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc210ZT11ZHMtbG12ZS ZzY29wZT1zaXRl#AN=93872242&db=ers>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Co je ergoterapie?* [online]. © 2008 [cit. 1. 6. 2018]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Ergoterapie a její cíle*. [online]. © 2008
Poslední úprava: 8. 4. 2018. [cit. 1. 6. 2018].

Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>

FALTYSOVÁ, Andrea. *Sociální šetření a legislativa*. [online]. Olomouc: MPSV, 2017. [cit. 1. 6. 2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/31519>

HRADCOVÁ, Dana. Stravování jako důležitá součást komplexní péče o osoby s demencí. In: LUKASOVÁ, Marie; HRADILOVÁ, Adéla. a kol. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014. s. 42 - 46. ISBN 978-80-87949-04-7. [cit. 13. 4. 2018]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/Publikace/Ochrana-prav-senioru.pdf

POSPÍŠIL, David. a kol. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. [online]. Praha: MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-126-3. [cit. 13. 2. 2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

KALVACH, Zdeněk. Křehcí a nepochopení. In: LUKASOVÁ, Marie; HRADILOVÁ, Adéla. a kol. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014. s. 50 – 57. ISBN 978-80-87949-04-7. [cit. 13. 2. 2018]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/Publikace/Ochrana-prav-senioru.pdf

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online]. 2007. [cit. 13. 2. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

Kvalita života ve stáří: národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. [cit. 1. 6. 2018]. ISBN 978-80-86878-65-2.

Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf

KŘEŠŤANOVÁ, Jana, ŠÍDLO Luděk. Kdo se postará? Péče o seniory v Česku v kontextu demografického stárnutí společnosti. In: *XLVII. konference ČDS, 18. – 19. května 2017*. Jindřichův Hradec. [online]. ČDS. 2017. [cit. 1. 6. 2018]. Dostupné z: <http://www.czechdemography.cz/res/archive/003/000379.pdf?seek=1495222347>

LAZARUS, Richard S. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. In: *Psychosomatic Medicine* [online]. 1993. **55**(3), p. 234 - 247. [cit. 17. 5. 2018].

Dostupné z: <http://www.emotionalcompetency.com/papers/coping%20research.pdf>

LEVICKÁ, Jana. Adaptačný proces seniorov v ekologickej perspektíve. *KONTAKT - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. [online]. 27. 9. 2012. [cit. 1. 6. 2018]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012112528284198.pdf>

MATIAŠKO, Maroš. Otázka deinstitutionalizace pobytových služeb pro seniory a právo na život v komunitě. In LUKASOVÁ, Marie; HRADILOVÁ, Adéla. a kol. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. [online]. Brno:

MILNE, Alisoun a kol. Social work with older people: a vision for the future [online]. The College of Social Work. 30. 4. 2014. [cit. 1. 6. 2018]. Dostupné z: http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_103616-1.pdf

MILLWARD, Christine. Caring for elderly parents. *Family Matters*. [online]. Australian Institute of Family Studies. 1999. No. 52, p. 30 - 34. [cit. 1. 5. 2018]. Dostupné z: <https://aifs.gov.au/sites/default/files/fm52cm.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2016. 2017*. [online]. MPSV. [cit. 1. 6. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31493/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2016.pdf

TOWEY, Sue. *Social support*. [online]. University of Minnesota. 2016. [cit. 29. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/social-support>

VÁLKOVÁ, Monika; KOJESOVÁ, Marie a HOLMEROVÁ, Iva. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. [online]. Praha: MPSV, 2010. [cit. 1. 6. 2018]. ISBN 978-80-7421-021-1. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobost_pece_CR.pdf

VÁVROVÁ, Soňa. Perspektivy pobytových sociálních služeb pro seniory. [online]. Ostrava, 2013. Habilitační práce. Ostravská univerzita. Fakulta sociálních studií. [cit. 13. 2. 2018]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1905563-Perspektivy-pobytovych-socialnich-sluzeb-pro-seniory.html>

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv Veřejného ochránce práv.* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2015. [cit. 3. 3. 2018]. ISBN 978-80-87949-11-5. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf

WATTIS, John, CURRAN Stephen. How spirituality can help us cope with the trials of ageing. *The conversation. Academic rigour, journalistic flair.* [online]. 5. 5. 2016. [cit. 2. 6. 2017]. Dostupné z: <https://theconversation.com/how-spirituality-can-help-us-cope-with-the-trials-of-ageing-58180>

Zákony

zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách pro jejich poskytování

zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Přílohy

Příloha 1: Přepis rozhovoru s informantkou - žadatelkou

V - výzkumnice, IZ 1 - informantka

V: Co Vás vedlo k podání žádosti o přijetí do domova pro seniory?

IZ 1: No to, že jsem byla v nemocnici delší dobu a vrátila jsem se a v podstatě jsem nedokázala chodit ani s tím chodítkem, s kterým jsem se předtím normálně pohybovala. No, já s tím chodítkem i s paní pečovatelkou byla na ulici, jo, no a teď jsem přišla a já se nemohla ani postavit, aha, takže jediná možnost byla, že bych se prostě se někam umístila, ale protože tady manžel zůstal, který tady není, ale dva měsíce se o mě staral, tak tím pádem jsem si říkala, no, když tak je to jen trochu možný a budu se to učit s ním, tak prostě zůstávám, dokud to je možný, zůstávám doma, hm, no, ale tak nakonec s chodítkem taky nechodím, protože to fakt už neumím, já to zapoměla, no, ale když přijde nějaká ta paní pečovatelka nebo ta moje terap terapeutka, tak s tímhle tím velkým, no, s tím jako chodíme, hm, že nacvičujeme tu chůzi. To dokážu líp, ale s tím malým jsem zapoměla. Jediná možnost, muž tu není, jsem tady sama, vidíte, že mám Život 90, tady tlačítka bezpečnostní, hm, takže jsem prosila, aby se mě někde ujali, no ale no, ale hned jsme řekli, jak až to bude nutný. Až opravdu už nebudu moct tady bejt sama. Včera nebo předevčírem před vámi jsem mluvila s nějakou paní tam od vás a tak jsem ji řekla, že zatím jsem tady sama a ono jim to tak nevadí. Vy tam teda máte pracovníků, teda pacientů dost nebo jak se tomu říká klientů, no a tak že. Tak jsem tady sama, no.

V: Využíváte nyní nějaké sociální služby, zdravotní nebo jiné (komerční) služby?

IZ 1: No, chodí ke mně pečovatelka. Každý den.

V: Využíváte podporu rodiny, někoho blízkého?

IZ 1: No, oni tady nejsou. To víte, že by pomohli i tady manžel zůstal ty dva měsíce, ale oni jsou 40 kilometrů za Prahou, bydlí, jak syn, tak manžel bydlí na vesnici prostě odtud vzdálený a syn je zaměstnaný do večera, ještě má kluka na práci, naučit do školy a tak a manžel 83, zejtra mu bude 84. Já mu volám a nemohu se dovolat, abych mu poblahopřála. Tak ten je prostě na té vesnici na chatě. V podstatě je tam pořád, akorát když je nejhůř, vozí mě po lékařích nebo teďka, jak

tady se mnou byl ty dva měsíce, abych se jako trochu rozkoukala, rozhodila. Já přišla z nemocnice, jak když jsem se narodila. Opravdu chromá. Ani postavit jsem se nemohla.

V: Pečovatelka k vám chodí jednou denně?

IZ 1: Jednou denně ano, ale podle potřeby ta jedna je tady až tři hodiny, někdy dvě, někdy jednu, tyhle děvčata jsou hodinu. Největší problém já mám, a to mě docela mrzí, jinak mně je docela dobře, holky mně pomůžou všechno, že musím na záchod sem.

V: Na toaletní křeslo. Do koupelny se nedostanete.

IZ 1: Kdyby tady nebyly, tak to nevím.

V: I s hygienou vám pomáhá pečovatelka?

IZ 1: Jistě. Pečovatelka mě koupe každý týden nebo ještě často, hlavu mně meje, všechno.

V: A ranní a večerní hygienu?

IZ 1: To si udělám sama. Já takhle do koupelny dojedu, mám tady nájezd. Když sem jedu pozpátku, vzepřu se takhle o ty nohy, to mně poradila terapeutka, já jsem to nevěděla. Když se takhle vzepřu, tak se do té místnosti dostanu. Tak tam se po ránu umeju. Jinak mám pořád ten vlhčenej kapesník, to mám už kolikátěj.

V: Oni vám tedy uklízí, myjí nádobí, obědy vám nosí...

IZ 1: No, paní mně bere veškerý nákupy, všechno, co je potřeba.

V: Podle čeho jste si konkrétní domov vybrala?

IZ 1: No, jsem to nevybrala, nevím, jak na to přišlo. Je to nejbliž, je to blízko bydliště a snad jsem o tom i četla jako ódy na to. Mám pocit, že jsem četla samý nej, nej, nej, a tak je to nejbliž a já nějaký jako neznám, tak když se tohle naskytlo, tak jsem tohle.

V: Alespoň to okolí znáte, nebudete v cizím prostředí.

IZ 1: No právě, já jsem chodila do Grébovky a tady na Riegrák. Jak já milovala chodit. Už pět let jsem v podstatě v bytě. To je teda nevýhoda.

V: Říkala jste, že jste měla nějaké reference, že jste četla nějaké dobré zprávy ohledně toho domova a to mělo tedy největší vliv na výběr?

IZ 1: No, já jsem to zase neznala, ale když takhle dobrý reference a mám to kousek, tak jsem pochopitelně o to zažádala. Já jsem to, myslím, viděla v televizi.

V: Jak si představujete svůj život v domově pro seniory?

IZ 1: No, představuju. Já jsem tam už i byla, ale, já jsem po té operaci páteře, čtyři měsíce čekala na operaci, tak jsem byla v Braníku. Tam je ten domov pro starý lidi,

léčebna nebo jak se to jmenuje. Tak tam jsem už byla, už mám zkušenosti. Byla jsem na těch místech, kde vím, jak to vypadá. Moje představa je, že jsem vděčná za každý podání, co mi dají k snídani a všechno, ale jestli můžu být doma, tak dokud můžu být doma, tak bych chtěla být doma. Moje představa je, že to je pro mě krajní případ, no, ale oni mě daj beztak jinam, to mě daj do nějaký tý...nebudou s o mě moct postarat, ale dokud můžu být doma, tak to je moje představa života budoucího. Bylo mi 80 roků v srpnu minulého roku, takže ono to utíká. Já když se podívám, jezdím tady výtahem našim, tam je zrcadlo, já se bojím podívat. Já jinak nikam nevidím, oni mi dali zrcadlo do koupelny tak vysoko, že i když jsem byla zdravá, tak jsem musela po špičkách. No, a když takhle, tak já nevidím nic. Tak já vůbec ani nevím, jak vypadám a když pak jedu do výtahu, tak trnu hrůzou.

V: Vypadáte báječně, opravdu. A pokud se týká třeba ubytování nebo služeb, jakou máte představu?

IZ 1: Aby to bylo pokud možno jako tady, no. Mně se totiž jedná o to, že bych potřebovala být sama. Kdybych byla prostě jednolůžkový pokoj, což asi neexistuje, protože já tady mám tu televizi a já se dívám hlavně teda na ty katolický pořady Noe a to oni nemají nebo to nepustí. Jo, takže já jsem šťastná už kvůli tomu, že jsem doma, že. Dneska byla neděle, tak já tady teď dopoledne mám mši na Noe. Jinak já se spokojím se vším. Já jako jídlo ani to moc nechci, nesním moc. Nejsem vybíravá, akorát, že nerozkoušu maso. Já nemám zuby. Dolní nemám vůbec, mám je tadyhle, ale oni mně padaj a tak je nenosím. No a ty horní, to je pár zubů. Takže jako to maso nerozkoušu. A nejrady mám beztak ty knedlíky s meruňkama nebo takovýdle šklubanky. To mám tady výběr, tři možnosti a беру si pondělí, středa, pátek. Ono mi to stačí bohatě. Z pondělka na úterek a teďka jsem přidala i sobotu, i když jsem tady musela být pořád. A nikde nikdo, Venda, manžel, už odešel, tak jsem si podala i sobotu. Takže mám pondělí, středa, pátek, sobota jídlo. To ani nestačím. Ještě krmím pejska paní pečovatelce. Všechno mi stačí bohatě.

V: Jak si představujete svůj běžný den v domově pro seniory?

IZ 1: No, já nevím, opravdu nevím. Jak jsem byla v tom Braníku, no tak to byl normální takovej ten pomalu nemocenskej režim. Pravda je, že jsem mohla chodit tam po chodbách. Dokonce jsem mohla i ven a já to nedokázala, protože tam byly schody. No, normální režim, že ráno jsme dostali snídani, pak byl oběd, pak nás nechali volně a večer nám zase večeri. Normální, tak jako v nemocnici.

V: Jaké požadavky a očekávání máte od domova pro seniory?

IZ 1: Jaký očekávání? Co můžete čekat v 81 roku. Jsem šťastná, když se druhý den probudím. A co se týče toho pobytu, jak říkám, jeden, když bych byla sama v bytě. To by bylo pro mě ideální. Jiného by mě nevadilo, ale ten jeden bych potřebovala.

V: Jaké máte obavy?

IZ 1: No, tak to víte. Doma je doma. Tak jsem třeba v tom Braníku, jak jsem byla v LDN, tak tam byli lidi, kteří na tom opravdu byli špatně, prostě myšlením a tak. Takže jsem tam taky viděla leccos. Tak to bych jako nerada, ale co můžete. Co já vím, co já budu dělat, víte. Já žádný požadavky a představy a tohle nemám, tak mi jde den, ráno se probudím, tak jsem šťastná, co to jde, večer řeknu zaplaťpánbůh, jsem to přežila, a když je pak ráno zas další pořad, tak jsem spokojená. Takže já žádný velký požadavky nemám. A když mě přijdou navštívit, rodina nebo přátelé, včera ta Emka z Čelákovic, já jsem učitelka, tak jsme spolu učily na severu, to bylo na umístěnkou, nám tehdy dali komunisté v 59. roce. A tak jsme spolu bydlely, Kdyně, tak ta mě navštěvuje dodnes. Dáša z Vlašimi taky. No prostě udělala jsem si přátele, který mám na celý život. Ale bohužel ty pražští přátelé i tam na tý vesnici, odkud pocházím, už jsou všichni mrtví. Už nemám, sestra umřela jako první roku 2005 a pak šly všechny přítelkyně, co jsme kamarádily. A v Praze taky.

V: Určitě ti, kteří vás navštěvují tady doma, by vás navštěvovali i tam.

Z 1: No, ale ne tak, jako ta rodina přijde, ale syn je rozvedený, tak má z prvního manželství už dospělý děvčata, ta jedna Evička, ta studuje v Německu, ale ta přijde sem taky na návštěvu s Kristýnkou, no prostě mám radost z každého. Děkuju za každé nové ráno.

V: Na co se těšíte?

IZ 1: No, netěším, na nic, to fakt ne. To nevím, to nemůžu říct, ale, co můžu...Netěším se tam. Těšila bych se, kdybych věděla, že tam budu mít opravdu člověka, s kterým si budu rozumět nebo to. To nemám tušení, jak to bude, nedělám si žádný iluze. Jak říkám. Jak to je, tak to je. Já prostě žiju, tím dnem.

V: Ještě Vás něco napadá k tomuhle tématu, co byste mně chtěla povědět?

IZ 1: Už mě nic nenapadá, vždyť jsem vám toho napovídala, zbytečnosti.

V: Děkuji za rozhovor.