

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**ADAPTAČNÍ PROCES KLIENTU V DOMOVĚ PRO SENIORY**

**G – CENTRA TÁBOR**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Vedoucí práce : MUDr.Jaroslava Hrdá

Autor : B.Pěchotová

17.srpna 2009

## **Abstrakt**

V péči o seniory je oproti minulosti preferován jiný přístup. Sociální zařízení pro seniory už nemá být místem, kam člověk přijde dožít, ale má to být místo, kde plnohodnotně a uspokojivě stráví svou poslední fázi života. Základní podmínkou pro naplnění tohoto cíle je adaptace člověka na nové prostředí v takové míře, jak to jeho fyzická a psychická stránka dovolí.

Adaptace na nové prostředí a přizpůsobení se novým životním podmínkám je však velmi individuální a klienti při ní musí překonávat různé problémy. Cílem této práce je odhalit postoje člověka k překonávání těchto obtíží a zmapovat problémy, které s sebou zařazení do domova pro seniory přináší.

Výzkumný vzorek respondentů byl vybrán na základě zachování kognitivních funkcí pro zvolenou techniku sběru dat a ochoty poskytnout údaje. V práci byl použit kvalitativní výzkum s cílem popsat největší problémy při adaptačním procesu. Základní technikou byl standardizovaný rozhovor s uzavřenými a polouzavřenými otázkami s respondenty a technika polostandardizovaného rozhovoru se sociálními pracovníky.

Výsledky výzkumu ukázaly, že senioři spojují nástup do sociálního zařízení s očekáváním pomoci při zvládnutí obtížných situací v životě. K rozhodnutí stát se klientem zařízení je vede především zhoršený zdravotní stav, nesoběstačnost a osamělost. Příčina jejich příchodu je pro adaptaci jedním z hlavních faktorů. Po nástupu do domova pro seniory se jim změní nejen životní styl, ale musí řešit i problémy se zvykáním si na nové prostředí, jiný režim a soužití s obyvateli zařízení. Na základě všech dostupných informací je vždy potřeba zvolit individuální přístup k novému klientovi od první chvíle setkání. Od prvního kontaktu je rovněž hlavním pravidlem respektování jeho přání a potřeb. Proto by adaptační proces klienta zlepšila ještě propracovanější koordinace tohoto procesu s celým týmem, který s klientem pracuje.

Zkvalitnění péče o staré lidi je velmi diskutované téma současnosti. Kvalitní služba se rozumí taková péče, která umožňuje uživateli žít normální život, reaguje na jeho potřeby a chrání jeho práva a zájmy. Tomuto záměru odpovídá standard č.5 vyhlášky č.505/2006 Sb. , zaměřený na plánování a zefektivnění poskytovaných služeb.

## **Abstract**

A different attitude to the care of elderly people is currently preferred in comparison with the past. The social institute for seniors shall no longer be a place where one comes to live to the end of one's life, but it shall be a place where one will spend a full and satisfactory final stage of life. The basic condition to accomplish this objective is the adaptation of the person to the new environment to the extent that his physical and psychological aspects permit

However, adaptation to the new environment and adjustment to the new conditions of life is highly individual and clients need to overcome various problems during this stage. The objective of this work is to reveal the human attitude to overcoming these difficulties and to map the problems brought about by their inclusion to the senior home .

The research sample of respondents was selected on the basis of maintenance of the cognitive functions related to the selected method of data collection, and the willingness to provide the data. The qualitative research with the objective to describe the greatest problems during the adaptation process was used in the work. The basic technique applied was a standardised interview with respondents during which closed and semiclosed questions were asked, and the technique of semi-standardised interview with the social workers.

The research results have shown that seniors associate their entrance to a social institute with the expectation to receive assistance in managing difficult situations in their lives. Aggravated health conditions, lack of self-sufficiency and solitude are the most important aspects for them in deciding to become a client of the institute. The cause that made them come to the institute is one of the main factors for their adaptation. After they come to the senior home , it is not only their life style that changes, but they also have to deal with problems related with the adaptation to the new environment, to the different lifestyle, and co-existence with the inhabitants of the institute. On the basis of all available information, it is always necessary to choose an individual attitude to the new client from the first moment of the meeting. The respect of the client's wishes and needs is also the main rule from first contact. Therefore, the client's adaptation proces

could be improved through even more elaborated coordination of this process with the entire team working with the client.

Improvement of the care for old people is a frequently discussed topic of the present time. A good-quality service means that the care enables the user to live a normal life, responds to his needs and protects his rights and interests. Standard No.5 of Act No. 505/2006 Coll., focusing on the planning and streamlining of the services provided, is in conformity with this intention.

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní MUDr. Jaroslavě Hrdé za odborné vedení a konzultaci na této magisterské diplomové práci a svým dětem za trpělivost.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Adaptační proces klientů v domově pro seniory G-centra Tábor vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 17. srpna 2009.

.....

<b>Obsah</b> .....	6
<b>Úvod</b> .....	8
<b>1. Současný stav</b> .....	10
<b>1.1 Stáří a stárnutí</b> .....	13
1.1.1 Gerontologie .....	14
1.1.2 Geriatrie .....	16
<b>1.2 Biologické, psychické a sociální změny</b> .....	17
1.2.1 Biologické změny .....	17
1.2.1.1 Kalendářní věk .....	18
1.2.1.2 Biologické stáří .....	19
1.2.1.3 Dlouhověkost .....	20
1.2.1.4 Tělesné projevy stáří .....	21
1.2.2 Psychické změny .....	23
1.2.2.1 Psychologie osobnosti .....	23
1.2.2.2 Kognitivní a akční funkce osobnosti .....	25
1.2.2.3 Testy kognitivních funkcí .....	27
1.2.2.4 Barthelův test .....	28
1.2.2.5 Vyšetření emočních funkcí .....	29
1.2.2.6 Hodnocení poruch chování a behaviorálních příznaků u seniorů .....	29
1.2.3 Sociální změny .....	31
1.2.3.1 Ageizmus .....	31
1.2.3.2 Problémy mezigeneračních vrstev .....	33
1.2.3.3 Hodnotný způsob života ve stáří .....	34
1.2.3.4 Autonomie ve stáří .....	36
1.2.3.5 Mobilita ve stáří .....	37
1.2.3.6 Zdraví a nemoci ve stáří .....	38
<b>1.3 Novodobá péče o seniory</b> .....	39
1.3.1 Kvalita péče o seniory .....	40
1.3.2 Bydlení pro seniory .....	42
1.3.3 Komunikace se seniorem .....	44
1.3.4 Využití pohybových aktivit a skupinových činností .....	45
1.3.5 Podpora zábavně terapeutických programů pro seniory .....	47
1.3.6 Zátěž pracovníků v přímé péči .....	48
1.3.7 Sociální práce v praxi .....	49
<b>1.4 Adaptační proces</b> .....	51
1.4.1 Adaptace na stáří .....	52
1.4.2 Polarity adaptace a zvládání .....	53
1.4.3 Aktivní stárnutí .....	54
1.4.4 Psychologický aspekt adaptace na stáří .....	55

1.4.5	<i>Psychologické dopady penzionování na stáří</i> .....	57
1.4.6	<i>Geriatrický maladaptivní syndrom</i> .....	58
1.4.7	<i>Zásady duševní životosprávy – pět „pé“ optimální adaptace</i> .....	60
<b>2.</b>	<b>Cíle práce a hypotézy</b> .....	<b>62</b>
<b>3.</b>	<b>Metodika</b> .....	<b>62</b>
<b>4.</b>	<b>Výsledky</b> .....	<b>65</b>
<b>5.</b>	<b>Diskuse</b> .....	<b>88</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>105</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>107</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova</b> .....	<b>112</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy</b> .....	<b>113</b>



## ÚVOD

Práce s klienty v zařízení sociální péče prochází mnoha změnami. Mění se tradiční pojetí rolí pomáhajících, hledají se nové cesty, které směřují k větší autonomii seniorů. Na pracovníky těchto zařízení je kladen velký nárok, poskytují péči nesmírně rozmanité skupině klientů, počínaje samostatnými obyvateli domovů, konče klienty na specializovaných odděleních. Velký důraz je kladen na nedirektivní, otevřený přístup ke klientům.

Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přicházejí s vyšším věkem. Změny způsobené stářím se odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální.

Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior sám nezvládne. Podle toho pak přichází model adaptace na stáří – konstruktivní přístup, závislost na okolí nebo nepřátelský postoj. Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si život ke své spokojenosti.

Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace. Závažnou změnou, a tudíž obtížnou situací, je i nástup institucionální péče. Přes všechnu snahu jde o krajní řešení a mnoho seniorů ji nese úkorně. Adaptace na prostředí v domově důchodců a přizpůsobení se novým životním podmínkám je totiž velmi individuální. Lidé mají za sebou dlouhý život v řadě jiných rolí. Byli zvyklí fungovat určitým způsobem a nemají většinou zkušenost s rolí „obyvatele domova“. Způsoby chování, na které byli zvyklí, tady najednou neplatí a člověk je tím zaskočen. Potřebuje podporu jak personálu, tak svých blízkých, aby našel svoje nové místo.

Práce v těchto zařízeních je velmi potřebná. Ať už jde o práci sociálního pracovníka, pracovníka v přímé obslužné péči, zdravotních a rehabilitačních sester i dalších profesí.

Cílem této práce je odhalit postoj člověka k překonávání obtíží a reakce na zvykání si na nové životní události. Zmapovat problémy, které s sebou zařazení do domova pro seniory přináší, a respektovat přání a povahové rysy s ohledem na svobodnou vůli klienta.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu nástupu po pětileté nezaměstnanosti do zařízení sociální péče Domov pro senior G – centrum na pozici pracovníka v přímé obslužné péči. Vzhledem k tomu, že jsem stále v kontaktu s klienty v jejich různých zátěžových situacích, které mohu posoudit, rozhodla jsem se na základě svého studia nejen teoreticky, ale i prakticky popsat a zmapovat proces adaptace seniorů na pobyt v zařízení sociální péče.

Získané zkušenosti jak teoretické, tak praktické se budu snažit dále uplatnit ve své praxi.

## **1. SOUČASNÝ STAV**

Velký počet stárnoucích lidí je v dějinách novým ukazatelem, úzce souvisí s industrializací a z ní vycházejícím technickým, lékařským a vědeckým pokrokem i se společenskou změnou. Tento rozvoj vede i k vyšším životním očekáváním. Tendence stárnutí populace se odráží nejen v průmyslově vyspělých, ale také v rozvojových zemích. Lze tedy vycházet z fenoménu celosvětově stárnoucí společnosti, který byl zaznamenán za posledních 30 let (2).

Stárnutí populace je nejcharakterističtější rysem demografického vývoje i v České republice. Tento vývoj bude v dalších letech pokračovat. Přispěje k němu zestárnutí populačně silných poválečných ročníků a prodlužující se pravděpodobná doba dožití. Demograficky řečeno bude česká populace stárnout shora věkové pyramidy. Široká základna populace nad 60 let věku se postupně zužuje až k minimálnímu počtu osob ve věkových kategoriích nad 95 let (2).

Podle střední varianty projektu demografického vývoje propracované ČSÚ by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8% populace, v roce 2050 31,3% populace. V roce 2007 to bylo 14,6% obyvatel ČR. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších. Podle prognózy bude v roce 2050 žít v ČR asi půl milionu občanů ve věku 85 a více let ( ve srovnání s rokem 2007 to bylo 124 937) (2).

Podle výhledu zpracovaného Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy bude naděje dožití při narození v roce 2050 činit pro muže 82 let a pro ženy 86,7 let (68).

Rovněž úhrnná plodnost pomalu stoupá. Palonciová uvádí, že po vzoru západních zemí i podle populačních prognóz by mělo v 1. polovině 21. století dojít ke zvýšení porodnosti a úhrnná plodnost by se měla ustálit kolem dnešního západoevropského průměru 1,5 dítěte na jednu ženu. Nicméně přirozený úbytek obyvatelstva se bude dále zřejmě prohlubovat (39).

Přibývající počet starších osob představuje v důsledku zvyšujícího se vzdělání a zlepšujícího se zdraví populace potenciál pro sociální a ekonomický rozvoj. Na druhé straně je důležité přizpůsobit politiku zaměstnanosti, důchodovou politiku a další služby probíhajícím sociálním a demografickým změnám.

Mezi hlavní principy politiky přípravy na stárnutí z pohledu Ministerstva práce a sociálních věcí ( MPSV) patří důraz na lidská práva, generové aspekty problematiky stárnutí, celoživotní přístup ke stárnutí a zdraví, důraz na rodinu a mezigenerační vztahy, věnování pozornosti seniorům zdravotně postiženým a respektování rozdílů mezi městem a venkovem (68).

Vzhledem k tomu, že se podle prognóz bude situace v demografickém vývoji velmi výrazně měnit, bude mladší generace tvořit stále menší část obyvatelstva. A bude proto postavena před úkol zajistit starým osobám kvalitní a spokojený život. Aby tuto samozřejmou povinnost splnila, je nezbytně nutné trvale upozorňovat na potřeby a problémy starých lidí. Starší lidé tvoří homogenní skupinu, mají nejrůznější názory na způsob života ve stáří. Ty jsou ovlivněny vzděláním, životními zkušenostmi, pracovním zařazením a dalšími faktory (17).

Podmínky ve stáří nelze oddělit od předcházejících etap. Zdraví ve stáří je ve značné míře podmíněno životními podmínkami v dětství a sociální situací rodin. Je proto důležité zaměřit se rovněž na situaci lidí, kteří jsou během života různým způsobem sociálně znevýhodněni. Podpora mezigenerační solidarity a soudržnosti by měla být součástí všech opatření přijímaných v reakci na stárnutí populace (69).

Vláda usnesením ze dne 9. ledna 2008 č. 8 přijala Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012. Tento dokument stanovil cíle a opatření spojené s demografickým stárnutím a jako prioritní uvádí aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv (68).

Sociální služby jako součást systému sociální péče mají specifický charakter a jsou určeny sociálně potřebným občanům v situaci, kdy je jejich sociální suverenity a bezpečnost ohrožena.

V uplynulém desetiletí došlo v oblasti služeb k významným kvantitativním i kvalitativním změnám. Nové přístupy k těmto službám přinesly i některé nové metody a formy práce s klienty, určité prvky humanizace i nové typy zařízení. K výraznému rozvoji došlo v oblasti ústavní péče a s ní souvisejících služeb. K 1.1. 2001 bylo

v provozu celkem 957 zařízení sociální péče, z toho 757 ústavů s celkovou kapacitou cca 68 tisíc míst.

Nejvyšší rozvoj je přitom zaznamenán u ústavů pro seniory, tj. domovů pro seniory a penzionů (2):

Tab. č.1: ČR – Počet ústavů sociální péče pro seniory v období 1990- 2002

Zařízení		1990	1995	2000	2002
Domovy pro seniory	zařízení	254	290	338	347
	místa	32 310	32 305	35 218	36 233
Penziony pro seniory	zařízení	51	124	150	149
	místa	5432	11 549	12 593	12 124

Zdroj: Vojnar, 2001. Doplněn rok 2002- ČSÚ

Je zřejmé, že se počty zařízení i počty umístěných žadatelů zvyšují, každoročně zájem obyvatelstva o tato zařízení narůstá. V roce 2001 činil tento počet u DD 34 763 a u PpD 22 148 neuspokojených žadatelů (70).

## 1.1 Stáří a stárnutí

Proces stárnutí je procesem přirozeným a zákonitým, kterému podléhají všechny organismy. Nadneseně můžeme říci, že stárneme od narození. Přirozené (fyziologické, normální) stárnutí a stáří je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na člověka působí v průběhu celého jeho života.

Stárnutí je komplexní, specifický, biologický proces, který je charakterizován tím, že:

- je dlouhodobě nakódovaný
- je nezvratný
- neopakuje se
- má různou povahu
- zanechává trvalé stopy
- jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem
- podléhá vlivům prostředí (3).

První viditelné znaky stárnutí můžeme pozorovat přibližně od třicátého roku života. Jeho výsledkem je stáří. Je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová (59). Přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Zvládnutí této fáze je významným vývojovým úkolem. Umět zestárnout je stejně důležité, jako bylo kdysi dosažení dospělosti. Ve stáří se musí člověk vyrovnat se svým životem, protože už nyní nelze vlastně nic zásadně změnit. Na druhé straně to, co prožil a uskutečnil, zůstane v nějaké formě zachováno.

Stárnout ... starý ... stáří ... Slova silně rozporuplná. Nemají však vždycky stejný význam. Záleží totiž i na psychickém stavu každého z nás. Starý člověk není jen biologickou kategorií. Proto se nabízí definice v tomto smyslu - starý člověk je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní, nebo ten, který žil déle než většina v té době žijících lidí (40).

Vývojovým úkolem stáří je tedy dosažení integrity v pojetí vlastního života. Ze sociálního hlediska má spíše negativní význam. Často se ptáme, co dělat se svým stářím. Jak ho naplnit. Ptáme se po smyslu stáří i po jeho obsahu. Bojíme se stáří nejen proto, že

je závěrečnou fází života, ale i proto, že nevíme přesně, co k němu patří. Nevíme přesně, co se od nás očekává a nevíme jak stárnout a být starými.

Současně si uvědomujeme, že naše doba oslovuje spíše mládí. Na stáří a jeho moudrost, zkušenosti a vyrovnanost se ódy nepíše. A přitom si neuvědomujeme, že obsah a forma našeho stáří jsou dány naším předcházejícím životem. Že je to náš dnešní život, naše přítomnost i minulost, které utvářejí naše stáří. Umění stárnout je tedy vlastně uměním žít. Je uměním prožívat odpovídajícím způsobem vždy právě tu fázi života, v níž jsme (62).

### ***1.1.1 Gerontologie***

Gerontologie ( z řeckého gerón- starý člověk, logos =slovo, nauka) je souhrn poznatků o stárnutí a stáří (44). Pojem gerontologie použil poprvé J.J.Mečnikov (1845-1916) v roce 1903.

Gerontologie se tradičně dělí do 3 okruhů:

1. gerontologie **experimentální** - zabývá se otázkami, proč a jak živé organismy stárnou
2. gerontologie **sociální** – zkoumá vztah starého člověka a společnosti včetně fenoménu stárnutí populace, má aspekty demografické, ekonomické, politické, sociologické, psychologické, etické, právní, urbanistické a další
3. gerontologie **klinická**, čili geriatrie – zabývá se zdravotníma funkčním stavem stáří, kvalitou života starých lidí, chorobami a jejich léčením (66).

Ve srovnání se začátkem 20. století se střední délka života ve vyspělých zemích za uplynulých sto let téměř zdvojnásobila. Tím významně vzrostla skupina osob nad 65 let věku. Řada problémů se začíná objevovat zejména po 75. roce, tj.v pozdním stáří (séniiu). Ke zdravotním problémům přistupující i sociální (osamělost) a psychologické spolu s poklesem soběstačnosti a finančních zdrojů.

Péče o stále rostoucí počet starších jedinců, kteří mají současně více chorob (multimorbidita), bude klást nejen vyšší požadavky na zdravotní a sociální péči o ně, ale i vyšší stupeň znalostí a dovedností (67).

Mezi základní problémy patří zejména tzv. geriatrické syndromy- imobilita (upoutání na lůžko), instabilita (závrativost), inkontinence (moči), iatrogenie (nežádoucí poškození nekorektním aplikováním psychofarmak ke „zklidnění“) a intelektuálové poruchy. S nimi pak souvisí demence, deliria a deprese (12).

Mezi tzv. „geriatrické obry“- medicínu pěti I (viz výše) patří instabilita. Většina lidí si stěžuje na trvalé pocity závrativosti a nejistoty při stožení a chůzi. Závratě, neboli poruchy rovnováhy, postihují stále významnější část obyvatelstva a budou v dalších letech stoupat. Hlavní riziko instability představují pády, které mohou končit závažnými poraněními a zlomeninami (13).

Pády představují ve věkové kategorii seniorů a chronických pacientů nejčastější a zároveň nejrizikovější událost komplikující hospitalizaci či ambulantní péči, nebo domácí péči. Strach z pádu pak následně vede i k významnému negativnímu ovlivnění kvality života (27).

Druhý „geriatrický obr“- imobilizační čili hypokinetický syndrom je soubor negativních důsledků omezení pohybové aktivity, především v souvislosti s upoutáním na lůžko. S tím jsou spojena rizika rozvoje osteoporózy, pneumonie (ztížené dýchání), svalové atrofie, proleženin (dekubit), inkontinence a psychického traumatu (51,s.143).

Syndrom demence ve stáří patří mezi nejzávažnější choroby vyššího věku a spolu s delirií a depresemi jsou nejčastějšími těžkými poruchami v preseniu a seniui.

Podstatou syndromu demence je, že v důsledku organického poškození mozku dochází k podstatnému úpadku funkcí kognitivních a druhotně i dalších, což vede ke konečné ztrátě soběstačnosti a odkázanosti na druhé osoby.

K nejčastějším demencím vůbec patří Alzheimerova choroba, při níž v průběhu onemocnění dochází nejen k degradaci osobnosti, ale její příčiny, např. neurodegenerace, představuje i základní příčinu smrti (13).

Geriatrické syndromy lze chápat jako klíčový geriatrický koncept, jako priority geriatrické medicíny. Zatímco tradiční biomedicínský model klade důraz na chorobu a na její důsledky, geriatrický model zdůrazňuje funkční stav a zdravím podmíněnou kvalitu života, neboť multimorbidní křehcí senioři nemusejí profitovat z léčby určité choroby, pokud přidružené problémy zhoršují kvalitu života, či dokonce život ohrožují (14).



### ***1.1.2 Geriatrie***

Obava, že stárnutí nebo prodlužování hranice dožití bude spojeno s expanzí nemocnosti, že přidaný život bude životem živořícím, se naštěstí neprokázala. Posun zdraví do vyššího věku je prokazatelný.

V současnosti se zájem soustřeďuje na ekonomické aspekty – financování zdravotnictví a sociální služby. Ale jde o víc. Hovoří se o nástupu dlouhověkosti ve společnosti, jejíž problémy jsou především existenciální.

Obor, který se zabývá problematikou zdravotní péče o staré lidi, se nazývá geriatrie (gerón=starý člověk, iatreiá=léčení) (44).

Geriatrie je oblast medicíny, subspecializace interního lékařství. Lékař, který se zabývá geriatrickým oborem, je odborník na lidi tzv. „křehké“ ve svém stáří. Předmětem jeho zájmu jsou starší lidé vyžadující dlouhodobou péči s dekompenzovaným zdravotním stavem nebo sníženou výkonností a adaptabilitou. Jeho činnost však souvisí i se službami, které se poskytují jak ambulantně, tak v ústavu (55).

Geriatrická sféra zájmu se překrývá i s dalšími obory, jako jsou gerontopsychologie, neurologie a rehabilitace, ale geriatrie se zabývá jejich problematikou mnohem hlouběji (13).

K. Kalvach uvádí, že u nás zatím neexistuje zdravotnická specializace, která by se takovému stavu reálně věnovala (64).

Až třetina hospitalizovaných lidí vyššího věku je označitelná jako „křehcí“. Akutní nemocniční geriatrická oddělení se specifickým zaměřením a režimem jsou prakticky jen v Brně, Hradci Králové a v Pardubicích. Statisticky je prokázáno, že zde pacienti mají výrazně lepší prognózu bez zvýšených nákladů na péči (64).

Světová zdravotnická organizace (WHO) zmapovala demografický vývoj a podpořila představy, že je možné pozitivně ovlivňovat zdraví ve stáří. Upozornila na účelnou prevenci a rozumná opatření, jejichž cílem je prodlužování života v dobré kondici, bez zvyšování závislosti. Současně se začala zabývat i problémy lidí, kteří stárnou neúspěšně, mají závažná zdravotní postižení, včetně toho, čemu se říká „stařecká křehkost“ (65).

„Stařecká křehkost“ nemá dosud v české lékařské terminologii vhodný ekvivalent. Křehkost – rizikovost je způsobena jak biologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak zejména úbytkem svalové hmoty, kostní hmoty a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity a kardiovaskulární výkonnosti. Tito nemocní jsou ohroženi nestabilitou v provádění běžných činností, nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí a nepříznivým vývojem zdravotního stavu v následujících letech. Akutní dekompenzace pak vedou k opakovaným hospitalizacím a zvyšují spotřebu zdravotních a sociálních služeb a dlouhodobé péče (55,s.9).

## **1.2 Biologické, psychické a sociální změny**

Stárnutí je poslední etapou ontogenetického vývinu člověka. Z toho vyplývá, že i v tomto období života podléhá člověk biologickým (somatickým), psychickým, ale i sociálním změnám.

### **1.2.1 Biologické změny**

Biologické změny jsou zpravidla spojené s nemocemi, které se projevují ve vyšším věku a souvisí s opotřebením organismu člověka a jeho předcházejícím způsobem života. K základním tělesným změnám ve stáří patří (60,s.12):

- změny vzhledu
- úbytek svalové hmoty
- změny termoregulace
- změny činnosti smyslů
- degenerativní změny kloubů
- kardiopulmonální změny
- změny trávicího systému
- změny vylučování
- změny sexuální

### **1.2.1.1. Kalendářní věk**

Čas lidského života bývá různým způsobem periodizován. Hovoříme o dětství, dospělosti a stáří. Často bývá používáno členění na patnáctileté časové úseky. V prvních 15 letech člověk dozraje biologicky, psychicky i sexuálně, v intervalu 15 – 30 let zraje především sociálně a dospívá v neopakovatelnou osobnost. Doba psychofyzické zralosti končí v 45 letech a v období 45 – 60 je typické stacionárností výkonů i skrytými počátky involuce. Věk 60 – 75 je považován za stáří ( senescenci) a 75 -90 let za senectus, tedy kmetství. Dalších 15 let se dožije již málo jedinců z miliónu (7,s.22).

Věk člověka je problematická veličina. V běžném životě se nejčastěji používá tzv. kalendářní ( chronologický) neboli matriční věk. Jeho počátek je dán datem narození. Může, ale nemusí korespondovat s tzv. funkčním neboli skutečným věkem. Říká se, že každý člověk stárne jinak, ale faktem je, že každý stárne, a to stále (8).

Rychlost stárnutí je ovlivňováno mnoha faktory, a to biologické, psychické i sociální povahy. Rozhodující je tzv. skutečný věk člověka, který odpovídá věku funkčnímu.

Nápadný rozdíl mezi skutečným a kalendářním věkem bývá patrný zejména v období odchodu do důchodu. Ten bývá „ nálepkou“ a nespravedlivým synonymem stáří. A rovněž nesprávná paralela důchodce = starý, starý = nemocný, nemocný = nešťastný přispívá k vulgarizaci pojetí stáří (7,s.26).

Subjektivní význam stáří je relativní, v průběhu času a s postupujícím stárnutím se názor starých lidí mění. Např. 80letý člověk považuje 65leté za mladé. Obecně se autoři, kteří se zabývají problematikou stáří a stárnutí ( Tvaroh, Wolf, Pacovský, Heřmanová, Haškovcová) shodují, že stáří a stárnutí je relativní pojem. Pro sjednocení věkové kategorizace gerontologické populace určují rok 60 let ( popř. 65 let). Světová zdravotnická organizace ( WHO) zavedla jednotně různé věkové stupně stárnutí (51,s.130) :

- 1.stárnoucí ( od 60 do 74 let)
- 2.starý ( od 75 do 89 let)
- 3.stařecký ( od 90 let)

V souvislosti s kalendářním věkem je potřeba se dotknout i délky dožití při dosažení určitého věku. Podle Statistické ročenky 2005 se 60 let dožilo 18 % mužů a 22 % žen, 75 let 8 % mužů a 10 % žen, 90 let 3 % mužů i žen (59,s.314). Střední délka života v České republice je u mužů 69 let a u žen 77 let. Ženy žijí tedy v průměru déle než muži. Je zde však větší riziko, že kvalita jejich života nemusí být v době pozdního stáří vysoká ( ženy žijí jako vdovy, ve špatném zdravotním stavu, trpí samotou a sociální izolací).

### ***1.2.1.2 Biologické stáří***

Stárnutí je chápáno jako komplexní proces s mnoha endogenně i exogenně působícími faktory. Po šedesátce je ovšem proces stárnutí rychlejší a s přibývajícím věkem se zrychluje.

Rozlišujeme dva druhy stárnutí – normální a předčasné, které se neprojevuje u zdravého jedince, ale je důsledkem určité poruchy v biologickém vývoji.

Kalendářní věk je daný počtem prožitých let, věk biologický se však může od kalendářního lišit.

Při biologickém stárnutí je typickým jevem u stárnoucích lidí pokles tělesné hmotnosti a výšky, ubývání svalové výkonnosti, snížení funkce vnitřních orgánů, onemocnění cévního systému, degenerace žláz s vnitřní sekrecí a změny kůže. Obecným projevem stárnutí je šedivění a vypadávání vlasů, zpomalení růstu nehtů. Negativně je život starého člověka ovlivňován postupně zhoršujícím se vnímáním (percepce). Postiženo je i nejdůležitější orientační ústrojí – zrak, sluch, involuční změny zasahující a chuť, snížena je u gerontů i termoregulace (51).

Ze studií BLSA ( zkratka pro tzv. Baltimorskou vertikální studii o stárnutí) vyplývá, že jediný snadno definovatelný proces stárnutí neexistuje. Tempo stárnutí té které osoby se může značně odchylovat od očekávaného průměru. Není k dispozici žádné obecné schéma stárnutí, které by se dalo aplikovat na všechny orgány. Změny, které s sebou stárnutí nese, mohou probíhat u každého jednotlivce úplně jinak. Újmy, které se často spojují se stářím, však mohou být spíše výslednicí působení chorobných procesů než vlastního stárnutí (8).

O expanzi nemocnosti, vedoucí v konečném důsledku k vysokým nákladům a k nesoběstačnosti, hovoří např. Kalvach (13).

Odlišování projevů fyziologické involuce od chorobných změn je podstatné, ale současně obtížné. Spektrum nejvýznamnějších chorob, které se závažně podílejí na funkčním stavu seniorů, je proměnné. V současné době jej ovlivňují především: ateroskleróza, diabetes, osteoporóza a osteoartróza, Alzheimerova choroba, chronická obstrukční plicní nemoc, poruchy zraku a sluchu.

K těm chorobám, které dnes již ztratily na významu díky účinné prevenci či úspěšné léčitelnosti, patří zvláště porevmatické chlopní vady srdeční, ale také tuberkulóza (12).

### ***1.2.1.3 Dlouhověkost***

„Začněte se těšit na to, že budete žít do sta let nebo i déle. Jednadvacáté století bude stoletím staletých“ (25, s. 23). Tak tímto heslem začíná 1. kapitola Moderní příručky dlouhověkosti.

Francouzka M. Calmentová, která se jako první člověk na světě dožila autentických 120 let, měla bratra, jemuž bylo 96 let, když zemřel. Všichni v západní Provinci její rodinu považovali za dlouhověkou už po několik století (13).

Jistě každý z nás ví o rodinách, v nichž se lidé opravdu dožívají vysokého věku, tedy že dlouhý život je věc rodinná. Jinak řečeno, jsou v ní předávány geny, které ovlivňují stárnutí nebo rozvoj nemocí pozdního věku a tím i dožití. Je-li tomu tak, pak by objev těchto genů řekl hodně o tom, jak stárneme.

Genetici ovšem vzápětí přijdou se sdělením, že dědičnost nelze uvažovat bez souvislosti s prostředím, že ji nelze separovat. Právě proto odmítá většina gerontologů o významu genů spekulovat (13).

O příčinách stárnutí vědci diskutují již dlouhá léta. Do popředí se dostaly dvě hlavní teorie. První je teorie „programovaného stárnutí“, která vychází z předpokladu, že stárnutí je výsledkem genetického programu. Druhá teorie předpokládá, že stárnutí je důsledkem náhodného hromadění poruch chemických procesů – zejména tvorbou

nestálých molekul, tzv. volných radikálů. Podle této teorie je tedy stárnutí výsledkem poškození DNA (25,s.24).

Na základě studií se odborníci domnívají, že k dosažení věku sta let je nutná kombinace několika faktorů, mezi něž patří: genetická výbava, pozitivní vztah k životu, schopnost překonávat stresy, zdraví prospěšné návyky, snižující riziko onemocnění, zdravý rozum a mít to štěstí nedostat těžkou infekční chorobu nebo vyhnout se vážným úrazům (6).

Cíl dožít se sta let je třeba sledovat s plným nasazením celý život. Věda v této souvislosti odhalila významnou úlohu frontálních laloků mozku, které mají 5 hlavních funkcí: jsou základem našich snah a motivací, sjednocují informace do smysluplných funkcí, zodpovídají za předvídání následků našeho chování, zajišťují myšlenkový model budoucnosti ( paměť do budoucna) a pracují tak, abychom se vyhnuli opakovaným změnám rozhodnutí o svých cílech a o tom, co jsme pro ně ochotni udělat (25).

Klíčem k dlouhověkosti je dlouhodobá perspektiva, a protože ta sestává z mnoha krátkodobých pohledů, je důležitá téměř pro všechno, co denně děláme. A proto bychom své frontální laloky neměli nechávat zahálet.

#### ***1.2.1.4 Tělesné projevy stáří***

Tělesné projevy a změny, jimiž se odlišují starší lidé od mladých, jsou označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale jejich časový nástup a rozsah vyjádření jsou individuální.

Významově se projevují i fylogenetické vlivy – nové generace stárnou v lepší kondici, v lepším zdravotním stavu a jsou sociálně náročnější, což na druhé straně vyvíjí tlak na zkvalitnění sociálních služeb pro seniory (12).

Fakta se někdy mohou lišit od vžitých představ. Nestačí hodnotit změny, jež s sebou nese stárnutí, jen podle toho, kolikáté narozeniny dotyčná osoba oslavila. Chronologický věk tedy není spolehlivým kritériem. Jednotlivé orgány stárnou, jsou opotřebovány, udržovány, ale i chorobně měněny odlišným způsobem (48).

Fenotypické změny mohou být posuzovány dvojím způsobem – jako změny daného jedince v čase, anebo průřezově jako rozdíly jedinců různého věku (12).

Fenotypické změny antropometrické byly zkoumány především v 19. a v 1. polovině 20. století. Rozsáhlý a v naší literatuře přehledný výčet dat uvádí Příhoda (1974) a Hrůza (1966).

Tělesná výška postupně klesá u osob obojího pohlaví (nové generace jsou vyšší). Tělesná hmotnost se zhruba zvětšuje do 55 let a poté opět klesá. Ubývá aktivní tělesná hmota, přibývá tuk a vazivo. S tím souvisí i významný úbytek celkové tělesné vody. Vzhledem ke snižování výšky se problematizuje hodnota BMI. Zdravotně bezpečné pásmo se ve stáří rozšiřuje k hodnotě 27,0 (11,s.100).

Tělesný povrch se ve stáří zmenšuje. Z antropometrického hlediska dochází k „mohutnění postavy“ (u mužů i žen se mění tvar hrudníku, zvětšuje se jeho obvod).

Fenotypicky je závažná změna výrazu obličeje – stírají se sexuální rozdíly, výrazné jsou kožní vrásky, prodlužují se ušní lalůčky, nastává pokles tváří, pokles horního víčka, zvětšování špičky nosu. Ztráta zubů závažně mění výraz úst. Snižuje se dolní čelist a ztenčuje horní ret.

Nápadné jsou také změny postoje a chůze. Typické jsou hyperkyfóza či kyfoskolióza, nahnbený postoj a zpomalená chůze. Tento fakt souvisí zřejmě se snížením rychlosti krevního oběhu. Dalším nepříznivým ukazatelem je i rostoucí úrazovost, lépe řečeno vzrůstající možnost úrazu.

Z komunikačního a existenciálního hlediska jsou významné změny smyslového vnímání. Snižuje se sluchová ostrost, pro vysoké tóny nastupuje úbytek již od 10 let. Kolem čtyřicátého roku dochází ke ztrátě pružnosti oční čočky, nastává pomalá a obtížná adaptace na změnu intenzity světla (ve věku 40 let 18 %, ve věku 50 – 59 let 60 %). (62), (12).

Na významu neztrácejí ani involuční změny jednotlivých tělesných systémů, v propojení zvláště s chorobami. Vnitřní prostředí se mění především ve smyslu ubývání celkové tělesné vody, což seniory znevýhodňuje oproti mladším jedincům při rozvoji dehydratace a s tím i zotavení po jednorázovém tělesném zatížení (59).

### **1.2.2 Psychické změny**

K základním psychickým změnám ve stáří patří (60,s.12):

- zhoršení paměti
- obtížnější osvojování nového
- nedůvěřivost
- snížená sebedůvěra
- sugestibilita
- emoční labilita
- změny vnímání
- zhoršení úsudku

#### **1.2.2.1 Psychologie osobnosti**

Názory odborníků na přirozené psychické změny s přibývajícím věkem nejsou jednotné. K jejich poznání u nás přispěli zvláště psychologové Příhoda, Říčan, Srnec, Švancara, z psychiatrů Dobiáš a Vondráček. Všichni shodně upozorňují na velké inter – a intraindividuální rozdíly. Důležitá je především osobnost. Osobnost každého člověk je nutné posuzovat jako psychologický celek. Integrita osobnosti zůstává zachována, mění se jen funkční schopnosti osobnosti.

Pojem „osobnost“ je jednou z nejsložitějších skutečností, kterou se zabývá řada věd, jež o ní uvažují z více zorných úhlů.

Psychologie osobnosti odpovídá na tyto otázky: Jaký typ člověk jste? Jste veselý, vyrovnaný a pevný? Překypujete sebedůvěrou a pohodou? Nebo jste nesmělý, ostýchavý, podléháte depresím?

Na rozdíl od pojmu osoba, tj. konkrétní lidský jedinec, vyjadřuje pojem osobnost celek, který má určitý podstatný znak. V psychologii osobnost znamená :

- jednotu psychických vlastností člověka,
- schopnost přizpůsobení vnějšímu prostředí,
- schopnost rozvíjet se jedinečným způsobem.



Existuje asi 50 různých definic od různých autorů na to, co je to osobnost. Ale všichni se shodují v jednom : znakem osobnosti je její jedinečnost a odlišnost od ostatních osobností.

V psychologii se pojmu osobnost užívá ve všeobecném významu – nemá hodnotící ráz. V psychologickém smyslu je tedy osobností každý člověk (72).

O komplexní pohled na osobnost usiluje personologie. Výhodiskem praktického uvažování o člověku je názor, že každý člověk je osobností, ale že se lidé liší stupněm své osobnostní zralosti a způsobilosti zvládat úkoly života. Být osobností znamená tedy být autorem svých činů. Osobnost je nutno sledovat a zkoumat v rovině tělesné, psychosociální a duchovní (46).

Psychologie osobnosti je především systémem popisných poznatků o průběhu, stylu, obsahu a jiných zvláštnostech lidského jednání a prožívání, např. o tom, jak lidé spolu navazují kontakt, jak se chovají v náročných situacích, jak reagují na výhru a prohru, jak usilují o uznání, co prožívají při obavách, milování, radosti, jak se vyhýbají nepříjemnostem atd. Psychologie osobnosti pak nabízí vysvětlení, proč lidé jednají za určitých podmínek tak a ne jinak, proč jednají zodpovědně , nebo naopak ukvapeně, proč riskují nebo se bojí, proč jsou tvořiví, nebo jen mechanicky reprodukuje atd.

Na jaké otázky hledá praktická psychologie osobnosti tedy odpovědi? Smékal uvádí, že pokud půjde o řešení naléhavých otázek pomoci lidem a práce s lidmi vůbec, budou to odpovědi na otázky (46,s.469):

- jakou osobností je XY,
- bude tento člověk úspěšný v řešení úkolu, který před ním stojí,
- jak bude tento člověk XY vycházet s člověkem MN, hodí se k sobě, jaká je perspektiva jejich vztahu,
- proč je tento člověk takový, jaký je,
- jak se bude osobnost tohoto člověka utvářet za určitých podmínek,
- lze tohoto člověka změnit a do jaké míry,
- jaké jsou účinné metody zacházení s tímto člověkem.

Poznatky zájemce o poznání lidí získává ze čtyř zdrojů:

- z odborných prací osobnosti,

- z pozorování života lidí,
- z debat s druhými o tom, kdo a proč je takový,
- četbou krásné literatury.

S pojmem osobnost pacienta se u Kalvacha setkáme při komplexním geriatrickém hodnocení (CGA), diagnostickém procesu zaměřeném na stanovení zdravotních funkčních a psychosociálních schopností a problémů seniorů. Mimo jiné tak CGA vtahuje mnohdy podceňovaného, či dokonce ageisticky zpochybňovaného pacienta z periferie do centra zdravotnického zájmu, a to účelným způsobem (11).

V posledních letech je často a běžně užívaný pojem krize. Mnozí získávají dojem, že v krizi je vlastně vše, co nás obklopuje, že krize se v současném globalizujícím se světě stává globálním, permanentním jevem. Často se pak diskutuje také o krizi morálky a krizi hodnot.

Krize je situace, která postihuje společnost a její instituce, postihuje sociální skupiny. Krize je ale také především záležitostí týkající se jedince, potažmo osobnosti. V psychologii a psychoterapii je krize výraz pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrat v léčbě (52).

Podle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení.

#### **1.2.2.2 Kognitivní a akční funkce osobnosti**

Kognitivní funkce jsou individualizované psychické struktury vzniklé na základě raného učení, zkušenosti a vývojového naprogramování (dědičných dispozic). Ovlivňují organizaci zpracování informací osobností (HIPS, tj. systém zpracování informací člověkem) (46).

Riziko stagnace či zhoršení kognitivních funkcí ovlivňují tyto faktory (59,s.248):

- 1 Celkové zdraví .
2. Dosažené vzdělání, tvořivá činnost a životní styl.
3. Dobré rodinné zázemí.
4. Ochota akceptovat změnu.
5. Osobní spokojenost a vyrovnanost.

Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností. Kognitivní schopnost využívat svůj potenciál není po 60. roce už příliš velká a postupně klesá. Změny dané stárnutím se projevují především ve funkcích, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. To může mít dopad na kvalitu života, zejména pokud by omezoval schopnost žít nezávisle na cizí pomoci. K takovým důsledkům může vést zhoršení zrakové či sluchové percepce, paměti a uvažování.

Ve stáří dochází k poklesu schopnosti koordinovat a integrovat jednotlivé kognitivní funkce s dalšími psychickými procesy, např. s emočním prožíváním. Senioři leckdy nedokáží koordinovat racionální a emocionální faktory, což vede ke zkratkovitým závěrům. V pozdním stáří proces zpomalování a úbytku přesnosti ukládání a využívání informací pokračuje. Postupně přibývají zdravotní problémy a s nimi úbytek soběstačnosti. Ve druhé polovině 80. let dochází k diferenciaci intelektových schopností, stírají se rozdíly, které se až do té doby udržely. Pocit životní pohody je udržován na přijatelné úrovni především díky smíření se s mnoha ztrátami a zátěžemi ( 59).

Akční styly jsou dosud zkoumány méně, než by si zasloužily. Jde o stereotypizované determinanty výkonového chování. Ve třicátých letech 20. století byl popsán na základě neuropsychologických výzkumů stabilní styl a labilní styl. Stabilní se vyznačuje přesnými a pravidelnými odpověďmi na podnět, labilní je charakterizován nepravidelností chování. Na základě fyziologie vyšší nervové činnosti, vztahu konkrétně obrazového a slovně logického způsobu činnosti mysli, lze tyto dvě polarity nazvat myslitelským a uměleckým typem. Myslitelé jsou lidé teoretičtí, abstraktní, uvažující pojmově, umělci spíše praktičtí, konkrétní, obrazní (46).

Kognitivní a akční styly osobnosti upravují způsob poznání a realizačních činností a jsou podmínkou a limitem osobní výkonové zdatnosti člověka (46).

### **1.2.2.3 Testy kognitivních funkcí**

Ve stáří dochází k proměně většiny kognitivních funkcí, i když jejich zhoršení nebývá rovnoměrné. Typickým signálem stárnutí je zpomalení psychických funkcí, snižování kvality percepce, zhoršování pozornosti a paměti. V průběhu stárnutí dochází i k nerovnoměrnému úbytku rozumových schopností, největší pokles je zřejmý v oblasti fluidní inteligence, schopnost zpracovávat nové informace, zatímco naučené funkce přetrvávají déle (59,s.408).

Nejpoužívanější test pro globální hodnocení kognitivních funkcí starších osob v klinické praxi je test MMSE ( Mini – Mental State Examination)- Krátká škála mentálního stavu. Objektivizuje a kvantifikuje poruchu ve více oblastech. Test umožňuje zhodnocení:

- orientace
- okamžité paměti a výbavnosti
- pozornosti
- faktických ( řeč), gnostických ( rozpoznání) a praktických funkcí ( zacházení s předměty) včetně zrakově- prostorové schopnosti ( kreslení), čtení, psaní a počítání ( 55,s.216).

Test MMSE sestává z 30 otázek a činností, jejichž správné provedení se hodnotí vždy jedním bodem (příloha 4 ) .Staří lidé nad 75 let dosahují v průměru 27 -28 bodů, za abnormální se považuje skóre 24 a méně bodů ( 55,s.217).

Test MMSE je vhodný pro screening kognitivních funkcí u pacientů s podezřením na demenci a monitorování progresu poruchy (55).

Vyšetření MMSE jsou přítomny pouze dvě osoby – vyšetřující a pacient. Provádění testu nesmí být ničím rušeno, instrukce k testu musí být striktně dodržovány. Na každou odpověď má pacient 10 sekund.

Test MMSE vhodně doplňuje Test kreslení hodin. Umožňuje kompletně zhodnotit kognitivní funkce:

- paměť
- vizuálně – konstrukční schopnosti
- výkonné funkce (55,s.221).

#### **1.2.2.4 Barthelův test aktivity denního života**

Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Je dána dvěma faktory:

- funkční zdatností člověka ( tělesná i psychická včetně potřebných dovedností a znalostí)
- náročností prostředí

V úvahu je třeba brát vždy oba faktory. V konceptu hodnocení aktivit každodenního, běžného, všedního života, označovaný jako ADL ( z anglického Activities of daily living), je rozhodující funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy, soběstačnosti, aktivity a participace. Rozlišujeme:

- základní, tzn. sebeobslužné činnosti nutné pro samostatnou existenci
- komplexní, tzv. instrumentální činnosti nutné pro samostatný život ve vlastní domácnosti

V obou testech se hodnotí samostatnost provedení jednotlivých činností, popř. potřeba dopomoci. Existuje řada modifikací testů všedních činností, některé přihlížejí i k obtížím pacienta při provádění činností. Celkové skóre pak slouží ke zhodnocení závažnosti postižení a potřeby pomoci a péče, v některých zemích i pro účely poskytování finančního příspěvku pro bezmocnost a indikaci ústavní péče (12).

Oba uvedené testy patří mezi standardizované nástroje a nejčastěji používané testy v Evropě i USA (55). Původní Index nezávislosti v každodenních aktivitách vytvořil v r. 1964 S. Katz – Katzův index ADL, který byl různě pozměňován a kombinován, avšak původní 6 položkový index zůstává jednoduchým zlatým standardem ( koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinence, jezení) ( 13).

Alternativní index Barthelové zahrnuje navíc hodnocení upravenosti, chůze a stoupání do schodů (12).

U lehčího zdravotního postižení se provádí Test instrumentálních činností ( Test IADL) týkající se složitějších činností, které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost: nakupování, vaření, běžný úklid, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi, telefonování.

V případě těžšího postižení se provádí Test základních všedních činností podle Barthelové (55,s.214, příloha 5).

#### ***1.2.2.5 Vyšetření emočních funkcí***

Emoce lze rozdělit do tří skupin- na krátkodobé afekty, na delší nálady a na trvalá emoční nastavení – vyšší city.

Ve stáří dochází často k nahromadění afektů a jejich nezvládnání je patické. Rovněž patické nálady ( např. depresivní, úzkostná) mohou podstatně snížit kvalitu života a ovlivňovat funkční schopnosti postižených.

Pro hodnocení patických nálad se v geriatrii a gerontopsychiatrii užívá několik hodnotících škál.

Pro hodnocení deprese je užívaná Geriatrická škála deprese podle Yessavage, v níž se na 15 otázek odpovídá ano nebo ne a bodování je jedním bodem buď ANO, nebo NE, což je u každé otázky vyznačeno.

Při výsledném skóre 0 – 5 bodů je emoční stav pokládán za normální, skóre 6-10 indikuje mírnou depresi, skóre 11-15 bodů již klinicky relevantní depresi.

Otázky geriatrické škály deprese se týkají okruhu spokojenosti se životem,zájmu a aktivit,nudy a prázdnoty, bezmocnosti, dobré nálady, ochoty bavit se, problémy s pamětí, bezcennosti a beznaděje (12).

#### ***1.2.2.6 Hodnocení poruch chování a jiných behaviorálních příznaků u seniorů***

U seniorů s přítomností organické mozkové poruchy spojené se syndromem demence se mohou vyskytovat poruchy chování, které se stává společensky nevhodným, až nepřijatelným.

Podstatou syndromu demence je, že v důsledku organického postižení mozku dochází k úpadku funkcí kognitivních ( paměť, učení) a druhotně i dalších ( pozornost, vnímání, porozumění, myšlení, řeč, účelné jednání), a to měrou, která postiženým vadí v profesním i osobním životě. Postupně upadá schopnost vykonávat běžné denní aktivity, dochází ke ztrátě soběstačnosti a plné odkázanosti na druhé osoby.

U demencí jsou postiženy 3 okruhy funkcí: kognitivní funkce, aktivity denního života, emotivita a cyklus spánek – bdění. Poruchy funkce třetího okruhu se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demence. Navíc je postižena většinou motorika ( 13).

Pro posuzování poruch chování i dalších behaviorálních funkcí byla vyvinuta řada metod, např. SCAG ( Sandoz Clinical Assessment – Geriatric)(12).

K hodnocení tíže demence je běžně používaná Reisbergova škála GDS( Global Deterioration Scale). Tato škála pacienta zařadí podle úrovně kognitivních funkcí do jednoho ze sedmi stadií:

1. bez kognitivní poruchy,
2. subjektivní kognitivní porucha,
3. objektivně měřitelná porucha paměti,
4. mírná demence,
5. střední demence,
6. těžká demence,
7. demence v terminálním stádiu ( 12).

Demence jsou mimo jiné finančně velmi nákladné choroby. Mnoho prostředků se vynakládá na péči o pacienty, na pečovatelskou službu, asistenční služby, pobyty ve specializovaných zařízeních. Demence se výrazně zvyšuje s věkem. V 65 letech trpí již rozvinutou demencí 4 – 5 % lidí. V 80 letech postihuje demence asi 25% lidí. V ČR jsou statistiky nepřesné a neúplné ( 80 000 – 100 000). Se stárnutím populace se bude počet dementních obyvatel zvyšovat (12).

Do budoucna se proto jeví jako naléhavě potřebný intenzivní rozvoj:

- koordinovaných komunitních služeb ( podpora pečujících rodin, různé typy lokátorů pro bloudící nemocné),
- kapacit ústavní dlouhodobé péče,
- metodologie podpory lidí se syndromem demence,
- zájmu odborné i laické veřejnosti.

Zvláště u rodinných příslušníků – pečovatelů dochází k mimořádné zátěži, hrozí syndrom vyhoření a psychická i tělesná morbidita ( 13).

### **1.2.3 Sociální změny**

Mezi nejzávažnější změnu patří změna pracovního prostředí, tj. přechod do důchodu. Několik desetiletí byla práce základní hodnotou a jistotou v životě člověka, která mu zabezpečovala společenskou prestiž a ekonomickou samostatnost. Ztrátou profesní role se narušila „jistota“ člověka. Podle Čornaničové (3), „...ztrácí svůj pevně vytýčený program a společenský status bez toho, aby získal přiměřenou náhradu“.

K základním sociálním změnám ve stáří patří (60,s.12).

- odchod do penze
- změna životního stylu
- stěhování
- ztráta blízkých lidí
- osamělost
- finanční obtíže
- penzionování

#### **1.2.3.1 Ageizmus**

Jde o slovo, které nemá český ekvivalent. Je odvozeno od anglického slova age, které znamená věk, stáří. Ageizmus je tedy společenský předsudek vůči stáří. Zahrnuje negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku.

Mezi deset hlavních bodů shrnujících předsudky podle Tošnerové (56) patří : nemoc, impotence, ošklivost, pokles duševních schopností, duševní choroba, zbytečnost, izolace, chudoba, deprese, politická moc.

Jaký je však průběh normálního fyziologického stáří? Postihuje doopravdy rozumové schopnosti, inteligenci, paměť, schopnost naučit se něčemu novému?

Z různých vědeckých pozorování psychologů, lékařů a sociologů vyplývá, že např. u psychiky zdravých starých lidí před osmdesátým rokem věku nedochází k významnému poklesu inteligence, psychická výkonnost není závislá na věku. Člověk je schopen se učit do vysokého stáří, neučí se tak lehce a rychle, ale o to intenzivněji a důkladněji. Učení



tedy není omezeno věkem, ale záleží spíše na celoživotním „mozkovém tréninku“ rozumových schopností (6).

Uspokojivý milostný vztah obvykle pokračuje do 70 až 80 let pro zdravé páry. Hraje důležitou roli v životě mužů i žen. Skutečné překážky k sexuálnímu životu starších mužů a žen nejsou fyziologické, ale:

- demografické: věku 80 let se dožívá mnohem více žen
- sociologické: sexualita starých lidí je ve společnosti tabu
- psychologické: staří lidé si myslí, že se to v jejich věku už nehodí (34).

Podle WHO je sexualita – stejně jako zdraví a bezpečí – jedním z elementů hodnotného života starých lidí (40). Zakoušet rozkoš může člověk v každém věku. Touha nezná hranic. Když se jedné ženy ptali, co si myslí o automatickém předpokladu, že ženy v sedmdesáti a osmdesáti ztrácejí všechnu zájem o sex, po odmlce odpověděla: „U mě je to takhle. Stala jsem se vegetariánkou, ale jednou za čas mám chuť na kus masa. Jdu a koupím si je, sním je a mám z toho potěšení (45,s.387).

Co se izolace a zbytečnosti týče, může být ztráta rodičovské ( výchovné) role kompenzována novou rolí prarodičů. Většina starších lidí však může dále pracovat, a prokazuje dokonce menší fluktuaci a větší spolehlivost než mladší zaměstnanci (40).

K nejhudší vrstvě ve společnosti v našich poměrech patří mladší ženy samoživitelky s malými dětmi. Jen kolem 2 % osob nad 65 let je institucionalizováno s diagnózou duševní choroby. Starší lidé sice představují velké množství voličů, ale nehlasují jako blok, proto jejich politická moc je méně významná, než se předpokládá (56).

Pouze deprese je u starších lidí nejběžnější a tvoří s počtem sebevražd u seniorů ( v ČR v roce 2000 připadalo 15,8 sebevražd na 100 tisíc obyvatel, ale 27,3 sebevražd ve věku 70 – 74 let a 49 sebevražd ve věku nad 85 let na 100 000 obyvatel – dle ÚZIS 2002) významný problém pro starší populaci (56).

Z výše uvedených příkladů tedy vyplývá, že zdravotní problémy, osamělost a finanční těžkosti starších lidí jsou zveličovány. Senioři jsou naopak nejen zdravější, ale dožívají se i delšího aktivního života, začínají i další kariéru, cestují, chodí do kurzů a do školy a předávají svou profesi i zkušenosti ostatním (50).

### ***1.2.3.2 Problémy mezigeneračních vrstev***

Vzhledem k tomu, že se dožíváme čím dál vyššího věku, bývá dnes běžné mít ještě prarodiče.

Rodina stále zůstává jednou z prvních hodnot, přestože se často mluví o krizi rodiny. Skutečností však je, že se od rodiny očekává solidárnost s tím členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci.

Dokud jsou starší rodiče schopní, mohou v mnoha věcech pomáhat: hlídat vnoučata, poskytovat finanční podporu. Ale s postupujícím věkem, oslabením, nemocí se může situace změnit.

Co se stane, když se objeví problémy a starý člověk už není tak „užitečný“? Není schopen žít sám a bez výrazné pomoci? Jeden evropský výzkum potvrzuje, že rodina i nadále zůstává jednou z největších světových institucí, která se ujímá starých a bezmocných lidí. O 70 až 80% starých lidí se stará jeden člen rodiny (40).

Vývoj rodiny obvykle končí vdovstvím. Muži mají kratší život. Polovina z žen žijících v naší republice žije sama. Jejich rodinná síť je tvořena vzdálenějšími příbuznými ve stejné generaci a blízkými příbuznými v mladší generaci. Poprvé v dějinách lidstva žijí nyní společně čtyři generace. Starý člověk si dobře rozumí s mladým člověkem. Pouta mezi nejmladší a starou generací bývají méně problémová než vztah mezi sousedními generacemi.

Společenská pozice starých lidí je okrajová. Naše kultura pěstuje kult dětství a mládí. Stáří nemá autoritu.

Starý člověk se v naší kultuře může uplatnit jako pomocník a partner předchozích generací své rodiny. Jeho hlavním problémem je hrozící izolace. Jako poslední možnost pak může ještě apelovat na pečovatelské sklony potomků (32).

V této souvislosti se dostáváme k otázce, proč pečují více ženy než muži? Jedním ze zásadních motivů je skutečnost, že na pečovatelskou schopnost je nahlíženo spíše jako na přirozenou vlastnost než naučenou nebo získanou. Tento předpoklad genderově adekvátního chování staví ženu do pozice, v níž jsou způsobilější zvládnout péči o starého příbuzného, muže však odsouvá na periferii potencionálních pečovatelů (71).

Přesto i muži participují na péči o rodiče, ať už jako skuteční pečovatelé, anebo pomocníci.

Úvahy o dalším možném vývoji je nezbytné zasazovat do širšího kontextu. Jakých podob bude nabývat mezigenerační solidarita v současné společnosti obecně? Tradiční norma povinnosti dětí pomoci svým starým rodičům není direktivní. Prodlužování věku odchodu do důchodu a nízká porodnost (tedy snižování počtu potencionálních pečovatelů) jsou možnými překážkami v naplňování závazku vůči rodičům. Stejně tak může podobu mezigeneračních vztahů ovlivnit koncept aktivního stárnutí, a tudíž schopnost autonomie starých lidí, kteří po rodině nevyžadují péči. To vše se odehrává na pozadí politiky sociálního státu, který podporou institucí a opatření může posílit nezávislost seniorů na vlastní rodině nebo pomoci těm, pro které je péče o staré rodiče doma jediným správným rozhodnutím.

V této souvislosti Matoušek ve své knize uvádí, že tak jako moderní člověk svěruje své děti velmi brzy školám a školám, stejně ochotně svěruje své členy širší rodiny spíše do péče instituce (32).

### ***1.2.3.3 Hodnotný způsob života ve stáří***

K největším subjektivním obavám v souvislosti se stářím patří kromě osamělosti (ovdovění) neuspokojivě nízká kvalita života podmíněna zdravotním stavem, především nesoběstačností. Prodlužování naděje dožití ve stáří vzbuzuje obavy, aby nešlo o prodlužování nezdatné, nekvalitní, subjektivně neuspokojivé a ošetřovatelsky nákladné, označované jako stáří bolestné. Jde o obavy, že se lidský život prodlužuje rychleji než jeho část prožitá v plném zdraví, že prodlužování života ve stáří je spojeno s podstatnou expanzí nemoci, která vede k vysokým nákladům a k nesoběstačnosti (12).

Stárnutí jednotlivce odpovídá nejspíše věku funkčnímu. Proto je jak dynamika (trvání a tempo), tak i kvalita stárnutí ovlivnitelná stylem života v tomto období. Zpomalit vědomě tempo stárnutí znamená ovlivnit závažný rozdíl mezi funkčním a kalendářním věkem – ve prospěch věku funkčního (8).

Stárnutí je věc velmi individuální. Tím více hraje roli odhad, co já sám mohu pro sebe dělat. Není snadné se rozhodnout pro nejvhodnější aktivitu, není snadné rozhodnouti

pak vůlí uskutečnit. A nejde jen o aktivitu tělesnou, ale celou řadu nejrůznějších činností, u nichž může člověk najít potěšení. Cílem přece není vysoký věk čili stáří samo o sobě, ale hodnotný život i ve stáří (6).

Jedna z důležitých součástí aktivního životního stylu je vyhledávat a udržovat dobré osobní vztahy. Člověk je tvor společenský a žít mezi lidmi je jeho přirozený způsob života. Izolace, osamocení je způsob života nepřirozený. Dvojnásob to pak platí o pacientovi. Člověk sevřený úzkostí bolesti a myšlenek na to, co bude následovat, potřebuje kolem sebe lidi (23).

Součástí aktivního životního stylu, pokud nejde o žádné závažné zdravotní překážky, je i pohyb a sportování. Neexistuje žádný fyziologický zákon, který by stanovil věkovou hranici pro pokračování v tělesné aktivitě. Pohyb a sportování jsou totiž nejen výsledkem, ale i zdrojem vitality stárnoucího člověka. Radost ze sportování a pohybu se může stát staršímu člověku důležitým zdrojem radosti ze života vůbec (49).

S výše uvedenými aktivitami pak úzce souvisí i zdraví duševní. Duševní neboli psychické zdraví neznamena jenom nepřítomnost duševní choroby, ale také schopnost adaptovat se na změny a nové životní situace (26). A jako všechny etapy života je i stárnutí obdobím změn. Jeho zvláštnost a nevýhoda spočívá mimo jiné v tom, že adaptační schopnost člověka je, pokud proti tomu nic neudělá, stále menší. Proto je psychické „otužování“ chápáno jako trénink vlastní adaptační energie. Pěstování, vyhledávání a udržování mezilidských vztahů je pro náš psychický život stejně důležité jako jídlo a spaní, dokonce snad důležitější. Protože dožije-li se člověk vysokého věku v dobrém zdraví a v dobré pohodě a nemusí využít různých institucí nebo se z důvodu nesoběstačnosti obracet o pomoc k jiným, je to velký dar života (6).

Kalvach a Otová (12) ve své gerontologické studii uvádějí, že koncept úspěšného stárnutí a zdravého stáří je založen na přesvědčení, že lidský život se v současnosti může nejen prodlužovat, ale ve stáří také zkvalitňovat. Reálně lze usilovat o prevenci a účinnou léčbu většiny klíčových chorob zhoršujících funkční stav ve stáří, o lepší tělesnou kondici i duševní trénovanost, o vytváření důstojnějších a více stimulujících společenských podmínek k autonomii, seberealizaci a participaci seniorů i k posilování jejich sebevědomí a zodpovědnosti za sebe.

#### *1.2.3.4 Autonomie ve stáří*

Zabezpečení seniorů představuje snad nejkontroverznější část moderního sociálního welfare (veřejné sociální péče) (50,s.46). Společnosti by tedy měly být na „šednutí“ populace připravené – a nejen ekonomicky. Především musejí respektovat psychosociální potřeby a životní podmínky seniorů, vyrovnat se s věkovou diskriminací a dalšími projevy ageizmu a zabránit vytlačování starších lidí na okraj společenského zájmu. Jedním z předpokladů k otevření „struktur příležitostí“ k zaměstnání, vzdělání a sociálním aktivitám v celém životním běhu a tím i uplatnění seniorů jako lidského kapitálu (41). V této souvislosti bývá zdůrazňována politika aktivního stárnutí, jejíž některé principy jsou zakomponovány do Národního programu přípravy na stárnutí populace, který byl schválen vládou ČR v roce 2002 (68).

Autonomie je složitý jev, dotýká se všech rozměrů lidské existence – fyzické, mentální, kulturní, sociální, ekonomické i politické. Jejím nositelem může být jedinec, skupina, organizace, stát (50).

Osobní autonomie je ztotožňována se soukromím, s důstojností, individualitou a individuální odpovědností. Za její ekvivalent se někdy považuje nezávislost jako soběstačnost ve vztahu k vlastním zdrojům (40).

Typické pro seniory je, že vnímají autonomii komplexně, tzn. nebyť manipulován, nenechat se využívat, moci rozhodovat. „Nebýt závislý na druhých po stránce fyzické i finanční. Pro psychiku člověka je to moc důležité. Každá závislost na čemkoli je špatná“ (68letá vdaná žena) (44,s.88).

Autonomii seniorů můžeme tedy chápat ve třech jejích významech, tj. autonomie jako fyzická soběstačnost, jako finanční soběstačnost a ve smyslu samostatného rozhodování. Autonomie jako fyzická soběstačnost je seniory podmíněné především zdravím, které nabývá ve stáří specifického významu. A jako spíše zdravého charakterizuje člověk sama sebe především tehdy, je-li mobilní. V duchu konstatování, že zdraví je „něco, čím se nezabýváme, pokud to máme“(21), si senioři uvědomují jeho hodnotu tím silněji ,čím vážněji se jejich zdraví zdá být ohrožené.

Finanční autonomie znamená pro seniory především schopnost se o sebe postarat, nezáviset na druhých a nemít pocit závazku. Rabušic tvrdí, že „na tom nejsou čeští

senioři ve srovnání s normální českou populací dramaticky špatně“ a že vzhledem k oficiální hranici chudoby chudí nejsou (42,s.311-312). Čeští senioři jsou podezírání dokonce z celoživotní podpory dětí. Ivo Možný v této souvislosti vyslovil hypotézu o demordenizaci české rodiny (36). Dana Sýkorová ve své studii uvádí, že senioři nevnímají finance jako svůj hlavní životní problém. Vystupují jako lidé, kteří sice mají málo, ale nestěžují si stále, dokáží s tím vyjít a ještě podporovat druhé (50).

Vysokou hodnotu přisuzují senioři autonomii ve smyslu samostatného rozhodování. V tomto případě nabývá osobní kompetence význam umět si poradit, umět rozhodnout.

Ochota nechat si poradit, zpravidla dětmi nebo svými sourozenci, přece jen – zvláště po osmdesátce – zesiluje. Větší přístupnost senioři dávají do spojitosti se zhoršením zejména fyzického zdraví. Zásadní zdravotní handicap rodičů je pro dospělé děti pak jasným indikátorem závislosti rodičů na druhých.

Nejen fyzická soběstačnost, ale všechny významy, jimiž senioři definují osobní autonomii, zahrnují zdraví. Zdraví je proto považováno za specifický význam autonomie ve stáří. A nejsou to sociální vazby, ale fyzická soběstačnost, jež je vnímána jako největší ohrožení autonomie ve stáří jak seniory, tak příslušníky střední generace (50).

#### ***1.2.3.5 Mobilita ve stáří***

Vývoj po odchodu do důchodu probíhá ve fázích, které jsou podmíněny zdravotními, osobnostními, finančními a společenskými možnostmi.

Aby bylo možné správně vytvářet další směřování života, je nutno zkoumat v minulosti jedince činnosti, jež se ukázaly jako úspěšné a byly v jeho zájmu. Odchod do důchodu nemá vést k nicnedělání. Opětovně se má přemýšlet o perspektivě životních fází, a tedy i možnostech mobility.

K nejdůležitějším výsledkům studie o stáří a mobilitě patří zjištění, že možnost zůstat i ve stáří mobilní podstatně ovlivňuje kvalitu života. S ohledem na individuální překážky v mobilitě hraje kalendářní věk jako limitující faktor jen druhořadou roli (53). Rozhodujícími předpoklady jsou pohyblivost, zdravotní stav a řidičské kompetence. Výrazná omezení nastupují v průměru teprve ve věku od 80 let.

Jak riziková jsou starší lidé v dopravě? Statistiky uvádějí, že v souvislosti s podílem starších osob v obyvatelstvu představují řidiči od 16 do 29 let mnohem větší problém pro bezpečnost než řidiči do věku 75 let.

Křivohlavý uvádí psychologickou souvislost v rozdílech mezi lidmi v nehodovosti. Jde o tzv. náchylnost k nehodám (accident proneness). Rozborem nehod velkého počtu lidí při relativně stejné činnosti (např. řízení auta, autobusu atd.) se zjistilo, že rozložení nehod není statisticky normální. V praxi to znamená, že jsou na jedné straně lidé, kteří jezdí mimořádně bezpečně, a na druhé straně lidé, kteří jezdí za relativně stejných okolností velice nebezpečně (mají velký počet nehod) (22).

Důvody, proč není riziko vzniku nehody u starších řidičů vyšší než u celkové populace, jsou:

- bezpečné řízení je úloha, která neklade vysoké mentální a fyzické nároky, pokud je člověk po léta prováděl
- v této úloze lze dosáhnout vysokého stupně automatizace
- bezpečná jízda je více otázkou vyhýbání se určitým situacím než zvládnutí takové situace (53).

#### ***1.2.3.6 Zdraví a nemoci ve stáří***

Zdraví obsahuje vedle biologické a psychologické komponenty rovněž komponentu sociální. V každé společnosti je zdraví jistým způsobem definováno, být zdravý nebo nemocný nabývá specifických sociálních významů.

Přehled empirických výzkumů v sociální gerontologii vedl k určení šesti tříd sociálních faktorů nejčastěji zkoumaných ve vztahu ke zdraví. Jsou to:

1. demografické proměnné,
2. sociální status,
3. míra integrace do sociální struktury,
4. sociální stres,
5. sociální podpora,
6. způsoby zvládnutí životních těžkostí (50).

Realizace zdraví jako fyzického a psychického potenciálu individua se tedy děje v určitých sociálních podmínkách daných ekonomickou úrovní, společenským klimatem, způsobem života, pracovními podmínkami, kvalitou péče a přístupem k ní (21). Pro stáří je pak typické, že sociální činitelé a události spouštějí další jevy, na jejichž konci jsou zdravotní potíže a nemoci.

Stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma. Je to podivné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií, nejsou „výsadou stáří“. Ale ve stáří je tento vpád pravděpodobnější (7).

Organismus starého člověka se však od organismu člověka mladšího liší a tyto odlišnosti jsou ještě významnější během nemoci. Válková ve své studii praktického lékařství uvádí, že některé příznaky, které jsou v mladším věku typické, nemusejí být ve stáří vůbec vyjádřeny. Stonání ve stáří je typické naopak geriatrickými syndromy, které mají celkový charakter a nacházíme je v oblasti somatické, psychické i sociální (58,s.128).

Z hlediska výskytu a vysokých nákladů patří mezi společensky nejvýznamnější problémy poruchy mobility a pády a dále demence. U obou je vysoké riziko dlouhodobé ústavní léčby. Jako celek se populace seniorů vyznačuje především vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, častější hospitalizací a vysokým invalidizujícím potenciálem nemocí, což s sebou nese i významnou sociální komponentu (63).

Vliv sociálních faktorů, jako je nevyhovující bydlení, nedostupnost pečovatele, nízký důchod ap., mohou významně zhoršovat soběstačnost při stejném stupni postižení. Proto je součástí klinického geriatrického vyšetření i podrobná sociální anamnéza (55).

### **1.3 Novodobá péče o seniory**

Demografický vývoj i mezinárodní doporučení na úrovni OSN vyzývají k začlenění seniorské problematiky (gerontologie) do vzdělávacích programů jednotlivých zemí. České republiky se tyto záležitosti též dotýkají, neboť v roce 2050 může být nejstarší populací ve světě se 40% osob starších 60 let. Kalvach uvádí, že jde v zásadě o dvojí problematiku:



1. život ve stáří – vytváření podmínek pro společenskou integraci seniorů ve společnosti a podporu zdravého aktivního stáří,
2. rozvoj komplexní zdravotně sociální péče o osoby s ohroženou či ztracenou soběstačností a výchovu odborníků zapojených do této péče (11).

Cílem vzdělávání a výuky proto je :

- rozšíření obecných znalostí o životě ve stáří a specifických potřebách seniorů jako klientů, uživatelů i spotřebitelů,
- výchova odborníků zajišťujících zdravotně sociální péči, která se stále více geriatrizuje,
- výchova odborníků pro specifické seniorské služby (43).

V posledních letech u nás dochází k výrazné geriatrizaci medicíny, a proto se musí i struktura zdravotnických zařízení, charakter péče i spektrum poskytovaných sociálních služeb přizpůsobit starým a většinou nemocným lidem. Rozvíjejí se rovněž nové netradiční formy péče o staré občany (18).

V oblasti péče o seniory převažují sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho domácím prostředí. Při zhoršení zdravotního stavu nebo soběstačnosti seniora nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi. Primární odpovědnost za dostupnost služeb má stát, koordinace a organizace služeb je zajišťována na místní a regionální úrovni.

V systému komplexní zdravotně sociální péče je zakomponována vedle akutní i následná péče a v případě starých lidí i péče dlouhodobá. Zajistit všestrannou vysoce odbornou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné je cílem jakékoliv gerontologické (geriatrické) péče poskytované komplexem sesterských rolí (11) v různorodých podmínkách terénní, ambulantní i ústavní péče.

### **1.3.1 Kvalita péče o seniory**

Zkvalitnění péče o staré lidi je velmi diskutované téma současnosti. Poskytovatelé služeb se vypořádávají s novou legislativou k sociálním službám, která definuje mimo

jiné také požadavky na řízení kvality služeb a stanovuje hodnotová východiska kvality a její měřítka. Zároveň byl učiněn i krok k propojení sociálních a zdravotnických služeb.

Za posledních dvacet let prošel segment péče o seniory v ČR mnoha významnými změnami. Došlo k rozvoji nových služeb, poskytovatelé začali uplatňovat nové metody práce. Historickým mezníkem pak bylo schválení zákona č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách, platného od 14. března 2006. Tento zákon a související legislativa vstoupily v účinnost 1. ledna 2007. V terminologii Evropské komise je používán termín „dlouhodobá péče“. Službami pro staré lidi se rozumí : DpS ( domov pro seniory), DPS ( domovy penziony pro seniory), TPS ( terénní pečovatelská služba), osobní asistence, tísňová péče, stacionáře, domácí péče, LDN( léčebna dlouhodobě nemocných), hospice. Jedná se o služby, které reagují na sociální a zdravotní potřeby seniorů (33).

Kvalitní službou se rozumí taková péče, která umožňuje uživateli žít normální život, reaguje na jeho potřeby a chrání jeho práva a zájmy. Nástroje, které právní rámec zavádí s cílem zajistit kvalitu služeb, jsou registrace poskytovatelů, inspekce a kvalifikační předpoklady a požadavky na vzdělávání pracovníků.

Prvním krokem kvality je dosažení společného porozumění konceptu kvality mezi různými zainteresovanými stranami. Podle výzkumu Mátle a Jabůrkové v oblasti kvality dlouhodobé péče jde sice o společný znak různých definic, a to kvalitu života seniorů, ale přesto neexistuje konsensus, co kvalita života znamená v praxi (28). Zavádění nových standardů kvality předpokládá do budoucna nový způsob práce s klienty, který spočívá především ve změně přístupů ke klientovi a osvojení si nových hodnot.

Standardy kvality sociálních služeb popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, jejichž smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Důležitým rysem standardů je jejich obecnost, jsou tedy použitelné pro celou škálu sociálních služeb.

Hlavním posláním sociálních služeb je umožnit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci ,vymanit se ze sociálního vyloučení, využívat přirozených zdrojů lidské společnosti, žít ve svém přirozeném sociálním prostředí. Zavedení standardů do praxe na celonárodní úrovni je v souladu s trendy Evropské unie a uvádí je Vyhláška č. 505/2006 Sb.

Druhým cyklem kvality je definování společného poslání a cíle řízení a kontroly kvality. I v tomto případě se prokazuje odlišné vnímání kvality zainteresovanými stranami ( uživatelé, pracovníci, manažeři, zřizovatelé). Navíc pro stávající generaci seniorů je kvalita primárně spojena s cenou jako s nejdůležitějším atributem (2).

Pravděpodobně nejdůležitější částí cyklu kvality je zavádění standardů kvality ( investice do vzdělávání, výměna zkušeností, společná týmová práce, metodiky). Snaha zvyšovat kvalitu dlouhodobé péči je však úkol dlouhodobý, proto nepřináší výsledky v krátkém časovém horizontu, které by byly hned patrné.

Rovněž krok cyklu – měření a sledování kvality – je proces, který přináší problémy, neboť jednak vyžaduje administrativní úkony navíc, jednak naráží na nedostatek kvalifikačních předpokladů hodnotitelů (28).

Jsou tedy viditelné nějaké změny v kvalitě služeb pro seniory? Většina literatury na toto téma se omezuje spíše jen na hodnocení stavu v daném čase než na diskuse o změnách. Kvalita řízení a poskytování služeb, jak řada autorů konstatuje, je různorodá. Podle Kalvacha a spol. je pak zvláště špatná kvalita péče o umírající. Skrytý a zamlčovaný problém, který má daleko větší rozměry, než by se mohlo na první pohled zdát a než se naše veřejnost domnívá (12).

Zdravotnictví a sociální služby se stávají jedním z významných odvětví, je proto správné, že problematika kvality zaujímá důležité téma v tomto sektoru.

V této souvislosti se publikace Mátla a Jabůrkové zabývá i problematikou dostupné literatury věnující se oblasti řízení kvality péče o seniory a konstatuje, že je pouze fragmentovaná (28). Řada materiálů zejména v profesních periodikách a časopisech je na úrovni osobních zkušeností, které nelze zobecnit. Jako žádoucí se tedy jeví tímto tématem se zabývat a vyplnit mezeru informací při praktickém řízení kvality dlouhodobé péče ( 28, str. 61-63 seznam internetových zdrojů ).

### ***1.3.2 Bydlení pro seniory***

Jednou z prioritních úloh, předcházejících úvahám a rozhodování o struktuře a typech péče o seniory ,by mělo být zjišťování názorů populace na tuto péči. Základním úkolem je poskytnout podklady pro reálnou rozhodovací činnost nejen při rozvoji tohoto

typu sociální a sociálně – zdravotní péče v daném regionu a v daném typu zařízení, ale i zjišťování vztahu populace k jejich očekáváním týkajícím se bydlení ve stáří. A to, jak má být bydlení upravené a přizpůsobené potřebám seniora, musí zahrnovat i možnost pomáhat člověku ,co nejdéle je to možné. To je věcí nejen rodiny, ale také ošetřujícího personálu, který by měl být schopen motivovat seniory k psychickému a sociálnímu životu co nejdéle (5,s.30). Nejnovější poznatky dovozují, že péče o staré občany musí zahrnovat čtyři podstatné složky : individuální, sociální, zdravotní a hmotnou (7). Výsledky výzkumů potvrzují, jak vysoce pozitivně jsou vnímány kategorie respektující vedle sociálního a zdravotnického pečování především soukromí, důstojnost seniora.

V oblasti podpoření možností nezávislého života je třeba uvažovat o takových formách, jež bez ohledu na to, zda se bude jednat o podporu žití ve vlastním bytě či o péči rezidenční – budou dostatečně variabilní a budou schopny v budoucnu rozšířit terénní ( pečovatelskou)službu i nabídku domovů se zvýšeným respektováním osobního soukromí. V každém případě se jedná o podpoření možnosti nezávislého života (5).

Odborně i lidsky lze velmi jednoznačně podporovat současný trend „patient out“= starý člověk „ven“= do života, ne na postel, tedy rozvoj domácí péče po co nejdělsí možnou dobu (7,s.341). Ale na druhé straně lze konstatovat, že staří lidí, kteří se původně obávali velkých zařízení, vyjadřují spokojenost mimo jiné i třeba se zlepšením sociálních kontaktů. A vzhledem k získaným datům lze reálně očekávat, že potřeba rozvíjení institucionální péče o seniory nebude klesat. Nebude v ní žít většina populace starých lidí – i v současnosti se institucionální typ péče týká asi 5% populace starších 60 let, čili 95% starých občanů žije mimo instituce(7), ale do budoucna půjde o vysoký přírůstek v absolutním počtu osob.

Výstupy z realizovaných výzkumů z poslední doby potvrzují nezbytnost rozvoje toho typu péče, jaký by mohla reprezentovat malá komunitní nově koncipovaná zařízení s respektováním osobního soukromí (10) (to je také nejoblavějším místem současných zařízení sociálních služeb u nás a změny k lepšímu jsou nepatrné), vzájemně komunikující s obcí. Samozřejmostí by měla být možnost návštěv příbuzných či přátel a při zhoršení zdravotního stavu přejít plynule na změnu péče na zdravotnický či hospicový typ bez nutnosti opustit svůj pokoj (5).

Podle poskytovaných služeb, jejich formy, kvality a potřebné intenzity má u nás obydlí seniorů tyto formy:

- individuální bydlení ( ve vlastních bytech, bytech příbuzných, přátel),
- chráněné bydlení ( není u nás příliš známou formou – skupina starých lidí žije v jednom velkém upraveném bytě, v němž jsou poskytovány služby),
- bydlení v domech s pečovatelskou službou ( nová výstavba, podporovaná a dotovaná státem),
- bydlení ústavní v penzionech a domovech důchodců ( ubytování a služby pro obvykle ještě soběstačné seniory),
- bydlení v centrech pro seniory( komplexní zařízení, sdružující v jednom místě všechny vyjmenované typy bydlení pro seniory).

Toto třídění odráží hledisko sociální, důležité pro architekty především proto, že platná legislativa, zákony, vyhlášky a předpisy se vztahují k výše uvedeným formám bydlení (5,s.77). Rozvoj zaznamenávají také různé formy denních pobytů v tzv. stacionářích nebo v jednotkách denní hospitalizace. V denním stacionáři je zajištěno nejen stravování, ale také rehabilitační, popřípadě i kulturní program. V případě potřeby (např. služebních cest mladších) je možné prodloužit pobyt starého člověka i na několik dnů (30).

### ***1.3.3 Komunikace se seniorem***

Dobrá komunikace s pacientem či klientem je základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Je nutné si uvědomit zároveň, že existují různá specifika komunikace s člověkem vyššího věku nebo s pacientem trpícím různými obtížemi, které v komunikaci vadí.

Komunikace je předávání informací, pocitů, citů k druhým. Děje se cestou verbální i neverbální. A právě tón, pohled, gesta či mimika může o pravdivosti sdělení vypovědět více než slovo. Pokud člověk umí dobře naslouchat druhým, porozumí i mimořečovým signálům a pozná, kdy se ptát, pokračovat v hovoru, či mlčet, zůstat nebo odejít (60).

Každý člověk má určitý styl komunikace a známkou profesionality je naučit se znát a používat slova a termíny, které klient přijímá a rozumí jim(13). Komunikační bariéry se

mohou projevit na straně klienta i pracovníka. Většina klientů komunikuje otevřeně, pak se daří otevřít hovor i na závažné téma. Neochota klienta komunikovat se může týkat pracovníka, se kterým nemá klient dobrý vztah, trpí zdravotními potížemi nebo se projeví únava, stres, úzkost (34).

Bariéry na straně pracovníka, které brání hovoru, vyplývají obvykle z těchto situací:

- strach ze závažných témat ( umírání, nevléčitelná choroba),
- problém s konkrétním klientem,
- hovor na erotické téma ( sexuální obtěžování),
- nedostatek času (60,s.75).

K běžným obtížím, které zažíváme v komunikaci všichni, mají senioři další specifické problémy, jakou jsou poruchy smyslů ( nedoslýchavost, špatný zrak, poruchy řeči s následnou afázií, demence). Právě onemocnění pak může způsobit, že člověk v úctyhodném stáří používá i nadávky a vulgarismy, které překračují společenské hranice. Zvláště u lidí trpících demencí se snaží pracovník nevhodné projevy přehlédnout, použití vulgarizmů nekomentovat a snažit se zachovat důstojnost člověka (34).

Důležitou součástí komunikačního procesu je naslouchání. Projeví se v rovině neverbální ( náklonem k vypravěči, posazením) i verbální ( kladením otázek, parafrázováním jeho sdělení) (17).

Život v domově není příliš proměnlivý. Mnohá témata se opakují přirozeně, jiná nabídnutá témata a dostatek zajímavých aktivit umožní rozšířit pole ke komunikaci. U klientů, kteří záměrně vyvolávají konflikty, častují pracovníky i ostatní klienty vulgarismy, je třeba jasně vymezit pravidla a nenechat věc pokračovat dál (60).

#### ***1.3.4 Využití pohybových aktivit pro seniory a skupinové hry a činnosti***

Ve stáří je nutné provádět tělesná i duševní cvičení, která ovlivňují biologické děje v organizmu a podporují kognitivní funkce. Cvičením bojujeme i proti osteoporóze,

posilujeme žilní a imunitní systém. Klevetová (17) ve své příručce nabízí materiál, který je možný využít pro potřeby seniorů . Zaměření cviků:

- podpora chodidla
- pohyby kyčle
- cvičení rovnováhy a udržení stability těla
- posilování a protahování svalů
- nácvik sedu, vstávání a chůze

V poslední době je zájem také o jógová cvičení. Jedná se o polohová tělesná cvičení, regulaci dýchání, úpravu výživy, otužování. Jógová cvičení jsou vhodná pro všechny věkové kategorie. Přispívají k výraznějšímu protažení zkrácených svalů a ke zvětšení kloubní pohyblivosti ( 54).

Různé studie ukazují, že cvičení má blahodárné účinky nejen na udržení kondice, ale i na odstranění mnoha poruch. Naopak úbytek činnosti vede u zdravých lidí k únavě, slabosti, špatné koordinaci a ke zhoršení fyzických funkcí. To vše se přičítá mylně věku. „Neexistuje žádný přírodní zákon o tom, že bychom s přibývajícím věkem museli přestat být fyzicky aktivní“, uvádí ve své knize Rheinvaldová (43,s.16). Stále více starých lidí, kteří jsou klienty ambulantních či rezidenčních zařízení, trpí i závažnými psychickými poruchami. Pokud mají být prožitky pro tyto lidi příjemné a prospěšné, musí se jim dát příležitost k celé řadě aktivit, kterými jsou i skupinové práce a činnosti (61). Lze jimi omezit tak častý pocit osamění a izolace a vytvořit přesvědčení, že tito lidé někam patří a jsou součástí společenství (17).

Walsh, anglický ředitel ambulantního zařízení pro seniory, uvádí tyto typy skupin (61,s.26-60):

**Komunitní skupina** se schází pravidelně a její složení se příliš nemění. Její členové by se měli soustředit na vytváření vlastní soudržnosti, a to tak, že se soustředí na pocity. Vítá nové členy,diskutuje o obavách spojených s nástupem do nemocnice, do domova pro seniory nebo s první účastí ve skupině.

**Interakční skupiny** mají kromě toho, že dávají lidi dohromady, i hodnotu terapeutickou. Soustřeďují se na sociální dovednosti. Základem práce jsou aktivity cvičící postřeh.

**Poznávací ( kognitivní) skupiny** se soustřeďují především na poznání, tedy na to, co víme a co vnímáme, co vidíme sami a jak nás vidí ostatní. Osvědčují se u lidí trpících depresí a s nízkým stupněm sebehodnocení.

**Jaké to je být starý** – tato skupinová činnost je založena na přesvědčení, že má smysl zkoumat své pocity spojené se stářím.

Při těchto aktivitách mohou pomoci též podpůrné skupiny pečovateli – dobrovolníků (17).

### ***1.3.5 Podpora zábavně terapeutických programů pro seniory***

Stáří lze prožít aktivně a smysluplně i v zařízeních pečujících o staré lidi. V domovech by proto měly být vytvářeny dobré podmínky ke společenským činnostem seniorů, oslavám, diskusím a jiným kroužkům. Aktivní zapojení do společenského života podporuje u starých lidí sebevědomí a chuť do života (17).

Úspěch jakéhokoliv programu závisí na třech požadavcích:

1. nadšení personálu,
2. tvořivé přípravě programů,
3. připravenosti obyvatel (43).

U nás jsou programy většinou vedeny sestrami a sociálními pracovníci. Obvykle jsou využívány klubovny , jídelna, haly.

Pro chování geriatrických pracovníků platí tyto zásady:

- být milý a příjemný,
- při oslovování vykat a používat pane a paní s příjmením,
- snažit se vyhovět,
- nemluvit špatně o nikom z personálu,
- chodit upravený,
- i při vykonávání denní povinnosti využívat možnosti zastavit se s obyvatelem, promluvit s ním,
- klepat před vstupem do pokoje.

**Pro vytváření programů platí tyto zásady:**

- program musí být pestrý,



- obyvatelé jsou vybízeni k aktivní spolupráci,
- plán aktivit je třeba stanovit předem,
- každou aktivitu hodnotit,
- místnosti pro aktivity musí být snadno dostupné a bezpečné.

**Kategorie programů:**

- tvořivé činnosti,
- společenské programy, hry, hudba, tanec, cvičení,
- činnosti v přírodě,
- náboženské programy,
- vzdělávací činnosti (43,s.20-23).

Bohužel většina domovů omlouvá nedostatečnost programů nedostatkem peněz, personálu, nezájmem obyvatel. Pozitivním postojem personálu se dá však potíží předejít. Lze využít externí síly – získat dobrovolníky, studenti mohou takto absolvovat praxi ( 17).

Čas od času se pořádají zvláštní akce,jako jsou výlety, zájezdy,návštěvy divadla, maškarní plesy, oslavy narozenin apod.

Personálem nejvíce oblíbení jsou motivovaní obyvatelé, kteří jsou ochotni účastnit se všech aktivit. Zájem obyvatel je prvořadý, je snadné ho zjistit dotazníkem ( 43,s.24).

### ***1.3.6 Zátěž pracovníků v přímé péči***

Při práci s klienty je personál vystaven mnoha zátěžovým situacím. Může dojít k nahromadění faktorů, které ovlivní vznik syndromu vyhoření – (burn- out syndrom).Dalo by se také definovat jako postupující ztráta idealismu a energie. Příčiny vzniku syndromu je třeba hledat jak v osobnostních charakteristikách postiženého, tak v konkrétních pracovních podmínkách, kde „výdej“ převažuje „ příjem“ (12). Zaměstnanci pracují s vysokým osobním a emočním nasazením a dostává se jim jen málo ocenění, uznání nebo výsledky jejich práce jsou málo uspokojivé (34). Při syndromu vyhoření jde tedy:

- o stav psychického, fyzického i emocionálního vyčerpání,
- vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích,

- přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců.

Syndrom vyhoření způsobuje škody osobní a jeho důsledkem je zhoršení kvality práce s lidmi. Vede k dehumanizaci postojů ke klientům, hovoří o nich s despektem, ironií, nelichotivě. Tyto postoje se pak mohou promítnout i do osobního života pracovníka (12).

Škála předpokladů pro vznik syndromu vyhoření může být velmi široká :

1. přítomnost stresorů ( obavy o klienta, konflikty s nimi, obava z kritiky, strach o pracovní pozici),
2. frustrace ( potřeba smysluplné práce, ale chybí proces uzdravení, nedostatek ohodnocení geriatric, přestože vyžaduje velkou profesionalitu a psychickou zdatnost),
3. negativní vztahy mezi spolupracovníky ( nekolegiální chování, snaha o zneužití moci, nedostatek důvěry ze strany rodin klientů, útoky ze stran klientů),
4. vliv prostředí, organizace práce ( problémy s autoritou, nesmyslnost požadavků, míra svobody a kontroly, nadměrné požadavky na pracovníky, neplnění úkolů) (60).

Co mohou pracovníci v přímé péči pro sebe udělat? Odpovědět si pravdivě na některé otázky ohledně základních předpokladů péče o sebe a angažovanosti v profesi (60):

1. Dodržuji zdravý životní styl?
2. Neomezují sociální vazby s ostatními (přátelství, dobré rodinné zázemí, odborné vzdělávání)?
3. Chci se věnovat dalšímu profesnímu růstu ( rozvoj komunikace, sledování podmínek pro práci)?
4. Je nutné zůstat za cenu ztrát ( než ztrácet duševní pohodu a zdraví, raději zvolit změnu)?

### ***1.3.7 Sociální práce v praxi***

V ČR je debata o různých druzích sociální práce v praktické podobě zatím v počátcích. MPSV stále připravuje zákonné normy týkající se speciálních služeb a sociálních pracovníků, které mají přesně definovat i kvalifikační předpoklady profesionálů pracujících v sociálních službách.

Je nesporné, že od roku 1989 došlo v sociálních službách k obrovským změnám, které nebyly řádně vymezeny komplexním moderním legislativním rámcem. Rok 2007 byl v tomto směru přelomovým.

Ve Sbírce zákonů ČR z 31.3. 2006 byl publikován zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnost od 1.1. 2007. Další rozsáhlou novelu pak přinesl i zákon č. 261/2007 Sb. ze dne, 19.9.2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů, účinný od 1.1. 2008 (47).

Jako každá právní norma, která prochází zdlouhavým zákonodárným procesem, trpí i tento zákon nedostatky, které budou muset vyřešit novelizace, nebo se s nimi bude muset vypořádat praxe sama. Sociální služby však musí být poskytovány vždy při zachování lidské důstojnosti osob a poskytovány při dodržování základních lidských práv a svobod.

Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty. Sociální pracovník bývá mnohdy jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrz něho se může rozhodovat a udržet kontrolu nad svým životem (57). Sociální práce se seniory se týká dvou typů zařízení, která existují a charakterem své klientely se podobají, a to léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a domovy pro seniory, zejména jejich tzv. ošetřovatelská oddělení.

K odchodu do rezidenčních zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně, nebo jsou donuceni okolnostmi. V ČR existují tři typy rezidenční péče, které se liší rozsahem poskytovaných služeb a způsobem úhrady:

1. Domovy – penziony pro důchodce
2. Domy s pečovatelskou službou
3. Domovy důchodců

Všechny tyto typy služeb nová legislativa zahrnuje do kategorie domov pro seniory (31, s. 89).

Činnosti sociálního pracovníka v domově pro seniory zahrnuje aktivity, jako je administrativní práce, plánování příchodu do instituce, informace veřejnosti o domově pro seniory, programy aktivit a společenských akcí, psychosociální pomoc seniorům, manažerskou činnost, zajišťování programu kvality služeb.

Zvláště při procesu adaptace seniora na nové prostředí v domově pro seniory je sociální pracovník vhodnou osobou, jež celý proces koordinuje. Nový klient dostane hned od začátku svého klíčového pracovníka (30), osobu, na niž se může s důvěrou obrátit, bude mu věnovat zejména zpočátku maximální pozornost (57).

S příchodem do domova pro seniory nekončí rodinné vztahy klienta a jeho příbuzných, proto i zde sehrává sociální pracovník důležitou roli. Domov pro seniory, který usiluje o dobrou kvalitu služeb, má pro přijímání klientů, adaptační proces a práci s rodinou klienta vypracován standard č.5 (uzavřou kontrakt, vypracují individuální plán péče) tak, aby byly uspokojeny všechny potřeby seniora (47).

#### **1.4 Adaptační proces**

Adaptaci můžeme chápat jako přizpůsobení se jedince podmínkám prostředí a přizpůsobení se prostředí potřebám člověka. Každý člověk má potřebu seberealizace a sebenaplnění. Patří v hierarchii potřeb mezi ty vyšší a jsou nezbytné i ve stáří pro prožití plnohodnotného života. Cesty a možnosti jsou v různých etapách života různé.

Pyramida potřeb podle Maslowa: (60)

Potřeba seberealizace

Potřeba sebeúcty

Potřeba lásky, blízkosti

Potřeba bezpečí

Fyziologické potřeby

Faktory ovlivňující adaptaci :

- osobnost
- zdravotní stav
- úroveň mentálních schopností
- okolnosti přestěhování
- spokojenost v novém prostředí
- náročnost nového prostředí

Adaptace na nové prostředí probíhá v několika fázích :

- seznamovací – spolubydlícími i zaměstnanci,
- vnější přizpůsobení – podřízení zvykům a chování domácímu řádu,
- vnitřní přizpůsobení – navázání vztahů, participace na dění,
- fáze kompletního přizpůsobení, kdy jsou obyvatelé plně a sami vyrovnáni se životem v zařízení.

Adaptační proces vzniká po příchodu do zařízení. Klient by měl mít dostatek informací o prostředí, pracovníci zařízení by mu měli nabídnout podporu v navazování nových vztahů, začleněním do skupin, přizpůsobení se prostoru, pokoje a ve využívání aktivit.

Adaptační skupina má 3 – 8 členů, délka adaptace probíhá v rozmezí 3-6 měsíců.

Cílem adaptační skupiny je :

- ulehčení situace novým klientům po příchodu do zařízení a následného pobytu v něm,
- překonávání potíží,
- nabídka aktivit a aktivizace,
- hledání způsobů zvládnání změn,
- informovanost,
- podpora rozvoje sociálních dovedností,
- pomoc v přijetí zařízení za svůj domov.

Dobrá adaptace předpokládá dobrou spolupráci klienta s personálem, přátelský postoj, zájem o okolí, vyrovnanost, optimismus.

O zhoršené adaptaci hovoříme, jestliže se spolupráce klienta s personálem děje jen na výzvu, klient nemá zájem o okolí, je podrážděný a převládá u něho pesimismus ( vlastní zdroj G – centra).

#### ***1.4.1 Adaptace na stáří***

Od okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, začíná problém jeho reakce a adaptace ( přizpůsobení) na stáří, jehož průběh nelze předem dobře odhadnout.

Rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy. Jedinci, kteří dovedou „udržet krok“, mají zpravidla schopnost vytěžit ze zkušeností svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládat situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali, trpí špatnou adaptací i na vlastní stáří.

Základní problém úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé (37).

Odborníci popisují strategické modely adaptace (adjustace) na stáří jako proces vyrovnávání se se sociálním statutem důchodce těmito pěti charakteristikami (volně podle Bromleyho) (3) :

1. Konstruktivnost – výsledkem je dobře vyvážený jedinec, má konstruktivní optimistický postoj k životu a program do budoucnosti.
2. Závislost – je společensky také přijatelná, výsledkem je poměrně vyrovnaný jedinec, který však směřuje spíše k pasivitě a závislosti na jiných než k aktivitě a soběstačnosti.
3. Obranný postoj – představuje méně přijatelný způsob adjustace na stáří, člověk ztrácí soběstačnost, ale odmítá pomoc, aby dokázal, že není závislý, se stářím se smíruje, až když je k tomu donucen okolnostmi.
4. Nepřátelství – je charakterizováno sklonem svalovat vinu za své neúspěchy na jiné, tento člověk je neústupný ve svých postojích, žije v ústraní a hrozí mu izolace, na stáří nenachází nic dobrého, neumí se s ním smířit.
5. Sebenenávist – jedinec obrací nenávist vůči sobě samému, svůj život vnímá kriticky, pohrdavě, je pasivní, deprimovaný, chybí mu iniciativa, zanedbává společenské styly, se stářím je smířený, ale neumí k němu zaujmout konstruktivní postoj, cítí se osamělý a zbytečný.

#### ***1.4.2 Polarity adaptace a zvládání***

Systém zvládání situací a úkolů života je tvořen rysy, stavy a procesy, které zajišťují charakteristické způsoby vyrovnávání se s úkoly a požadavky okolí a na nichž závisí uchování vnitřní integrity osobnosti. Rozlišuje se adaptace objektivní a subjektivní.

Objektivní adaptace je posuzována podle toho, jak je člověk zabydlen, zakořeněn ve své rodině, ve světě lidí a práce. Subjektivní adaptace vyjadřuje, jak se v uvedených vztahových oblastech života cítí člověk spokojený a šťastný, nebo prožívá úzkost, strach, obavy. Dobře adaptovaná osobnost řeší úspěšně různé úkoly života, vyrovnává se konstruktivně s problémy. Špatně adaptovaná osobnost se dostává do konfliktů s okolím, nedovede překážky zdolávat a tím trpí ona sama nebo její okolí.

Podle toho, zda je svět vnímán jako hrozba nebo výzva, může člověk jednat na základě aktivního přístupu nebo únikového stylu. V dynamismech zvládání hrají důležitou úlohu také vůle a emoce. K negativním vlivům na tělesnou, psychickou a sociální pohodu pak patří i koncepce stresu a frustrace (46).

Polarity adaptace a zvládání se projevují v situacích zátěže, v nových či neobvyklých situacích nebo v období výrazných sociálních změn, jakou je i stárnutí a stáří a s tím spojený zdravotní stav seniora.

Opakem adaptovanosti je maladaptace či desadaptace, kdy je člověk biologicky nebo sociálně nepřizpůsobený tehdy, jestliže si přes objektivní možnosti neví rady s nejobecnějšími úkoly života (46).

### ***1.4.3 Aktivní stárnutí***

Staří Egypťané umírali většinou ve věku, kdy současný člověk zakládá svou rodinu. Řecký či římský otrok měl v pětadvaceti letech život za sebou. Středověk poznamenala morová epidemie. V roce 1900 byl věkový průměr 40 let. Teprve po 1. světové válce se začal lidský život prodlužovat. Tento humanizační proces se týká nejen starých lidí, ale jde v něm o celkové zkvalitnění lidského života na všech stupních vývoje a ve všech věkových kategoriích (62).

Moderní gerontologie považuje přípravu na stáří a stárnutí za velmi významnou. Vznikla nová oblast gerontogika nebo gerontopedagogika, čili teorie výchovy a vzdělávání ve stáří.

Zkušenosti odborníků ukazují, že je nezbytné poskytnout lidem informace o sociální a zdravotní problematice stáří, připravit je na typické projevy stáří a naučit je stáří spokojeně prožívat (51).

Myšlenka celoživotního vzdělávání vyplynula v 2. polovině 20. století. Výsledky dosavadních výzkumů vedly k vymezení 4 základních funkcí výchovy ke stáří a ve stáří : preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací (62).

Podle Wolfa (62) jde u preventivní funkce o to, aby byla s patřičným předstihem provedena taková výchova a vzdělávací opatření, které budou mít později pozitivní formativní účinky.

Podstatou anticipační funkce je najít ty znalosti a dovednosti, které staršího člověka dobře na stáří připraví. Rehabilitační funkce je chápána jako důležitá už v období produktivního uplatnění a důchodovém věku. Znamená znovuoobnovení vyváženého stavu, ale spojeného s „nastavením vyhybek“ pro další existenci člověka. Posilovací funkci pak Wolf (62) uvádí jako nejvýznamnější, neboť vede člověka k aktivnímu životu ve stáří.

Výchova a vzdělávání ve stáří se zaměřuje na otázky (51, s. 146) :

- zabezpečení pracujících ve stáří
- občanskoprávní pomoc
- formy péče o staré osoby ( např. sociální služby)
- zdraví gerontů ( např. výživa, denní režim)
- psychologickou a sociologickou problematiku ( např. změny duševní činnosti, osamělost)
- bydlení ( prevence úrazů, vybavení bytů)

Za velmi významnou část přípravy na stáří je uváděno pěstování a rozvíjení koníčků, zvláště takových, které umožňují společenské kontakty (62).

Neméně důležitá jsou tělesná cvičení. Pohyb je základním projevem života. Je to nejpřirozenější prostředek k sebevýchově, autoregulaci, ke zlepšení pocitu zdraví a kvality života ( 29).

#### ***1.4.4 Psychologický aspekt adaptace na stáří***

Pro stáří je charakteristický pokles duševních funkcí, ovšem tento pokles je podmíněn biologickými změnami. Duševní vývoj ve stáří je současně ovlivňován také faktory sociálními. Tyto změny vnitřních ( biologických) a vnějších ( sociálních)



podmínek kladou zvýšené nároky na adaptaci geronta. I když období stáří klade zvýšené nároky na člověka, neznamena zákonitě degradaci. Mnohé změny lze kompenzovat a člověk ví, že stárne a může se na své stáří připravit (51).

Křivohlavý (20) v této souvislosti hovoří o moudrém rozhodování na křižovatkách života, odpovědného stavění si cílů a hledání nosnosti životní orientace. Řada badatelů zjistila, že mnoho lidí v různých oblastech má dojem, že jejich život má smysl. Těmito otázkami smyslu života se proto posledních 20 let začali soustavně zabývat i psychologové. Pravdou je, že tyto zásadní otázky se vynořují v různých fázích života, kdy se jeho „kvaltování“ – jak by řekl J.A. Komenský – na chvíli přeruší. Příčinou tohoto zastavení může být nemoc, ztráta zaměstnání, rozpad manželství, odchod do důchodu nebo nastupující stáří.

Mezi gerontologickou populací existují individuální rozdíly, které jsou ovlivněny těmito činiteli (62):

1. faktory genetické
2. zdravotní stav
3. různé okolnosti v životě člověka
4. osobnost člověka

Adaptace člověka na stáří bude probíhat mnohem lépe u jedinců bez poruch tělesného zdraví. Stejně i stárnutí duševních funkcí u zdravých gerontů bude postupovat pomaleji. Duševnímu a tělesnému stárnutí lépe odolávají lidé, jejichž život probíhal klidněji, bez zvrátů a stresu. V tomto smyslu lze hovořit o projevy adaptace na stáří ( aktivní, pasivní, rezignovaná, konfrontační) či o schopnost zvládat stres, např. časový (11).

U člověka se hovoří o stresu tam, kde se dostává do zátěžové situace, tj. když na něho doléhá různý druh tlaku obrazně řečeno „ ze všech stran“. Křivohlavý (22) ve své knize uvádí i výzkumy Hanse Selyeho , který svými zjištěními nastínil jeden model zrodu nemocí – dnes známých např. pod názvem „ civilizační nemocí“. Šlo a jde o nemoci typu kardiovaskulárních onemocnění, vysokého krevního tlaku, artritidy, poruchy imunity atd.

Adaptací se rozumí přizpůsobit si prostředí nebo přizpůsobit se nepříznivým životním podmínkám čili zdraví jako schopnost adaptace. To je jedna z řady teorií zdraví,

které ve své publikaci Křivohlavý (22) zmiňuje. Sám pak přichází s vlastní definicí zdraví: „ Zdraví je celkový ( tělesný, psychický, sociální i duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života“.

#### ***1.4.5 Psychologické dopady penzionování***

Krize, ztráty a životní zvraty provázejí člověka po celý život. Ve stáří se kumulují, protože jsou pravděpodobnější. V době vstupu do důchodu, který je dán ve společnosti platnou věkovou hranicí, může penzionování provázet další ze závažných událostí, které jsou sice reálné, většinou normativní, nelze je ale zcela předvídat a kontrolovat, jejich zvládnutí limitují oslabené vnitřní a vnější zdroje seniora. Mezi nejzávažnější patří : biologické, fyzické a psychologické změny nastupujícího stáří, smrt partnera a vrstevníků, přestěhování či institucionalizace (52).

Penzionování má za následek kromě ztráty profese a sociálních kontaktů se spolupracovníky a snížení materiálního standardu především radikální změnu životního stylu a nutnost vytvoření stylu nového.

Úspěšně stárnout znamená chápat stárnutí jako přirozený fakt života a jednat v souladu s tím (21,s.146), tj. smířit se s omezeními danými zhoršením zdraví, překonat pocity ztráty, neužitečnosti, přijmout snížení odpovědnosti v sociálních rolích i finanční limity dané penzí.

V oblasti biologických, fyzických a duševních změn se nejedná vždy a výhradně o destruktivní důsledky stárnutí, pojí se však se zvýšeným rizikem nesoběstačnosti, resp. závislosti seniorů.

Radikální změnu života přináší ovdovění a proces adaptace bývá obtížný a dlouhodobý. Závisí do určité míry i na schopnosti jedince navazovat a rozvíjet vztahy nové. Izolací jsou ohroženi především ovdovění muži, prožívající hůře rovněž své zdravotní problémy i zvládání každodenních činností, bývají více emocionálně závislí na druhých a celkově mají nižší pocit subjektivní pohody.

Právě nesoběstačnost bývá pak často důvodem ke změně bydlení seniora či jeho institucionalizaci. Být nebo stát se břemenem dítěte nebo rodiny na jedné straně nebo

vstup do instituce na straně druhé vytváří největší strach a nejobtížnější vývojový úkol seniorů (52).

#### **1.4.6 Geriatrický maladaptivní syndrom**

Schopnost adaptovat se patří k základním vlastnostem živých systémů. Zvláštnosti adaptace ve vyšším věku jsou podmíněny:

- změněným funkčním stavem organismu,
- poruchou adaptačních mechanismů ve vyšším věku,
- polymorbiditou a častějším výskytem komplikací,
- změněnými životními podmínkami ve stáří ( 12).

Etologií adaptačního selhání je chronický stres, přičemž stresory jsou biologické, psychické a sociální.

Klinickým projevem selhání adaptace ve vyšším věku je geriatrický maladaptivní syndrom – specifická forma poruchy přizpůsobení. Stresor je obvykle psychosociální – ovdovění, odloučení, ztráta autonomie, nesoběstačnost, obava o život blízkého člověka, penzionování, finanční problémy, ztráta životní smysluplnosti, diskriminace či projevy týrání a zanedbávání ( 13).

Závažným problémem systémové povahy je rozvoj GMS po dlouhodobé ústavní péči (LDN, DD) či během hospitalizace jako projev hospitalizmu (33). Klasifikace poruch přizpůsobení podle Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje v souvislosti se stresem 7 reakcí, jejichž trvání nepřesahuje šest měsíců:

- krátká depresivní reakce
- prodloužená depresivní reakce
- smíšená úzkostně depresivní reakce
- reakce s převládajícími poruchami emotivity
- reakce s převládajícími poruchami chování
- reakce se smíšenou poruchou emocí a chování
- reakce s převahou jiných příznaků ( 13).

Klinická manifestace bývá nejčastěji v kardiovaskulárním a imunitním systému a spočívá ve vážných chorobách, jako je např. akutní infarkt myokardu, náhlá mozková příhoda aj. Zvláště v pokročilém stáří se zvyšuje výskyt delirií ( 12).

Prevence spočívá v odstranění rizikových faktorů a ve včasné diagnostice a léčbě chorob.

GMS je typickým onemocněním osob staršího věku s výrazným zdravotně-sociálním charakterem. Snižuje kvalitu života. Má vliv na morbiditu a mortalitu, a zvyšuje tím náklady na péči o staré lidi (13).

Jednu z nejrizikovějších životních událostí představuje příchod seniora do instituce a adaptace v ní. Zvláště v počáteční fázi pobytu znamená mimořádnou zátěž a přináší řadu rizik, k nimž patří např.:

- změna prostředí,
- přerušení dosavadních sociálních vazeb,
- ztráta či vážné ohrožení autonomie a soukromí,
- změna sebehodnocení a životní perspektivy,
- nutnost podřídit se ústavnímu řádu,
- život v kolektivu s věkovou segregací,
- omezení kontaktů s vnějším světem,
- nevhodné jednání personálu nebo spolubydlících ( 13).

K nejčastějším behavioralním příznakům maladaptčního syndromu v ústavní péči podle Matouška (33) patří:

- ztráta zájmu o sebe,
- lhostejnost ke zdravotnímu stavu nebo naopak hypochondrie,
- pokles sebehodnocení,
- zhoršení komunikace,
- pohybové automatizmy ( přecházení, upravování oděvu apod.),
- apatické posedávání a nezájem o aktivizační programy.

Základní podmínkou prevence maladaptčního syndromu je především znalost této problematiky. K přijetí do dlouhodobé zdravotnické péče nebo do zařízení pobytových

služeb by se měl klient aktivně připravit a rozhodnout se pro něj dobrovolně. Důležitou roli zde sehrává sociální pracovník a rodina (13).

Cílem je pomoci klientovi v jeho adaptaci a začlenění v prostředí do nového domova při zachování jeho osobitosti, kontroly nad vlastním životem, a tak pokud možno předejít rozvoji maladaptativního syndromu ( Příloha č.2 Vyhlášky č.505/2006 Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách).

#### ***1.4.7 Zásady duševní životosprávy ve stáří – pět „pé“ optimální adaptace***

Profesor Švancara se v jednom svém cyklu duševní životosprávy pokusil zformulovat zásady vztahující se k udržení hodnotného způsobu života ve stáří a to tak, aby se snadno zapamatovaly. Tak vzniklo pět „pé“ optimální adaptace, v nichž jsou zahrnuty důležité předpoklady a vodítka pro duševní životosprávu ve vyšším věku, které mohou posloužit také lékařům i pracovníkům geriatrických oddělení ( 12,s.110 -113).

Jsou to hesla: 1. perspektiva

2. pružnost

3. prozíravost

4. porozumění pro druhé

5. potěšení

V případě životní perspektivy je důležitá časová a věková perspektiva k tomu, aby se starý člověk nestřetl s vlastním stářím neočekávaně. Jako ilustraci životního stylu lze brát např. dopis 80letého muže, který píše .... „pro práci a stálé plánování bych ani nevěděl, že se blížím osmdesátce... člověk musí žít myšlenkami v budoucnu, neustálém plánování a tvoření“.

Co týče pružnosti, jsou mezi lidmi téhož věku velké individuální rozdíly. Prubířskými kameny pružnosti jsou – schopnost měnit, co je měnitelné, schopnost sebekritiky, význam tělesného pohybu, který má dalekosáhlý vliv na duševní činnost (45,s.397).

V každodenním životě řešíme různé problémy, správně i nepravě , úspěšně či neúspěšně. Jedinci, kteří si dovedou poradit i ve složitých situacích, mají obvykle na zřeteli další průběh věcí, jsou tedy prozíraví. V třetím „ pé“ se schopnost jedince rozvíjí

vlivem zkušeností a v ní i poučení z vlastních omylů a proher. Prozíravý člověk své omyly už neopakuje. Prozíravost souvisí s prvním „pé“, totiž s perspektivou. Zahrnuje i tu nejzazší perspektivu života, je tedy připraven i na smrt (12).

Způsob, jak člověk vnímá druhé lidi, jak se vcitíuje do jejich prožívání ( empatie), je v kterémkoli věku podstatným činitelem začlenění do různých společenství. Na starší generaci se obvykle kladou větší nároky na porozumění druhým a vzájemnou toleranci. Zdrojem nesouladu v kontaktu se starými lidmi může být rozdílné hodnocení věcí ( některé věci mají pro ně hodnotu se silným citovým zabarvením, jindy jsou to návyky, např. šetrnost). Zkušenost ukazuje, že porozumění se všeobecně daří tam, kde je dobrá nálada, která umožňuje ubrousit hroty adaptačních nesnází.

Nejhezčí z pěti „pé“ je nakonec potěšení. I v podmínkách třetího věku je velmi žádoucí podržet si hodnotu radosti. Bez potěšení a radosti by člověku chybělo citové nasycení. Zdrojů potěšení je nespočet, záleží na potřebách jednotlivce, temperamentu, vkusu, tvořivosti: kontakt s lidmi, s přírodou, umění, knihy, sbírky, pes, kočka, pták, jídelníček, cestování (12).

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

Cílem práce bylo vytvoření popisu a zmapování adaptačního procesu a pojmenovat největší problémy .

## **3. METODIKA**

### **Výzkumný vzorek**

Výzkumný vzorek byl vybrán ze zařízení, kdy stratifikačním kritériem byla délka pobytu v domově pro seniory - do 1 roku, do 5 let a více jak 5 let pobytu.

Výzkum byl prováděn se 76 seniory, jeden klient žádost o poskytnutí informací dopředu odmítl. Ze 76 respondentů bylo 52 žen a 24 muži. Výběrový soubor byl vybrán při zachování kognitivních funkcí a ochoty poskytnout údaje.

### **Výzkumné metody a techniky**

Ve své práci jsem použila kvalitativního výzkumu a stanovila si výzkumný cíl – popsat a zmapovat největší problémy při adaptačním procesu klientů v domově pro seniory. Disman ke kvalitativnímu výzkumu, uvádí, že je to naše rozhodnutí ,se kterým jedincem budeme hovořit nejdříve nebo studiem kterého osobního dokumentu začneme (4). Pro získání potřebných dat ke stanovení cíle jsem použila tři techniky sběru dat. Pomocná technika byla sekundární analýza dat ( studium literatury).Základní technika byl standardizovaný ( řízený) rozhovor s respondenty. Polostandardizované rozhovory, sestávající z deseti návodných otázek,byl veden se sociálním pracovníkem a vedoucí střediska sociálních služeb. Při takovémto rozhovoru nechává tazatel odpovídajícímu čas na vyjádření, přejít nebo vynechat to, co je mu cizí, nebo očekávat, že k některé věci řekne více alternativ. Maximální doba rozhovoru byla třicet minut, vyjadřování bylo anonymní, po domluvě s respondenty jsem mohla použít diktafon nebo poznámkový

blok. Bártlová(1) uvádí, že polostandardizovaný rozhovor je hrubý seznam otázek, jinak máme volné pole. V takovém rozhovoru je možné podle aktuální potřeby rozebírat jednotlivé problémy do větší hloubky a naopak v případě, že některá oblast je respondentu vzdálená či cizí, ji rychle přejít nebo zcela vynechat. Tento typ je užíván v případě, kdy jsou dotazované osoby v některé oblasti odborníky a očekáváme od nich, že nám o věci řeknou více, než co by bylo možné předem vtěsnat do otázek a alternativ odpovědí. Výhodou tohoto typu je, že se přibližuje běžným životním situacím.

#### **Návodné otázky polostandardizovaného rozhovoru**

1. Můžete popsat adaptační proces?
2. Má dle Vás adaptační proces nějaké fáze?
3. Jaké nejčastější problémy řešíte s klienty?
4. Jak dlouho s konkrétním klientem pracujete?
5. Pracujete s klientem více individuálně nebo skupinově?
6. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení? Máte problémy v adaptaci klientů?
7. Změnil se přístup k adaptaci klienta dříve a nyní?
8. Myslíte si, že proběhl posun v adaptačním procesu, zdali ano, jaký, co to způsobilo?

#### **Sběr dat**

Před započítím rozhovorů s respondenty jsem se představila a požádala je o rozhovor, který se bude týkat adaptace na pobyt v domově pro seniory.

Dotazování postupně odpovídali na hlavní otázky i pomocné otázky, které měly proniknout do hloubky problému a poskytnout komplexní obraz. Rozhovory probíhaly tak, aby se dotazovaní cítili co možná nejlépe a nepřírozeněji a odpovídali otevřeně. Délka rozhovoru se pohybovala do třiceti minut. Veškerá data byla zaznamenána a podrobena analýze, syntéze.

Otázky standardizovaného rozhovoru byly vedeny tak, aby byly srozumitelné a jednoznačné, a koncipovány tak, aby odpovídaly cílové skupině respondentů. Dotazovaný byl předem seznámen, z jakého důvodu je rozhovor pořizován, a ujištěn o jeho anonymitě. Jelikož se mnohdy jednalo o citlivé otázky, týkající se soukromí



respondentů, bylo nutno k jednotlivým seniorům volit individuální přístup a brát zřetel na jejich chování, momentální zdravotní i psychický stav a prostředí dotazovaných.

Jak uvádí Bártlová (1), standardizovaný rozhovor probíhá na základě předem připravených otázek, drží se předem připravené formulace a pořadí. Tento rozhovor se rozvíjí na základě pevně stanovených otázek s jednoznačným pořadím, u kterých jsou zpravidla uvedené i varianty odpovědí. Tazatel do průběhu nesmí vkládat svůj osobní zájem nebo přesvědčení. Předností standardizovaného rozhovoru je lepší zpracovatelnost.

## **Etapy výzkumu**

### **Přípravná fáze**

V měsíci srpnu jsem uskutečnila konzultaci s vedoucí diplomové práce a stanovila si výzkumnou otázku – Co nejvíce ovlivňuje adaptační proces? Jaké problémy mají klienti v adaptačním procesu? (definice viz str. 50 ).

Následně jsem požádala vedení G –centra Tábor, zda bych mohla realizovat výzkum v tomto zařízení za účelem napsání diplomové práce.

V době od května do června loňského roku jsem shromažďovala literaturu k vybrané problematice.

### **Realizační etapa**

Od září do prosince jsem na základě studia literatury o dané problematice a metodik výzkumu zvolila metodu pro sběr zkoumaných údajů od respondentů, a to metodu řízeného rozhovoru. Následně jsem absolvovala další konzultaci s vedoucí diplomové práce a projednala s ní stanovení hypotéz.

Otázky řízeného rozhovoru viz příloha 3.

### **Zpracování výsledků výzkumu**

Při zpracování výsledků výzkumu jsem použila metodu kvalitativní analýzy, grafy a tabulky .

V závěrečné etapě výzkumu jsem výsledky porovnávala s odbornou literaturou a vyvodila závěry pro použití v praxi.

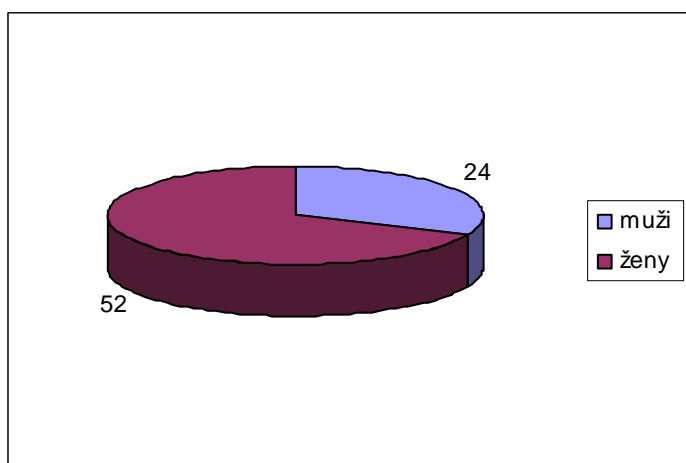
## 4.VÝSLEDKY

### Výsledky řízených rozhovorů

Cílem výzkumu bylo zjistit problémy adaptace seniorů na pobyt v domově pro seniory, důvody, které je k tomu vedly, a požadavky na zlepšení adaptace s ohledem na zachování jejich životního stylu.

Klienti byli v úvodní části výzkumu dotázáni na identifikační údaje, a to pohlaví, věk, stav a vzdělání, které jsou zobrazeny graficky.

**Graf 1: Respondenti dle pohlaví**



Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 76 dotazovaných bylo 52 žen a 24 mužů.

**Tabulka 2: Respondenti dle věku**

věk	muži	ženy	celkem
46-55	2	1	3
56-65	2	2	4
66-75	6	5	11
76-85	8	20	28
86 a více	6	24	30
celkem	24	52	76

Zdroj: vlastní zpracování

Věková struktura u dotazovaných mužů byla následující: ve věkovém rozmezí 46 - 55 let byli dva muži, 56 – 65 let dva muži, v rozmezí 66 – 75 let 6 mužů, v rozmezí 76 - 85 let 8 mužů a více jak 86 let 6 mužů. U dotazovaných žen byla v rozmezí 46 – 55 let 1 žena, 56- 65 let dvě ženy, v rozmezí 66 – 75 let 5 žen, 76 - 85 let 20 žen a ve věku 86 a více let 24 ženy.

**Tabulka 3 : Respondenti dle stavu**

stav	muži	ženy	celkem
svobodný/a	6	3	9
ženatý/vdaná	6	7	13
rozvedený/a	2	1	3
vdovec/vdova	10	41	51
celkem	24	52	76

Zdroj : vlastní zpracování

Z 24 mužů bylo šest svobodných, šest ženatých, dva rozvedení a deset mužů bylo vdovci. U dotazovaných 52 žen byl jejich stav zaznamenán následovně: tři ženy byly svobodné, sedm vdaných, jedna rozvedená a jednačtyřicet žen bylo vdovami.

**Tabulka 4: Respondenti dle vzdělání**

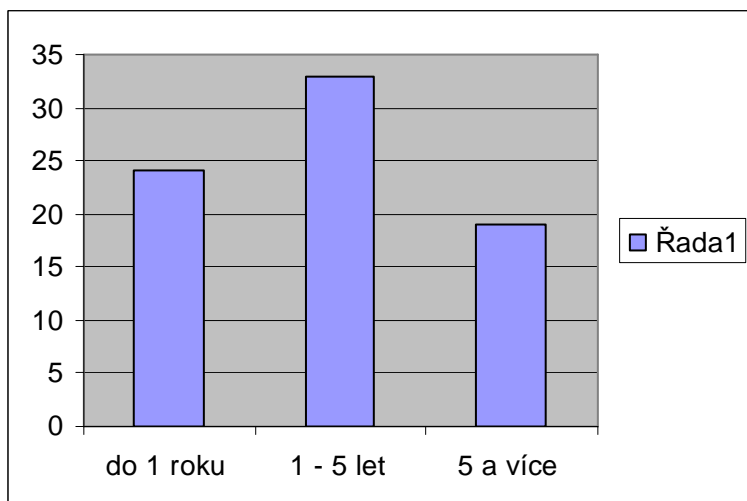
vzdělání	muži	ženy	celkem
základní	4	19	23
střední bez maturity	10	13	23
střední s maturitou	4	20	24
vysokoškolské	6	0	6
celkem	24	52	76

Zdroj : vlastní zpracování

Z 24 dotázaných mužů měli čtyři základní vzdělání, deset střední bez maturity, čtyři střední s maturitou a šest mužů bylo vysokoškolsky vzdělaných. U žen bylo zaznamenáno následující vzdělání: devatenáct mělo základní vzdělání, třináct žen

střední bez maturity, dvacet žen střední vzdělání s maturitou a žádná z dotazovaných žen neměla vzdělání vysokoškolské.

**Graf 2: Délka pobytu respondentů v zařízení**



Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, jak dlouho bydlí v domově pro seniory, uvedlo 24 respondentů jeden rok, 33 klienti žijí v zařízení od jednoho do 5 let a pro 19 respondentů je zařízení domovem již více jak 5 let.

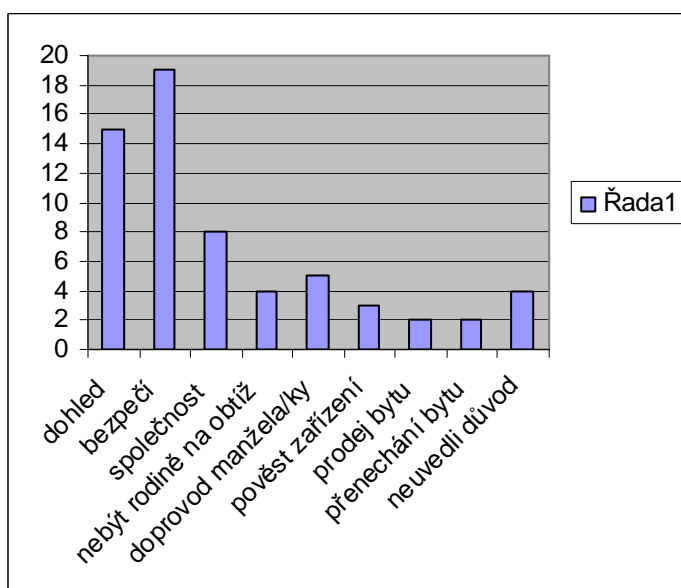
**Tabulka 5: Jak se respondenti těšili do zařízení**

	ano	ne	částečně	celkem
muži	13	6	5	24
ženy	32	8	12	52
celkem	45	14	17	76

Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti si mohli vybrat z možností : ano, ne, částečně. Ano nebo částečně odpověděli 62 klienti, ne 14 respondentů. Z tabulky vyplývá, že s pozitivní emocí přicházejí do zařízení častěji ženy.

**Graf 3: Rozhodnutí pro nástup do zařízení**



Zdroj: vlastní zpracování

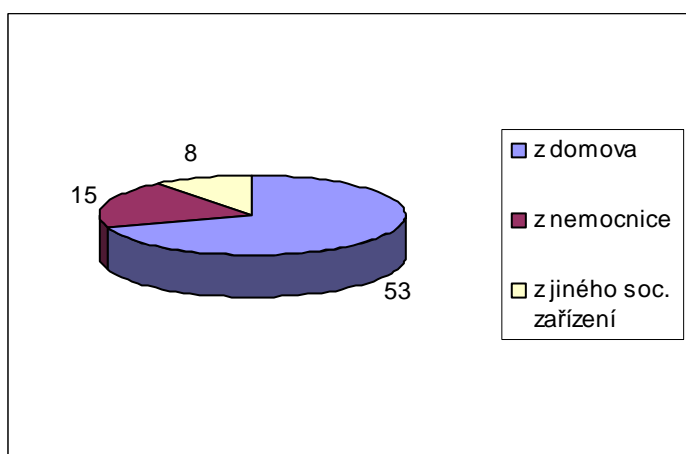
Co jste očekával/a od sociálního zařízení?

Při rozhodování pro nástup do G – centra očekávalo 15 klientů lepší *dohled* ze strany personálu, 19 respondentů se rozhodlo odejít do zařízení z důvodu lepší *zdravotní péče*, a tudíž *bezpečí* při zdravotních problémech. *Společnost* v kolektivu očekávalo 8 seniorů. *Nebyt dále na obtíž* rodině uvedli 4 respondenti, pro *odchod s manželkou nebo manželem* 5 pět párů, 3 klienty zlákala *dobrá pověst zařízení*, 2 respondenti *prodali svůj byt*, další 2 jej *přenechali rodině* a zbývajících 4 senioři nevedli žádný důvod.

Jestliže jste se netěšil/a, uveďte prosím proč?

Ze 14 respondentů, kteří se do zařízení netěšili, uvedlo pět, že *doma je doma*, dva klienti se vyjádřili, že *se neradi stěhují*, jedna klientka si myslela, že *to doma dál zvládne*. Jedna respondentka uvedla, že *se nechtěla stěhovat, protože má krásný byt, ale ona je po amputaci nohy*. Dva senioři se cítili být *velmi čínorodí*, ale odešli z důvodu odchodu manželky do zařízení. Tři klienti důvod nevedli.

**Graf 4 : Místa, odkud klienti přišli do zařízení**



Zdroj: vlastní zpracování

Z jakého prostředí jste přišel/a ?

Respondenti si vybírali z těchto možností : z domova, z nemocnice, z jiného sociálního zařízení. Příchod z domova uvedli 53 klienti, z nemocnice přišlo 15 seniorů, z jiného sociálního zařízení 8 respondentů ( z bývalých domovů důchodců, které byly zrušeny, z pečovatelského domu, kde nemohli pobývat z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, z odlehčovací služby).

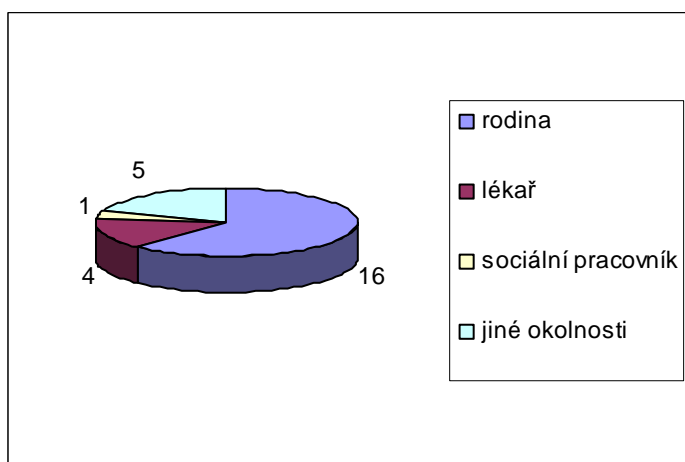
**Tabulka 6: Ovlivnění rozhodnutí k odchodu do sociálního zařízení**

	ano	ne	celkem
muži	14	10	24
ženy	22	30	52
celkem	36	40	76

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky je patrné, že více ovlivnění při rozhodování o nástupu do sociálního zařízení byli muži než ženy.

**Graf 5 : Kdo ovlivnil klienta při jeho rozhodování o odchodu do zařízení**



Zdroj: vlastní zpracování

Jestliže bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno, uveďte prosím kým?

Z 36 respondentů, kteří byli ovlivněni, pomohla 16 seniorům s rozhodnutím *rodina*, 14 respondentů dalo na doporučení *lékaře*, jeden senior byl ovlivněn *sociálním pracovníkem*, pět klientů *jinými okolnostmi* ( tři uvedli *zrušení zařízení jejich dosavadního pobytu*, jeden respondent byl navštívit G –centrum,  *které se mu líbilo*, jeden klient poznamenal, *že ho k tomu vedl zdravý rozum*).

Byl/a jste seznámen/a s G – centrem ?

Na otázku odpovědělo 57 respondentů, *že se byli podívat*, šest klientů bylo seznámeno *rodinou*, pěti seniorům *popsali zařízení známí* a sedm klientů *přišlo z odlehčovacího pobytu*. Žádný z respondentů nevedl prostřednictvím médií nebo tisku.

**Tabulka 7 : Kontakt s blízkými příbuznými**

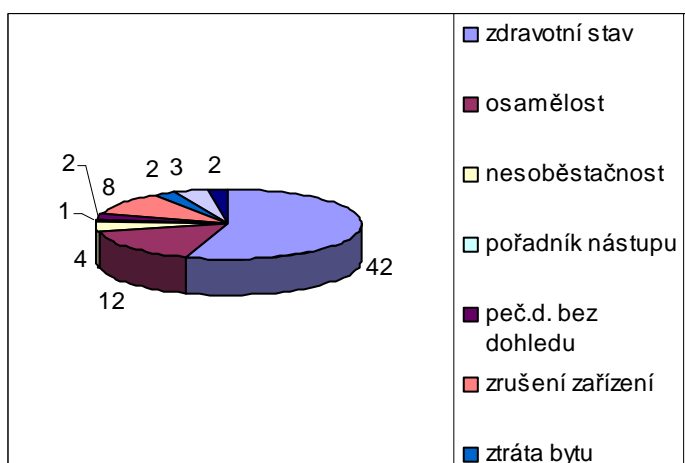
	ano	ne	rodinu nemá	celkem
muži	24	0	0	24
ženy	48	0	4	52
celkem	72	0	4	76

Zdroj: vlastní zpracování

Navštěvují Vás rodinní příslušníci?

Z tabulky vyplývá, že všichni muži udržují kontakt s blízkými příbuznými. Rovněž ženy, kromě čtyř, které rodinu žádnou nemají, se stýkají se svými rodinami ( *dcerami, syny, vnoučaty, kolegu z práce, sestřenicí, bývalými sousedy*).

**Graf 6: Rozhodující důvody pro odchod do domova pro seniory**



Zdroj : vlastní zpracování

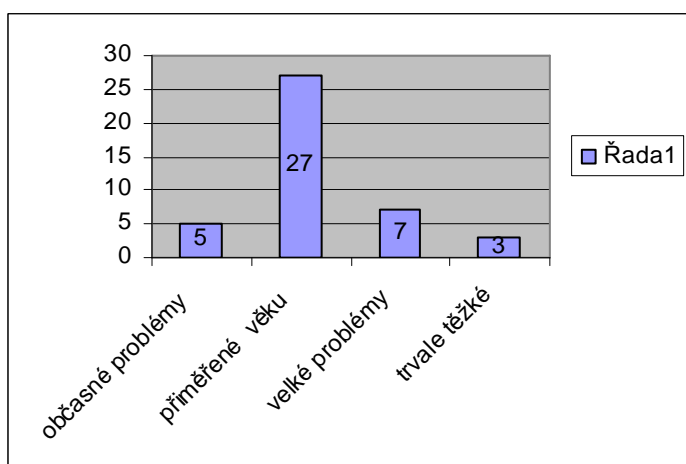
Uveďte hlavní důvody, které Vás vedly k odchodu do domova pro seniory.

Respondenti vybírali z následujících možností : zhoršení zdravotního stavu, osamělost, jiné důvody. *Zhoršení zdravotního stavu* uvedli 42 respondenti, *pocit osamělosti* 12 klientů. Dva senioři zmínili, že *nestačili uklízet byt, vařit*. Jedna respondentka uvedla, že *přišla na řadu v pořadníku G – centra*, dva respondenti odešli z *pečovatelského domu bez dohledu*, pro *zrušení zařízení* bylo nuceno změnit pobyt osm seniorů, dva



respondenti *ztratili byt*. Tři páry odešly společně pro *zhoršení zdravotního stavu partnera jako doprovod*. Dva respondenti odešli z důvodu *ovdovění* a zbývající dva senioři *měli finanční problémy*.

**Graf 7: Zdravotní stav subjektivně hodnocený respondenty**



Zdroj: vlastní zpracování

Pokud byl důvodem pro odchod do sociálního zařízení Váš zhoršený zdravotní stav, jak jej hodnotíte dnes?

Respondenti měli možnost vybírat z těchto alternativ: občasné problémy, přiměřené věku, velké problémy a trvale těžké. *Občasné problémy* uvedlo pět respondentů, *přiměřené věku* připustilo 27 seniorů, na *velké problémy* si stěžovalo sedm klientů a *trvale těžké* problémy trápí tři respondenty.

**Tabulka 8: Požadavek na jednolůžkový pokoj**

	ano	ne	celkem
muži	20	4	24
ženy	25	27	52
celkem	45	31	76

Zdroj: vlastní zpracování

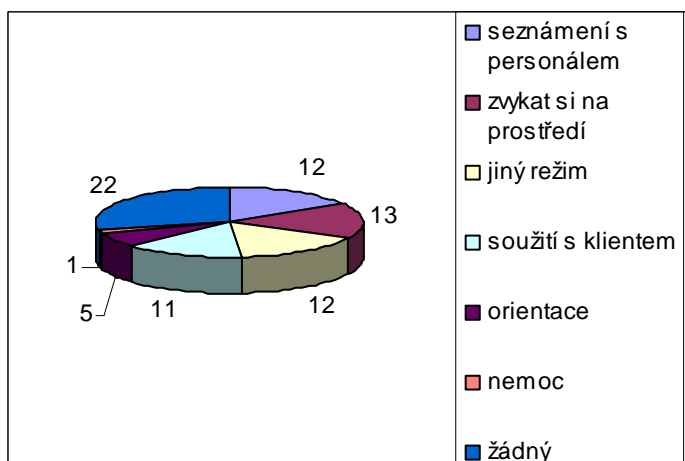
Měl/a jste požadavek na jednolůžkový pokoj?

Z tabulky vyplývá, že muži preferují samostatné bydlení. Ženy jsou v tomto požadavku tolerantnější a lépe se snášejí se spolubydlícím.

Bylo Vám ve Vašem požadavku na jednolůžkový pokoj vyhověno? Pokud ne, uveďte prosím důvod.

Ze 45 respondentů, kteří uvedli, že měli požadavek na ubytování, bylo vyhověno 29. Požadavek nebyl splněn 16 klientům. Zařízení nevyšlo vstříc 13 respondentům pro *nedostatek jednolůžkových pokojů*, dvěma klientům, kteří si *chtěli ponechat čas na rozmyšlenou*, byl mezitím pokoj obsazen a jednomu klientovi byl požadavek rozmluven z důvodu *jeho zhoršeného zdravotního stavu*, protože měl pouze periferní vidění.

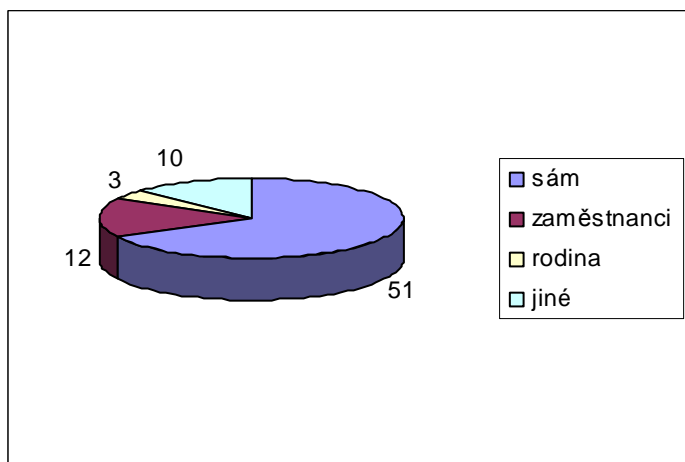
**Graf 8: Největší problém po nástupu do sociálního zařízení**



Zdroj: vlastní zpracování

Co bylo Vaším největším problémem po nástupu do G – centra v prvních dnech? Respondenti uváděli více problémů, z nichž jeden byl pro ně podstatný. Pro 12 klientů bylo největším problémem *seznamování s personálem*, *zvykat si na nové prostředí* připustilo 13 respondentů, 12 seniorům nejvíce vadil *jiný režim v zařízení*. Jako tvrdý oříšek se stalo pro 11 seniorů *soužití s klientem* na pokoji, protože si *nepadli do oka*. *Potíže s orientací* mělo pět respondentů a jedna žena uvedla, že je pro ni největším problémem *její nemoc*. *Žádný problém* neměli 22 respondenti.

**Graf 9: Řešení problému po nástupu do zařízení**



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že největší problém po nástupu do zařízení řešilo 51 klientů samo, zaměstnanci jej řešili ve 12 případech, rodina u třech respondentů, jinak byl problém vyřešen v deseti případech.

Problém jste řešil/a sám nebo sama, se zaměstnanci, s rodinou nebo jinak?

S problémem se vyrovnalo postupně 51 respondentů v průběhu pobytu v domově pro seniory *samo*, *zaměstnanci* jej řešili ve 12 případech a u třech klientů pomohla problém vyřešit *rodina*. Sedm seniorů řešilo problém *s pomocí personálu*, *samy s rodinou* dvě ženy, jeden muž pak problém řešil *na úrovni ředitele* zařízení.

**Tabulka 9 : Změny životního stylu po nástupu do zařízení**

	pozitivní změny	negativní změny	smíření	celkem
muži	11	8	5	24
ženy	28	12	12	52
celkem	39	20	17	76

Zdroj : vlastní zpracování

Změnil se Váš životní styl po nástupu?

Respondenti si mohli vybrat z možností pozitivní změny, negativní změny, smíření. Z tabulky vyplývá, že 39 respondentů spojuje vstup do sociálního zařízení s pozitivními změnami, 20 s negativními změnami a 17 klientů se smířilo se změnami jejich životního stylu.

Jestliže se Váš životní styl po vstupu do zařízení změnil pozitivně, uveďte prosím v čem ?

Jako pozitivní změny uváděli respondenti *dohled, bezpečí, pěkné zařízení, pravidelné jídlo, o vše je postaráno, vše mi donesou až pod nos, mám vypráno, vyžehleno, jsem v teple.*

Jestliže se Váš životní styl změnil negativně, uveďte prosím v čem?

Jako negativní změny uváděli klienti *smutek, nemám volnost, ztratil jsem soukromí, špatně jsem se sžil s klientem, porušování nočního klidu, neustále sem někdo leze, pořád tady někdo bouchá, nemohu se věnovat zahrádce, nemám tady svoji dílničku.*

**Tabulka 10: Účast na volnočasových aktivitách**

	aktivně	pasivně	málokdy	celkem
muži	10	9	5	24
ženy	32	15	5	52
celkem	42	24	10	76

Zdroj: vlastního zpracování

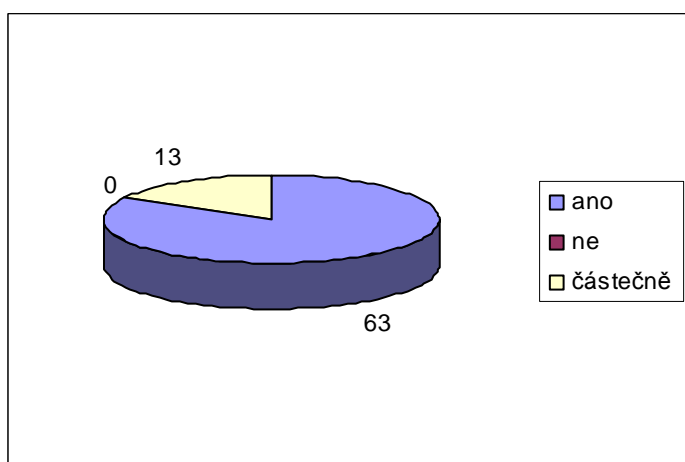
Zúčastňujete se volnočasových aktivit?

Z tabulky vyplývá, že společenských akcí se zúčastňují více ženy než muži, kteří se hodnotí spíše jako samotáři než společenský typ.

Pokud se nezúčastňujete společenských akcí, uveďte prosím proč?

Z důvodu, pro něž se respondenti nezúčastňují společenských akcí, byly zmíněny *aktuální špatný zdravotní stav, chci mít klid, pořád stejný program, omezují mě zdravotní důvody, chci být raději s manželem, vystačím si s klientkou na pokoji, chci rád raději karty, tyhle akce mě nebaví.*

**Graf 10: Spokojenost s ošetrovatelským personálem**



Zdroj: vlastní zpracování

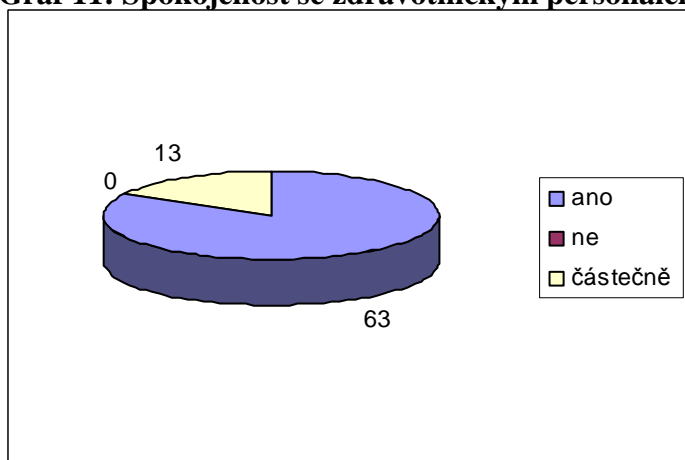
Jste spokojen/a s ošetrovatelskou péčí v sociálním zařízení?

Respondenti vybírali z možností ano, ne, částečně. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí vyjádřilo 63 respondentů, částečně spokojeno bylo 13 klientů, žádný ze seniorů se nevyjádřil záporně.

Jestliže jste spokojen/a částečně, uveďte prosím proč?

Třem respondentům vadila *častá výměna personálu*, další dva klienti, že *jich je málo*, dvěma seniorům vadí, že *dlouho trvá než přijdou* a dalším dvěma, že *jsou méně ochotní*, čtyři následující uvedli – *bojím se o něco si říct, personál je náladový, nic není na 100%, někdy stelou, někdy ne a lezou mi do skříně*.

**Graf 11: Spokojenost se zdravotnickým personálem**



Zdroj: vlastní zpracování

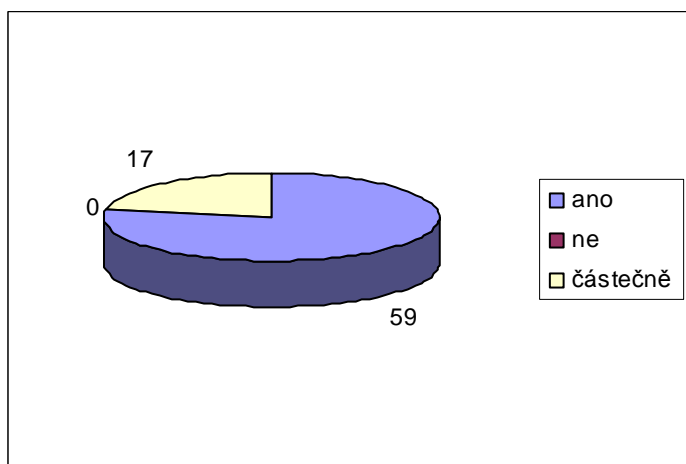
Jste spokojen/a se zdravotnickým personálem?

Respondenti si vybírali z možností: ano, ne, částečně. Spokojeni s péčí zdravotnického personálu jsou 63 klienti, částečně spokojeno 13 seniorů, žádný z respondentů se nevyjádřil záporně.

Jestliže jste částečně spokojeni s péčí zdravotnického personálu, uveďte prosím proč?

Z 13 respondentů, kteří jsou s péčí spokojeni částečně, uvedlo deset *nevlídnost doktora nebo nedůvěru k němu*, dvě seniorky si myslí, že *mají moc práce a nestačí se věnovat*, jedna klientka uvedla, že *dostane léky a neví, co užívá*.

### Graf 12: Spokojenost s činností sociálních pracovníků



Zdroj: vlastní zpracování

Jste spokojen/a s činností sociálních pracovníků?

Respondenti si vybírali z možností: ano, ne, částečně. Spokojeno s činností sociálních pracovníků je 59 klientů, 17 je spokojeno částečně, žádný z respondentů se nevyjádřil záporně.

Jestliže jste s činností sociálních pracovníků spokojen/a částečně, uveďte prosím proč?

Z důvodů 17 respondentů, kteří jsou spokojeni částečně, byly zmíněny *malá snaživost a neochota* třemi seniory, pět klientů by chtělo *více dobrovolníků nebo osobních asistentů pro doprovázení o víkendech*, dva seniory by od nich očekávali *více nás aktivizovat*, jeden klient vzpomíná, že *odešli ti veselí, málo personálu* uvedl jeden

muž, je jich zbytečně moc, odporuje další, dva respondenti je nepotřebují, zbývající dva důvod neuvedli.

**Tabulka 11: Zlepšení adaptačního procesu z pohledu respondentů**

	muž	žena	četnost
rehabilitace	10	16	26
strava, dietní sestra	8	19	27
bezbariérový přístup	3	10	13
více personálu	2	6	8
zlepšení kontaktu s rodinou	1	3	4
zlepšení vztahů mezi klienty	4	8	12
sociální prac. o víkendu	3	8	11
osobní asistent	1	2	3
dobrovolník	2	3	5
jednolůžkový pokoj	2	3	5
nic nechybí	0	5	5
celkem	36	83	119

Zdroj: vlastní zpracování

Co by dle Vás nejvíce zlepšilo adaptační proces v sociálním zařízení?

Požadavky na zlepšení adaptačního procesu byly velmi rozmanité, respondenti nebyli limitováni počtem odpovědí. K nejčastěji uváděným patřila *rehabilitace*, kterou uvedlo 26 seniorů, 27 klientů by uvítalo *pestřejší stravu, méně sýrů, dietní sestru*, pro 13 respondentů jsou největší překážkou v jejich bytech balkóny a koupelny, k nimž není *bezbariérový přístup*. *Více personálu o víkendech a pro komunikaci* by uvítalo 8 klientů, čtyři senioři postrádají častější *kontakt s rodinou*, pro 12 respondentů jsou velmi důležité *mezilidské vztahy a soužití s ostatními klienty*. *Sociálního pracovníka o víkendu* postrádá 11 seniorů, *osobního asistenta* tři klienti a *dobrovolníka* pět klientů. Pět respondentů touží po *jednolůžkovém pokoji* a pěti seniorům *nic nechybí*, považují zařízení za *pěkně zařízené a s kvalitním přístupem personálu*.

### ***Hodnocení kognitivních funkcí seniora***

Všech 76 respondentů je v bodovém hodnocení 25 – 30 bodů, tj. bez poruchy kognitivních funkcí.

Test mentálního stavu se skládá z 30 otázek zaměřených na oblasti orientace, registrace, pozornosti a počtů, paměti, jazyka a praxe. Bodové hodnocení se pohybuje v rozmezí 0-30 bodů, kdy hodnota 30 bodů znamená bezchybné provedení všech úkolů a 0 bodů neschopnost provést kterýkoliv z nich.

Hodnocení:

25 – 30 bodů ..... bez poruchy kognitivních funkcí

18 -24 bodů..... lehká demence

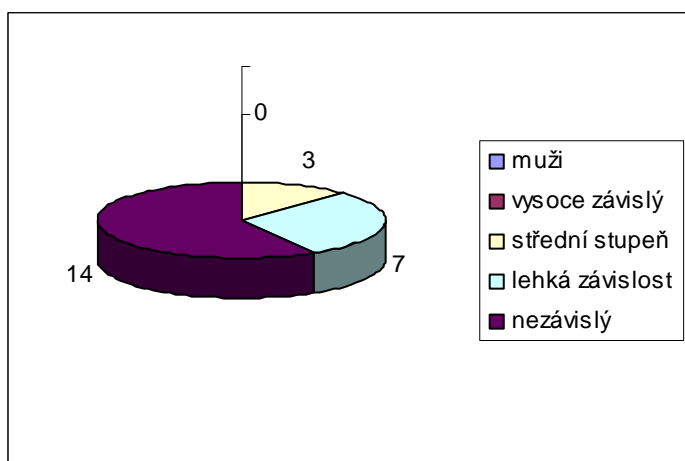
9 – 17 bodů..... středně těžká demence

méně 9 bodů..... těžká demence

Výsledky testu mentálního stavu byly získány po předchozím odsouhlasení respondenty. Test je přiložen v příloze 4: ( MMSE).

### ***Test základních všedních činností podle Barthelové***

**Graf 13: Výsledky testu podle Barthelové**

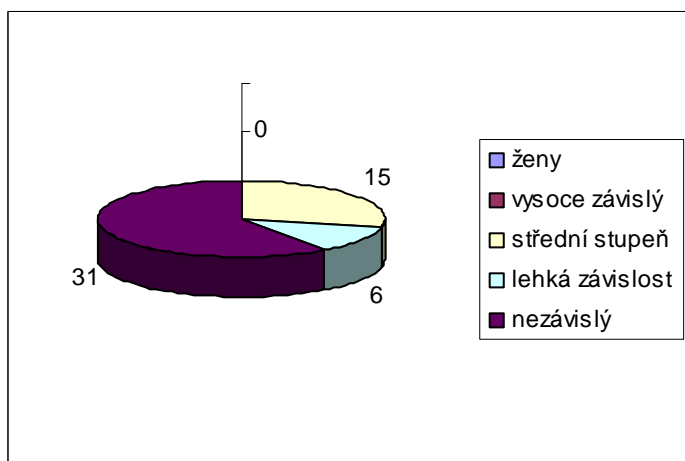


Zdroj: vlastní zpracování



U třech mužů se bodové ohodnocení pohybovalo v rozmezí 45 – 60 bodů, tj. závislost středního stupně, u sedmi klientů v rozmezí 65 – 95 bodů, tj. lehká závislost. Zbývajících 14 mužů dosáhlo 100 bodů, tj. nezávislý.

**Graf 14: Výsledky testu podle Barthelové**



Zdroj: vlastní zpracování

U 15 žen bylo bodové hodnocení v rozmezí 45 – 60 bodů tj. závislost středního stupně, u šesti respondentek v rozmezí 65 – 95 bodů, tj. lehká závislost, zbývajících 31 žen dosáhlo 100 bodů, tj. nezávislá.

Test základních všedních činností hodnotí samostatnost provedení činnosti, popřípadě potřebu dopomoci. Test se skládá z deseti činností, které zahrnují najedení, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontingenci, použití WC, přesun lůžko- židle, chůze po rovině, chůze po schodech. Bodové hodnocení se pohybuje v rozmezí 0 až 100 bodů. Hodnocení:

- 0-40 bodů ..... vysoce závislý
- 45 – 60 bodů ..... závislost středního stupně
- 65 – 95 bodů ..... lehká závislost
- 100 bodů ..... nezávislý

Výsledky základních všedních činností podle Barthelové byly získány po předchozím odsouhlasení. Test je přiložen v příloze 5: ( Test podle Barthelové).

### ***Kazuistiky***

Ze vzorku respondentů bylo vybráno pět kazuistik získaných z dokumentace péče o klienta doplněných informacemi od ošetrovatelského personálu.

#### **Kazuistika 1**

Žena, M.M., 81 let, vdaná. Ve zdravotní anamnéze je uvedena svalová atrofie DK, hypertenze, břišní kýla, zlomenina kosti stehenní, chronická a ischemická nemoc srdeční.

Klientka je v zařízení jeden rok a tři měsíce. Do G – centra přišla z nemocnice. Před nástupem se o ni staral manžel. Vzhledem k věku manžela, který měl obavy, že už vše nezvládne, byla přijata do zařízení. Při příchodu byla velmi neklidná, všeho se bála, neměla o nic zájem. Pohybuje se na vozíčku. Sama se nají, ostatní zvládá s dopomocí. Klientka vychovala dva syny. Zaměstnaná byla jako švadlena.

V průběhu adaptace snášela klientka během prvního měsíce změnu velmi těžce, málo komunikovala, neměla žádné požadavky. Ve druhém měsíci byla situace stejná, důležitým momentem se jevily pravidelné návštěvy manžela. Ve třetím měsíci došlo v adaptaci k posunu především díky těmto pravidelným manželovým návštěvám, který též velmi dobře spolupracoval s personálem.

Po půl roce došlo k výraznému zlepšení, klientka začala komunikovat, mít zájem o dění i mimo prostředí svého pokoje. Absolvovala projížďky na křesle po atriu a zahradě s doprovodem manžela.

Výsledek: adaptace u klientky probíhala delší dobu, ale s poměrně dobrým výsledkem. V současné době se jeví jako klidná, tichá, veselá, orientovaná v čase a prostoru. Patrná je velmi silná fixace na manžela. Ošetrovatelský personál musí dodržovat její puntičkářské požadavky ohledně jídla, koupele, stlaní.

#### **Kazuistika 2**

Žena, M.D., 78 let vdova. Ve zdravotní anamnéze je uvedena obezita, poruchy metabolismu, diabetes mellitus nezávislý, esenciální hypertenze, angina pectoris, deprese.

Klientka žije v zařízení čtyři měsíce. Vychovala dva syny, má středoškolské vzdělání, pracovala jako učitelka v mateřské škole.

Po smrti manžela, s nímž žila v domově pro postižené, nastoupila do G – centra. Má jednolůžkový pokoj. Je soběstačná, má přání, aby ji oslovovali paní, na nákupy chodí sama. Rovněž úřední záležitosti zvládá samostatně nebo s pomocí rodiny. Pravidelně ji navštěvují synové.

V průběhu adaptace si první měsíc zvykala na nové prostředí, jak sama říká, „, horko těžko“. Během druhého měsíce se začala situace zlepšovat, rovněž soužití se spolubydlící bylo bez konfliktu. Přesto požádala o jednolůžkový pokoj a byla zapsána do pořadníku. Ve třetím měsíci adaptace už byla patrná velmi dobrá orientace v novém prostředí, samostatnost a zájem o dění kolem sebe. Kvůli přetrvávajícím depresím byla přestěhována do jednolůžkového pokoje.

Výsledek: adaptaci lze považovat za pozitivní, klientka samostatně chodí, zajistí si hygienu. Potřebuje dohled nad braním léků a dodržováním denního režimu. Má zájem především o účast na programech zaměřených na hudbu, sama hraje na hudební nástroj. Pracuje s PC, ráda čte, využívá služby pedikúry. Samostatně se pohybuje MHD za nákupy nebo na procházky, proto má zájem o dobrovolníka pro doprovázení.

### Kazuistika 3

Žena, M.M., 89 let, svobodná. Ve zdravotní anamnéze je uvedena vrozená vada kyčle, potíže s dýcháním, hypertenze.

Klientka žije v zařízení tři roky a tři měsíce. Má středoškolské vzdělání, vystudovala obchodní akademii . Pracovala jako administrativní pracovnice, hovoří francouzsky a anglicky. Ve svém volném čase pracovala se zdravotně postiženými lidmi. Nikdy nebyla vdaná kvůli svému zdravotnímu postižení, protože jí bylo doporučeno, aby neměla děti. Věnovala se koníčkům – hrála na piano, chodila do divadla. Byla členkou Pražského hlaholu. Pochází z Prahy, ale pravidelně jezdila do Tábora, kde má také jedině příbuzné. Byla aktivní členkou ve Svazu invalidů. Navštěvovala deset let soubor lidových písní a tanců.

V průběhu adaptace si nemohla zvyknout na nový životní styl. Nebyla spokojená s ubytováním, přála si samostatný pokoj. Ráda by chodila na mše nebo vystoupení dechové hudby. Ve druhém měsíci si stále stěžovala na bydlení, především proto, že její spolubydlící byla neklidná, křičela. Neměla tudíž klid ani při návštěvách klientčiny dcery. Připadalo jí, že vše na pokoji patří té druhé a ona se tam cítí jako vetřelec. V průběhu třetího měsíce se adaptační proces zlepšoval jen pozvolna, stále trval požadavek na samostatný pokoj. Zdůvodňovala to tím, že celý život žila sama, je zvyklá na soukromí. Společensky však byla aktivní, docházela na muzikoterapii, zpívala. Výsledek: adaptace je pozitivní, klientka je spokojená, bydlí v jednolůžkovém pokoji. V jejím individuálním plánu je zohledněn zájem o hudbu a kulturní a společenské akce, kterých se aktivně zúčastňuje. Přála by si, aby některé akce byly pořádány v zařízení. Má zájem o přednášky v rámci Akademie III. věku nebo literárně hudební podvečery. O programech se informuje v tisku. Klíčový pracovník zařizuje odvoz na akce, o které má klientka zájem.

#### Kazuistika 4

Muž, M.T., 71 let, svobodný. Ve zdravotní anamnéze má uvedeno- revmatismus, zánět srdečního svalu.

Klient žije v zařízení tři roky a osm měsíců. Jako dítě býval často nemocný. Měl jednu sestru, která v dětství zemřela. Celý život žil v rodinném domku s rodiči, po jejich smrti zůstal sám. Vyučil se mechanikem kancelářských strojů. Posledních deset let o něj pečovali sousedé. Jeho zdravotní stav se zhoršoval, byl mu zaveden kardiostimulátor. V rodinném domě, podle vyjádření sociálních pracovníků i sousedů, byl značný nepořádek, zápach i špína. Choval kočky, pěstoval květiny.

V průběhu adaptace se během prvního měsíce projevila jeho samotářská povaha, společnost nevyhledával. Vyžadoval individuální přístup. Během druhého měsíce byl adaptační proces dále velmi pomalý, klient nebyl s ničím spokojený, stále si stěžoval. Měl problémy s režimem, nechtěl chodit do jídelny, vyžadoval jídlo na pokoj, přestože je chodící a samostatný. Nezúčastňoval se společenskokulturních aktivit, vymlouval se

na zdravotní potíže. I během třetího měsíce adaptace trvaly problémy s dodržováním režimu, klient se cítí špatně, nikdo mu prý nerozumí.

Výsledek: I v současné době má klient stále negativní přístup k životu v zařízení. Charakteristický je pro něj životní pesimismus, s ničím není spokojený. Je u něho těžké navodit optimální atmosféru, při které by se daly vzniklé problémy řešit. Málokdy vychází z pokoje. Podobně jako v rodinném domku, kde dříve bydlel, i v G – centru je patrné, že neumí udržet pořádek, nedodržuje osobní hygienu, nepřevléká se do čistého prádla, odmítá úklid pokoje. Náprava bývá zjednána až po návštěvě staniční sestry nebo vrchní, které mu vysvětlí, že porušuje vnitřní směrnice zařízení. Nadále trvá nezájem o nabízené programy. Z rodiny se s nikým nestýká, sestřenice bydlí v Českých Budějovicích. Pravidelně ho navštěvují bývalí sousedé.

#### Kazuistika 5

Žena, V.E., 87 let, vdova. Ve zdravotní anamnéze je uvedena amputace pravé dolní končetiny nad kolenem a srdeční obtíže.

Klientka žije v G – centru jeden rok a deset měsíců. Před nástupem bydlela sama v rodinném domě, jediná dcera žije trvale v USA. Matka se k ní přestěhovat nechtěla, přála si být umístěna do G – centra. Proto po zhoršení svého zdravotního stavu podala žádost do tohoto sociálního zařízení. Z rodinného domu se chtěla přestěhovat z toho důvodu, že nebyl bezbariérový. Do té doby využívala pečovatelské služby. Nebyla však spokojená s prací a přístupem pečovatelek. Uvedla, že byt má zanedbaný, špatně vytřeno, není zameteno. Paní bylo vysvětleno, že úklid prováděný pečovatelskou službou spočívá v běžných pracích, nikoliv v cídění lustru, údržbě koberce mokrým čištěním, mytí lamp. Na základě toho byla provedena kontrola a bylo konstatováno, že byt je pečovatelskou službou uklizen vzorně. Paní je však zvláštní a nedaří se jí vysvětlit význam a povinnosti pečovatelské služby.

Po nástupu do G – centra byla klientka přijata nejdříve na dvoulůžkový pokoj. Protože měla pocit, že si se spolubydlící nebude rozumět, chtěla předělit místnost shrnovacími dveřmi. To jí bylo umožněno, dveře si nechala namontovat na svoje

náklady. Poté jí byla nabídnuta možnost jednolůžkového pokoje, které využila, ale přála si, aby byl v nižších patrech a bez kuchyňky, kterou prý nevyužije.

Klientka je soběstačná, snaží se zajistit si co nejvíce potřeb sama, tzn. jídlo, dodržování pitného režimu, hygienu, užívání léků. Pohybuje se na invalidním vozíku, přesun na vozík i křeslo zvládá samostatně.

Je velmi společenská, udržuje kontakt s lidmi, ale vzhledem ke své povaze ji spolubydlící nevyhledávají. Pracuje v Radě klientů.

Dcera klientky žije trvale v USA, udržuje s matkou telefonické kontakty, osobně ji navštěvuje dva až třikrát ročně.

Výsledek: klientka je v současné době plně adaptovaná. Vyhovuje jí poskytovaná péče i nabízené aktivity. Vzhledem ke svým nárokům však musí ošetřovatelský a zdravotnický personál dodržovat striktně její manuál ohledně jídla, stlaní, oblékání, doprovodu, koupání. Někdy její požadavky a chování hraničí se syndromem vyhoření pro personál.

### ***Výsledky polostandardizovaného rozhovoru***

Otázka: Můžete popsat adaptační proces klienta

Sociální pracovník, kterému jsem zadala otázku, zda může popsat adaptační proces, odpověděl, že se týká nových klientů. Probíhá po dobu tří měsíců, jednotlivé schůzky po měsíci. Během setkání se klienti seznamují s informacemi, které jsou obsaženy v záznamu o adaptačním procesu. Předávané informace se týkají :

- poslání, cílů a principů poskytovaných služeb
- podmínky přijetí
- kompletní nabídky služeb, jejich rozsah a cena
- nabídky fakultativních služeb a jejich cena
- podmínek poskytování služeb
- práv a povinností klientů a jejich zástupců
- provozních informací a omezení z nich vyplývajících ( limitovaná bezbariérovost, oznámení o nepřítomnosti)
- kvalifikace zaměstnanců v přímé péči
- rolí jednotlivých zaměstnanců při poskytování sociálních služeb

- kontaktních údajů
- domácího řádu
- standardů kvality sociálních služeb

K popisu adaptačního procesu patří i zjišťování přizpůsobivosti klienta na nové prostředí, pomoc při vytváření návyků na nový režim, mapování problémů, se kterými může sociální pracovník klientovi pomoci.

Otázka: Má dle Vás adaptační proces nějaké fáze?

Sociální pracovnice adaptační proces rozdělila do tří fází :

- I. fáze probíhá ještě před nástupem ( informace žadatele o umístění, termín nástupu, prohlídka domova pro seniory, typ pokoje, úhrady za služby),
- II. fáze probíhá při vlastním nástupu klienta ( ubytování, přivítání sociálním pracovníkem a staniční sestrou a administrativní úkony),
- III. fáze představuje práci s klientem po přijetí ( začlenění do adaptační skupiny, informace o G – centru Tábor, dotazy klientů, jejich podněty a postoje).

Otázka: Jaké nejčastější problémy s klienty řešíte?

K nejčastějším problémům klientů, které s nimi musí řešit, patří podle sociálních pracovníků orientace v novém prostředí, změna návyků na nový režim, zhoršení zdravotního stavu, sžívání klientů na dvoulůžkových pokojích.

Za klíčový faktor adaptačního procesu považuje sociální pracovník klientovu motivaci, zdravotní stav, ochotu spolupracovat a kontakt s rodinou.

Otázka: Jak dlouho s konkrétním klientem pracujete?

Na otázku, jak dlouho pracují s konkrétním klientem, uvedli sociální pracovníci, že adaptační proces je individuální a probíhá od 3 do 6 měsíců. K plné adaptaci však u některých seniorů nemusí dojít nikdy.

Otázka: Pracujete s klientem více individuálně nebo skupinově?

K otázce, zda pracují s klientem individuálně nebo skupinově, odpověděli, že uplatňují oba přístupy, ale při individuálním se klient zdá být klidnější a sdílnější ve svých problémech.

Otázka: Jak dlouho pracujete v tomto zařízení? Máte problémy v adaptaci klientů?

Sociální pracovník v tomto zařízení pracuje 4 roky. Na otázku, zdali pociťuje problémy při práci s klienty, nastínil určité komunikační bariéry způsobené větším věkovým rozdílem klientů. Uvědomuje si, že se změnil přístup k adaptaci klienta dříve a nyní, protože oproti pouhým informacím, které se dávaly ještě před zákonem č. 108/2006 Sb., se klade dnes důraz na vyrovnání se klienta s přechodem do sociálního zařízení a předcházení tzv. „translokačního šoku“.

Otázka: Změnil se přístup adaptace klienta dříve a nyní?

Sociální pracovnice, která v zařízení působí již 9 let, pracuje poslední 4 roky jako vedoucí sociálního úseku. Adaptační proces byl zaveden právě před 4 roky. Tím, že nyní přicházejí do domova pro seniory osoby, které jsou více závislé na pomoci druhých a zdravotní stav jim neumožňuje účast ve skupině, probíhá často adaptační proces individuálně. Uvedla však, že pro adaptační proces je výhodnější skupinová práce, aby klient viděl, že podobný zmatek, smutek prožívají i ostatní.

Otázka: Myslíte si, že proběhl posun v adaptačním procesu, zdali ano, jaký, co to způsobilo?

Sociální pracovník se domnívá, že v adaptačním procesu dochází k posunu tehdy, kdy dojde alespoň k částečnému osvojení si nových návyků klienta v daném prostředí, kdy pocítí oporu v rodině a zvládne orientaci na půdě nového domova. Sociální pracovnice zmínila k otázce posunu adaptačního procesu jeho cíl- pomoci překonávat klientům obtíže, hledání způsobů zvládnání změn, informovanost, aktivizaci, podporu rozvoje sociálních dovedností, pomoc v přijetí nového zařízení za skutečný domov.

Z adaptačních pomůcek zmínili sociální pracovníci rozhovor, skupinovou aktivizaci, pravidelnou terapii a společensko- kulturní akce.



## 5.DISKUSE

Cílem práce bylo zmapování a popsání adaptačního procesu a pojmenování největších problémů souvisejících s nástupem klientů do Domova pro seniory G – centra Tábor.

Při získávání informací od respondentů jsem se neselektovala s vážnějšími problémy ve smyslu, že by mi nechtěli rozhovor poskytnout, protože jsem zaměstnancem G – centra. Pro lepší atmosféru jsem však raději volila cestu domluvy na smluveném termínu a volila civilní oblečení. Vedení zařízení mně rovněž ochotně vyšlo vstříc s tím, že rozhovory budu provádět výhradně ve svém volném čase. Ve své práci jsem použila jako základní techniku standardizovaný rozhovor s uzavřenými a polootevřenými i otevřenými otázkami. Dále polostandardizovaný rozhovor s návodnými otázkami.

Standardizované rozhovory byly uskutečněny se 76 respondenty, z toho bylo 24 mužů a 52 žen.

Polostandardizované rozhovory jsem pak uskutečnila se dvěma zaměstnanci G – centra – sociálním pracovníkem a vedoucí Střediska sociálních služeb. Cílem těchto rozhovorů bylo popsání a posun v adaptačním procesu u klientů s ohledem na jejich nové návyky a změnu životního stylu.

K odchodu do ústavního zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně, nebo je k tomu vedou různé okolnosti. Nelze předem odhadnout, jak budou v takovém případě reagovat a jaký bude průběh jejich adaptace na pobyt v zařízení. Roli zde sehrává propojení mnoha faktorů, k nimž patří zdravotní stav seniora, osamělost, ztráta soběstačnosti na jedné straně a sociální podmínky jako finanční možnosti, vztah s rodinou na straně druhé. Odchodem do ústavního zařízení opouští starý člověk svůj domov a určitý životní styl, který se příchodem do zařízení mění a klient se musí adaptovat, přizpůsobit se novým podmínkám.

Zaváزالová (63) uvádí, že ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu, která je spojená s častou hospitalizací či přemístěním do ústavní péče, představuje velkou zátěž adaptačních kompetencí starých lidí. Ústavní péči, ať už zdravotní či

sociální, potřebuje ve vyšším věku minimálně 5% populace, většinou jde o staré ženy nad 70 let .

Výsledky autorčina výzkumu potvrdily, že věk 76 let a více let představuje největší podíl seniorů v Domově pro seniory G – centrum ( tabulka 2).

Ve věku nad 70 let trpí také nějakým chronickým onemocněním až 80% lidí, v 85 letech jsou takto postiženi prakticky všichni ( 63,s.36).

Vágnerová uvádí, že zhoršení zdravotního stavu vede ke snížení celkové soběstačnosti seniorů, což se projevuje neschopností vykonávat běžné činnosti a postarat se adekvátním způsobem o sebe i svoji domácnost. Snížení soběstačnosti může vést až k bezmocnosti a závislosti na pomoci jiných lidí či k nutnosti umístění do instituce (59, s.403).

Autorka diplomové práce se domnívá, že všechny subjektivní problémy, které se ve stáří vytvářejí, představují nejen větší náročnost této životní fáze, ale i snížení tolerance starých lidí a jejich omezenější schopnost reagovat přijatelnými obrannými mechanismy. Senioři mají méně důvodů k radosti, ale mají po 75. roce života i omezenější kompetence. Vzhledem k tomu užívají jiných strategií zvládnání a jejich adaptace má odlišný charakter, než by měla za podobných okolností v mládí či ve středním věku.

Z výzkumu vyplynulo, že z hlediska pohlaví jsou ženy zastoupeny dvěma třetinami a muži jednou třetinou. U žen převažuje základní vzdělání, následuje střední odborné vzdělání s maturitou i bez maturity. U mužů je to střední odborné vzdělání bez maturity, ale jsou zde zastoupeni i senioři s vysokoškolským vzděláním ( graf 1, tabulka 4).

Vágnerová uvádí, že ženy žijí déle než muži a navíc muži bývají ještě o něco starší než jejich manželky. Proto převažují ve skupině ovdovělých starších lidí ženy. Ve věkové kategorii nad 65 let je přibližně 50 % vdov, ale jen 15 % vdovců. Po 70. roce života počet ovdovělých lidí narůstá a zvyšuje se disproporce mezi vdovci a vdovami, z 10 ovdovělých je 8 žen a 2 muži.To znamená, že většina starých žen (70 % ) dožije svůj život osaměle ( 59, s. 384).

Autorka se s tímto názorem ztotožňuje, neboť to vyplývá i z výsledků jejího výzkumu ( tabulka 3). Zároveň podotýká, že uváděné výsledky jsou platné pouze pro zařízení G – centra. Zda má vyšší vzdělání a vyšší společenský status seniorů vliv na zdravotní stav a tím i nižší potřebu ústavní péče a kvalitu adaptace autorka nezkoumala. Předpokládá však, že vysokoškolsky vzdělaní senioři mají více informací, koníčků, více přátel a další předpoklady, které by toto mohly potvrdit.

Většina seniorů spojuje nástup do zařízení s očekáváním pomoci při zvládnání obtížných situací.

Klevetová uvádí, že senioři hledají odpověď na otázku – Jaká bude budoucnost? Obavy seniora, jeho smutky, postoje, ztráty, přání, naděje a úsilí musí být opřeny o lidskou blízkost a sociální účast. Musí mít někoho, kdo je bude provázet úskalím stáří a pomůže tíhu předešlých let a současná omezení nést. Změna nového „ domova“ mu umožní odložit trápení a volně vydýchnout. Zároveň očekávají úctu jakožto projev největší lidské podpory a formu sociální opory ( 17).

Autorka se dále klientů dotazovala, zda se do zařízení těšili a co od nástupu do zařízení očekávali. Ze 62 respondentů odpovědělo 19 bezpečí, 15 lepší dohled, 8 klientů společnost a 20 seniorů jiné okolnosti- ztráta bytu, doprovázení partnera, nebýt na „ obtíž“, prodej bytu ( graf 3 ).

Rheinvaldová tvrdí, že u starých lidí nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách. Z fyziologických potřeb preferují jídlo, chtějí více spánku, odpočinku, být bez bolesti a mít teplo a pohodlí. Tento tradiční přístup ke stáří však už tak úplně neplatí. Moderní gerontologové prohlašují, že střední věk se začíná posouvat až do 70 let, o čemž svědčí 80 a 90letí fyzicky i duševně svěží lidé. Proto vedle základních fyziologických potřeb mají být pro ně uskutečňovány i požadavky společenské a rekreační ( 43).

Autorka práce se domnívá, že v průběhu pozdního stáří se mění pocit životní pohody, jde především o pokles pozitivních pocitů ( negativní pocity se významněji nemění). Jak konstatoval jeden starý muž: „ Když nemůžete chodit a jste jen na obtíž, tak to už za moc nestojí“. Sociální pracovnice souhlasí, že starší senioři mají také značnou potřebu bezpečí. Její nárůst je podmíněn úbytkem kompetencí a obavami z

možnosti jejich dalšího zhoršení, např. úrazem nebo chorobou, důležitá je i potřeba psychického bezpečí a citové jistoty, jejichž uspokojení závisí na okolí, na poskytované péči a pomoci i pocitu její dostupnosti.

Klienti byli dále dotázáni, kde žili před nástupem do zařízení. Příchod z domova uvedli 53 respondenti, z nemocnice 15 seniorů a 8 klientů z jiných sociálních zařízení (graf 4).

Minibergerová uvádí, že staří lidé se snaží udržet si co nejdéle svou vlastní domácnost. Toto jejich přání je i ve shodě s přáním mladé generace. Stáří má v rodině svou úlohu. Očekává zájem o svou osobu a naopak zajímá se o problémy rodiny i ve vyšším věku (34).

Žije-li starý člověk sám, ocitá se v sociální izolaci. Rovněž tak vícegenerační soužití často nese určité nesnáze. Některé rodiny pocítují tíživé materiální a psychické nároky, mají-li pečovat o svého starého a ne již zcela soběstačného příslušníka. Podle Pacovského (38,1990) je péče o starého a nemocného člověka v rodině možná pouze při současném splnění tří podmínek: aby rodina o nemocného pečovat chtěla, aby o něj pečovat mohla a aby to uměla. Obě generace mohou strádat nedostatkem klidu a soukromí.

S oběma výše uvedenými názory je autorka ve shodě. Odchod dětí z domova, snížení příjmu, zhoršení hybnosti, to jsou důvody, které podle ní vyvolávají potřebu staršího člověka změnit dosavadní bydliště. Opustit svůj dům nebo byt znamená však rozloučit se s minulostí a se vším, co tvořilo dosud jeho život. Tato změna je o to horší, pokud přichází náhle a člověk na ni není dostatečně připraven, nebo s ní dokonce nesouhlasí. Proto si myslí, že zaměstnanci by si zvláště v takovém případě měli uvědomit, že je to změna pro starého člověka velmi náročná a musí mu pomoci překonávat toto těžké období.

Na otázku, zda bylo rozhodnutí klientů k odchodu do sociálního zařízení ovlivněno, odpovědělo 36 ano, 40 ne. Více ovlivněni byli muži než ženy ( tabulka 6).

Rozhodnutí klientů nejčastěji ovlivňuje rodina nebo lékař. Pichaud, Thareaunová konstatují, že i přes veškerou péči rodiny může nastat chvíle, kdy už se nelze o starého člověka starat doma, protože se jeho zdravotní stav zhorší a rodina má přece jen

omezené možnosti. V tomto momentě nastávají dva nové problémy: učinit konečné rozhodnutí a nalézt vhodné řešení a vyhovující místo ( 40).

Podle Minibergerové se zdá, že vztahy mezi generacemi budou volnější, budou mít „ volnější a demokratičtější“ charakter ( 34, s.13). Dnes se mnohdy všeobecně předpokládá, že záležitosti seniorů spadají do kompetence státu. Ochota rodinných příslušníků pečovat o nemocné se mění a snižuje s měnícími se možnostmi rodin v poskytování péče. V našich podmínkách rodina měla a stále má malou podporu státu, ekonomická hodnota podpory je podceněna, pečující členové nejsou morálně doceněni ( 34).

V této souvislosti autorka zastává názor, že se rodina nemůže spoléhat na stát ( „ stát se musí postarat“), ale stejně tak se stát nemůže zbavit této povinnosti a přenechat péči na rodinu, aniž by k tomu poskytl finanční a jiné podmínky. Mělo by v ideálním případě dojít k dělení odpovědnosti.

Protože se v novém prostředí musí senior přizpůsobit novým podmínkám a potřebuje důvěřovat svému okolí, je výhodou, jestliže toto prostředí zná. Z výzkumu vyplynulo, že 57 respondentů navštívilo G – centrum osobně. Tento fakt napomáhá domněnce, že se svobodně rozhodli, a následně se lépe adaptovali na život v zařízení, zvláště tehdy, jestliže cítili tlak rodiny ( tabulka 6).

Matoušek (33) ve své knize zmiňuje instituce, které poskytují plnou péči, a instituce nabízející zvýhodněné bydlení s různými doplňkovými službami. Starému člověku se životní prostor nevyhnutelně zužuje, a proto lpí na prostředí známém. K přestěhování svoluje tehdy, když už není schopen se sám o sebe postarat. V některých případech je rozhodnutí jít do ústavu spojeno s tlakem příbuzných, kteří se už o starého člověka nechtějí nebo nemohou starat.

V ústavních zařízeních pracují zdravotní sestry, sociální pracovníci, rehabilitační sestry, pečovatelky, externě spolupracují lékaři a psychologové. Rovněž G – centrum je zařízení moderní, s dobrou pověstí, o čemž svědčí i fakt, že klientka, která si podala žádost, si výslovně přála umístění do G – centra ( kazuistika 5).

Po roce 1989 bylo u nás zrenovováno nebo nově vystaveno mnoho institucí pro staré lidi. Renovace neproběhla zdaleka ve všech ústavech. Nejambicióznější projekty

se jeví v bývalém domově důchodců – Domov odpočinku v Krabčicích, které má být postupně změněno v gerontologické centrum se širokou paletou služeb i s výukou studentů a doškolováním profesionálů působících v péči o seniory ( 33,s.84).

Matoušek informuje, že v některých zařízeních úspěšně spolupracují se sociálním odborem sociální pracovníci, vstupují do včasného kontaktu se žadateli, provádějí sociální šetření v místě bydliště, umožní budoucímu klientovi návštěvu, hovoří s rodinou, vyplní s budoucím klientem testy soběstačnosti a mentálních schopností. Pak může personál klientovi lépe naplánovat vše tak, aby byly uspokojeny všechny jeho potřeby ( uzavřou kontrakt, vypracují individuální plán péče). Domov pro seniory, který usiluje o dobrou kvalitu služeb, má pro přijímání klientů vypracován standard č.5 ( 30,s.181).

Sociální pracovníci G – centra autorce uvedli, že v první fázi adaptačního procesu, která začíná před nástupem do domova pro seniory, je vybrán žadatel o umístění, případně jeho rodina, opatrovník nebo jiná kontaktní osoba uvedená v žádosti o umístění, telefonicky informován o možnosti prohlédnout si domov pro seniory i pokoje. V případě, že je žadatel v nemocnici nebo ze zdravotních důvodů nemůže G – centrum Tábor před zahájením poskytování služeb osobně navštívit, sociální pracovník nabídne návštěvu a poskytnutí potřebných informací v dohodnutém prostředí – v nemocnici nebo doma. Návštěvy v domácím prostředí probíhají u zájemců o službu po dohodě a dle personálních možností do vzdálenosti 20 km od Tábora.

Podle názoru autorky je Domov pro seniory G – centrum Tábor moderní zařízení (příloha 1). Ať už je důvod nástupu klientů do zařízení jakýkoli, měly by být obě strany na tuto situaci dobře připraveny. Pro seniory je výhodné, jde-li o změnu plánovanou a sám si zařízení zvolí. Je také výhodné, když se s prostředím dopředu seznámí osobní návštěvou a má o něm co nejvíce informací.

Klienti i po nástupu do sociálního zařízení udržují kontakt s blízkými příbuznými.

Všech 24 mužů udržuje kontakt s rodinou a z celkového počtu 52 žen se s rodinou stýká 48 a 4ženy se s rodinou nestýkají, neboť žádnou rodinu už nemají ( tabulka 7).

Minibergerová uvádí, že rodina má určitě pro starého člověka velký význam. Ať už jde o rodinu s dětmi, která patří mezi nejvýraznější formu společenství, nebo o rodinu v širším smyslu jako společenství různých generací v systému rodiče – děti, bez ohledu na to, zda se jedná o manžele s dětmi, samostatně žijícího rodiče s dětmi nebo neoddané dvojice s dětmi. Rodiny poskytují dětem jistotu, zabezpečují soudržnost, a tím i základ sociální společnosti. Mezigenerační vztahy však dostávají v současnosti jinou hodnotu. Zodpovědnost dětí vůči rodičům už určitou automatickou samozřejmost postrádá a je mnohdy považována za nadstandard vztahů (34).

Haškovcová se zmiňuje o tom, že žít v domově důchodců není snadné. I když starým lidem nic nechybí, postrádají lásku svých bližních. A také naději, že mají někoho, kdo by si je alespoň na jeden den vzal domů. Někteří příbuzní ve snaze přehlušit své výčitky svědomí to tak udělají. Takto „strávený“ den starého člověka možná potěší, ale znovu připomene to, co už bylo jednou oplakáno. Profesionální zdravotníci jsou pak svědky psychické disbalance a znovu prožitého „translokačního šoku“ u starého člověka. Nelze tuto praxi paušálně odsoudit, ale příbuzní by měli vědět, že pozitivní roli mohou sehrát pouze častější a opakované návštěvy (7,s.198).

S tímto názorem se autorka ztotožňuje, neboť pak může dojít v adaptaci k významnému posunu. Například u klientky, která v průběhu prvních dvou měsíců nekomunikovala, změnu snášela těžce, ale díky pravidelným návštěvám manžela proběhla nakonec adaptace s pozitivním výsledkem (kasuistika 2).

Velkou výhodou, jak uvádí Pichaud (40), pro všechny je, když se rodiny mohou podílet na životě v domově pro seniory, např. při zajímavých aktivitách.

Také sociální pracovníci považují za klíčový faktor adaptačního procesu, pokud se rodina aktivně zapojí. V opačném případě, kdy rodina nespolupracuje, neposkytuje dostatečnou oporu, nebo dokonce dojde ke zprerhání kontaktů, nastává v adaptaci klienta problém (kasuistika 4).

Je pravda, že někdy jsou domovy pro seniory situovány mimo městské aglomerace. Na návštěvy se mnoho nejezdí. Personál je pak svědkem čekání obyvatel na dopis nebo návštěvu příbuzných. I v G – centru jsou senioři, kteří by si přáli pro zlepšení své adaptace na pobyt v zařízení zlepšení svých vztahů s jejich

rodinami. Autorka si v této souvislosti myslí, že by se neměly ztrácet cíle výchovy. Na mladou a střední generaci je třeba vytvářet „nátlak“, aby se o své zestárlé rodiče či prarodiče postarala a toto konání přijala jako přirozenou lidskou povinnost. Hovořit nejen o problémech stáří, ale i starání se. Nenamlouvat si, že „profesionál“ to vše zařídí.

Seniory vede k rozhodnutí stát se klientem zařízení především zhoršený zdravotní stav a osamělost.

Zhoršení zdravotního stavu uvedlo 42 seniorů k rozhodnutí stát se klientem G – centra, u 12 to byla osamělost, u 22 jiné okolnosti ( ovdovění, ztráta bydlení, finanční problémy, nesoběstačnost, ztráta bytu, ovdovění, zrušení zařízení).

Dle Sýkorové (50) je zdraví ve výpovědích seniorů totožné v podstatě s autonomií ve stáří. Čím je horší jejich zdravotní stav, tím roste počet seniorů interpretujících autonomii jako fyzickou soběstačnost, snižuje se podíl subjektivně soběstačných a autonomních. Přiznané pocity ohrožení, strachu, nejistoty senioři vztahují tedy spíše ke zdravotnímu stavu a schopnosti sebeobsluhy než např. k finanční situaci.

Při popisu svého zdraví jmenují senioři podle Sýkorové kardiovaskulární nemoci ( hypertenzi, infarkt, mozkovou příhodu), nemoci pohybového aparátu a potíže trávicí, vylučovací také bolest či poruchy spánku, očí, sluchu. Jen výjimečně odkazují jen na jeden problém, pravidlem je polymorbidita. Psychické problémy respondenti zmínili velmi ojediněle ( 50).

Minibergerová uvádí, že závažným postižením u osob vyššího věku jsou pády. Často se vyskytuje tzv. závrativost, ovlivněná vnitřními příčinami, které jsou dány funkčním a zdravotním stavem seniora. Důsledkem opakovaných pádů jsou závažná poranění a z toho plynoucí následné omezení fyzických aktivit, ztráta soběstačnosti, s mnohdy doživotní ústavní péčí (34).

Venglářová zmiňuje doporučená bezpečnostní opatření, jako je :

- zajištění volných cest pro pohyb po domově,
- stabilní nábytek,
- vhodné osvětlení,



- údržba podlah, jasné barvy pro orientaci,
- kvalitní obuv (60,s.52).

Pichaud, Thareaunová uvádějí, že staří lidé musí více než ostatní čelit nashromážděným ztrátám ( odchod do důchodu, odchod dětí, úmrtí blízkých) a různým psychickým otřesům. Kromě ztráty partnera mizí i staří přátelé. Staří lidé pak mají tendenci udržovat čím dál méně styku. V této době se objevuje i myšlenka na vstup do zařízení sociální péče. Lidé, kteří se na odchod do domova důchodců mohou delší dobu připravit a rozhodnou se sami, se pak i snadněji začlení nového života (40).

Přesto se autorka se sociálními pracovníky shoduje v tom, že mohou jako zaměstnanci domova pro seniory často vidět u nových obyvatel, že „ jsou na dně“. Nadšení a zvýšená aktivita prvních dnů se mění v nudu, omrzelost, lítost. Jsou názoru, že v tomto v období je třeba hodně porozumění a podpory. Člověk se nakonec začne se ztrátou vyrovnávat. Nejde o rezignaci, ale o adaptaci na novou situaci.

Zdravotní stav a subjektivní pohled na svůj zdravotní stav je jedním z nejdůležitějších činitelů, které ovlivňují adaptaci na nové prostředí.

Sýkorová však uvádí zajímavý poznatek, že s prezentovaným poměrně pesimistickým obrazem zdravotního stavu, jaký poskytuje výčet zdravotních těžkostí a nemocí, které senioři zmínili před nástupem do zařízení, kontrastuje zjištění, že svůj zdravotní stav po nástupu do ústavu sociální péče hodnotí jako přiměřený. Většinou jde, jak uvádí Sýkorová ve své studii, o vůli seniorů překonat těžkosti, brát je s humorem, „ smířit se“ s nimi. Vidět potíže jako adekvátní věku, součást stáří a nezvratnost procesu stárnutí (50).

S tímto poznatkem se autorka ztotožňuje, neboť i výsledky výzkumu jej potvrzují. Ze 42 respondentů, kteří uvedli jako důvod k nástupu do zařízení zhoršený zdravotní stav, jej dnes hodnotí 27 klientů přiměřený k věku, pět má občasné problémy, sedm velké problémy a tři respondenti trvale těžké ( graf 7).

Nástup do zařízení sociální péče je spojen také s určitým pocitem ztráty soukromí. Tomu napomáhá i fakt, že ne vždy je respektován požadavek klienta na jednolůžkový pokoj. Z výzkumu vyplynulo, že ze 45 respondentů, kteří měli tento požadavek, bylo vyhověno 29, ale 16 klientům požadavek nebyl splněn ( tabulka 8).

Respondenti, kteří pobývají v G – centru více jak pět let a měli přání dostat jednolůžkový pokoj nebo apartmán, uvedli, že jim vyšli vstříc proto, že zařízení bylo nové a kapacita nebyla naplněna. U respondentů, kteří jsou v zařízení do jednoho roku pobytu a do pěti let pobytu, tomu tak nebylo.

Glosová zdůrazňuje, že respektování soukromí, tedy vlastní důstojnost, je zásadní. A je pravděpodobné, že soukromí je i nejoblíbenějším místem současných zařízení sociálních služeb a že je to soukromí a laskavost, co by si přáli stárnoucí lidé mít zajištěné. Ukazuje se však, že změny směrem k lepšímu jsou nepatrné (5,s.35).

Haškovcová v této souvislosti ve své knize rovněž zmiňuje, že stárnoucí člověk dnešní doby nechce odejít do domova důchodců, protože ví, že to první, co tam musí definitivně ztratit, je ostře střežená osobní intimita (7,s.186).

Glosová (5) ve své knize přináší výsledky analýz realizovaného výzkumu, z něhož vyplývá, že všichni, kteří žijí v jednolůžkovém, respektive dvoulůžkovém pokoji, jsou spokojenější a k různým aspektům života v domově důchodců vykazují pozitivnější rysy. Bydlení ve vícelůžkových pokojích přináší výrazně životní zneklidnění, vytvářené nejen nuceným soužitím s neznámými, mnohdy povahově značně odlišnými lidmi, ale také silný stres, způsobovaný nemožností provádět metabolické úkony, které je člověk zvyklý celý život vykonávat v přísně střeženém soukromí. Přes všemožné poznatky však stále ještě dochází v ČR k výstavbě obřích zařízení sociální péče, sdružujících v jednom ústavu velké množství lidí a budovaných bez zřetele k poznatkům a artikulovaným přáním většiny lidí (5,s.37).

Autorka s názorem, že ti klienti, kteří žijí v jednolůžkových pokojích, vyjadřují svou spokojenost, což se projevuje i v komunikaci s personálem, souhlasí. Zároveň si ale myslí, že osoby, které v těchto pokojích žijí, jsou pravděpodobně schopné si takovou situaci vyjednat již před přijetím, případně během pobytu dokážou „zapůsobit,“ že jsou do takových pokojů vybírány. To pochopitelně souvisí s komunikací a se vztahy.

V prvních měsících po přijetí klienta do zařízení je velmi důležité sžít se s novým prostředím, jeho obyvateli, navázat nové sociální kontakty. Při tomto procesu musí senior překonávat mnoho problémů. Autorka zaznamenala jako největší problém u 13 seniorů zvykat si na nové prostředí, u 12 klientů seznamování s personálem a rovněž

u 12 jiný režim, u 11 respondentů soužití s klientem, pěti klientům dělala problém orientace v nové prostředí a 22 seniory neměli problém žádný ( graf 8). Autorka k těmto výsledkům dodává na základě své praxe, že většina klientů, kteří neměli žádný problém, patří mezi seniory, kteří v zařízení pobývají pět a více let, a lze se tudíž domnívat, že byly ve větší míře uspokojeny jejich požadavky například s jednolůžkovým pokojem nebo přišli ze zařízení, která nebyla na takové úrovni.

Jak uvádí Vágnerová , i člověk zdravý a plný sil neprožívá stěhování uspokojivě, velice stresující je tedy pro klienty změna prostředí v souvislosti s nástupem do sociálního zařízení. Přejechod znamená výrazné postižení ve všech dimenzích jeho dosavadního života: jsou narušeny meziosobní vztahy, mění se teritorium, časová struktura, sebehodnocení (59, s. 419-423).

S přestěhováním totiž člověk mění své teritorium, na které byl zvyklý. Tento proces má podle Glosové tři stadia- ohledávání nového teritoria, zvykání si na nové teritorium, přizpůsobování si osobního teritoria ( 5,s.40).

Ústavní pobyt lze chápat, domnívá se Vágnerová, jako určitou variantu specifické izolovanosti – senior limitovaný buď menší pohyblivostí, nebo jinak mnohdy zůstává uzavřen v jedné jeho části. Na druhé straně ale naopak může být přesycen kontakty s mnoha lidmi, kteří ho mohou zatěžovat, zejména tehdy, má-li s nimi sdílet i část soukromí a nemůže ovlivnit jejich výběr (59,s.420).

Zátěž umístění do instituce, rovněž podle Vágnerové, se projeví i v prožívání, v kognitivní oblasti i v chování. Aby bylo možné se přizpůsobit, je třeba prostředí poznat. Avšak orientace v nové situaci může být obtížná, ústavní zařízení je mnohem větší, je zde mnoho různých lidí, život je organizovaný a musí se dodržovat určitá pravidla, např. doba jídla, klidu apod. Staří lidé však bývají konzervativní, a proto je pro ně každá změna nepříjemná (59,s.420).

V domovech pro seniory jsou dle Haškovcové mezi obyvateli zvláštní vztahy. Po příchodu do instituce může nastat tzv. „ translokační šok“. Starý člověk musí sáhnout až na dno svých ztenčených adaptačních rezerv (7,s.195).

Rovněž sociální pracovníci zmiňují jako nejčastější problémy, které s klienty řeší, kromě změny životního stylu i sžívání klientů na dvoulůžkových pokojích, dále

problémy s navazováním nových kontaktů a umět si nebo naučit se požádat o pomoc a podporu.

Nejčastěji jsou klientům, jak uvedli sociální pracovníci autorce, opakovány informace o chodu organizace, o způsobu a rozsahu poskytování služeb, o stravování a způsobu odhlašování stravy, o možnostech využití volného času, o finančních záležitostech, jako je výše úhrady, možnost uložení kapesného, vyplácení důchodu, nakládání s příspěvkem na péči.

Podle autorčiny zkušenosti za kritické je považováno období prvních 5 až 6 týdnů, popřípadě 6 měsíců. V této době bývá starý člověk plačtivý, náladový, nervózní, rozčilený. Buď otupí, nebo je agresivní. Nechce jíst, nebo jí málo. Špatně spí, přes den polehává. Není aktivní a spolupráci od personálu přijímá pasivně. Proto si autorka myslí, že tady velmi záleží na tom, zda je starý člověk psychicky vhodně připraven a po kritickou dobu důsledně a cíleně veden. O to, aby byl aktivní, se pak musí postarat všichni zúčastnění.

Respondenti byli dále dotázáni, zda problém po nástupu do zařízení řešili sami, s pomocí rodiny nebo personálu. Samo se s problémem vypořádalo 51 klientů, u 12 seniorů pomohli zaměstnanci, třem klientům řešila problém rodina. Ostatních deset seniorů jej řešilo samostatně s dopomocí rodiny nebo personálu, jeden muž na úrovni ředitele zařízení, neboť šlo o stížnost klienta na personál ( graf 9).

Autorka se dále dotazovala, zda se klientům s nástupem do zařízení změnil životní styl. Vzhledem k tomu, že došlo ke změně prostředí, musel se životní styl změnit všem respondentům. Proto byli senioři dotázáni, zda jsou tyto změny pozitivní, negativní nebo se s přechodem smířili tak, že změnu nevidí ani jako klad, ani jako zápor. Pozitivní změny shledalo 39 klientů, negativní 20 seniorů, 17 respondentů uvedlo smíření ( tabulka 9). Jako pozitiva uváděli respondenti dohled, bezpečí, pravidelná strava, nemuset se o nic starat. Jako negativa ztrátu soukromí, smutek, špatné soužití s klientem.

Sýkorová uvádí, že teritorium, v něm se odehrává život starých lidí, se postupně zužuje a nakonec může zahrnovat jen limitovaný prostor v rámci domova nebo instituce. S redukcí životního teritoria souvisí i redukce sociálních rolí. Tyto změny

souvisejí s úbytkem psychických kompetencí a celkového zdraví, ale i se ztrátami jiného typu. Staří lidé obvykle dožívají jako vdovy či vdovci, tzn., že jsou v pozici osamělých a sociálně izolovaných, jsou většinou nemocní, a proto se dostávají do pozice závislých a nesoběstačných lidí (50, s. 191).

Vágnerová (59,s.417) ve své studii zmiňuje, že čím dál větší počet starších seniorů musí změnit způsob života, na který byli zvyklí, a dožít v ústavním zařízení. Zde získávají roli obyvatele domova důchodců a jejich životní teritorium se ještě více zúží, což vede k anonymizaci a ztrátě individuálních psychosociálních charakteristik.

Z psychologického hlediska, jak uvádí Stuart- Hamilton (49,s.170) ve své knize, se předpokládá, že nedílnou součástí stáří je příprava na smrt. Tato skutečnost je nejuvýstižněji vyjádřena tzv. teorií odcizování. Podle ní kontakty stárnoucích lidí se světem se stávají stále méně častými. Pozdější výzkumy ale rovněž ukázaly, že odcizování se okolí je omezeno v podstatě jen na ty jedince, kteří byli vždy samotářští .

V ústavním zařízení mohou senioři snadněji ztrácet své kompetence, protože je přestávají využívat. To vede podle Vágnerové postupně k vypěstování zbytečné nesoběstačnosti a syndromu bezmocnosti (59,s.421). Takový postoj charakterizují i slova jedné ze starých žen: „ Tady mi nic nechybí. Postarají se o nás, umyjí nás, dají nám najíst a udržují v čistotě“ (40).

Vágnerová také uvádí, že spokojenost s životem v domově důchodců je závislá na věku. Spokojenější jsou lidé mladší 75let, ale méně spokojeni jsou velmi staří lidé ve věku nad 90let (59,s.424).

Autorka práce zastává názor, že starý člověk, který je schopen zvládnout adaptační proces a učinit pro sebe nový životní styl alespoň přijatelný, se cítí lépe než ten, komu potřebné kompetence chybí. Spokojenější jsou tedy lidé, kterým taková změna života přinesla i něco pozitivního a neznamena jen ztrátu a zhoršení situace. Pokud jim některé aktivity chybí a chtějí dělat něco užitečného, mohou pomáhat ostatním a tím zároveň získat pozitivní zpětnou vazbu a ocenění své snahy.

Větší pozornost než dříve je v řadě ústavů věnována náplni dne, jak o tom píše ve své knize Matoušek ( 33). V každém zařízení je o seniory postaráno do té míry ( vaření, úklid, praní, žehlení), že se staří lidé ocitají v nadbytku volného času. Proto se věnuje

pozornost organizaci volnočasových aktivit. Pokud chtějí senioři rozvíjet svou osobnost a nějakou aktivní činností pokračovat v tom, co dříve dělali jako profesi či zájem, mohou se zapojit do zájmových klubů. V některých domovech přibyly programy posilující paměť, hodnocení psychického stavu, jógy, práce na PC, spolupracují např. s MŠ, pořádají módní přehlídky spojené s bazarem šatstva (33,s.85).

Autorka souhlasí s Matouškem, neboť je přesvědčená, že i ve stáří je nezbytnou součástí života tělesná i duševní aktivita. Z dotazování klientů bylo zjištěno, že 42 respondenti navštěvují volnočasové aktivity pravidelně a aktivně, málokdy deset seniorů a 24 klienti se staví k těmto akcím pasivně. Z důvodů, pro než se respondenti akcí nezúčastňují, uváděli klienti aktuální špatný zdravotní stav, jednotvárnost programu, chtějí se věnovat svým koníčkům, nemají zájem o nabízené aktivity.

Zajímavý je názor Stuarta, a autorka se s ním ztotožňuje, že co se týče argumentu, že nejlepší strategií pro staré lidi je zůstat co neaktivnější, platí jen pro ty, kteří se aktivně zapojují do společenských aktivit. Lidé, kteří se společnosti odcizují, tak pravděpodobně činili po většinu svého života, což znamená, že se nejedná o jejich reakci na stáří. Proto představa davů sociálních pracovníků nutících staré lidi, aby se „pro své vlastní dobro“ vmísili mezi ostatní a hráli s nimi společenské hry, není příliš přitažlivá (49,s.171).

Sociální pracovníci s autorkou souhlasí v tom, že účast klientů na společensko-kulturních akcích má v adaptačním procesu důležité místo. Aktivita má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací a popřípadě rozvinout to, co zůstalo zatím skryto. Podpora aktivity klienta znamená společné hledání toho, co jej obohacuje, naplňuje radostí a dává mu smysl ( kazuistika 3).

Vyvážená ošetřovatelská, zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory patří, jak uvádí Matoušek ( 30), k jejich současným nejdůležitějším úkolům. Kvalitní zdravotní péče musí být zajištěna jako každému jinému občanovi této země, ale nesmí v životě člověka převážet, nesmí být tlačěn do role nemocného, protože život člověka, ani dlouhodobě nemocného nelze - přes veškeré limity, které z nemoci vyplývají – redukovat na roli pacienta.

Z dotazu autorky diplomové práce na spokojenost s ošetřovatelským a zdravotnickým personálem shodně vyplynulo, že 63 klienti jsou s jejich prací spokojeni, 13 seniorů je spokojeno částečně a žádný se nevyjádřil záporně. Z důvodů nespokojenosti byla zmíněna u ošetřovatelského personálu častá výměna pracovníků, neochota až puntičkářsky uklízet v pokoji ( graf 10). U zdravotnického personálu se jako nejčastější důvod projevila nespokojenost s přístupem lékaře ke klientům ( graf 11).

Velmi potřebná je v zařízeních pro seniory práce sociálního pracovníka. Je součástí přímé konkrétní pomoci seniorům, kteří zde žijí, a jak uvádí Matoušek ( 30), měla by plnit i důležité manažerské a koncepční funkce, tudíž sociální pracovník by měl být členem vrcholového vedení zařízení spolu s ředitelem a vrchní sestrou. Tato osoba s vysokoškolskou kvalifikací v sociální práci může být též vhodným adeptem právě na funkci ředitele domova pro seniory ( 30, s. 179).

Rovněž spokojenost respondentů s prací sociálních pracovníků G –centra je vysoká, v 59 případech je pozitivní, u 17 klientů částečná ( graf 12).

Autorka diplomové práci je ve shodě s Matouškem v tom, že proces adaptace na nové prostředí pokračuje po přijetí klienta a je mu třeba věnovat maximální pozornost ( 30, s. 181). Tuto adaptaci by zlepšila ještě propracovanější koordinace adaptačního procesu s celým týmem, který s klientem pracuje.

Matoušek (30,s.183) ve své knize popisuje specifikum práce s cílovou skupinou seniorů při adaptačním procesu. Adaptační plán zahrnuje i dostatek informací nejen o prostředí, ale i o navázání nových přátelských a sousedských vztahů, přisvojit si svůj prostor a dostat příležitost vykonávat aktivity, jež mu připadají smysluplné. Plán stanoví i problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav ( např. rehabilitaci, ošetřovatelskou péči, výživu, úpravu kontaktu s rodinou) nebo zlepšit jeho kvalitu života ( intenzivnější komunikací a podporou vztahu). Hlavním aktérem při sestavování individuálního plánu péče je ovšem klient.

Požadavky respondentů na zlepšení adaptačního procesu byly velmi rozmanité. Někteří jich uváděli více a zmiňovali především rehabilitaci, pestrost stravy a dietní sestru, bezbariérový přístup na balkony a do koupelny, více personálu, zlepšení

mezilidských vztahů s klienty, kontakt s rodinou, sociální pracovník o víkendu, dobrovolník pro komunikaci, osobní asistent pro doprovod, chůzi (tabulka 11).

Vágnerová (59) zmiňuje, že významnou součástí instituce jsou její obyvatelé, s nimiž je klient v kontaktu. Vztah k lidem v zařízení má charakter aktuálně prožívaného sdílení mnoha zkušeností, které bývají nové a také občas nepříjemné a stresující. Tato vazba nemusí být hluboká, ale je součástí každodenního života, který může i obohacovat. Vytvoření nových vztahů je ale u starých lidí těžké. Protože jsou obyvatelé různí, mnozí deformovaní chorobami, mohou mít nepříjemné návyky a zvláštní potřeby, jsou spíše zdrojem stresu. Např. problém vyjádřený jednou z obyvatelk: „ Tady jsou některé povahy divné. Nedá se s nimi vyjít“.

Pichaud (40) upozorňuje, že jídlo představuje důležité chvíle v životě, protože v každém věku člověka dává dnům rytmus. Zaměstnanci říkají, že jídlo je pro staré lidi očekávanou chvílí. Co se týče pestrosti, mělo by se projevit i typickým jídlem pro roční období. Zaměstnanci si občas stěžují i na to, že jídlo plyne v tichosti, lidé spolu nemluví. Obyvatelé si však často místo u stolu sami nevybrali a spolustolovníci si třeba nevyhovují. Navíc i pohyby při jídle jsou pro ně stále obtížnější. Mají též problémy se sluchem a rozhovor s druhým člověkem je pro ně velkým úsilím.

S tímto názorem se autorka ztotožňuje, protože i v G – centru někteří klienti vyžadují, i přes to, že jsou pohybliví, donášku jídla na pokoj.

Frekvence návštěv příbuzných v domovech důchodců nezávisí tak na místě, kde tyto staří lidé žijí, ale jsou dány dle Vágnerové jinými faktory, často vyplývajícími z již vytvořeného vztahu, který přetrvává navzdory změně způsobu života. Míra uspokojivosti návštěv nebývá jednoznačná, staří lidé prožívají čas jinak, a tak se dost často objevují stížnosti na příliš krátké návštěvy nebo nedostatečně projevený zájem. Příliš spokojená nebude asi tato stará žena: „ Když oni jenom přiběhnou, a hned zase běží. A já jsem tady celý den sama“ (59,s.427). Návštěvy v domovech, zvláště vnoučat, jejichž cílem je především psychická podpora, nepovažují aktivní mladí lidé za nezbytné a smysluplné, může je rovněž odrazovat prostředí domova s jeho specifickým klimatem ( 59,s. 426).



Pocit, že někdo pečuje za rodinu, vede rodinné příslušníky k poklesu, či dokonce ztrátě zájmu o příbuzného, k omezení kontaktu, uvádí ve své knize Matoušek (30). Nelze proto připustit, aby návštěvy příbuzných byly pouze formální, musí plnit svůj účel a funkci (30, s. 182).

Sociální pracovníci se shodují v tom, že v rámci III. fáze adaptačního procesu, po začlenění klienta do adaptační skupiny, která se schází zhruba 3 až 4krát v průběhu třech měsíců, jsou od seniorů získávány podněty, jejich očekávání, připomínky. Důležitou součástí je i poznávání životních příběhů jednotlivých klientů, které často napomohou k vysvětlení jejich chování a postojů. Při adaptaci využívají sociální pracovníci různé „adaptační pomůcky“, jako jsou fotografie klientů s jejich blízkými, předměty, ke kterým mají senioři citový vztah ( křeslo, obrazy, apod.) a mohou využít rovněž internet jako nejrychlejší formu spojení se svými rodinami.

Autorka je toho názoru, že je třeba, aby si rodina uvědomila, že instituce ji nezabavuje zodpovědnosti za péči o příbuzného. Příchodem do zařízení nekončí rodinné vztahy ani povinnosti dětí vůči rodičům. Rodina dále může pomáhat např. s úpravou prostředí ( fotografie, knihy, předměty) a trávit volný čas s blízkým člověkem.

## 6. ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na vytvoření popisu a zmapování adaptačního procesu a pojmenování největších problémů spojených s nástupem seniorů do zařízení sociální péče.

Největší podíl seniorů v zařízeních sociální péče zastupují klienti ve věku 76 a více let. Z hlediska pohlaví převažují ženy.

Senioři spojují nástup do zařízení s očekáváním pomoci při zvládání obtížných situacích v jejich životě. Vzhledem k tomu, že ubývají jejich kompetence, hledají především bezpečí, společnost, poskytnutí péče a pomoci a pocit jistoty jejich dostupnosti.

Většina klientů přichází do zařízení sociální péče z domova. Důležitou roli při jejich rozhodnutí sehrává rodina, která se dále o svého příbuzného většinou nemůže starat z důvodu ekonomických nebo proto, že se o nemocného starého člověka postarat neumí.

Noví klienti se s budoucím domovem seznamují nejčastěji osobní návštěvou. Pro dobrou adaptaci sehrává důležitou roli spolupráce klienta, rodiny i zaměstnanců, aby senior viděl svůj nový domov jako prostředí, do kterého jde rád, z vlastní vůle a bude pro něj přínosem po stránce fyzické, duševní i sociální.

I po nástupu do zařízení udržují klienti kontakt se svými rodinami, což má velmi příznivý vliv pro zlepšení jejich adaptace zvláště v počátečním období.

Osamělost a zdravotní stav vede často staré lidi k rozhodnutí stát se klientem zařízení sociální péče. Protože u většiny z nich se zhoršuje zdraví, přestávají být soběstační a autonomní. S nástupem do domova se jejich zdravotní stav ustálí a berou potíže jako součást stáří a věku.

Posun v adaptaci na prostředí v domově pro seniory by zlepšila možnost umístění klientů podle jejich přání do jednolůžkových pokojů z hlediska etických a zachování soukromí a důstojnosti.

S tím souvisí i problémy se zvykáním si na nové prostředí, jiný režim a soužití s klientem, s nímž musí sdílet pokoj.

Většinu klientů se po nástupu do zařízení změní životní styl. Každý člověk je osobnost a adaptace na nové prostředí je individuální. Proto by přizpůsobení se nově přichozích obyvatel mělo být záležitostí všech zaměstnanců.

V této souvislosti je určitě i na místě zamýšlet se nad dalším zlepšováním adaptačního procesu, aby obyvatelé domova našli v novém prostředí přátele, rádi se zapojovali do společenských akcí a zájmové činnosti, snadněji se přizpůsobovali domácímu řádu. Aby se zapojili i lidé nesoběstační, osamělí a tělesně postižení, kteří jsou si vědomi svého zdravotního stavu a nejsou postižení duševně.

Jak bude adaptace probíhat, záleží na všech – zaměstnancích, kteří svým citlivým přístupem a trpělivostí umožní přichozím co nejlépe se sžít s novým prostředím, i klientech, kterým společnost nabízí důstojně prožívat své stáří.

Autorka diplomové práce se domnívá, že cíl práce byl splněn. Problematika adaptačního procesu byla popsána a z výzkumu by bylo možné stanovit hypotézu:

- největší problémy spatřují senioři při nástupu do zařízení ve zvykání si na nové prostředí, jiný režim a soužití s klientem.

Podle mínění klientů by adaptační proces po nástupu do zařízení zlepšily tyto faktory: rehabilitace (masáže, aktivní i pasivní cvičení na lůžku, individuální nácvik chůze), pestřejší strava, bezbariérový přístup, lepší mezilidské vztahy mezi klienty, více personálu, o víkendu sociální pracovník, dobrovolník pro volný čas, osobní asistent.

Autorka konstatuje, že v zařízení G – centrum Tábor se adaptační proces osvědčil, zaměstnanci s ním mají velmi dobré zkušenosti. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu klienti preferují spíše individuální adaptační proces, který lépe respektuje jejich přání a potřeby. S cílem vytvořit pro klienty nový a spokojený domov, který by nepečoval jen o jejich zdravotní, ale i duševní stránku, byl zaveden do péče standard č. 5, zaměřený na plánování a průběh služby a zkvalitnění a zefektivnění poskytovaných služeb. Klíčový pracovník koordinuje činnost týmu, podporuje klienta v uvědomování si jeho potřeb, přání, požadavků, vnímá změny potřeb v konkrétních situacích a reaguje na ně spolu s klientem a hodnotí průběh poskytované služby.

Výsledky práce mohou být využity vedoucími pracovníky pro adaptační proces v Domově pro seniory G-centrum Tábor.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ,S.HNILICOVÁ,H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1.vyd.Brno: IDVPZ, 2000.118 s. ISBN 80-7013-311-2.
2. BEDNÁŘOVÁ,D. a kol. *Vybrané aspekty života seniorů*.České Budějovice: JU, 2003.76 s. ISBN 80-7040-641-0.
3. ČORNANIČOVÁ,R. *Edukácia seniorov*. 2.vyd. Bratislava: UK, 2007.156 s. ISBN 978-80-223-2287-4.
4. DISMAN,M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-7066-822-9.
5. GLOSOVÁ,D. a kol. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
6. GREGOR,O. *Stárnout, to je kumšt*. Praha: Olympia, 1990. 139 s. ISBN 80-7033-040-6.
7. HAŠKOVCOVÁ,M. *Fenomén stáří*. Praha: Pyramida, 1989. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
8. HAYFLICK,L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub, 1997. 432 s. ISBN 80-7176-536-8.
9. HORSKÁ,B. *Dětství, rodina a stáří*. Praha:Panorama,1990.474 s.ISBN 80-7038-011-X.
10. HUNT,R. *Introduction to community- based nursing*. 2 ed. Philadelphia: Lippincatt- Raven Publisher. 2001. 397 p. ISBN 0-78172814-2.
11. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
12. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
13. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
14. KAPLAN, RM. *Siality of life- an outcomes perspective*. Arch. Phys. Med.Rahabil.,2002, 83 ( 12,Suppe).

15. KAPR, J., KOUKOLA, B. *Revoluce v poskytování péči*. Praha: SLON, 1998. 75 s. ISBN 80-85850-49-4.
16. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. Praha: SLON, 2006. 204 s. ISBN 80-86429-39-3.
17. KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
18. KOLEKTIV AUTORŮ. IV. *Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: Dům techniky, 2000. ISBN 80-02-01374-3.
19. KOZLOVÁ, L. KUBELOVÁ, V. *Jak se píše bakalářská a diplomová práce*. 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1317-5.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989. 108 s.
24. KURZOVÁ, H. HONZÁK, R. KROMBHOLZ, J. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. Praha: UK Karolinum, 2003. 139 s. ISBN 80-246-0532-5.
25. MAHONEY, D. RESTAK, R. *Moderní příručka dlouhověkosti*. Praha: Academia, 2000. 184 s. ISBN 80-200-0360-X.
26. MARKOVÁ, E. VENGLÁŘOVÁ, M. BABIÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
27. MARX, D. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
28. MÁTL, O. JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory*. Praha: UK, Galen, 2007. ISBN 978-80-7262-497-7.
29. MATOUŠ, M. a kol. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada, 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.

30. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-310-9.
31. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
32. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
33. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
34. MINIBERGEROVÁ, L. *Vybrané kapitoly*. Brno: NONZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
35. MOŽNÝ, I. *Česká společnost*. Praha: Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1.
36. MOŽNÝ, I. a kol. *Mezigenerační solidarita. Výzkumná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu „Hodnota dětí a mezigenerační solidarita“*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí Praha, výzkumné centrum, 2004.
37. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
38. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
39. PALONCYOVÁ, J. *Změny české rodiny: mladá generace a demografický vývoj*. Praha: VÚPSV, 2002. 49 s.
40. PICHAUD, CH., THAREAUNOVÁ, J. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
41. RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* [online] ( *Zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí*). Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2002. [cit. 2005-12-18] Dostupné z: <>
42. RABUŠIC, L. *Jsou čeští senioři chudí?* *Sociologický časopis*, 1998, 34,3, 303-320 s.
43. RHEINVALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
44. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004, 392 s. ISBN 80-7178-829-5.

45. SHEEHYOVÁ,G. *Průvodce dospělostí*. Praha: Portál, 1999. 456 s. ISBN 80-7178-185-1.
46. SMĚKAL,V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister Principál, 2007. 523 s. ISBN 80-598-65-9.
47. SOKOL,R., TREFILOVÁ,V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. 444 s. ISBN 978-80-7357316-4.
48. STEVEN,N.AUSTAD. *Proč stárneme*. Praha: Edice Kolumbus, 1999. 205 s. ISBN 80-204-0408-5.
49. STUART,I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
50. SÝKOROVÁ,D. *Autonomie stáří*. Praha: SLON, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
51. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ,J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: ÚP v Olomouci, 2005. 175 s. ISBN 80-244-0629-2.
52. ŠPATENKOVÁ,N. a kol. *Krize- Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
53. ŠTIKAR,J., HOSKOVEC,J., ŠMOLÍKOVÁ,J. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0.
54. ŠTILEC,M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. 132 s. ISBN 80-7178-920-8.
55. TOPINKOVÁ,E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
56. TOŠNEROVÁ,T. *Ageismus*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti Ústav lékařské etiky 3.LF UK a FNKV, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
57. ÚLEHLA,I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 2007. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
58. VÁLKOVÁ,L. *Praktické lékařství*. Praha: UK Karolinum, 2007. 165 s. ISBN 978-80-2461348-2.
59. VÁGNEROVÁ,M. *Vývojová psychologie II.Dospělost a stáří*. Praha: UK Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1317-5.

60. VENGLÁŘOVÁ, V. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
61. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.
62. WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982. 367 s.
63. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: UK Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
64. KRÁLÍČEK, M. *Zaplňme území nikoho*. [online] Dostupné z: [www.muzes.cz/clanky/clanek/248/2008-10-18](http://www.muzes.cz/clanky/clanek/248/2008-10-18).
65. *Kancelář v ČR*. [ 2008-10-18] Dostupné z: <http://www.who.cz/zahlinf.htm>
66. *Wikipedie, otevřená encyklopedie. Gerontologie*. [ 2008-10-19]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/witi/gerontologie>.
67. *Gerontologie pro soc. pracovníky*. Informace o předmětu. [online] .[cit] [2008-10-19] Dostupné z: <http://is.muni.cz/predmety/predmet.pl?kod=SPP225&fakulta=1423&lang=cz>.
68. Odbor 22. *Příprava na stárnutí v České republice*. [online]. 19.10.2008 [cit] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
69. SLEZÁČKOVÁ, A. *Mít o koho se opřít. Některé aspekty sociální opory*. Zpravodaj APSS ČR, 2007, 9. roč., č.4, s.7.
70. CHVÁLOVÁ, J. *Vybrané údaje o sociálních službách v ČR*. 25.10.2008. Dostupné z: [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Buletin/02\\_2003/udaje.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Buletin/02_2003/udaje.html).
71. PŘIDALOVÁ, M. *Mezigenerační solidarita a gender ( pečující dcery a pečující synové)* [2006-07-22]: Gender Sociologie, [2008-10-26]. Dostupné z: <http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2006072201>.
72. *Definice osobnosti, její charakteristika vlastnosti, struktura osobnosti*. [2008-11-03]. Dostupné z: <http://nabozenstvi.blogspot.com/2008/03/definice-osobnosti-jej-charakteristika.html>



## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

adaptace

adaptační proces

klíčový pracovník

senior

stáří

sociální pracovník

standardy kvality péče

## **9. PŘÍLOHY**

1. G-centrum Tábor
2. Fotodokumentace
3. Přepis otázek standardizovaného rozhovoru s klienty
4. Krátká škála mentálního stavu
5. Test základních všedních činností podle Barthelové

## **Příloha 1: G – centrum Tábor**

### **Poslání G –centra**

Posláním G –centra Tábor je poskytovat sociální a zdravotní služby, zajistit příjemný a dle přání a možnost i aktivní život. Zařízení zajišťuje kvalitní péči podle individuálních potřeb seniora, vytvoří podmínky a příležitosti pro aktivní využití volného času klientů. Usilují o to, aby se pobyt co nejvíce přiblížil přirozenému domácímu prostředí, aby si klienti zachovali v maximální míře svůj dosavadní způsob života. Pouvažují za důležité integrovat klienty do okolního světa, aby rozšířili sociální kontakty a předcházeli sociální izolaci. Prioritou G – centra je poskytovat aktivní péči v rámci kulturních, rehabilitačních i vzdělávacích programů.

### **Transformace zařízení**

G – centrum Tábor, domov pro seniory bylo vybudováno v letech 1997 -1998 nákladem zhruba 140 mil Kč. Investorem a zároveň zřizovatelem příspěvkové organizace G – centrum Tábor, domov pro seniory, je město Tábor. Vlastní provoz byl zahájen 1. září 1998.

V roce 1999 Město Tábor vystoupilo na stupínek vítězů v soutěži Obec seniorů vyhlášenou Svazem měst a obcí ČR.

V roce 2001 proběhla transformace sociálních služeb . Oficiální název organizace byl změněn na G – centrum Tábor, sociální služby a domov důchodců. Součástí stávajícího G –centra se stala Pečovatelská služba se dvěma Domy s pečovatelskou službou a Hygienickým střediskem, Středisko sociálních služeb a s Azylovou ubytovnou pro muže a Domov pro matky s dětmi.

V roce 2003 Město Tábor bylo oceněno Svazem měst a obcí a získalo 1. místo v kategorii Obec zdravotně postiženým.

V červnu 2004 byl otevřen Dům s pečovatelskou službou v Čekanicích s celkovou kapacitou 49 ubytovacích jednotek a s Denním stacionářem. V červenci byla otevřena Vývažovna pro seniory, která produkuje přes 300 obědů pro klienty střediska Pečovatelská služba.

V červenci 2005 byla otevřena jídelna pro seniory při již fungující Vývažovně pro seniory, která nabízí obědy k odběru nebo přímé konzumaci. Při Středisku sociálních služeb byla zřízena Poradna pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou a pečující rodiny.

V roce 2006 došlo k navýšení počtu lůžek přechodného pobytu a k rozšíření provozní doby Denního stacionáře na dvanáct hodin denně.

V roce 2007 došlo k zásadní změně organizačního schématu organizace a změně názvu v důsledku platnosti nového zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. G – centrum Tábor je rozděleno do sedmi středisek: Domov pro seniory, Odlehčovací služby, Pečovatelská služba, Denní stacionář, Středisko sociálních služeb, Noclehárna, Azylový dům pro ženy a matky s dětmi. G – centrum dokončilo Standardy kvality sociálních služeb a realizovalo jejich naplňování v praxi. Pečovatelská služba rozváží chlazenou stravu. V Domě s pečovatelskou službou v Čekanicích se zavádí 24hodinová služba a je zde zřízeno pět lůžek Odlehčovacích služeb. G – centrum pro zaměstnance zavádí supervizní setkání.

V roce 2008 G – centrum Tábor bylo oceněno jako druhé nejlepší zařízení v ČR v kategorii Domovy pro seniory, ředitel G –centra Tábor byl oceněn jako osobnost roku v sociálních službách roku 2007. Je plně zaveden systém klíčových pracovníků v souladu se Standardy kvality.

### **Zdravotní a ošetrovatelská péče**

Lékařská péče je zajišťována praktickým lékařem ordinujícím v zařízení tři dny v týdnu. Jednou měsíčně zde ordinuje odborný lékař, psychiatr. Ošetrovatelská péče je prováděna nepřetržitě na základě ordinací lékařů. Tuto péči zajišťují registrované všeobecné sestry v počtu 16 zaměstnanců. Obslužnou péči provádějí pracovníci sociální péče – přímá obslužná péče v počtu 25 zaměstnanců. Tato péče zahrnuje úkony či pomoc klientům částečně nebo zcela imobilním k zajištění potřebné péče.

## **Rehabilitační péče**

Tuto péči zahrnují dva registrovaní fyzioterapeuti, kteří na základě ordinací lékařů provádějí :

- masáže
- aktivní i pasivní cvičení na lůžku
- individuální nácvik chůze
- elektroterapii
- ultrazvukovou terapii
- parafínové zábaly, léčbu biotronovou lampou
- perličkové koupele
- skupinová cvičení
- ergoterapii zaměřenou na nácvik úkonů k udržení či znovuoobnovení sebeobslužnosti klienta

## **Kulturní a zájmová činnost**

Klientům jsou nabízeny :

**zájmové aktivity** ( aktivní a pasivní muzikoterapie, hobby dílna, hraní společenských her, výuka na počítači, bystření paměti, promítání filmů, čtení denního tisku, vydávání měsíčníku Zpravodaj),

**pohybová aktivizace** ( vycházky, výlety, sportovní odpoledne, ruské kuželky),

**kulturní a zábavné programy**( vystoupení žáků MŠ,ZŠ, posezení při harmonice, grilování, oslavy narozenin klientů, masopust, rej čarodějnic, Vánoce, návštěvy divadel, koncerty, hudební a umělecká vystoupení),

**vzdělávací programy** – přednášky, PC .



**Příloha 2: Fotodokumentace**

### **Příloha 3: Přepis otázek standardizovaného rozhovoru s klienty**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Blanka Pěchotová a jsem studentkou pátého ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. V rámci své diplomové práce na téma Adaptační proces klientů v domově pro seniory G – centrum Tábor bych Vás chtěla požádat o rozhovor, který je anonymní a získané informace budou využity pouze za účelem výzkumu.

Otázky :

1. Identifikační údaje o respondentech ( pohlaví, věk, stav, vzdělání).
2. Jak dlouho bydlíte v domově pro seniory?
3. Těšil/a jste se na přijetí do zařízení?

ANO                      NE                      částečně

4. Co jste očekával/a od sociálního zařízení?
5. Jestliže jste se netěšil/a, uveďte prosím proč?
6. Z jakého prostředí jste přišel/a?

- a) z domova
- a) z nemocnice
- b) z jiného prostředí

7. Bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno ?

ANO                      NE

8. Jestliže bylo Vaše rozhodnutí ovlivněno, uveďte prosím kým?
  - a) rodina
  - b) sociální pracovník
  - c) jiné

9. Byl/a jste seznámena s G – centrem, uveďte prosím jakou formou?

- a) osobní návštěva
- b) rodina
- c) známí
- d) média, tisk

10. Navštěvují Vás rodinní příslušníci ?

ANO                      NE

11. Uveďte prosím hlavní důvody, které Vás vedly k odchodu do zařízení.

- a) zdravotní stav
- b) osamělost
- c) jiné

12. Pokud byl důvodem zhoršení zdravotní stav, jak jej hodnotíte dnes?

- a) občasné problémy
- b) přiměřené věku
- c) velké problémy
- d) trvale těžké problémy

13. Měl/a jste požadavek na jednolůžkový pokoj?

ANO

NE

14. Bylo Vám vyhověno? Pokud ne, uveďte prosím důvod.

15. Co bylo Vaším největším problémem po nástupu do G – centra v prvních dnech?

- a) seznámení s personálem
- b) zvykat si na nové prostředí
- c) jiný režim
- d) soužití s klientem
- e) orientace
- f) nemoc
- g) žádný

16. Problém jste řešil/a ?

- a) sám
- b) s personálem
- c) s rodinou
- d) jinak

17. Změnil se Váš životní styl po nástupu do zařízení?

ANO

NE

smíření

18. Jestliže se Váš životní styl změnil pozitivně, uveďte prosím v čem?

19. Jestliže se Váš životní styl změnil negativně, uveďte prosím v čem?





Příloha 4: Krátká škála mentálního stavu

<b>KRÁTKÁ ŠKÁLA MENTÁLNÍHO STAVU</b>	
<b>Orientace</b>	
<p>Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.</p> <p><b>Jaké je dnešní datum?</b>  <i>Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:</i></p>	
	0 u 1
1. Který je rok?	<input type="text"/>
2. Které je roční období?	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>
4. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>
5. Který je den v týdnu?	<input type="text"/>
<p><b>Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.</b></p>	
6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	<input type="text"/>
7. Ve kterém městě jsme?	<input type="text"/>
8. Jak se jmenuje čtvrt, kde je naše nemocnice?	<input type="text"/>
9. Ve kterém státě jsme?	<input type="text"/>
10. Ve kterém jsme poschodí?	<input type="text"/>
<b>Registrace</b>	
<p>Řeknu Vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.</p>	
11. klobouk	<input type="text"/>
12. citrón	<input type="text"/>
13. auto	<input type="text"/>
<b>Pozornost a počty</b>	
<p>Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.</p>	
14. 93	<input type="text"/>
15. 86	<input type="text"/>
16. 79	<input type="text"/>
17. 72	<input type="text"/>
18. 65	<input type="text"/>
<b>Paměť</b>	
<p>Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.</p>	
19. klobouk	<input type="text"/>
20. citrón	<input type="text"/>
21. auto	<input type="text"/>

## KRÁTKÁ ŠKALA MENTÁLNÍHO STAVU – pokračování

### Jazyk

22. Ukažte pacientovi tužku.  
**Můžete mi říci, co to je?\***
23. Ukažte pacientovi hodinky.  
**Můžete mi říci, co to je?\***
24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:  
**Žádná jestli, ano, nebo ale.\*\*\***
25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:  
**Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu:  
Vezměte papír do pravé ruky.**
26. **Přeložte ho napolovic.**
27. **A hodte ho na podlahu.\*\*\*\***
28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno  
»Zavřete oči«, a řekněte pacientovi:  
**Prosím udělejte to, co je zde napsáno.**
29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:  
**Napište prosím nějakou větu.  
Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.\*\*\*\*\***

\* Je třeba použít tužku (nikoli pero nebo kuličkové pero). Jakákoli jiná odpověď než »tužka« je považována za nesprávnou.

\*\* Jakákoli jiná odpověď než »hodinky« nebo »náramkové hodinky« je považována za nesprávnou.

\*\*\* (místně přizpůsobeno) Větu vyslovte hlasitě, tak, aby ji pacient jasně slyšel, a dívejte se přitom na něj. Povolen je pouze jeden pokus. Počítejte 1 bod pouze tehdy, jestliže pacient větu zopakoval naprosto správně.

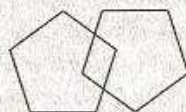
\*\*\*\* Povel, skládající se ze tří částí: počítejte 1 bod za každou část, jež byla správně vykonána. Pokud pacient přeruší úkol a zeptá se vás, co má dělat, neopakujte instrukci, pouze řekněte: »Udělejte to, co jsem vám řekl(a).«

\*\*\*\*\* Větu nediktujte, pacient ji musí napsat spontánně. Počítejte 1 bod, jestliže věta obsahuje podmět a přísudek. Nezáleží na pravopisu ani syntaxi. Vymezený čas je 30 sekund.

### Praxe

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:  
**Prosím nakreslete stejný obrázek.**

Vzor k úkolu



### Celkové skóre (0 až 30):

#### Hodnocení:

25–30 bodů ..... bez poruchy kognitivních funkcí

18–24 bodů ..... lehká demence

9–17 bodů ..... středně těžká demence

< 9 bodů ..... těžká demence

Podle: FOLSTEIN, MF., FOLSTEIN, SE., MCHUGH, PR. *Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J Psychiat Res, 1975, 12, p. 196–198; FILIP, V., SIKORA, J., MARŠÁLEK, M., et al. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic.* Praha : Psychiatrické centrum, 1997

Příloha 5: Test základních všedních činností podle Barthelové

TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ PODLE BARTHELOVÉ		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko–židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
<b>Celkové skóre (0 až 100):</b>		
<b>Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:</b>		
0–40 bodů ..... vysoce závislý		
45–60 bodů ..... závislost středního stupně		
65–95 bodů ..... lehká závislost		
100 bodů ..... nezávislý		

Podle: MAHONEY, FI., BARTHEL, DW. *Functional evaluation: The Barthel Index*. Md State Med J, 14, 1965, p. 61–65;  
 WADE, DT., COLLEN, C. *The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?* Int Disab Studies, 1988,  
 10. p. 64–67; TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha : Grada, 1995

