

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Alice Svobodová

*Uvažování o stáří v prostředí domova pro  
seniory u částečně závislých seniorů*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

**2015**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 15. 4. 2015

.....

Alice Svobodová

## Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat mé vedoucí paní Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za trpělivost, kterou při mém vyhotovování diplomové práce projevila. Ráda bych chtěla poděkovat mojí rodině za trvalou podporu při studiu a při psaní závěrečné práce.

# Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| ÚVOD.....  | 6         |
| <b>1 STÁŘÍ A ZMĚNY DOPROVÁZEJÍCÍ STÁŘÍ .....</b>                                   | <b>8</b>  |
| <b>1. 1 Období stáří v souvislostech .....</b>                                     | <b>8</b>  |
| <b>1. 2 Změny doprovázející stáří .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>1. 2.1 Psychické změny.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>1. 2.2 Fyzické změny .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>1. 2.3 Sociální a ekonomické změny .....</b>                                    | <b>16</b> |
| <b>1. 2.4 Duchovní změny .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>1. 3 Osoba v prvním stupni závislosti na péči jiné osoby.....</b>               | <b>20</b> |
| <b>1. 4 Souvislosti případného odchodu do domova pro seniory .....</b>             | <b>21</b> |
| <b>1. 4.1 Proces adaptace na nedobrovolné umístění do domova pro seniory .....</b> | <b>23</b> |
| <b>1. 4.2 Proces adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory .....</b>     | <b>24</b> |
| <b>2 PÉČE O ČÁSTEČNĚ ZÁVISLÉ SENIORY DOMA A V DOMOVECH PRO SENIORY.....</b>        | <b>25</b> |
| <b>2. 1 Vývoj péče o seniory na českém území od začátku 20. století .....</b>      | <b>25</b> |
| <b>2. 2 Péče v domovech pro seniory .....</b>                                      | <b>28</b> |
| <b>2. 3 Domácí péče o seniory.....</b>   | <b>32</b> |
| <b>3 METODOLOGIE VÝZKUMU A JEHO ETICKÉ SOUVISLOSTI.....</b>                        | <b>37</b> |
| <b>3. 1 Etické souvislosti výzkumu.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>3. 2 Metody a techniky sběru dat .....</b>                                      | <b>37</b> |
| <b>3. 3 Metody zpracování dat .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>3. 4 Výběr výzkumného souboru .....</b>   | <b>39</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| 3. 5 Průběh realizace výzkumu .....                       | 40        |
| 3. 6 Popis domova pro seniory.....                        | 40        |
| <b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>                            | <b>45</b> |
| 4. 1 Vnímání stáří .....                                  | 45        |
| 4. 2 Rodinné vztahy a domov.....                          | 46        |
| 4. 3 Motivy pro přestěhování do domova pro seniory .....  | 48        |
| 4. 4 Obavy a adaptace na pobyt v domově pro seniory ..... | 50        |
| 4. 5 Služby v domově pro seniory.....                     | 52        |
| 4. 6 Sociální kontakty .....                              | 53        |
| <b>ZÁVĚR.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>                    | <b>58</b> |

## ÚVOD

Tato diplomová práce se zaměřuje na vnímání stáří z pohledu seniorů se sníženou soběstačností v prostředí domova pro seniory. V této době je téma seniorů, domovů pro seniory a kvalita života seniorů velmi aktuální. Ve společnosti stále narůstá počet seniorů a do příštích let se předpokládá zvýšení jejich počtu především ve vysokém věku. Tento jev zasahuje do všech sfér společnosti. Nejdůležitější roli však hraje rodina seniora. Je podstatné, jestli bude schopná a ochotná se o seniory postarat a věnovat jim adekvátní péči. V případě, že toho nebude schopna, musí rodina seniorovi zabezpečit odpovídající řešení jejich složité životní situace. V tomto případě nastupují jiná řešení, kterými mohou být pečovatelské služby nebo právě domovy pro seniory. Ty v nedávné době prošly podstatnými změnami, které se vztahují k platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kvalita služeb domovů pro seniory začala být sledována inspekcemi. Zvýšily se také nároky na kvalifikaci pracovníků. Do příštích let se očekává trend snižování kapacity a zakládání domovů rodinného typu, kde je možné zabezpečit větší soukromí a nahradit tak alespoň částečně přirozené prostředí, kde senior doposud žil.

V dřívějších časech bylo jakýmsi mravním závazkem dětí postarat se v případě nemohoucnosti o své rodiče či prarodiče. Naši prarodiče to vnímali jakou automatickou součást života a dožít u svých blízkých bylo samozřejmostí. Tyto zvyky se ovšem v dnešní době změnily. Nyní se čím dál tím více setkáváme s případy, kdy staří rodiče tráví konec svého života v nějakém pobytovém zařízení. Někdo si může myslet, že tam rodina seniora „odkládá“, aby se ho zbavila a nemusela o něj pečovat. Jiní zdůvodňují své rozhodnutí špatnou ekonomickou situací – nemohou si dovolit přijít o práci a starat se o příbuzného seniora, protože by to mohlo ohrozit zbytek rodiny. V mnohých případech je to zdravotní stav, který brání domácí péči. Často to může být i přáním samotného seniora, protože nechce být zátěží pro rodinu. To je jedna z otázek, na kterou narážím ve svém výzkumu. Cílem práce je reflektovat pohled seniorů se sníženou soběstačností na stáří v prostředí domova pro seniory.

Pro práci jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů se seniory se sníženou soběstačností, kteří mají zkušenost s péčí v pobytovém zařízení, jíž předcházela péče v domácím prostředí.

Samotnému výzkumu předchází konceptualizace teoretických východisek. V prvních kapitolách práce se tedy zabývám pojmy souvisejícími se stářím a stárnutím, změnami souvisejícími se stárnutím (psychickými fyzickými, sociálními, ekonomickými a duchovními).

Dále je tu popsána osoba v prvním stupni závislosti na péči jiné osoby a proces adaptace na pobyt v domově pro seniory. V druhé části je popsán vývoj péče o seniory, péče v domově pro seniory a její rizika a domácí péče a s ní spojená rizika. V práci se opírám o poznatky z oblasti gerontologie (Haškovcová, Čevela a kol., Sýkorová), sociální práce se seniory (Hrozenková, Klevetová a Dlabalová), institucionální péče (Malíková, Dvořáčková) a metodologie kvalitativního výzkumu (Miovský, Reichman). Na tato teoretická východiska navazuje výzkumná část práce. Pro ni jsem zvolila již výše zmíněný kvalitativní přístup. Zde vyhodnocuji data získaná od seniorů provedená polostrukturovanými rozhovory. Výsledky jsem poté zpracovala metodou vytváření trsů.

Provedený výzkum by mohl přispět ke zvýšení kvality práce a podpoře profesionality péče o seniory a hlavně ke zlepšení kvality sociálních služeb jak v pobytových, tak i v terénních službách. Může také odhalit důležitá témata a případné rozdíly, se kterými je třeba pracovat a informovat o nich laickou i odbornou veřejnost.

# 1 STÁŘÍ A ZMĚNY DOPROVÁZEJÍCÍ STÁŘÍ

V této kapitole se věnuji období stáří, jeho vymezení a probíhajícím změnám. Zabývám se definicí osoby v prvním stupni závislosti na péči jiné osoby a souvislostmi případného odchodu do domova pro seniory a jejich adaptace v zařízeních.

## 1. 1 Období stáří v souvislostech

S pojetím stárnutí je mnohdy spojena představa četných negativních projevů. Ty zahrnují reakce na vnější vzhled, zdravotní stav, ekonomickou úroveň života či sociální péči o seniory. Tomuto zaměření na nepříznivé věci podléhá i mnohé psychologické pojednání o otázkách stárnutí. V protikladu se dnešní pozitivní psychologie snaží vnímat i pozitivní jevy v psychice člověka i v psychice seniora (Křivohlavý, 2011, str. 10).

Přesné vymezení hranice je velmi složité, protože je určována souhrnem různých fyziologických a psychologických změn. Tyto změny se totiž projevují u každého člověka v jiný čas. Záleží na mnoha různých faktorech, jako je stav organismu, psychické rozpoložení a sociální okolí (Trpišovská, Vacínová, 2006, str. 74).

Rozlišujeme tři možná vymezení stáří:

Biologické stáří se určuje dle souhrnu nevratných biologických změn, funkčních deficitů a blížící se smrti. Neexistují však přesná kritéria pro stanovení biologického stáří. Vnější vyjádřením biologického stáří je pokles výkonnosti, „stařecké“ změny postavy, chůze, pokožky (vrásky), vlasů (šedivění), chrupu, chování. Subjektivním aspektům patří vnímání výkonnosti a životní perspektivy. Důležitý je i psychický aspekt zahrnující subjektivní vnímání věku, úbytku či nadbytku sil a potenciálu zdraví.

Kalendářní stáří je určováno dosažením dohodnutého věku. Je lehce stanovitelné, ale neříká nic o individuálních změnách ani o sociálních rolích. Se zlepšováním zdravotního stavu díky lepším zdravotním podmínkám a dokonalejší lékařské péči se hranice stáří postupně posouvá do vyššího věku. V šedesátých letech 20. století byla věková hranice dle Světové zdravotnické organizace určena na rané stáří (60-74 let), vlastní stáří, senium (75-89 let) a období dlouhověkosti (90 a více let). Dnes je členění na mladé seniory (65-74 let), staré seniory (75-84 let) a velmi staré seniory 85 a více let.

Sociální stáří je stanoveno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, typickými životními událostmi (odchod do důchodu, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací. Za počátek se považuje odchod do penze a vznik nároku na starobní důchod (Čevela a kol, 2012, str. 25-26).

Vedle věku je významnější danou charakteristikou jedince pohlaví. Pro muže a ženy se sociální význam věku může lišit. Každý může používat jiná časová vodítka, jak měřit pokrok ve svém životě. Důležitost věku jako genderová zkušenost je v empirických studiích předkládána jako významnější u mužů, jejichž životy jsou podle těchto hypotéz strukturovány chronologickým věkem rigidněji než životy žen. Ženské životy jsou více fluidní a nepředvídatelné, a to hlavně v oblasti vzdělávání a práce (Vidovičová, 2008, str. 51).

Stárnutí může být vnímáno jako série dynamických procesů, o kterých je v současnosti velmi málo známo. Vhodnější je chápat stárnutí jako proces přítomný po celý život jedince. Stárnutí musí být redefinováno v pojmech interakce mezi událostmi v různých obdobích života jednotlivce a mezi generacemi v různých bodech času (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, str. 97).

Období stáří má v celosti života člověka svůj velký význam. Důležitým úkolem stáří je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Člověk musí přijmout svůj život jako celek a pochopit jeho smysl. Vyrovnání se svým bytí umožňuje lepší vyrovnání s vlastní smrtí. Staří lidé by měli život akceptovat takový, jaký byl a nezaobírat se myšlenkami, jaké by to bylo, kdyby udělali něco jinak (Vágnerová, 1999, str. 347).

Postoj společnosti k seniorům je v dnešní době spíše negativní. Tento postoj nazýváme ageismus<sup>1</sup>. Ten stáří připisuje nízkou hodnotu a staré lidi považuje za nekompetentní, projevuje se podceňováním, odmítáním až odporem k seniorům. Případně může mít podobu přihlížení věkově specifických potřeb. Z tohoto hlediska je stáří časem strádání, celkového úpadku a zhoršení kvality života (Vágnerová, 1999, str. 345-346) „Dle výzkumu: Názory a postoje české populace k seniorům z roku 2008 odpovědělo na otázku: „Co se vám vybaví, když se řekne senior?“ 49 % populace tak, že spojuje seniora se stářím, starým člověkem, starcem. Druhým nejčastějším znakem tvořící identitu seniora je jeho ekonomický status (role) – nepracuje, má důchod (40%), dále to je jeho role v rodině – dědeček, babička (7%),

---

<sup>1</sup> Ageismus se obecně týká předsudků souvisejících s věkem a z nich vyplývajícího jednání (ageismus tedy může být nasměrován i k mladým – jestliže někdo je pro své mládí automaticky považován za nezkušeného, nekompetentního, atd.)

zdravotní stav určuje seniora podle 6 % populace. K posledním výraznějším charakteristikám patří volný čas a jeho náplň. Senior je charakterizován disponibilitou velkého objemu času a jeho náplní (7%). Pozitivní konotace seniora – zkušenosti, moudrost, nadhled, zodpovědnost, určuje identitu seniora pouze podle 2% populace.“ (Sak, Kolesárová, 2012, str. 26-27).

Ve stejném výzkumu byly zkoumány i obavy a výhody, které přichází společně se stářím. V dotaze na obavy byla zaznamenána na prvním místě obava z nemoci (78%), na druhém místě obava z finanční a existenční nouze (54%). Na dalších místech se objevil strach z osamocení (49%), ze smrti (43%) a obava z nedostupnosti a nedostatečnosti lékařské péče (37%). Z toho vyplývá, že v české populaci je tedy větší obava z osamocení než ze smrti. Při určitém zobecnění lze říci, že se češi více bojí toho, co se ve stáří stane v mezilidských a společenských vztazích ve vazbě na seniora, než konce svého života.

Jako největší pozitivum stáří lidé vnímají svobodu a disponibilní čas (63%) a z něho vyplývající kvalitu životního stylu (48%). S tímto souvisí i klid a relaxace (15%), nemuset chodit do práce (9%). Velký význam má čas strávený s vnoučaty, která seniorům evolučně a společensky potvrzují smysl života (Sak, Kolesárová, 2012, str. 30-31).

Osobnost starého člověka je utvářena celým jeho předešlým životem. Významná je jeho primární rodina, kde se učil vytvářet vztahy k lidem a způsob života, ale také životní zkušenosti a schopnost adaptace na zátěžové situace. Existuje pět strategií, jak se vyrovnávat se stářím, kteréžto strategie se mohou různě prolínat a v průběhu času může být na některé kladen větší důraz než na jiné. Každý člověk teda na uvědomování si svého stárnutí reaguje trochu jinak.

*Konstruktivní strategie* vychází z ideálního postoje, kdy je senior schopen alespoň do jisté míry se sám o sebe postarat, akceptuje své stárnutí a všechny projevy, které je doprovázejí. Sám se soustředí na zachování své tělesné kondice a samostatnosti. Mezi jeho vlastnosti patří optimismus, vstřícnost, smysl pro humor, radost ze života, přizpůsobivost a tolerance. Zachovává si vřelé vztahy s okolím (rodina, přátelé) a ovládá způsoby, jak si udržet svoji duševní rovnováhu (Malíková, 2011, str. 25). Akceptuje svá omezení, využívá schopnosti, které mu zůstaly zachovány, dobře se přizpůsobuje změnám a má program pro své stáří. Jedním z předpokladů je spokojené dětství a tvořivá dospělost. Je to typ starých lidí, kteří budou ochotni využívat kompenzační pomůcky a aktivně vytvářet podmínky pro svá fyzická omezení, pokud přijdou (Klevetová, Dlabalová, 2008, str. 31).

*Strategie závislosti* vychází z postoje zahrnujícího vynucování si pomoci a péče na okolí. Senior využívá svoje zdravotní a jiná omezení k manipulaci s okolím. Preferuje spíše pohodlný způsob života a spoléhá na materiální zajištění, poskytnutí pomoci a emocionálního zázemí, nejlépe rodinou nebo institucionální formou péče (Malíková, 2011, str. 25). Nechce o ničem rozhodovat a přesouvá zodpovědnost na druhé. Neví, co je pro něj v dané situaci nejlepší, a dá se velmi dobře ovlivnit svými dětmi. Krize nastává v případě, že jsou děti názorově v rozporu s potřebami seniora. V této situaci je obtížné najít společnou řeč. Je potřeba setkávat se, vyjasnit si vzájemně své role a úkoly při péči o starého člověka (Kleветová, Dlabalová, 2008, str. 32).

*Strategii obrannou* používají osoby, které popírají své přibližující se stáří a nechtějí akceptovat svůj věk. Brání se oddalováním odchodu do důchodu a snaží se za každou cenu udržet svoji samostatnost a pracovní i společenské postavení. Řadí se sem lidé, kteří v průběhu života hodně pracovali, nebyli zvyklí brát, ale dávat. Mnohdy pracují ve vysokých funkcích a pohybují se ve vyšších společenských kruzích. Jedná se o jinou formu popírání reality, oddalování řešení nové situace, která z této životní etapy vyplývá (Malíková, 2011, str. 25). Tento typ člověka se příliš emočně kontroluje a přísně dodržuje své zvyklosti, nic se nesmí měnit. Často bývá konfliktní a chce mít moc nad prostředím (Kleветová, Dlabalová, 2008 str. 32).

*Strategie nepřátelství* je velmi náročná a zatěžující pro obě strany – seniora i jeho okolí. Jednoznačně ukazuje nepřijetí nepříznivé situace seniora. Volí ji lidé, kteří i přes velkou snahu neměli moc úspěšný život. Mají v sobě hodně pocitů nenávisti, zloby, vzteku a jiných negativních emocí. V takovém citovém rozpoložení nejsou schopni přijmout stáří se všemi změnami, problémy a omezeními. Svoji celkovou nespokojenost chtějí prožívat spíše v ústraní a o samotě (Malíková, 2011, str. 25). Mnohdy bývají agresivní a podezřívaví, neustále si na něco stěžují a vyhledávají konflikty. Hledají viníky za své životní chyby. Takový senior jedná, jako kdyby každý nezdar zavinil někdo z jeho okolí. Často si nerozumí s mladými lidmi (Kleветová, Dlabalová, 2008 str. 33).

*Strategie sebenenávisti* je velmi závažný postoj ukazující silnou nenávist seniora k sobě samému. Jedinec se hněvá sám na sebe, protože nebyl v životě moc úspěšný a není schopen si to odpustit (Malíková, 2011, str. 25). Ve svém životě měl neuspokojivé vztahy s rodiči, partnerem či na pracovišti. Život hodnotí velmi kriticky a pohrdavě. Nechce nic dělat a o nic se snažit. Trpí pocitem osamělosti. Bývá těžké najít u těchto seniorů pozitivní přístupy,

a tak nezbyvá než tyto postoje akceptovat. Určitým způsobem pomoci je psychoterapie (Klvetová, Dlabalová, str. 33).

## **1. 2 Změny doprovázející stáří**

Stárnutí je definováno jako souhrn změn ve skladbě a funkcích organismu, které se projevují větší zranitelností a snížením výkonnosti jedince. Změny doprovázející stáří ovlivňují rovinu tělesnou, psychickou i sociální, které dohromady vytvářejí propojené systémy (Dvořáčková, str. 9-12).

Reakce člověka na tyto změny a to, jak na ně bude reagovat je ovlivněno jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. Problém jeho psychologické adaptace na stáří začíná, když si uvědomí, že stárne. Jeho postoj může mít konstruktivní přístup, někteří si vypěstují závislost na okolí, ale také může proti všemu zaujmout negativní postoj (Malíková, 2011, str. 18).

Tělesné změny bývají příčinou přehodnocení představy o sobě. Ty se ovšem mohou zmírnit pomocí lékařské péče. Avšak změny ve společenských vztazích a rolích nelze spravit. Nejvýznamnějšími změnami jsou odchod do důchodu a ovdovění. Ovdovění je častější u žen než u mužů. Starší lidé se lépe srovnávají s úmrtím partnera. Jedním z důvodů je fakt, že jsou na smrt partnera s přibývajícím věkem více připraveni. Dalšími vlivy působícími na sebeobraz člověka jsou úmrtí přátel, nehody s příbuznými či finanční problémy. Působení těchto událostí na jedince závisí na typu jeho osobnosti a socioekonomické situaci. Vyrovnaná osobnost s dobrým zázemím se dokáže vyrovnat se stresem lépe než dezintegrovaný jedinec. Na druhou stranu se může již nemocný člověk ve špatné životní situaci lépe srovnat se zhoršením svého stavu. S vnějšími vlivy se každý podle své osobnosti vyrovnává jinak. Za snížením sebeúcty často stojí i změny intelektu (Stuart-Hamilton, 1999, str. 161-164).

### **1. 2. 1 Psychické změny**

Psychické změny ve stáří jsou podmíněny biologickými i psychosociálními vlivy. Biologicky podmíněné změny mohou být projevem stárnutí nebo vznikají nějakým

chorobným procesem. Změny spojené s procesem stárnutí se projevují celkovou pomalostí, špatným vzpomínáním a zapamatováním, snížením frustrační tolerance atd. Dochází ke strukturální, i funkčním změnám mozku. Člověk poté nedokáže plně využívat všechny informace a rychle je zpracovávat a důsledkem je zpomalení myšlení (Vágnerová, 1999, str. 353).

V průběhu stárnutí dochází k úbytku ve více psychických funkcích. S narůstajícím věkem se zhoršuje pozornost, hlavně schopnost rozdělit pozornost na sledování několika souběžně probíhajících podnětů. Zpomaluje se rychlost psychických pochodů a prodlužuje se reakční čas. Snižuje se schopnost vytvářet vzpomínky na nové události a zhoršuje se učení. K seniorským změnám v dalších psychických funkcích patří delší doznívání emocí a změny osobnosti (zvýrazňuje se egoismus a redukuje se zájmy). Tyto změny psychických funkcí však nepostihují ve stejné míře všechny seniory, existují výrazné interindividuální rozdíly např. sociální faktory (Pidrman, Kolibáš, 2005, str. 105-106).

Mezi typické změny řadíme transformaci v pořadí životních hodnot – člověk se orientuje na rodinu, zdraví, duchovní stránku. Ke změnám dochází i v oblasti potřeb a jejich pořadí – člověk se zaměřuje více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti a spirituality. Snížená je také schopnost adaptace na změny a nové náročné situace. Často klesá zájem o koníčky či potřeby a jejich uspokojení. Někdy naopak dochází ke zvýšení zájmu o nové věci (Malíková, 2011, str. 21).

Senior může trpět tzv. *depresivním syndromem*. Deprese je onemocnění, které vede k narušení životních funkcí a vlivem kterého dochází ke zhoršení stávajících tělesných chorob. Důležitá je včasná identifikace vzniku deprese. Pracovníci a okolí si mohou všimnout změn v chování a prožívání. Z výzkumu Holmerové (2006) vyplývá, že přes 50% seniorů v ústavní péči trpí příznaky deprese (Venglářová, 2007, str. 18). Nejčastějšími projevy deprese jsou nepřiměřený smutek a úzkost, apatie, omezení kontaktu, poruchy koncentrace vedoucí k chybování a nevykonnosti, poruchy spánku. Ztráta zájmu vede k zanedbanosti, což může vzbuzovat dojem začínající demence. Diagnostika deprese vyžaduje odborné psychiatrické vyšetření s posouzením vhodnosti antidepressivní léčby (Čevela a kol, 2012, str. 135).

Dalším jevem provázejícím psychické stárnutí je *demence*. Čevela (2012, str. 135) uvádí, že demence je soubor příznaků souvisejících s úbytkem kognitivních schopností mozku (paměti, myšlení, orientace, uvažování, učení, řeči) při řadě různých chronických mozkových

onemocnění a poškození. Poruchy kognitivní jsou doprovázeny poruchami emocí, motivace (chorobná pasivita a neschopnost se rozhodnout – hypobulie), spánku, chování, zvláště v počátku bývá často úzkost a deprese, později se mohou objevit bludy (např. úkorný-paranoidně vztahovačný, okrádání či žárlivecký). Demence není jen nějaká vnější tělesná nemoc, ale „kazí zakonzervované“, zasahuje do centra lidské identity a pro mnoho lidí se stala existenciálním ohrožením (Wissmann, Reimer, 2008, str. 27). Západní civilizace vytváří obraz člověka, který klade hlavní význam na čtyři aspekty: výkon, racionalitu, autonomii a individualitu. A právě tyto aspekty jsou během postupující demence narušeny. Na to navazují tři spolu související reakce. Zprvu to vede k mentální obraně, k potlačení. Druhou reakcí je degradace člověka s demencí, protože nesplňuje měřítko, která pro nás znamenají plnohodnotné lidské bytí. To postupně vede k vyloučení a stigmatizaci lidí s demencí ve společnosti (Dohnalová, 2014, str. 17).

Možným projevem stárnutí je *delirium*. Deliria jsou projevy přechodných poškození mozkových funkcí způsobených především dekompenzujícími příčinami vzniklými mimo mozek. K hlavním příčinám řadíme záněty a obecně horečnaté stavy, nežádoucí účinky léků, dehydratace a jiné změny vnitřního prostředí (Čevela, 2012, str. 137).

Mezi rysy deliria patří snížená schopnost udržet pozornost k vnějším podnětům, poruchy myšlení, paměti a spánku, dezorientace místem, časem anebo osobou. Porucha vědomí nastupuje pozvolna, chování je zmatené a nepřiměřené. Pacienti se nemohou v situaci vyznat a orientovat. Po deliriu nastává úplná či částečná amnézie. Neléčený deliriózní stav vede k omezování sociálního fungování pacienta (Venglářová, 2007, str. 35).

## **1. 2. 2 Fyzické změny**

Tělesné projevy, kterými se rozlišují staří lidé od mladých, označujeme jako fenotyp stáří. Tělesná výška se s přibývajícím věkem snižuje a tělesná hmotnost zpravidla stoupá. Výrazné jsou změny postoje a chůze, dochází k úbytku svalové hmoty a s tím spojené síly. Významné jsou i involuční změny smyslového vnímání. Mezi nejvýraznější změny patří rychlost reflexů na jednoduché podněty, vitální a srdeční kapacita a svalová síla. Všechny tyto morfologické a funkční změny ovlivňují vzhled a chování seniora. Starý člověk se začne zaobírat hlavně sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. Z tohoto důvodu často

dochází u seniorů k introvertnímu zaměření, pocitům nedůvěry a nejistoty (Dvořáčková, str. 12).

Nejvýraznější znaky procesu stárnutí jsou změny tváře, postavy a kůže. Na kůži se dělají vrásky, ztrácí se svěžest pokožky a dochází k ochabnutí kůže. Vlasy začínají řídnout a dochází k jejich šedivění. Pokožka pomalu bledne a objevují se pigmentové skvrny. Tyto změny vedou k sekundárním následkům stárnutí, ke změnám nazírání na sebe a poklesu sebedůvěry (Trpišovská, Vacínová, 2006, str. 76).

Fyzické změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou. Blíže souvisí se vznikem nemocí obvyklých ve stáří. Charakteristickými projevy stárnutí jsou celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změny reakcí organismu na určitou zátěž (Malíková, 2011, str. 19). Některá funkční zhoršení související se stářím přibližují níže.

Podle měřítek Světové zdravotnické organizace se u více než 75% sedmdesáti až osmdesátiletých vyskytuje poškození *sluchu*. Hůře bývají vnímány vysoké tóny. Nejzávažnějším důsledkem poškození sluchu jsou problémy při porozumění mluvenému slovu. Většina starých lidí v rámci běžné konverzace neslyší dobře zhruba 25% slov. Ke zhoršení porozumění dochází zejména, když se konverzace odehrává ve hlučném prostředí, je-li hovor rychlý, konverzace se účastní více osob, nebo je-li téma hovoru nové. Omezení sluchu se dá popsat jako vzájemné působení mezi senzoryckými a kognitivními změnami (Gruss, 2009, str. 144-145).

Často musí senior používat určité kompenzační pomůcky. V případě sluchu se jedná o naslouchadlo. Na to bývá pro starého člověka obtížné se adaptovat. Zesílení zvuku registruje i různé šумы, které mohou jedince dráždit a rušit. Naslouchadla seniora můžou i stigmatizovat, protože ve větší míře poukazují na snížení kompetencí osoby. Naslouchadla bývají vnímána více odsuzovačně než například brýle, které jsou brány neutrálně, protože je potřebuje více mladších lidí (Vágnerová, 1999, str. 354).

Jako u všech ostatních smyslů dochází během stáří i k oslabení *zraku*. Nejprve ochabuje ostrost zraku při vidění nablízko. Ke změnám dochází u ostrosti vidění, vnímání kontrastů a vidění barev. Později přichází ještě citlivost na světlo a potíže při přechodu ze světla do tmy a obráceně. Zhruba po šedesátém roku věku bývá patrné zúžení zorného pole. Aby mohl starý člověk daný podnět lépe vnímat, musí být vystaven zornému poli déle, kontrastněji a blíže centru zorného pole (Gruss, 2009, str. 144).

Důsledkem zátěže, dané obtížností vnímání a větším zatížením pozornosti, bývá únava a s ní sdružené emoční reakce: napětí, tendence k afektivním výbuchům, ale i úzkost a deprese. Ve výsledku se staří lidé často od společnosti raději izolují. Vyhýbají se tím nepříjemným situacím. Tím ovšem dochází k osamělosti a senior se může cítit podnětově deprimovaný. Problémy v oblasti komunikace přispívají i ke zvýšení podezřívavosti a vztahovačnosti. Senior může být přesvědčen, že jej všichni přehlížejí, popřípadě o něm špatně mluví a nechtějí, aby to slyšel. Mnohdy rezignují na činnosti, které jsou pro ně obtížnější, než byly dříve (Vágnerová 1999, str. 354).

Senior může mít potíže s *kontrolou rovnováhy*. Pro zajištění rovnováhy je potřeba výkonu mnoha smyslů. Udržení rovnováhy vyžaduje dynamickou integraci zrakového, sluchového, vestibulárního a proprioreceptivního vnímání. Všechny tyto smysly ve stáří ztrácejí svoji efektivitu. Senzorické informace jsou méně spolehlivé a integrace těchto informací je nepřesná. Těmito změnami je nejvíce postižena chůze. Velký počet padání starých lidí je nejzávažnějším důsledkem stařeckých potíží se zachováním rovnováhy (Gruss, 2009, str. 145).

Se zvyšujícím se věkem se objevují nebo zvyrazňují poruchy *spánku*. Struktura spánku stále méně odpovídá fyziologickým potřebám organismu. Významnou roli zde hrají různá onemocnění vyskytující se častěji právě ve stáří. Jsou to zejména nemoci spojené s bolestí, jako jsou např. artritida, poruchy dýchání nebo spánková apnoe. Zdaleka nejčastější příčinou těžkých poruch spánku jsou psychiatrická onemocnění. Obzvláště je vyvolávají deprese a úzkostné poruchy. Těžká deprese představuje dvakrát až třikrát větší rizikový faktor. V komparaci s mladšími lidmi trpí senioři častěji problémy se spánkem: hůře usínají, častěji se v noci probouzejí, ráno se cítí unavení a nevyspalí. Jejich spánek je neefektivní. Z tohoto důvodu si během dne musejí občas „zdřímnout“. (Gruss, 2009, str. 104-109).

### **1. 2. 3 Sociální a ekonomické změny**

Sociální struktura všech společností je vždy spojena se společenskými vztahy. Postoj společnosti ke starým lidem se vyvíjí a mění. S tím úzce souvisí i společenské role seniorů a jejich společenský statut. V době, kdy člověk odchází na tzv. „zasloužilý odpočinek“, je pensionován, dochází ke změně společenské role. Přisuzuje se mu role „nemít roli“. V tomto stavu se člověk dostává do situace závislosti. Existují dva modely řešení tohoto problému.

Teorie aktivity vychází z názoru, že v případě kdy senior nemá zdravotní potíže, má zůstat po všech stránkách aktivní a soběstačný. Teorie stažení naopak říká, že s přibývajícím věkem by se měl člověk v předstihu připravovat na odchod do důchodu (Dvořáčková, 2012, str. 14).

*Odchodem do starobního důchodu* je v současnosti stárnoucí člověk postaven před zásadní problém. Musí přehodnotit a změnit svůj životní styl, neboť dosavadní pracovní stereotyp přestává být funkční a objevuje se přebytek volného času. Současně s odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Riziko se může objevit, když je odchod do důchodu bez náhrady dosavadního chodu života, bez konkrétního programu a perspektivy (Dvořáčková, 2012, str. 14).

Na důchod je důležité se připravovat, pěstovat nové činnosti, zejména s osobním významem. Většina lidí se důchodu přizpůsobuje dobře, obtížné to je pro osoby, které se zcela identifikovali se svojí profesí a mají pocit, že bez ní nic neznamenaají (např. ředitel podniku). Obecně o spokojenosti důchodce rozhoduje finanční příjem a hmotné zabezpečení, částečné pokračování v předchozí činnosti, zdraví a správné využití volného času (Trpišovská, Vacínová, 2006, str. 82).

Další významnou situací, která vstupuje do rodinného života je *odchod dětí z domova*. Manželé se ocitají sami a musí si najít nový způsob partnerského života. Tato situace může partnery sblížit, nebo naopak vytvořit v jejich vztahu trhliny a prázdnotu. Ztráta rodičovské role bývá často nahrazena *rolí prarodičů* (Dvořáčková, 2012, str. 14).

Vztah seniorů k vnoučatům bývá jiný než vztah k dospělým dětem. V určité vývojové fázi vytváří mezigenerační koalici prarodičů a vnuků. Ta je stimulována tím, že děti i prarodiče jsou nějakým způsobem závislí na střední, ekonomicky aktivní generaci. Vzájemně se podporují proti manipulujícímu<sup>2</sup> tlaku dospělých. Vztah k vnukům uspokojuje v první řadě citovou potřebu. Jeho podoba závisí na věku a z tohoto důvodu se v průběhu času mění rychleji než jejich vztah s dětmi (Vágnerová, 1999, str. 381).

Předpokládají se tři základní významy role prarodičů: 1. Prarodičovství jako zdroj biologického uspokojení a kontinuity. 2. Zdroj emocionálního sebenaplnění, pocit sounáležitosti a uspokojení, které nemuselo být naplněno u vlastních dětí. 3. Pro některé staré lidi nemá prarodičovství žádnou významnou roli. Z výzkumů vyplývá, že role prarodičů jsou v jednotlivých případech značně odlišné a že seniorům přináší různou míru uspokojení nebo

---

<sup>2</sup> Manipulujícím je myšleno chování rodičů ke svým dětem a ke svým vlastním rodičům, které považují za méně soběstačné a chovají se k nim téměř jako ke svým dětem.

nesnázi. Rozlišují se tři základní typy interakce prarodičů s vnoučaty. Prvním typem je formální prarodičovství, které se bere jako určitá předepsaná role. Prarodiče vykazují velký zájem o vnoučata, menší o styl výchovy rodičů a dbají na to, aby jim nedávali žádné rady o výchově. Druhým typem jsou radostní prarodiče. Tito jsou neformální a hraví, jsou zdrojem aktivity a dochází k oboustrannému uspokojení. Posledním typem je prarodičovství distantní. Chovají se benevolentně, ale interakce jsou sporadičtější (Trpišovská, Vacínová, 2006, str. 83).

Obvyklou zátěží stáří je *ovdovění*. Subjektivní stres, spojený se ztrátou partnera se zvyšuje přímo úměrně s věkem. Starší člověk trpí více v jistém smyslu než ten, který ovdoví v mladším věku. Sice je na tuto situaci v určité míře připraven, ale odchodem partnera se stává osamělým. Ve většině případů děti mají své rodiny a žijí ve vlastní domácnosti, také již ztrácí své přátele a mnohdy jim jejich zdravotní stav neumožní navázat nové sociální kontakty či se vzdalovat z domova. Ovdovění tedy může ovlivnit všechny složky jeho života – zvýší pocit ohrožení, prázdnoty a osamělosti, zhroutí se struktura denního režimu a zhorší se ekonomická situace. Typickou emoční reakcí na úmrtí partnera je zármutek. Ten trvá u různých lidí rozdílnou dobu. Prožitek smutku a žalu bývá spjat se ztrátou motivace k životu, ale i somatickými reakcemi (nespavost, nechutenství). Ovdovění vede k osamocení a pocitu osobní bezvýznamnosti. Jednou z možných reakcí na tuto událost bývá tendence hledat jiný společenský kontakt na vrstevnické úrovni, který by pomohl pocitu osamělosti kompenzovat (Vágnerová, 1999, str. 376-377).

Projevem subjektivního prožívání struktury sociálních vztahů u seniorů bývá pocit *osamění a osamělosti*. Osamělost nemusí být stanovena množstvím kontaktů, mnohý člověk se cítí osamělý, i když není sociálně izolován. Někteří však mohou být více izolováni, ale necítí se osaměle. Rozměr pocitu osamělosti je spíše funkcí očekávání vzhledem k vztahům rodiče vs. děti a vzhledem k jiným sociálním kontaktům než k funkci skutečných kontaktů. Na osamělost si více stěžují ženy než muži. Osamocení může mít souvislost s malými zájmy, omezením orientace na budoucnost, nespokojeností (Trpišovská, Vacínová, 2006 str. 83).

Mnohdy dochází k sociálnímu vyčlenění seniorů ze společnosti. Vytváří se problémy při navazování nových přátelských a partnerských vztahů. Se zvyšujícím se věkem dochází u seniorů k zhoršování manuální zručnosti a nastávají problémy s orientací. Starý člověk může trpět tzv. handicapem sociální integrace, kterým se míní znemožnění účasti na obvyklých sociálních vztazích. Tím se zvyšuje pocit osamělosti a opuštěnosti (Dvořáčková,

2012, str. 14-15). Z toho vychází pomoc starým lidem formou zakládání různých zájmových skupin se společnými cíly a zájmy. Díky tomu dochází k opětovné aktivizaci seniora (Trpišovská, Vacínová, 2006, str. 83).

Starší lidé se snaží bojovat s osamělostí několika způsoby: 1. Velký význam pro ně mají lidé v sousedství, kteří vytvářejí jejich sociální teritorium. 2. Dalším prostředkem pro udržení sociálních kontaktů je telefon. S jeho pomocí mohou být kdykoliv v kontaktu i s lidmi, kteří jsou fyzicky vzdáleni. Telefon také zvyšuje pocit jistoty a bezpečí, že je v případě potřeby možné někomu zavolat. 3. Náhradním společníkem může být zvíře nebo média. Díky psovi mohou lidé také navazovat nové kontakty např. s jinými majiteli psů. Zvíře je bráno jako akceptovatelný partner. Televize seniorovi poskytuje jakousi náhradní společnost, která si žije svůj symbolický život. Někteří lidé se mohou s televizními hrdiny ztotožnit a jejich prostřednictvím žít jejich život. V této době bývá reálný život seniorů chudý na jakékoliv události. Takto se stanou alespoň účastníky filmového dění (Vágnerová, 1999, str. 361).

Důležitou úlohou staršího věku je přeorientování a přizpůsobení na změny v sociálním prostředí. Intenzivní kontakty se mohou vytrácet, ale vytváří se kontakty nové. Teorie aktivity vychází z předpokladu, že šťastný je ten člověk, který je aktivní, vykonává něco pro druhé lidi, je užitečný a potřebný (Trpišovská, Vacínová, 2006 str. 83).

Obraz osamělých seniorů je ve veřejném diskursu stále živý a zřejmě efektivně konstruován médii a sociální politikou, pro kterou senioři byli a jsou „sociální problém“. Ale stejně jako nelze sociální ztráty v důsledku stáří považovat za všeobecně platné, nemůžeme coby univerzální přijímat představu absence sociální frustrace, odcizení ani opačný předpoklad existence sociálních sítí poskytujících pomoc a podporu vždy pružně a efektivně (Sýkorová, 2007, str. 166).

## **1. 2. 4 Duchovní změny**

Pro staré lidi je velmi důležitá jejich víra, tj. duchovní hodnoty, které jsou trvalé a přesahují aktuální život, ale i církevní společenství, která je doprovázejí. Víra vyjadřuje lidskou potřebu smyslu života a jeho přesahu. Spiritualita stabilizuje hodnotový systém a jistotu určitého řádu a pravdy. U seniorů může víra přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu stáří a s ním spojených problémů. V době stáří se mnohé životní hodnoty mohou

ztrácet, a proto je důležitá jistota Boží existence. Představuje jistotu zakotvení, která není vázána jen na dobu tělesného života. Duchovní orientace umožňuje starému člověku udržet si pocit spojení i se zemřelými lidmi, resp. pocit možnosti existence stejného spojení s pozůstalými i po vlastní smrti. Významnou součástí je účast na bohoslužbě nebo i soukromá modlitba. Ty umožňují celkové uvolnění a pocit podpory v situaci bezmocnosti, závislosti a osamělosti. Může jít o prožitek sounáležitosti s Bohem (Vágnerová, 1999, str. 397).

Senioři mnohdy na konci svého života bilancují, ohlížejí se zpět, hodnotí svůj život a kladou si otázky o smyslu své existence, zda splnili vše, co měli nebo co asi bylo jejich úkolem. Problémy v oblasti spirituality a při nedostatku duchovních potřeb senior často nemusí nebo nedokáže přesně pojmenovat. Často si ani neuvědomuje, co je původem jeho obtíží či projevů nespokojenosti. Toto může vést k mnoha problémům – v psychickém a emočním prožívání či fyzickými obtížemi (psychosomatické potíže; Malíková, 2011, str. 269).

### **1. 3 Osoba v prvním stupni závislosti na péči jiné osoby**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje stupně závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby pro účely získání příspěvku na péči. Nárok na tento příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném podle §8. Ten stanovuje, že osoba starší 18 let se považuje za závislou na pomoci jiné osoby v *I. stupni (lehká závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby, v *II. stupni (středně těžká závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb, ve *III. stupni (těžká závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb, ve *IV. stupni (úplná závislost)*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Při posuzování závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon

fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, dále stanoví, že schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby pro účel stanovení stupně závislosti se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby.

O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Ta provádí za účelem posuzování stupně závislosti sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném prostředí. Sociální šetření provádí sociální pracovník. Poté o něm sepíše písemný záznam, který na požádání předloží posuzované osobě. Krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při tomto posuzování vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře (zákon č. 108/2006 Sb., § 25).

## **1. 4 Souvislosti případného odchodu do domova pro seniory**

Se zvyšujícím věkem přichází změny v úrovni péče o sebe a zvýšené nároky na pomoc okolí. Ty vedou seniora k hledání vhodného místa pro život. Většina seniorů žije ve vlastní domácnosti s pomocí rodiny. V případě nutnosti je dobrým doplňkem spolupráce s Domácí péčí. Při větších zdravotních obtížích, nemožnosti podpory od blízkých a osamělosti přichází varianta institucionální péče. Jedná se o krajní řešení a mnoho seniorů ji nese útrpně. V případě, že senior odchází z domova do instituce v době, kdy je více aktivní, je schopnější lepší adaptace na nové prostředí, rychleji se seznámí s pracovníky a ostatními klienty, což vede k lepšímu začlenění do společnosti. Najde-li zde své místo a způsob, jak spokojeně žít, klesá riziko vzniku konfliktů s personálem i spolubydlícími (Venglářová, 2007, str. 4-15).

Staří lidé se neochotně stěhují i v případě, kdy zůstanou sami po odchodu dětí či ovdovění. Proti stěhování často stojí subjektivní a psychologické vazby k místu bydlení a jeho okolí. Dalšími faktory jsou zužující se okruh známých a strach ze stěhování, které je posuzováno jako vytržení ze zaběhlého životního stylu (Glosová a kol, 2006, str. 84).

Velký význam mají i okolnosti přechodu do institucionální péče. Přichází-li ne zcela zdravý senior po nemoci do zařízení, může se setkat se stejnou péčí, jakou by měl v domácím

prostředí. Rodinná péče však představuje model, který všestrannou péči o seniora zajistí lépe. Jsou to okolnosti, kontexty, situace, v nichž dochází ke změnám v péči o starého člověka, které nejvíce odlišují rodinnou péči od péče institucionální (Jeřábek a kol., 2013, str. 45).

Lidé jsou navyklí fungovat určitým způsobem, proto při vstupu do zařízení používají způsoby chování, na které byli zvyklí. V institucích se někdy takto chovat nemohou, čímž jsou zaskočeni, a proto potřebují podporu personálu i blízkých (Venglářová, 2007, str. 14-15).

Umístění do domova pro seniory či jiné instituce, představuje zásadnější změnu životního stylu. Tato změna je spojena hlavně se ztrátou zázemí, známého prostředí a s ním spojené identity. Takle situace přináší zátěžovou situaci, jejíž intenzita závisí na mnoha okolnostech. Senior ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí známého teritoria, které nezahrnuje jen byt, ale i jeho materiální a sociální okolí. Přestěhování do ústavu symbolizuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka. Změna bydlení do domova pro seniory bývá často vnímána jako signál blížícího konce života. Z tohoto důvodu je tato změna velmi stresující: život v instituci představuje poslední fázi, po níž přichází jen smrt (Vágnerová, 1999, str. 388).

Rozhodnutí změnit takovým podstatným způsobem svůj život (pokud jde o vlastní rozhodnutí), bývá většinou jen racionální. Nebývá emočně akceptováno, přinejmenším na začátku. Senioři vnímají odchod do domova pro seniory jako nutnost v situaci, kdy není možné udržení jejich dosavadního statusu. Nejčastějším důvodem bývá zdravotní stav, který znemožňuje jejich soběstačnost (Vágnerová, 1999, str. 390).

Starý člověk potřebuje i v domově pro seniory potvrdit svůj význam pro jinou osobu. Potřebuje být akceptován a zažívat nějaký citový vztah. Velmi silná je vazba na děti a vnoučata, ale separací seniora a jeho izolací v instituci se možnost jejího naplnění změní. Chybí zde společná zkušenost a sdílení každodenních událostí a prožitků. Vztah k potomkům bývá idealizován. To je jeden z obranných mechanismů, který jim pomáhá uchovávat pozitivní citovou bilanci. Vztah k lidem, se kterými sdílí život v domově pro seniory, má charakter aktuálně prožívané citové vazby, která sice nemusí být tak hluboká, jako je vztah k vlastním dětem, ale je součástí jejich každodenního života (Vágnerová, 1999, str. 391).

Přizpůsobení nového obyvatele domova pro seniory vyžaduje osobitý, individuální přístup a pozorování ze strany všech pracovníků. V první etapě po příchodu je potřeba předejít pasivnímu až depresivnímu postoji k životu. Přístup ke každému novému klientovi by

měl vycházet z poznání jeho povahových vlastností, životních návyků a zájmů. Proto je důležité vytvořit individuální adaptačně-edukační plán (Hrozenská, 2008, str. 84).

K lepší adaptaci přispívá pocit domova, který vytváří soubor věcí, k nimž má člověk osobní vztah. Instituce by měla v této potřebě vycházet vstříc a umožnit obyvatelům zařadit si svoje území podle svého přání a vkusu. Důležitá je možnost mít připomínky na rodinu (fotografie) či jiné osobné věci. Samozřejmě s vyloučením předmětů, které by mohly ohrožovat klienta nebo jeho spolubydlící (Matoušek, 1999, str. 90).

Adaptace je funkční přizpůsobení se změněným životním podmínkám. Staří lidé se musejí vyrovnat se ztrátou blízkých, smrtí partnera a přátel z řad vrstevníků. Nemalou psychickou zátěží je změna bydlení – stěhování do menšího bytu či domova nebo instituce. Někteří senioři adaptaci zvládnou bez pomoci, někteří potřebují podporu rodiny, přátel či odborníků. Minimální doba adaptace je půl roku. Pokud není adaptace schopen – maladaptace (Haškovcová, 2012, str. 105).

Schopnost adaptace bývá snižena například zvyšujícím se věkem, přítomností somatických a psychických poruch, přičemž platí, že proces adaptace se výrazně ztěžuje při závažném onemocnění a při vzniku imobilizace. Dalšími překážkami jsou psychosociální faktory jako ztráta partnera, soběstačnosti, změna prostředí. Důležitá je schopnost člověka přizpůsobit se novým změněným podmínkám života (Hrozenská, 2008, str. 83-84).

#### **1. 4. 1 Proces adaptace na nedobrovolné umístění do domova pro seniory**

Tento proces má tři fáze, které připomínají dětskou separační úzkost. Jde vlastně o velmi podobnou situaci, kdy je starý člověk násilně separován od svého zdroje jistoty a bezpečí, od svého zázemí domova.

*Fáze odporu* – senioři mohou být negativističtí a agresivní vůči komukoliv. Často to bývá namířené vůči tzv. náhradním viníkům, protože ti skuteční nejsou přítomni. Je to hlavně proti personálu, ale i ve vztahu k ostatním obyvatelům domova. Nepříjemné chování nově přichozích lidí je třeba chápat jako obrannou reakci. Jde o projev frustrace a negativních pocitů. Znázorňuje to protest proti násilné změně jejich života, kterou mají za nespravedlivou.

*Fáze zoufalství a apatie* – přichází poté, když se senior vyčerpá a zjistí, že jeho odpor nevede k žádoucímu efektu. V tomto případě reaguje útlumem a apatií. Často rezignuje a ztrácí o všechno zájem, i o svůj život. U některých lidí tato fáze přetrvává až do smrti. Staří

lidé lehce ztrácejí v zátěžových situacích vůli k životu. Následkem velké zátěže a neovladatelné adaptace na umístění do domova pro seniory dochází ke zhoršení zdravotního stavu a mohou i zemřít.

*Fáze vytvoření nové pozitivní vazby* – některým seniorům se podaří navázat nový prospěšný vztah např. s někým z personálu nebo s jiným obyvatelem domova. Tento kontakt mu může pomoci sdílet novou situaci a dává takovému životu nějaký smysl (Vágnerová, 1999, str. 391).

#### **1. 4. 2 Proces adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory**

Senioři, kteří se sami rozhodli k odchodu do domova pro seniory, mají určitý čas se na přechod připravit, což mívá za následek lepší začlenění do nového prostředí a kolektivu (Hrozenská, 2008, str. 83).

Tento proces bývá méně problematický, ale za určitých okolností může být obtížný.

*Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu* – senior se po příchodu do domova nejprve orientuje, získává informace, jak zde lidé vlastně žijí. V tomto období bývají lidé přecitlivělí, ve větší míře než dříve se jim vynořují různé vzpomínky na minulost. Bilancují a porovnávají, co je nyní horší a co lepší. Je důležité, aby první zkušenosti a zážitky v domově byly příjemné, protože se podle nich vytváří základ postoje k novému domovu. V případě, že budou zkušenosti spíše negativní, může u seniora dojít ke zhoršení dosavadních existujících problémů.

*Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu* – starý člověk se po určitém čase smiřuje se ztrátou svého zázemí, se změnou své role i způsobu života a postupně si vytváří nový životní stereotyp a získává nové sociální kontakty. Přesto je velice obtížné, aby se s touto institucí srovnal a považoval ji za svůj domov. Spokojenost můžeme chápat i jako signál uspokojivého tělesného a duševního zdraví. Senior, který je schopen zvládnout adaptační proces, bývá se svým novým životem spokojenější. Podstatné je i to, jestli mu změna přinesla něco pozitivního a neznamenal jen ztrátu a zhoršení situace (Vágnerová, 1999, str. 391).

## **2 PÉČE O ČÁSTEČNĚ ZÁVISLÉ SENIORY DOMA A V DOMOVECH PRO SENIORY**

V České republice model poskytování péče nesoběstačným členům domácnosti předpokládá, že se o zajištění potřeb konkrétního člena rodiny postarají rodinní příslušníci. Státní služby jsou využívány až v době, kdy rodina péči nezvládá. Je důležité, aby stát nabízel dostatečnou nabídku služeb, které by rodině mohly pomoci. Jedná se o širokou škálu spolupráce od terénních až po pobytové služby. Pomoc pobytových zařízení využívají senioři, kteří se o sebe nedokáží postarat ve svém vlastním domově a současně jim rodina nemůže s péčí pomoci (Dvořáčková, 2012, str. 80).

### **2. 1 Vývoj péče o seniory na českém území od začátku 20. století**

Prvním zakladatelem domova pro seniory ve 20. století byl doktor Josef Thomayer. Ten roku 1913 otevřel Nový Domov, který byl sociálním domovem pro osoby nemocné, nezaopatřené a stářím sešlé. Domov J. Thomayera stále funguje a bydlí v něm sociálně slabí občané. Provoz byl přerušen jen v období 2. světové války, kdy z něj byla kasárna (Haškovcová, 2010, str. 193).

V první polovině padesátých let 20. stol. probíhala redukce sociálních služeb, které byly převáděny z charitativních či dobrovolnických organizací pod přímé řízení státu. Organizační úpravy v této době úplně roztříštily oblast sociální péče mezi státní resorty. Změny se dotkly také domovů pro staré lidi. Ty byly často změněny na zdravotnická zařízení a internáty pro státní pracovní zálohy. Brzy se ovšem projevila nedostatečná kapacita existujících domovů. Příčinou bylo, že se neměl o staré a nemohoucí lidi, kdo postarat. Z tohoto důvodu se instituce vracely k původnímu účelu (Matoušek a kol., 2007, str. 142).

V sedmdesátých letech byla rozvinuta pečovatelská služba pro seniory. Vytvářely se plány na zřizování „domovinek“. Ty měly sloužit jako azylové prostory pro staré lidi žijící se svými pracujícími dětmi. Vyvíjely se domovy soustředěné péče pro seniory, geriatrické ambulance a denní stacionáře pro seniory. Projevuje se zájem i o osoby v předdůchodovém a důchodovém věku. Pro ty se zřizují kurzy, kluby důchodců, setkávání s bývalými pracovníky (Matoušek a kol., 2007, str. 147-148).

V osmdesátých letech došlo k transformaci, která zahrnovala tyto čtyři hlavní požadavky: deinstitucionalizace (snaha přenést zájem o seniory na komunitní úroveň, podpora života v přirozeném prostředí, omezování ústavní péče), desektorializace (odstranění hranic mezi rezorty, propojení zdravotní a sociální, ústavní a terénní, profesionální a laické péče), deprofesionalizace (posílení postavení laických pečovatелů zařazením do systému péče s poskytováním podpory např. vzděláváním) a demedicinalizace (podřízení medicínských služeb přirozeným sociálním rolím a potřebám, důraz na kvalitu života, dodržování přirozených lidských práv i v institucích). Výsledkem transformačních snah se stal i koncept zdravotně sociální dlouhodobé péče jako třetí pilíř doplňující služby zdravotní a sociální (Čevela a kol, 2012, str. 166).

Po roce 1989 bylo v České republice obnovováno a nově vystavěno mnoho domovů důchodců. Investorem se stávaly okresní úřady a stát. Část institucí byla zřízena církevní Charitou a Diakonií. Alternativou k pobytovým domovům jsou denní centra. Do nich lidé docházejí na programy, eventuálně se zde i stravují. Další a nejvhodnější možností péče o staré lidi je pečovatelská služba a domácí ošetrovatelská péče. Ta je poskytována agenturami domácí péče v místě bydliště klienta. Platí zásada, že by se měl senior udržet v domácím prostředí, co nejdéle to jde (Matoušek, 1999, str. 84-86).

V dnešní době se rozšiřuje vytváření ošetrovatelských oddělení i v domovech pro seniory vyžadující náročné ošetrovatelské péče. Dále vznikají kombinovaná zařízení (např. domov důchodců spojený s pensionem pro důchodce a poskytující pečovatelskou pomoc seniorům v domácnosti; Vařurová, Muhlpačher, 2005, str. 109).

Výraznější změny přišly po vstupu v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Celkově to lze brát jako zásadní transformaci sociálních služeb. Změna se týká celé sociální oblasti. Odpovědnost přešla z výhradní pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a stát. Každý z těchto účastníků má své povinnosti a díl odpovědnosti. Posláním sociálních služeb bylo stanoveny jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě, menšinové společnosti, ve svém přirozeném prostředí. Z tohoto je formulováno sedm principů, které tvoří základ všech sociálních služeb: *nezávislost a autonomie pro uživatele služeb* – nikoli závislost, *začlenění a integrace* – nikoli sociální vyloučení, *respektování potřeb* – individuální plánování, *neexistuje model, který by vyhovoval všem*, *partnerství*, *kvalita*, *rovnost bez diskriminace* a *národní standardy*, *rozhodování v místech*. Rozšířilo se spektrum poskytovatelů služeb. To umožňuje využívání

více druhů služeb, což dává prostor pro k delšímu setrvání ve vlastním prostředí. Tím se naplňuje záměr deinstitucionalizace (Malíková, 2011, str. 30-32).

Pro zajištění kvalitní péče o seniory musí být rozvíjeny všechny druhy sociálních služeb, aby si každý mohl zvolit podle své individuální sociální a zdravotní situace a svých preferencí. Vybrat si formu péče a konkrétní službu je možné na základě vědomosti o všech dostupných možnostech. Základním typem služby je poradenství, které musí být dobře dostupné a srozumitelné (MPSV, 2013, str. 40).

Dnes je v České republice více než 85% pobytových zařízení zřizováno kraji nebo obcemi, zřizovatelem již není stát. Tyto služby poskytují taky nestátní neziskové organizace, jako jsou občanská sdružení nebo církve. Poskytované služby v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a příspěvky na péči, které plně náleží zařízení (Malíková, 2011, str. 32-33).

Teorie péče o seniory, které počítají s právem na péči (právo dosažitelnosti pečovatelských služeb) a s přenesením odpovědnosti za péči z rodiny na společenské útvary (komunita, stát), mají za důsledek nejen osvobození rodiny od povinnosti péče, ale i „zespolečenštění“ péče o seniory. Péče o seniory se v tomto pojetí stává součástí společenského diskursu spolu s úvahami o výdajích na zdravotní péči, důchodové zabezpečení, ale i diskusemi například o právech na euthanasii. Je třeba si uvědomit skutečnost, že spolu s odpovědností za péči o seniora přichází také právo rozhodovat o rozsahu a kvalitě této péče. Osvobození rodiny od péče o seniora s sebou nese i značná rizika (Jeřábek a kol., 2013, str. 73).

V případě, že si skutečně přejeme, aby se zlepšila péče o seniory v celospolečenském měřítku, měli bychom 1) zdokonalit možnosti seniorů, aby mohli co nejdéle (s pomocí rodiny a služeb) zůstat ve svém přirozeném prostředí, 2) zlepšit pomoc rodinám, které se o své seniory starají, ale hlavně 3) ponechat moc rozhodovat ve všech důležitých otázkách na seniorovi a jeho rodinných příslušnících a nepřenášet ji na širší společenské spolky nebo dokonce na stát (Jeřábek a kol., 2013, str. 73).

## 2. 2 Péče v domovech pro seniory

Dříve domovy důchodců, dnes reprezentují nejznámější typ rezidenčních sociálních služeb. Historický vývoj začal po 2. sv. válce, kdy byly zahrnuty do systému sociální péče s představou, že v nich senioři prožijí klidný a spokojený „podzim života“. Později zde byli zaměstnáni i zdravotníci, protože soběstační obyvatelé zestárli a onemocněli. Noví klienti přicházeli právě proto, že očekávali jak sociální, tak i zdravotní péči. Péče v různých socialistických domovech vykazovala značné rozdíly. Kritizován byl hlavně technický stav některých domovů, nedostatečné materiální vybavení, ale i kasárenský způsob života. S účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se od počátku roku 2007 domovy důchodců transformovaly na domovy pro seniory. Materiální úroveň se zvýšila, systém péče je postaven na zákaznickém principu a uživatelé si mohou vybírat ty služby, které potřebují. Snížil se však počet kvalifikovaných zdravotníků. Obavy vzbuzují také vysoké, i když stále regulované měsíční platby za pobyt (Haškovcová, 2012, str. 163).

V současné době je registrováno 515 domovů pro seniory, což představuje 8% podíl všech sociálních služeb a 48% všech pobytových sociálních služeb. Domovy pro seniory mají souhrnnou kapacitu 39 730 lůžek, což tvoří 54% lůžek všech poskytovaných pobytových služeb pro seniory (MPSV, 2013, str. 40).

Senioři zde mají zajištěnou komplexní péči – ubytování, stravu, praní prádla, lékařskou péči, rehabilitaci a různé volnočasové aktivity. Jsou to institucionální zařízení s velkou kapacitou klientů (Glosová a kol, 2006, str. 94).

Žadatel předkládá vyplněnou žádost o přijetí do zařízení, přiloží všechny požadované dokumenty nebo jejich kopie a po projednání žádosti je vyrozuměn, zda splňuje zákonem dané podmínky. Podmínka přijetí žadatele do domova pro seniory (§49 zákona o sociálních službách) je následující: žadatel je osoba se sníženou soběstačností a odpovídajícím věkem, jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Malíková, 2011, str. 65).

Péče o klienty a poskytování sociální služby v pobytovém zařízení je ovlivněno třemi hlavními okolnostmi: individuálními požadavky klienta, harmonogramy práce pracovníků, domácím a návštěvním řádem. Řády vypovídají hodně o životě v zařízení, informují o zajištění individuálních rozdílností v poskytovaných službách. Život klientů v pobytovém zařízení je výrazně rozdílný od jejich předchozího domova. Klienti by měli mít před nástupem

do instituce dostatek informací a mohli si konkrétně projednávat své požadavky, jejich reálnost a konkrétní provedení. (Malíková, 2011, str. 79). Podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách domovy pro seniory poskytují tyto činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

S každým nově přichozícím klientem se sepisuje jeho individuální plán. Ten představuje individualizovanou formu pomoci. Vytvořením plánu je klientovi vyjádřena úcta bez ohledu na jeho současný stav a situaci. Je o něj projeven zájem jako o jednotlivce (Malíková, 2011, str. 191).

Po přijetí seniora do zařízení je potřeba také zjistit jeho chápání spirituality, vztah k ní a rozsah jeho duchovních potřeb. Důležitá je informace jakou církev vyznává a jaká je dostupnost jejich služeb. To je podstatné pro naplánování a organizační zajištění náboženských potřeb klienta. Pro uspokojení spirituality lze klientům nabízet poslech duchovní hudby, zapůjčení náboženské literatury, vystavení předmětů s náboženskou tematikou, návštěvy duchovního či účast na bohoslužbách (Malíková, 2011, str. 271-275).

Během dne jsou klientovi poskytovány služby v dohodnutém rozsahu tak, aby svým provedením odpovídaly uzavřené písemné smlouvě. Pracovníci pomáhají klientům při běžných denních úkonech a sledují projevy a reakce klienta. Dále jsou mu poskytovány ošetrovatelské výkony zkušeným personálem dle platných ošetrovatelských standardů. Během dopoledne probíhá činnost v dílnách, které jsou součástí ergoterapie nebo volnočasových aktivit, v nichž klienti provádí vhodné aktivizační činnosti, které systematicky a cíleně spojuje s dalšími činnosti např. aromaterapie, muzikoterapie aj. Odpoledne se konají kulturní, společenské a poslechové akce, které nejsou moc náročné. V průběhu dne se provádí individuální či skupinová cvičení, klienti mohou využívat kadeřnické a jiné služby, které jsou v zařízení k dispozici. V určené dny ordinuje praktický lékař. V noci jsou klienti sledováni ošetřujícím personálem a v případě nutnosti je jim poskytnuta potřebná péče. Služby jsou klientům poskytovány permanentně a řídí se platnými harmonogramy činností pro jednotlivé služby a individuálními požadavky klientů na jejich provedení (Malíková, 2011, str. 80-81).

Jedním ze způsobů, jak se může zkvalitnit péče o seniory v pobytovém zařízení, je využívání dobrovolnických služeb. Dobrovolníci dochází do instituce, kde mohou se seniory

trávit volný čas nasloucháním a rozhovory či doprovázení při procházkách. Dobrovolníci mohou také pomáhat při přípravě různých akcí nebo s administrativní a manuální výpomocí v prostorách zařízení a jeho okolí. Spektrum dobrovolnických služeb je velmi široké. Dobrovolník je zároveň neformálním, ale pozorným hodnotitelem kvality péče. Je nezávislý na vedení domova a je svobodnější než rodinný příslušník či stážista. Kvalitní komunikace a autentické mezilidské vztahy tvoří základnu hodnot, kvůli kterým se dobrovolně zapojil do činnosti (Aronová, 2008, str. 7). Matoušek (1999, str. 135-136) uvádí výhody zapojení dobrovolníků do ústavní péče: mají na starost méně klientů a mohou jim věnovat větší pozornost, mohou být ve své roli vůči klientům pružnější, mohou klientům poskytovat služby, které instituce z důvodu personálních či finančních nemožností, jsou ochotni pohybovat se i mimo instituci a doprovázet klienta, resp. pro něj vyřizovat záležitosti, které on vyřídit nemůže. Mezi nevýhody zahrnuje, že zaměstnanci je mohou vnímat jako konkurenci, nemají závazný vztah k zaměstnavateli - plnění úkolů je nevynutitelné, někteří nemají pro tuto práci vzdělání či zkušenost a mohou se dopouštět chyb, jejich práci je nutné pravidelně supervidovat, klienti je mohou využívat a chtít něco na co nemají nárok.

Jedním z nejzávažnějších rizik pobytu v ústavním zařízení je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, při nichž dochází ke snížení schopnosti adaptace na neústavní život. Toto jednání se ovšem může objevovat i v domácí péči, kde je senior také odkázán na péči jiné osoby. Senior má v ústavu plné zaopatření všech jeho potřeb. Stýká se s omezeným počtem spoluobyvatel a s obvykle nepočetným týmem personálu. Vyskytuje se jen v omezeném prostoru domova pro seniory a jeho blízkém okolí. Redukce nároků a omezení podnětů má za následky ztrácející se zájem o lidi a svět, snížení schopnosti komunikace, regresi (návrat do ranějších vývojových stadií), hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby aj. (Matoušek, 1999, str. 118).

V instituci mohou senioři snadněji ztrácet své kompetence, protože je přestávají využívat. Personál může mít tendence se starými lidmi manipulovat a pomáhat jim i v případě, kdy to nepotřebují. To vede k postupnému vypěstování závislosti a k syndromu naučené bezmocnosti, která může nastat u jakéhokoliv druhu péče. Senior však potřebuje mít kontrolu nad svým životem, chce o sobě rozhodovat sám. Nechce být jen pasivním a ovlivnitelným objektem. V rámci života v ústavu bývá možnost samostatného rozhodování omezená. Senioři mají stanovený denní režim, dobu kdy jíst (společné stravování), kdy mohou přijít či odejít návštěvy. Starý člověk bývá vnímán jako bytost, která má omezené

kompetence, a proto potřebuje, aby mu někdo pomáhal. Náhodný a zdánlivě nesmyslný negativismus seniorů lze chápat jako projev potřeby uplatnit svou vůli alespoň formálně nebo v nepodstatném detailu (Vágnerová, 1999, str. 390).

Dalším nebezpečím, které hrozí v ústavním zařízení, je šikana. Personál může zneužívat své moci nad klienty až do podoby trestání a ponižování. Riziko je nejvyšší v ústavech pro děti, mentálně retardované, velmi nemocné nebo seniory. Zneužívání klientů může mít i mírnější povahu (např. menší přiděly jídla). Šikana může mít i podobu zanedbávání základních životních potřeb, jako jsou například nedostatečný pitný režim, strava či hygiena.

Častou daní za pobyt v ústavu je ztráta soukromí. Klient se musí přizpůsobovat novému režimu a potřebám jiných obyvatel. Klient může být omezován hlavně v případě, kdy musí sdílet pokoj s cizím člověkem, tím je limitováno jeho soukromí a užívání různých prostředků (televize, rádio, světlo). V ústavech pro staré lidi mívají obyvatelé svou finanční hotovost uloženou u personálu. To bývá odůvodňováno možností ztráty, nicméně je tak postavena bariéra mezi oprávněného uživatele peněz a jeho finance (Matoušek, 1999, str. 120-123).

Senioři se musí během dlouhodobé institucionální péči vyrovnat s mnohými problémy. Mezi tyto obtíže řadíme komplikace léčby, nozokomiální nákazy, psychosociální a fyzické trauma, deprese. Pro zaopatření důstojného stáří si senioři přejí hlavně respektování lidských práv (přístup založený na úctě, svoboda pohybu, soukromí a plnohodnotný život; Hudáková, Majerníková, 2013, str. 61).

K dalším problémům institucionální péče řadíme nízký počet zaměstnanců, chybějící standardy, nedostatečná kapacita a dlouhé čekací doby. Péče je málo flexibilní, chybí soukromí a některé instituce jsou umístěny v architektonicky nevhodných budovách, které zhoršují pohyb těžko mobilních obyvatel (Hudáková, Majerníková, 2013, str. 61).

Personální zajištění vychází přibližně v poměru 1 : 1,6 v počtu pracovníků na uživatele. Přičemž jsou do tohoto počtu zahrnuti i pracovníci, kteří nevykonávají přímou péči o klienty. Jeden zaměstnanec v přímé péči se stará o 3 až 15 klientů. Tento počet neumožňuje pracovníkům dostatečně kvalitně provádět svoji práci a to často vede k demotivaci a syndromu vyhoření (Malíková, 2011, str. 33).

Práce s geriatrickým klientem je velmi náročná a pro ošetřující nebo opatrující osoby představuje velké nároky na fyzickou i psychickou kondici. Pracovníci, kteří o takové klienty

pečují, musí dávat pozor na to, aby starý člověk až do konce svého života neztratil s dlouhotrvajícími nemocemi lidskou důstojnost. Pečující osoby by neměli na tyto jedince nazírat jako na bezperspektivní, jejichž život již nemá význam. Ideální situací je to, aby starý člověk byl do co nejvyššího věku co nejvíc aktivní, soběstačný a spokojený. I nemocný člověk může mít subjektivní pocit vysoké kvality života, když je o něho dobře postaráno, má dobré sociální kontakty a nějaké zájmy. Výsledkem snažení pracovníků nemusí být vždy vyléčení, ale alespoň zlepšení stavu seniora a zvýšení jeho spokojenosti (Kopecká a kol., 2008, str. 86-87).

### **2. 3 Domácí péče o seniory**

Glosová (2006, str. 78) uvádí, že individuální bydlení seniorů probíhá ve vlastních bytech nebo u příbuzných. Z výzkumu vychází, že většina starých lidí prožívá své stáří ve vlastním bytě s větší či menší pomocí svých blízkých, rodiny či přátel. Část seniorů využívá pečovatelské služby (např. donáška jídla). Byt má velký význam pro spokojenost člověka. Staří lidé tráví oproti mladým více času v bytě nebo v jeho bezprostředním okolí. Většinu činností ve volném čase soustředí do domácnosti. Význam vlastního bydlení tkví především v jeho působení na možnosti vedení samostatné domácnosti a života. Další důležitou složkou je udržení okruhu přátel a zachování soukromí.

Často se stává, že se senior stěhuje do ústavu kvůli nevhodným bytovým podmínkám. Vhodnou formou jak pomoci, aby mohli ještě soběstační senioři zůstat ve svém přirozeném prostředí, je úprava bytu. Při přestavbě bytu se musí brát v úvahu několik faktorů, a to velikost bytu, dispoziční problémy bytu a jeho vybavení (Glosová a kol, 2006, str. 78-79).

U starých lidí je třeba pamatovat na omezení smyslových funkcí, sníženou pohyblivost, bezpečnou hygienickou péči, přípravu stravy, bezpečnou chůzi a pohyb v domácnosti. Je proto důležité včas vybavit byt vhodnými kompenzačními pomůckami a předcházet tak neočekávaným situacím, které mohou způsobit úraz. Mezi nejdůležitější pomůcky a zařízení pro bezpečnou domácnost počítáme: dostatečné osvětlení, stabilní uspořádání místnosti, vhodný nábytek (zvýšené lůžko, židli, zvedací hrazdičku u lůžka aj.), vhodné nádobí, pomůcky pro snadnější oblékání, nástroje pro usnadnění hygieny (madla,

sedáčku do vany, speciální židli na WC), pomůcky pro snazší pohyb (chodítka, francouzské berle, hůl) a vhodnou obuv (Klevelová, Dlabalová, 2008, str.147-148).

Domácí péče je zajišťování pomoci při potřebných úkonech, které může poskytovat rodinný příslušník, nebo systém odborných zdravotních služeb. U nás byla zavedena roku 1990. Převzala aktivity geriatrických sester. Domácí péče je určena pro všechny typy klientů. Největší klientelu však tvoří senioři. 4/5 klientů jsou osoby nad 65 let. V roce 2010 existovalo 464 pracovišť. Zastřešující organizace je Asociace domácí péče ČR (Haškovcová, 2012, str. 159).

V západních zemích se domácí péče poskytovaná státem rozvíjela mnohem dříve než na území České republiky. Například v Kanadě domácí péče nebyla běžná před rokem 1970. Od tohoto roku tam ale zažívá postupný vzestup a v současné době je velmi oblíbenou službou. Nejdříve byla tato služba rozšířena ve velkých městech a později se dostala i do odlehlých částí Kanady (Kitchen, 2011, s. 196).

K pomoci, aby mohl senior zůstat v soukromí ve vlastním bytě, přispívá i pečovatelská služba. V případě, že je starý člověk významněji limitován (zejména pohybově) a v důsledku toho bývá i izolován, plní pečovatelská služba i jiné funkce. Stává se důležitým zdrojem sociálního kontaktu, přispívá k vytvoření jasného denního režimu a poskytuje seniorovi i psychickou podporu. Senior mnohdy do pečovatelské služby často projektuje svoji potřebu osobního vztahu, který mu často chybí. Vztah k pečovatelské službě může poté nabývat méně přiměřené, emočně vyhraněnější, eventuelně i ambivalentní povahy (Vágnerová, 1999, str. 387).

Velmi cennou pomocí jsou dobrovolníci, kteří docházejí do domácnosti seniora. Ti musí být pečlivě vybráni a záleží také na seniorovi, jestli bude tuto službu využívat. Dobrovolníci dělají starým lidem společnost, sdílí společné vzájemné chvíle – povídání, předčítání, doprovází je k lékaři, na menší nákupy či procházky. Dobrovolnické služby je přínosem i pro pečující osobu, protože jí poskytuje čas a prostor pro odpočinek a vlastní zájmy (Klevelová, Dlabalová, 2008, str. 163-166).

Rodina ve stáří znamená záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci v případě nemožnosti starého člověka. Významné jsou možnosti, vůle, motivace a snaha rodiny pomoc poskytnout. Dalším důležitým ukazatelem je způsob bydlení rodiny a vzdálenost příbuzných nebo blízkých osob od seniora. Existují další možnosti podpory pro udržení seniora v domácím prostředí (agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby, charitní sdružení aj.), ale rodina je v péči o nesoběstačného starého člověka nezastupitelná. Měla by

však zajišťovat jen nezbytně nutné záležitosti, které nemůže plnit senior sám. Jinak by mohlo dojít k zvětšení závislosti na pečovateli. Senior by měl zůstat co nejdéle samostatný (Klevetová, Dlabalová, 2008, str. 85). Intenzivní péče dětí o své staré rodiče je známkou koherentní rodiny i kvality mezilidských a mezigeneračních vztahů. Pomoc od příbuzných může probíhat ve dvou rovinách. První se dá nazvat jako občasná pomoc relativně zdravým seniorům. Druhá rovina péče se poskytuje členům rodiny, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby (Hrozenská, 2008, str. 29).

Existují dva modely zajišťování péče o staré osoby v rodině. První je označován jako hierarchické kompenzace. Ten je založen na hierarchii osob, které nastupují na místo hlavního pečovatele nebo pečovatelky. V případě, že se tato osoba nemůže o starého člena domácnosti pečovat, nastupuje další očekávaná osoba z rodiny. Druhá metoda je známa jako model funkční specifčnosti vztahů. Vztahy a aktivity pomoci jsou vytyčeny charakteristikami pomáhajících osob, jejich připraveností, schopnostmi, teritoriální blízkostí, respektive ochotou a schopností rychle reagovat na potřeby opečovávaného (Jeřábek a kol., 2013, str. 58).

Nedílnou součástí péče o staré lidi musí být i podpora rodiny a zapojení rodinných příslušníků do poskytovaných služeb. Vzdělávání a podpora neformálních pečujících je jednou z nejúčinnějších investic v rámci dlouhodobé péče a obecně péče o seniory. Zvýšením produktivity těchto poskytovatelů povede k lepším výsledkům péče, nižším nákladům na zdravotní a sociální systém, ale i ke snížení zdravotních komplikací. Pečující rodinní příslušníci by měli dostat maximální podporu ve formě vzdělávání, psychologického poradenství a dostupné nabídky odlehčovacích služeb (MPSV, 2013, str. 41).

Rodinný příslušník, který se stará o nemohoucího seniora, se často do této role dostane naprosto nepřipraven, ale okolnostmi je donucen tyto schopnostmi osvojit. Měla by mu být poskytnuta základní podpora a rady ohledně vlastní pečovatelské péče. Edukace pečovatele zahrnuje několik kroků a možností. Především to je adekvátní přísun informací, které mu objasní danou problematiku. Dále je pro něho důležité, aby se vyvaroval přehnaným očekáváním. Pečovatel by měl také využívat možnosti spojení s odborníky v daném oboru, ať jde o sociální pracovníky, zdravotní sestry či ošetřovatelky (Pidrman, Kolibáš, 2005, str. 49).

Rodinnou péčí o seniora nejčastěji zajišťuje manželský partner nebo děti a jejich partneri. Nejvíce se však zasazují o péči ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy. Nejčastěji se manželka stará o svého manžela. Její péče je velmi důsledná a často bojuje proti případnému

umístění do instituce. V případě, že se manžel stará o ženu, často využívá pomoc dcery nebo snachy (Jeřábek a kol., 2013, str. 47-48). Millward (1999, str. 27) upozorňuje, že soužití snachy s tchýní nemusí být vždy produktivní, pokud se obě starají o tchána/manžela. Dále potvrzuje teorii, že nejčastějšími pečujícími jsou ženy. Samozřejmě role mužů je také velmi zásadní, ať už se jedná o pomoc při manipulaci s nemohoucím seniorem, či s jinými těžkými pracemi v domácnosti.

Tento druh péče je pro všechny členy rodiny obzvláště náročný. Z hlediska potřeb všech generací jsou důležité předpoklady, za kterých se podmínka celodenní péče objevila, jestli jde o vícegenerační rodinu, jestli je doma někdo permanentně přítomný, nebo jsou všichni ekonomicky aktivní (a tedy po většinu dne nepřítomní). Takováto situace v rodině staví její členy před závažný problém, který může vyústit ve zvýšené napětí mezi členy domácnosti. Zaměstnaný pečovatel se někdy musí vzdát práce, aby mohl seniorovi poskytovat dobrou péči. Na druhé straně je fakt, že všichni nejsme připraveni na náročnou péči o starého a bezmocného člověka. Celodenní intenzivní péče o člena domácnosti je velkou psychickou zátěží pro obě zúčastněné strany. Seniorům vadí, že nemohou pomoc svým dětem vrátit, i přesto, že jim již jako rodiče zajišťovali péči v dětství. Často se může vyskytovat napětí, konflikty, stres, bezmocnost a současně silný pocit náklonnosti a uspokojení. Aby senioři mohli tuto situaci závislosti akceptovat, využívají různé mechanismy omlouvání a klasifikování zdravotního stavu, který je spojený s věkem. Negativní emoce doléhají i na dospělé děti, které se o seniory starají (Hrozenková, 2008, str. 29).

Situaci můžou zkomplikovat zdravotní potíže pečující osoby. Dlouhodobé poskytování péče je zdrojem stresu a napětí, vyplývajících z nároků této situace a zdravotních obtíží v důsledku nedostatku spánku, fyzického i emočního vyčerpání a s tím související úzkosti a deprese. U velké části pečovatelů, kteří poskytují intenzivní péči, se v průběhu času rozvíjejí zdravotní potíže, jako jsou bolesti zad a další fyzické obtíže. Zhoršení stavu pečujících vychází i z toho, že je nemá kdo zastoupit a oni si v případě vlastní nemoci nemohou odpočinout nebo jít k lékaři. Podle některých výzkumů se u 50 - 60% pečovatelů ukazují známky klinické deprese (Dohnalová, Hubíková, 2013, str. 8). Jelikož péči o závislého seniora nejčastěji obstarávají ženy, je to pro ně více namáhavé než pro muže. Péče znamená pro ženy neúměrnou fyzickou námahu způsobenou častým zvedáním, obracením, přenášením apod. Rozbory důsledků fyzické námahy mluví o potřebě rehabilitace a léčení těchto poškození u žen (Jeřábek a kol., 2013, str. 48).

Negativní dopady jsou evidovány také v ekonomické oblasti. Pečující musí často kvůli časové náročnosti odejít z práce. V souvislosti se ztrátou zaměstnání dochází nejen k finančnímu ohrožení rodiny způsobené ztrátou příjmu a ohrožení chudobou v době poskytování péče. Rizika se rozšiřují ještě o ztrátu profesních šancí a ztrátu neekonomických funkcí zaměstnání (sociální, seberealizace). Problémy mohou přetrvávat i po skončení péče např. při hledání nové práce, zejména u lidí v předdůchodovém věku, kteří patří mezi nejčastější opatrovatele. (Dohnalová, Hubíková, 2013, str. 9).

S dlouhodobou intenzivní péčí vzniká riziko sociálního vyloučení. K tomu může docházet z důvodu nedostatku času (pečující se nemůže účastnit běžných společenských aktivit). Další determinantou je postoj okolí, které nechce do sociálního prostředí tyto pečující rodiny přijmout, např. v důsledku předsudků a obav (typ postižení opečovávaného). U pečujících může docházet k pocitům izolace a nenaplnění potřeb sociálního života. Mluví se o tzv. socio-emocionálních nákladech péče. Jedná se o emocionální dopady péče, které se projevují také v sociální úrovni. Nároky, které s sebou nese poskytování domácí péče, výrazně omezují původní síť přátelských vztahů (Dohnalová, Hubíková, 2013, str. 10-11).

Někdy není senior schopný přijímat pomoc od svých příbuzných. Někteří mívají pocit, že své blízké příliš zatěžují, nastalá situace pro ně může být nepříjemná, hlavně při pomoci s osobní hygienou, a proto přijímají péči raději od profesionálů. V tomto případě je vhodné zavést se seniorem rozhovor, při kterém se dozvíme více o prožitcích a schopnosti přijímat závislost na druhých ( Klevetová, Dlabalová, 2008, str. 89).

### **3 METODOLOGIE VÝZKUMU A JEHO ETICKÉ SOUVISLOSTI**

Tato kapitola a následující podkapitoly se zabývají metodologií výzkumu a jeho dílčími součástmi. Do nich jsem zařadila etické souvislosti výzkumu, metody a techniky sběru dat, metody zpracování dat, výběr výzkumného souboru, realizace výzkumu, popis domova pro seniory a údaje o respondentech.

#### **3. 1 Etické souvislosti výzkumu**

Etické otázky tvoří ve společenskovedním výzkumu podstatné pole. Existuje několik standardů a doporučení, které vymezují pravidla použitelná ve výzkumu. Kvalitativní pracovník se má věnovat otázkám se zřetelem na nové problémy, které vznikají v souvislosti výzkumu (Hendl, 2005, str. 155).

Výzkum musí být proveden v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů. (Zákon číslo 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchování v informačních systémech). Účastníci musí být předem seznámeni s informacemi o tom, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím. Účastník je také informován o anonymitě při nakládání se sesbíranými daty a je mu oznámeno, že osobní údaje nebudou veřejně dostupné (Miovský, 2006, str. 282-283).

Informovaný souhlas je důležitým pravidlem, bez kterého by se neměl výzkum uskutečnit. Z uděleného souhlasu musí být zřejmé, že účastník si je vědom povahy a důsledků výzkumného modelu. Dále musí rozumět všem rizikům, výhodám i nevýhodám, které s provedeným výzkumem souvisí. Účast na výzkumu musí být dobrovolná a účastník má právo kdykoliv z projektu odejít (Miovský, 2006, str. 280-281).

#### **3. 2 Metody a techniky sběru dat**

V empirické části mé diplomové práce budu využívat kvalitativní výzkum, který je vhodný pro hloubkové zkoumání problematiky. „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli

psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod (Miovský, 2006, str. 18). V typickém případě kvalitativní výzkumník volí na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Tyto otázky může během výzkumu či v průběhu sběru a analýzy dat modifikovat nebo doplňovat. Proto bývá označován jako pružný typ výzkumu. Výzkumník hledá a rozebírá jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí induktivní a deduktivní závěry (Hendl, 2005, str. 50).

Hendl (2005, str. 125-127) uvádí, že zakotvená teorie není nějaká určitá teorie, ale určitá strategie výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat. Cílem výzkumu, který vychází ze strategie zakotvené teorie, je návrh teorie pro fenomény v dané situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech, která byla nashromážděna během studie. Dává se pozornost zvláště na jednání a interakci sledovaných jedinců a procesům v daném prostředí. Sběr dat probíhá tak dlouho, až je teorie saturována (další data nepřispívají k vývoji teorie). V mé výzkumné práci jsem využívala některých postupů ze zakotvené teorie, nejdená se však o zakotvenou teorii v pravém smyslu. Neodhaluji nové poznatky a ve výzkumu nejdu výrazněji do hloubky problému. Podobnosti a rozdělení se rozdělují na 2-3 modely vnímání situace. Jejich rozsah není možné určit.

K získání dat jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Ten má připraven soubor témat/otázek, které budou předmětem zkoumání, aniž by bylo předem vymezeno jejich pořadí. Tazatel může formulaci otázek částečně upravit, ale musí probrat všechny témata. Případně může výzkumník pokládat doplňující otázky (Reichel, 2009, str. 117). Při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné použít inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta (v kvalitativním výzkumu je vhodnější hovořit o *komunikačních partnerech* či *informátorech*, v práci však souběžně s nimi používám i v českém prostředí běžného pojmu *respondent*). Znamená to, že si necháme od respondenta vysvětlit, jak danou informaci myslí. Tím si ověříme, zda jsme získaná data správně pochopili a interpretovali. Pokládáme různé doplňující otázky a dané téma rozpracováváme do hloubky, do jaké je to potřebné vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám (Miovský, 2006, str. 160).

Rozhovory jsem měla rozdělené do čtyř základních okruhů. První okruh se zabýval vnímáním stáří, jaké má výhody či nevýhody a zda se změnilo po přechodu do domova pro seniory. V druhém okruhu se soustřeďuji na souvislosti spojené s přechodem do domova pro

seniory, co předcházelo odchodu do domova pro seniory, jak přechod prožívali a jestli měli nějaké obavy z nástupu do domova. Třetí okruh se zaměřuje na sociální vztahy a stáří, zda se informátorovi změnila sociální kontakty, jestli se cítil osaměle a navázal-li nějaké nové vztahy. V posledním okruhu se dotazují na formy péče, jestli jim vyhovuje a jak vnímají péči od rodiny/cizích lidí.

### **3. 3 Metody zpracování dat**

Jako první krok byla provedena doslovná transkripce audiozáznamu, tedy převedení zvukového záznamu z diktafonu do textové podoby. Mezi velmi časté úpravy plné transkripce záznamů rozhovorů patří tzv. redukce prvního řádu. Cílem je udělat přepis plynulejším a tím usnadnit analytickou práci s ním. Nejsnazší formou redukce prvního řádu je vynechávání všech částí vět, které nesdělují žádnou identifikovatelnou, explicitně vyjádřenou informaci a narušují plynulost rozhovoru (Miovský, 2006, str. 209-210).

Následujícím postupem bylo kódování dat. Miovský (2006, str. 219-220) popisuje kódování jako přiřazování klíčových výrazů či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna jednodušší a rychlejší práce s těmito částmi a jejich prostřednictvím bylo možné kdykoli snadno pracovat s většími významovými celky. Proces kódování je vlastně procesem identifikace a systematického označování významových celků dle stanovených kritérií.

Při zpracování dat jsem použila metodu vytváření trsů. Tato metoda slouží k tomu, abychom shromáždili a konceptualizovali určité výroky do skupin. Skupiny (trsy) by měli vznikat na základě podobností mezi identifikovanými jednotkami. Cílem je vytvoření obecnější, induktivně utvořené kategorie (Miovský, 2006, str. 221).

### **3. 4 Výběr výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl vybrán na základě záměrného výběru, který je charakteristický tím, že se účastníci cíleně volí podle určitých vlastností, kritérií (Miovský, 2006, str. 135). S výběrem výzkumného souboru mi pomohla informátorka - sociální pracovnice, která se mnou vždy nejprve navštívila vybraného komunikačního partnera a dotázala se ho, jestli je ochotný udělat se mnou rozhovor a tím se zúčastnit výzkumu pro moji diplomovou práci. Tím

jsem získala předběžný souhlas s rozhovorem. Následně jsem si domluvila s komunikačním partnerem schůzku.

### **3. 5 Průběh realizace výzkumu**

Výzkum v podobě rozhovorů se uskutečnil v domově pro seniory. Protože se v rozhovorech vyskytla některá citlivá témata z života komunikačních partnerů, snažila jsem se zajistit soukromí. Rozhovory probíhaly v pokojích respondentů bez přítomnosti dalších osob.

Před začátkem rozhovoru jsem se komunikačním partnerům představila a vysvětlila jim co je cílem rozhovoru, k čemu budou získané informace sloužit a kde budou zveřejněny. Dále jsem jim sdělila, že rozhovory jsou naprosto anonymní a že nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by mohly vést k odhalení jejich identity. Z důvodu zachování anonymity používám smyšlená jména komunikačních partnerů. Informovala jsem je také o dobrovolnosti rozhovoru a o možnosti odmítnout zodpovědět otázku či rozhovor přerušit. Poté jsem se vždy komunikačního partnera zeptala, zda mohu rozhovor nahrávat na diktafon. Po tomto obeznámení se všemi skutečnostmi jsem získala souhlas k uskutečnění rozhovoru.

Jednotlivé rozhovory trvaly okolo 30 minut. Během rozhovoru jsem komunikačním partnerům vykala. V průběhu rozhovoru jsem nepoužívala odborné výrazy, které by nemuseli respondenti znát. To by mohlo narušit postup rozhovoru. Pozornost jsem zaměřila i na závěrečnou fázi rozhovoru, kdy se dle Miovského (2006, str. 168) mohou vyskytovat rizika na straně respondentů a je třeba kontroly, zda výzkumník nezpůsobil svými dotazy vyvolání nějakého stavu, který by mohl být pro účastníka rozhovoru ohrožující (např. vzpomínka na nějakou těžkou situaci). Aby tato situace nenastala, prováděla jsem kontrolu pozorováním a dotazem na ukončenost tématu pro komunikačního partnera.

### **3. 6 Popis domova pro seniory**

Posláním domova pro seniory je poskytování pobytové služby prostřednictvím pomoci a podpory jako důstojné náhrady za běžné domácí prostředí těm seniorům, kteří s ohledem na svůj věk a zdravotní stav nemohou trvale žít ve svém přirozeném sociálním prostředí. Pomoc

a podpora vychází z individuálně určených potřeb uživatelů, respektuje základní lidská práva a svobody, důstojnost a usiluje o sociální začleňování uživatelů.

Služba domova pro seniory je určena osobám od 60-ti let věku, které z důvodu stáří či pro trvalé změny zdravotního stavu mají sníženou soběstačnost, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, jež jim nemůže být poskytnuta členy rodiny v domácím prostředí nebo jinými terénními službami sociální péče.

Některá patra slouží jako domov se zvláštním režimem. Zde jsou ubytovány osoby starší 55-ti let věku trpící Alzheimerovou chorobou, se všemi typy stařeckých demencí a po cévní mozkové příhodě. Osobám s degenerativním onemocněním mozku, jejichž situace vyžaduje stálou pomoc a podporu jiné fyzické osoby.

#### *Zdravotnická a ošetrovatelská péče*

Ošetrovatelská péče se soustředí hlavně na podporu samostatného života klientů, aplikaci léků předepsaných ošetřujícím lékařem, prevenci a léčbu již vzniklých chronických ran a onemocnění. Dále je obyvatelům domova pro seniory poskytována hygienická péče, úprava lůžka, výměnu prádla, úklid pokoje, donáška stravy a pomoc při stravování. Zařízení navštěvuje 1 x týdně praktický lékař.

#### *Rehabilitační péče*

Rehabilitační péče je obstarána odbornými fyzioterapeuty. Rehabilitace je orientována převážně na udržení nebo obnovení poškozených funkcí pohybového aparátu pomocí léčebné tělesné výchovy. V rámci rehabilitační terapie jsou využívány i perličkové koupele a solná jeskyně sloužící k relaxaci a zlepšení dýchacího ústrojí. Klienti mohou docházet do rehabilitační místnosti nebo je fyzioterapeuti navštěvují přímo na jejich pokojích (hlavně ty, kteří mají vyšší stupeň závislosti a nemohou se dostavit do cvičící místnosti). Dále mohou navštěvovat cvičení Taichi, které probíhá 1 x týdně.

#### *Aktivizační činnosti*

Klientům domova je nabízen pestrý program. Mohou navštěvovat výtvarné dílny, kde si vyzkouší různé tvořící techniky. Je zde společenská místnost, která slouží k setkávání uživatelů služby. Tady mohou trávit svůj volný čas rozhovory či hraním her. Dále jsou zde pořádány přednášky na různá témata (zdraví, bezpečnost). Součástí programu jsou i společenské akce, jako posezení s harmonikářem či karneval. Domov pro seniory také pořádá různé výlety. Domov také navštěvují ve spolupráci s ADROU dobrovolníci, kteří dělají seniorům společnost a doprovází je i při výletech.

### *Sociální péče*

Účelem sociální péče je zajištění důstojných a vyhovujících podmínek pro plnohodnotný život klientů. Sociální pracovníci mají na starost provádění sociálního šetření, které je jedním z aspektů zařazení do služby. Ve spolupráci s ostatními pracovníky pomáhá novým klientům v adaptačním procesu. Dále poskytuje sociální poradenství a vyřizuje financování pobytu.

### *Ostatní služby*

Klienti mohou využívat služeb kadeřníka, pedikúry a nákupy potravin v obchůdku, který je součástí domova pro seniory.

## **3. 7 Údaje o komunikačních partnerech**

Výzkumný soubor byl složen ze 8 seniorů. Výzkumu se zúčastnilo pět žen a tři muži ve věkovém rozpětí 77 - 90 let.

Pro lepší přehlednost jsem uspořádala základní data o respondentech do Tabulky 1.

Tabulka 1: Přehled základních dat o komunikačních partnerech

| Jméno        | Věk | Pobyt DS |
|--------------|-----|----------|
| Paní Jarmila | 82  | 1,5 roku |
| Paní Marie   | 90  | 10 let   |
| Pan Václav   | 78  | 1 rok    |
| Pan Josef    | 78  | 3 roky   |

|              |    |          |
|--------------|----|----------|
| Pan Lubomír  | 90 | 8,5 roku |
| Paní Ludmila | 88 | 2 roky   |
| Paní Zdena   | 77 | 1,5 roku |
| Paní Božena  | 82 | 4 roky   |

Zdroj: (vlastní výzkum)

Všichni komunikační partneři bydlí v domově pro seniory. Častým důvodem odchodu z domova do zařízení bylo zhoršení zdravotního stavu a nevládní domácnosti. Jen pan Václav je v domově pro seniory se svojí manželkou. Ostatní komunikační partneři jsou zde bez partnera.

**Paní Jarmile** je 82 let. Před 18-ti lety ovdověla. Má dceru a syna. Oba se odstěhovali a mají vlastní rodiny. V domově pro seniory bydlí asi rok a půl. Předtím bydlela sama. Jedním z důvodů bylo osamocení a nechtěla obtěžovat rodinu, aby se o ni museli starat. Syn s vnučkou ji chodí často navštěvovat. Dcera přijíždí zhruba jednou za dva týdny, protože bydlí dál, ale zůstává tu skoro celý den.

**Paní Marii** je 90 let. Po smrti manžela bydlela v domku, který obývá i její syn. Ten má dvě prodejny a tak se mamince nemůže plně věnovat. Cítila se osamělá, a proto se rozhodla k odchodu do domova pro seniory. Je tu i lepší a hlavně dostupnější lékařské péče. Bydlela na vesnici se špatnou dopravou. S přechodem jí pomohla dcera, která bydlí ve městě a pracuje zde její známá.

**Pan Václav** má 78 let. V domově pro seniory bydlí rok a je tu se svojí manželkou. Důvodem přestěhování bylo zhoršení zdravotního stavu manželky. Nejprve se to snažil pan Václav zvládnout sám, ale pak přišly problémy i s jeho zdravím. Poté už neměli na výběr, i když bydleli s vnukem, ale ten musí pracovat. Dcera nebo vnuk k nim chodí každý týden na návštěvu.

**Panu Josefovi** je 78 let. Má dvě dcery, se kterými není moc v kontaktu. V domově bydlí 3 roky. Pan Josef se nechtěl přestěhovat. Před příchodem do domova bydlel sám v bytě. Doktor mu řekl, že už tak žít nemůže, protože se mu zhoršil zdravotní stav a byl několikrát hospitalizován. Dcera mu proto zařídila pobyt v domově pro seniory.

**Pan Lubomír** má 90 let. Již 5 let je vdovcem. Má dceru a syna, kteří za ním chodí i se svojí rodinou na návštěvu a jsou v telefonickém spojení. V domově pro seniory žije 8 a půl roku. Přestěhoval se sem s manželkou, které se zhoršil zdravotní stav a přišla o nohu. Pan

Lubomír se bál, že by péči o ni sám nezvládal a tak jim lékařka doporučila odchod do domova pro seniory. Po její smrti zde zůstal. Má tu už své známé a je rád, že je o něj postaráno.

**Paní Ludmila** má 88 let. Je vdova a má jednoho syna. Před odchodem do domova, kde žije již 2 roky, bydlela se synem v jeho domě. Ten se o ni staral, ale protože musí stále chodit do práce, nebyla péče dostačující. Nemohl s ní trávit celý den. Paní Ludmile bývalo špatně a bála se být doma sama, kdyby spadla, že by jí nikdo nepomohl. Syn měl stejné obavy, tak se domluvili, že bude lepší a bezpečnější, když bude v domově pro seniory.

**Paní Zdeně** je 77 let. Je rozvedená. Má jednu dceru, která má manžela a dvě dospělé děti. Všichni bydlí nedaleko domova pro seniory. Mohou ji tedy chodit navštěvovat. V domově pro seniory bydlí rok a půl. Před odchodem do domova pro seniory bydlela sama ve vlastním bytě. Pro přechod se rozhodla kvůli zhoršení zdravotního stavu. Teď se cítí klidněji, protože je pod kontrolou a okamžitě jí může někdo pomoci. Doma měla strach, že se nikomu nedovolá.

**Paní Boženě** je 82 let. V domově pro seniory bydlí 4 roky. Před odchodem do domova ovdověla a bydlela sama. Cítila se osaměle a také prodělala rakovinu prsu a potřebovala lepší zdravotnickou péči. Rodina ji navštěvuje. Když to její zdravotní stav dovolí, tak jezdí za svojí sestrou, u které bydlí třeba týden.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumu a jeho následné analýzy prezentuji v šesti podkapitolách vzešlých z okruhů dotazování. První podkapitola se zabývá pojmem stáří, jeho výhodami a nevýhodami. Druhá podkapitola se týká rodinných vztahů a domova. Třetí okruh se věnuje motivům pro přestěhování do domova pro seniory. Čtvrtá podkapitola se vztahuje k obavám a adaptaci na pobyt v domově pro seniory. Pátá podkapitola zahrnuje služby v domově pro seniory. Poslední podkapitola se zaměřuje na sociální kontakty dotazovaných seniorů.

### 4. 1 Vnímání stáří

Nejprve jsem se komunikačních partnerů ptala, zda by mohli popsat jejich vnímání stáří. Jak se na ně dívají a zda jim přináší nějaké výhody či nevýhody.

Vymezit přesně, co pro ně znamená stáří, bylo pro dotazované obtížné. Nakonec se při popisu více méně shodli na tom, že stáří pro ně znamená především klid, odpočinek, volnost ale i nemoci a úmrtí blízkých. Jedna z dotazovaných senierek stáří shrnutím vymezila jako „...volný čas, nemoci a smrt.“ (paní Ludmila). Volný čas tráví hlavně poslechem hudby, posezením s přáteli nebo sledováním televize „...sledujeme pořady o zvířatech nebo vědomostní, abychom si procvičovali trochu paměť...“ (pan Václav). Několik (3) z dotazovaných seniorů uvedlo, že pokud je to možné, tak rádi chodí na procházky. Chození ven má pro dotazované náznak volnosti a svobody. Jeden z dotazovaných seniorů uvedl, že procházku vynechá jen při velmi špatném počasí. Je to pro něj i čas, kdy se setkává se svými známými.

Někteří (2) z dotazovaných seniorů dodali, že nemohou dělat některé své oblíbené činnosti i když na ně mají konečně dostatek času. Důvodem tohoto problému je zdravotní stav „...to teďka dělat nemůžu, i kdybych chtěl...“ (pan Josef).

Jedna dotazovaná seniorka si postěžovala, že na stáří jí vadí neúcta mladých „...že mě děcka nepustijou v autobusu sednout...a skoro nikdo mi nepomůže...“ (paní Zdena).

Ke stáří dle dotazovaných komunikačních partnerů neodmyslitelně patří zhoršení zdravotního stavu a s tím spojené nemoci. Zdravotní stav ovlivňuje i další oblasti života seniorů. Staří lidé často mluví o svém zdravotním stavu a o tom, jak zasahuje do jiných sfér jejich života. Zdraví je tedy pro seniory zásadní hodnotou, která ovlivňuje jejich ostatní bytí. Je to logický postoj, protože, když budou senioři omezení po zdravotní stránce nebo budou vážně nemocní, způsobí to problémy v ostatních oblastech. Zhorší se kvalita jeho života, nemůže se zapojovat do různých i společenských aktivit, může to mít negativní dopad na jeho psychický stav. Někteří senioři mohou spadnout do pasivního stylu stárnutí. Mezi nejčastějšími zdravotními problémy se objevovaly potíže se zrakem „...ted' nemůžu moc číst, protože se mi zhoršil zrak...“ (pan Lubomír). Jiné (2) dotazované seniorky uváděly potíže s pohybovým ústrojím „...nevadí mi nic až na ty moje nohy, protože nemůžu moc chodit...většinou jezdím na vozíku“ (paní Marie). Paní Jarmila si stěžuje: „...chodím s tím chodítkem nebo s berličkami a někdy potřebuji pomoc stoupnout...“ dále má i problémy s nechutenstvím. Mezi další problémy, které seniory zatěžují a omezují, je zhoršený sluch „...strašně mi to vadí, hlavně při rozhovorech, to musím mít toho člověka po pravý straně, jinak bych mu nic nerozuměla...“ (paní Ludmila).

Obecně stáří představuje pro dotazované seniory čas jejich odpočinku a svobody. Na druhou stranu stáří přináší i nevýhody v podobě nemocí a ztrátě blízkých lidí.

## **4. 2 Rodinné vztahy a domov**

V dalším okruhu jsme se s komunikačními partnery zabývali jejich rodinnými vztahy a domovem. Dobře fungující rodina je pro seniory základem, oporou a představuje pro ně jistotu. Všichni dotazovaní senioři, až na pana Josefa, mají dobré vztahy s rodinou, které přetrvaly i po jejich přechodu do domova pro seniory.

Všichni senioři se těší na návštěvy příbuzných. Ty jsou důležitou součástí jejich života. Pro seniory je významné vidět a cítit zájem o jejich osobu. Jsou potěšeni, když si četnosti návštěv všimne i někdo jiný „...děvčata mi tady říkají, že tady mám nejvíc návštěv...“ (paní Jarmila). Frekvence návštěv je ovlivněna mnoha činiteli jako vzdálenost,

zaměstnání, kvalita vztahů, apod. Většina příbuzných dotazovaných seniorů bydlí v blízkém okolí domova pro seniory. V případě, že bydlí ve větší vzdálenosti, tak často udržují pravidelné telefonické spojení. Některé (2) dotazované seniorky mají dvě děti, z nichž jedno nemá možnost častých návštěv. Je to z důvodu vzdálenosti nebo velkého pracovního vytížení „...dcera mě navštěvuje skoro každý den a syn občas poněvadž má dvě prodejny, takže je hodně zaměstnaněj...“ (paní Marie). V druhém případě je problémem vzdálenost. Četnost návštěv je kompenzována délkou návštěvy „...dcera přijíždí méně často, ale zase tu se mnou zůstane celý den.“ (paní Jarmila).

K důležitým návštěvníkům patří také vnoučata. Větší počet lidí, kterých chodí za seniory, zvyšuje časnost návštěv a kontaktů. Několik (5) z dotazovaných seniorů uvedlo, že se za nimi stavují „...rodina za mnou chodí, vnoučata hlavně o prázdninách...“ (paní Božena) nebo „...někdy přijde dcera, někdy vnučka, podle toho jak jim to vychází v práci...“ (paní Zdena).

Senioři na návštěvách oceňují především to, že stráví čas s nejbližšími. Příjemným komponentem návštěv je domácí strava (buchty, zavařeniny, apod.), které návštěva donese „...dcera vždycky přiveze něco dobrého...já jí říkám, aby nepekla a nic nedělala, jí to dá jen práci, ale má to dobrý...“ (paní Jarmila) nebo „...tak v sobotu dovezl něco dobrého...“ (paní Lubomír).

Návštěvy se odehrávají i mimo domov pro seniory. Často je součástí návštěvy společná vycházka po okolí „...když je počasí jdeme ven do lesíka...“ (paní Ludmila). Dalším, pro mnoho seniorů významným místem, kam je rodina bere je hřbitov „...ve středu přijede syn a jedeme na hřbitov...“ (paní Lubomír). Mnoho (6) dotazovaných seniorů je ovdovělých a je pro ně důležité cítit památku svých nejbližších.

Objevují se i případy (2), kdy jde senior k příbuzným na delší dobu „...jezdím na jeden týden za svojí sestrou, bydlím u ní a pomáhám jí...no a pak se vrátím zpátky sem do domova...“ (paní Božena). Významné je udržení prostorové kontinuity „...někdy mě v sobotu vezmou s sebou na zahradu, když je pěkně...já jsem tam kdysi bývala hodně...všichni se tam sejdeme a je to fajn...“ (paní Zdena). Je dobré, když se senioři cítí potřební a užiteční, že ještě dokáží něco udělat. Důležité je i chození na místa, kde dříve trávili hodně času (jejich obydlí, zahrada, apod.). O tom vždy mluvili s nadšením „...zase jsem se tam podívala...“ (paní Ludmila).

Někteří (3) dotazovaní senioři bydleli před přechodem do domova pro seniory v domácnosti s některým příbuzným. Dvě seniorky žily se svými syny. Vycházeli spolu dobře, ale kvůli velké zaneprázdněnosti synů, odešly do domova pro seniory „...*syn si netroufal nechat mě doma samotnou...*“ (paní Ludmila). Pan Václav bydlel i se svojí manželkou u vnuka. Ukazuje se tedy, že i když senior bydlí u svého příbuzného, neznamená to, že by mohl zůstat ve společné domácnosti. Příbuzní jsou často zaměstnaní a nemají čas a možnosti se o ně starat.

Jeden z dotazovaných seniorů má méně časté kontakty s rodinou. Má dvě dcery, ale s jednou se rozhádal kvůli penězům „...*mladší holka mi jednou sebrala celou výplatu a od té doby se už neukázala...*“ (pan Josef). Druhá dcera mu zde zařídila pobyt. Za tři roky, co tu bydlí, ho přišla navštívit jen párkrát s *vnoučaty* „...*má chlapce a dcerku, ta dodělala bakaláře a šla dál...oni totiž nebydlíjou tady blízko, a proto mě moc nenavštěvují...*“ (pan Josef).

#### **4.3 Motivy pro přestěhování do domova pro seniory**

Jak již bylo zjištěno v první podkapitole, stáří doprovází vznik nemocí a zhoršení zdravotního stavu. A to je nejčastější motiv pro přechod do domova pro seniory. Dotazovaní senioři očekávají kvalitní zdravotní péči „...*šla jsem tam kvůli tomu, že tam jsou ty sestřičky...*“ (paní Zdena) a že jejich rodinám odpadne zátěž, kterou by jim přinesla péče o příbuzného seniora.

Dotazované seniorky (5) shodně uváděly, že nechtěly dále bydlet samotné v domácnosti. Z rozhovorů vyplynulo, že mají strach z nepředvídatelných situací. Měly obavy, že kdyby se jim něco stalo, tak by jim neměl kdo pomoci. S tím souvisela i míra závislosti na rodině. Žádná nechtěla zatěžovat svoji rodinu „...*nechtěla jsem rodině přidělat práci...mohli by přijít o zaměstnání a s tím je teď problém...*“ (paní Zdena). Paní Jarmile přišlo sobecké, kdyby to po někom vyžadovala, a shodně přidává „...*protože dneska, jestli má člověk práci, tak si toho musí považovat...*“. Jiná seniorka uvádí „...*na to já su zas tolik rozumná, že vím, že bych to po nich nemohla chtít...*“ (paní Ludmila). Pro všechny bylo důležité zachovat si autonomii na rodině.

Někteří (2) dotazovaní senioři odešli do domova pro seniory z důvodu zhoršení zdravotního stavu jejich manželky. V obou případech měli strach, že by už sami péči o ně

nezvládali. Nechtěli si objednat pečovatelskou službu, protože by byla nevyhovující „...a objednávali by jsme si tu pečovatelskou službu, tak to je třeba jen na určitý hodiny a když by potřebovala na záchod, tak by tam nikdo nebyl...bylo by to zkrátka nevyhovující...“ (pan Lubomír). Druhý respondent také onemocněl, musel být v nemocnici a o manželku se neměl v tu dobu kdo starat „...tak musela být v léčebně pro dlouhodobě nemocné...a pak jsme šli raději sem...“ (pan Václav). I když bylo příčinou přechodu do domova pro seniory zdravotní stav manželky i po její smrti zde pan Lubomír zůstal „...já jsem tady už ten kolektiv znal, jako kdybych sem už patřil, tak jsem tady jako spokojenej a zůstal jsem tady a jsem tady rád...“, přestože péči o sebe v tu dobu ještě zvládal sám.

Hodně seniorů žije samo a to ovlivňuje jejich kvalitu života. Proto některé je samota velmi tíživá. Zvláště v případech, když už nemohou sami někoho navštěvovat nebo chodit do nějakých seniorských klubů (nedostupnost, neexistence). Izolovanost bývá větší na vesnicích, protože tady často chybí zařízení, do kterých by mohli ještě schopní senioři docházet a dopravní spojení je nedostatečné „...když jsem musela do města k doktorovi, tak to bylo na celý den...k poslední mě musel vozit někdo z rodiny...“ (paní Ludmila). Poloha domova pro seniory znamená méně komplikací s dostupností ke zdravotní péči. Ta se odehrává buď přímo v budově nebo v nedaleké nemocnici. Dalším důvodem pro přesun do domova pro seniory byl pro jiné (2) dotazované seniorky nový kolektiv „...no a abych se dostala do kolektivu lidí stejně starých...“ (paní Zdena). Sociální kontakty jsou ve stáří velmi důležité. Proto je dalším významným motivem možnost dostat se do společnosti jiných lidí. Druhé seniorce se k tomu přidaly i problémy s financemi „...po smrti manžela jsem se cítila sama...taky mi pořád zvedali nájem a já jsem to nemohla sama uplatit...“ (paní Božena).

Jedním z impulzů pro přestěhování bylo doporučení praktického lékaře. Bylo to ve dvou případech, kdy lékař navrhl změnu pobytu „...paní doktorka nám doporučila jít radši do domovu...“ (pan Lubomír). V druhé, případě to bylo spíše nařízení „...já sem byl několikrát v nemocnici se srdíčkem a doktor mi řekl, že nemůžu být doma sám...“ (pan Josef).

Nejvýznamnějšími faktory pro přestěhování do domova pro seniory byly osamocení a na ně navazovali obavy z nepředvídatelných situací. Senioři se často báli, že by jim v případě nouze nikdo nepomohl. Z rozhovorů vyplývalo, že posledním impulzem bylo vědomí, že zda ještě zůstanou sami nebo u svých rodin, špatně to dopadne. Nebylo to sice přímo řečeno, ale plynulo z toho, že pro většinu z nich byl rozhodujícím impulzem strach o svoji osobu. Jedním z dalších motivů je finanční stránka a dostupnost služeb. Mají tu

komplexní servis - ať se týče péče o jejich osobu, stravu či ubytovací komfort. Tím jim po přechodu do domova pro seniory odpadlo hodně úkolů, které už nezvládali nebo jim zabírali celý den.

#### 4. 4 Obavy a adaptace na pobyt v domově pro seniory

Příchod do domova pro seniory je důležitým mezníkem v životě seniora. Mezi nejčastější důvody přestupu se řadí zhoršující zdravotní stav, obava či strach ze samoty a nemožnosti přivolat pomoc v případě potřeby, snižující se soběstačnost a potřeba pomoci v různých oblastech života. Samotný příchod znamená velkou zátěž, kterou každý senior zvládá jinak.

Většina dotazovaných seniorů se pro odchod do domova pro seniory rozhodla sama. Někteří (3) senioři se o tom radili se svými blízkými „...*tak jsme to prodiskutovali s rodinou...*“ (pan Lubomír). Rodina seniorům často pomáhala s vybíráním vhodného domova „...*moje dcera bydlí blízko a má tady známou, tak mi to tu domluvily...*“ (paní Marie).

I když mi většina dotazovaných seniorů odpověděla, že se téměř ničeho nebáli, v hloubi duše se u nich v době nástupu určitě nějaké obavy objevily. Je to velmi náročná situace. V jeden den, jednom okamžiku ztratí vše, co celý život budovali – domov.

Jednou z obav je ubytování a kapacita pokojů. Většina dotazovaných seniorů dává přednost jednolůžkovému pokoji. Jen jedna dotazovaná seniorka bydlí v dvojlůžkovém pokoji s někým, koho dříve neznala „...*se spolubydlící vycházím dobře...většina lidí tady chce bydlet samo, ale já su za společnost ráda...*“ (paní Ludmila). Pan Václav také bydlí ve dvojlůžkovém pokoji, ale žije se svojí manželkou, takže zde není žádný problém se zvykáním si na jinou osobu. I další z dotazovaných seniorů do domova přišel se svojí manželkou. Po její smrti byl na pokoji s jiným klientem, jakmile to bylo možné, tak se odstěhoval na samostatný pokoj „...*každý máme jinou povahu a jsme jinak zvyklí na hygienu...ne že by sme se hádali, ale někdo je pořádnější, někdo je nepořádnější a to mi vadí...*“ (pan Lubomír). Jednolůžkové pokoje zachovávají větší soukromí a intimitu a předchází vzniku případných rozporů a neshod, které se objevují nejčastěji ve vícelůžkových pokojích. Další obavou, která se týkala

ubytování, byl nevyhovující *pokoj „...že mě dají do blbýho bytu, někde je prý zima a rachot...všechno se, ale dobře vyřešilo...“* (paní Zdena).

Další obavou, kterou zmínila jedna z dotazovaných senierek, je přijetí kolektivem. Jedním z důvodů, proč se senioři stěhují do domova pro seniory, je právě společnost. Už nechtějí být stále samotní. Někdo může mít z nového kolektivu strach „...slyšela jsem, že tam ty baby pomlouvají jedna druhou...a bála jsem se, jestli mě přijme ostatní kolektiv...“ (paní Zdena).

Adaptace je proces, během kterého si senior zvyká na život v novém prostředí. Senior se musí seznámit s jiným denním režimem, zvyknout si na přítomnost cizích osob – ostatních klientů a členů personálu a musí se adaptovat na zhoršení zdravotního stavu či s jinou situací, která je příčinou přechodu do domova pro seniory.

Proces adaptace je velice individuální. Důležitou roli v ní má osobnost klienta či spokojenost s naplňováním potřeb. Někteří klienti potřebují k úspěšnému srovnání s nastalou situací dostatek času, jiní mohou potřebovat pomoc druhých lidí (rodina, personál).

Všichni (3) dotazovaní senioři se do domova pro seniory přestěhovat nechtěli „...já bych sem nešel, ale dcera to zařídila, šlo to rychle...ale už sem si zvykl...“ (pan Josef). Ve dvou případech se tak stalo kvůli zdravotnímu stavu manželky „...myslel jsem, že dožijeme stáří doma...“ (pan Lubomír) nebo „...to víte, že se nám sem nechtělo, ale nic jiného nám nezbylo...“ (pan Václav). Na druhou stranu se oba shodují, že pro ně byla lehčí adaptace na nové prostředí, protože ji neabsolvovali sami, ale s partnerkami „...výhodou bylo, že jsem sem šel společně s manželkou...myslím, že pak je to zvyknutí si tady lepší, když tu člověk má někoho blízkého...“ (pan Václav). Druhý senior popisuje situaci takhle „...my jsme furt jako byli spolu, tak nám to ani nepřišlo...rychle jsme si zvykli, neměli jsme žádnéj problém...“ (pan Lubomír).

Několik (2) dotazovaných senierek se adaptovalo dobře a rychle. Významným faktorem pro adaptaci je přítomnost známých lidí „...zvykla jsem si hned...mám tady dlouhodobou kamarádku a 6 spolužáků ze třídy, kteří mi to tu všechno ukázali...“ (paní Zdena). Paní Zdena se dokonce na pobyt zde těšila „...doufala jsem, že to bude co nejdřív...už sem nechtěla být sama doma...“. Další znala někoho z personálu „...dcera tu má známou, která mi to domluvila...ta mi tu hodně pomohla...“ (paní Marie).

Jiné (3) dotazované seniorky si na pobyt v domově pro seniory zvykaly delší dobu. Jedné pomohla spolubydlící „...chvilku jsem se teda sžívala, ale se sousedkou dobře

*vycházíme, tak to mi tady pomohlo...*“ (paní Ludmila). Přestěhování nesla špatně i další seniorka, které adaptace trvala asi půl roku. Její situace bylo o to citlivější, že byla krátkou dobu vdova „*...stěhovala jsem se pár měsíců po smrti manžela a ještě jsme musela opustit svůj domov...bylo to hodně změn v krátké době...*“ (paní Božena). Přizpůsobit se změně dalo práci i poslední seniorece „*...taková změna prostředí, to je dost těžký dostat se do kladného postoje, ale tak zvládla jsem to...*“ (paní Jarmila).

#### **4. 5 Služby v domově pro seniory**

Příchod do domova pro seniory je mnohdy velmi stresující a náročný, proto hraje první kontakt velmi důležitou roli. Ten se odehrává s personálem a zařízením domova.

Dotazovaní senioři hodnotili personál kladně a pozitivně. Chválí si jejich ochotu kdykoliv s čímkoliv pomoci. Na tomto faktu se shodlo sedm dotazovaných seniorů „*...když něco potřebuju, tak mi se vším pomůžou...*“ (paní Božena). Mezi pracovníky a klienty domova pro seniory se někdy vytváří zvláštní, v některých případech i bližší vztah „*...já už tady říkám sestřím sestřičky, ale pečovatelkám říkám např. paní Jano...už jako kdybych byl doma...*“ (pan Lubomír). Podle několika (3) dotazovaných seniorů jsou sestřičky hodné a vstřícné „*...děvčata přijdou a popovídají si se mnou...*“ (paní Ludmila). Personál je schopný reagovat i na nepříjemné skutečnosti. Jedna z dotazovaných seniorek měla negativní zkušenost se sousedem „*...soused na mě pořád zvonil a obtěžoval mě...nakonec to musela vyřešit sestřička..*“ (paní Zdena).

Výjimku tvořil pan Josef, který má výhrady k chování zaměstnanců „*...tady trvá někdy až hodinu, než někdo přijde...a pak to pokřikování po chodbách...*“ (pan Josef). Jako jediný z dotazovaných není spokojený ani se službami místního lékaře „*...doktor je tady na baterky...poslouchá na jedno ucho...je tady jen dvě hodiny jeden den v týdnu...*“ (pan Josef). Jedna z dotazovaných seniorek si postěžovala, že se zhoršila rehabilitační péče „*...paní, co se mnou cvičila, je po operaci rukou, tak se mnou cvičí někdo jinej, ale míň, což mi vadí...*“ (paní Jarmila).

Služby jako je stravování, úklid a praní prádla byli oceněny všemi seniory velmi dobře. Několik (5) dotazovaných seniorů si chválilo jídlo „*...jak tady vaří, tak jsme vařili doma...*“ (pan Lubomír). Další uvádí „*...na jídle se dá s něma domluvit...nejím ryby, a tak mi*

*je nedávají a mám něco jiného...*“ (pan Václav). Se všemi „domácími“ pracemi jsou zde spokojeni „...nemůžu si na nic stěžovat...“ (paní Ludmila).

Domov pro seniory poskytuje také hodně aktivizačních činností. Nejvíce byli dotazovanými seniory zmiňovány různé společenské akce. Ty jsou mnohdy doprovázené hudbou „...často máme nějaký zpívánky s kytarou nebo přichází harmonikář, tam bejvá hodně lidí...mě se nějak změnil hlas, tak tam du, ale jenom si to poslechnu...“ (pan Josef). Mezi další akce, které se zde pořádají, patří i přednášky „...snažim se toho hodně navštěvovat, abych úplně nezakrněla...“ (paní Marie). Jedna seniorka měla k přednáškám výhrady. Podle ní by se mělo rozšířit jejich repertoár „...jsou většinou jen o zdraví a nemocech, uvítala bych nějaké třeba z historie města...“ (paní Zdena). Často jsou také navštěvovány rukodělné dílny. Ty jsou podle několika (4) seniorek dobré na zachování jemné motoriky a je to i poklidný způsob, jak si ukrátit čas „...my tam posedíme, povykládáme a ještě něco vyrobíme...“ (paní Božena). Z rehabilitačních aktivit zde probíhají oblíbené perličkové koupele „...právě jsem dokončila koupelovou kůru...“ (paní Jarmila), cvičení taichi „...když mi to zdravotní stav dovolí, tak chodím do taichi...“ (paní Marie).

Několik (2) z dotazovaných seniorů měli k aktivizačním činnostem nějaké poznámky. Paní Zdena by v program uvítala i procvičování paměti. Když byla doma, tak chodila do klubu, kde řešili nějaké příklady „...tady v dílně jen něco vyrábíme...“ (paní Zdena). Druhý zmiňovaný senior navrhoval zařazení pracovních činností na zahrádce „...tady chybí práce třeba na zahrádce...takhle cvičit rukama...vezmu motyku a zkusím to...“ (pan Josef).

Všichni dotazovaní senioři jsou, až na pár výtek, s chodem domova pro seniory spokojeni. Nabídka i výkon služeb jsou celkově vnímány velmi dobře. Nikdo z dotazovaných nezaujímal ryze negativní postoj. Všichni vnímají prostředí domova pro seniory jako domácí.

#### **4. 6 Sociální kontakty**

Vztahy s okolím jsou jednou z okolností, která seniorům pomůže rychleji se zadaptovat a začlenit se do kolektivu. Nález blízké osoby seniorům často pomůže překonat příchod do domova pro seniory.

Prostředí domova pro seniory je ideální možností pro navázání nových kontaktů. Nejvhodnější situace k seznámení jsou různé společenské akce, které domov pořádá. Někteří

(6) senioři se shodují, že na takovéto akce přichází hodně lidí „...pořádají se různá posezení, někdy má nějaké téma jindy je to třeba oslava narozenin či svátku....“ (pan Václav). Někdy se koná výlet např. turistickým vláčkem nebo posezení ke dni matek „...to jsou taky oblíbený akce...“ (paní Zdena).

Navázat nové blízké kontakty nebo více prohloubit vztahy se známými lidmi se podařilo jen třem dotazovaným seniorům. Jednu seniorku nové přátelství, které navázala v klubovně, motivovalo k naučení se nové *dovednosti* „...seznámila jsem se se dvěma babičkami, které obdivuji, když pletou nebo háčkují...chystám se koupit si vlnu a naučit se to od nich...“ (paní Zdena). Další senior prohloubil vztahy se svým dávným přítelem, který se také přestěhoval do domova pro seniory „...pomohl jsem mu to zařídit, jemu už je 90...my si tady pomáháme, to zas jo...“ (pan Josef). Dvě seniorky tu navázaly pevná přátelství. S kamarádkou se schází skoro každý den. Navštěvují se, dají si kávu a vykládají spolu „...já k sobě nikoho nezvu, jen ji a rodinu...“ (paní Božena). Někdy společně vyráží do klubu nebo na vycházku. Jiné (3) dotazované seniorky se nejčastěji baví se spolubydlící nebo blízkými sousedkami „...naproti s paní se občas bavíme...přijede, postěžuje si a zase jede pryč...“ (paní Jarmila).

Většina dotazovaných seniorů si vytvořila v domově spíše povrchní kontakty. Shodně uvádí, že s nikým nemají problém. Když se s někým potkají např. na chodbě, tak spolu krátce pohovoří, ale tyto známosti nepovažují za nějak výjimečné.

Zajímavý je pan Lubomír, který v domově navázal letmé kontakty. Vytvořil si větší vazby na lidi, které potkává mimo domov pro seniory. Důležitou roli při tom hrál fakt, že se s nimi seznámil na pravidelných procházkách, které vykonává skoro každý den „...potkáme se venku, tak si popovídáme...“ (pan Lubomír).

Přechod do domova pro seniory velmi často způsobí ukončení kontaktu s některými blízkými osobami. Je to z důvodu změny bydliště, která může být spojena s přesídlením do jiného města. Dotazovaní senioři, kteří měli své známé stejného věku v místě předchozího bydliště, už nemají možnosti se s nimi stýkat. „...už se nevidám s kamarádkami z vesnice...je to sem daleko a nemají se sem jak dostat...“ (paní Marie)

Celkově z rozhovorů vyplývá, že zde dotazovaní senioři nenavázali mnoho kvalitních přátelství. Většina sociálních kontaktů je na povrchní úrovni. Přesto jsou všichni senioři rádi, že se dostanou do společnosti a nejsou stále samotní. Když chtějí, tak vyrazí, když ne, tak zůstanou na pokoji, kde mají klid a soukromí.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala uvažováním o stáří v domácím prostředí a v prostředí domova pro seniory u seniorů se sníženou soběstačností. Nejdříve byly v konceptuální části vysvětleny pojmy spojené se stářím a hlavní změny, které stáří přináší. Mezi ně řadíme změny psychické, fyzické, sociální a ekonomické a duchovní. Dále je zde popsána osoba v prvním stupni závislosti, souvislosti spojené s přechodem do domova pro seniory a adaptace na pobyt v domově pro seniory. Druhá kapitola je zaměřena na vývoj péče o seniory na Českém území od počátku 20. století. Tato kapitola zahrnuje popis péče v domovech pro seniory a v domácím prostředí.

Cílem práce bylo pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjistit pohled seniorů na stáří a tyto poznatky dále vyhodnotit pomocí kódování a metodou vytváření trsů. Rozhovory byly provedeny v domově pro seniory.

Výzkum přinesl následující závěry, které byly získány při spolupráci s komunikačními partnery. Z nich se ukazuje, že senioři vnímají stáří jako dobu, kdy nemusí chodit do práce a mají dostatek času na své koníčky, který předtím neměli. Někteří ho tráví procházkami či schůzkami s přáteli, poslechem hudby či četbou. Další oblíbenou činností jsou rukodělné práce v dílnách domova pro seniory pro procvičení jemné motoriky, luštění křížovek pro bystření paměti nebo odpočinkové sledování televize.

Mezi nevýhody stáří zahrnují hlavně nemoci. Ty zasahují téměř do celého těla. Zdravotní obtíže seniora často velmi limitují. Mnohdy ovlivňují i jejich sociální život tím, že se nemohou účastnit různých společenských akcí či mají problémy s komunikací. Časté byly problémy s pohybovým aparátem. Ten ovlivňoval život dvou senierek. Dva respondenti poukazovali na problém se zrakem. Jednomu to znemožňovalo jeho oblíbenou činnost - četbu. Jedné respondentce ztrpčovala život porucha sluchu, což jí vadilo při rozhovorech s ostatními lidmi. Jako další nevýhody stáří označovali nemohoucnost dělat některé náročnější koníčky nebo neúcta mladých lidí projevovaná seniorům.

Po přechodu do domova pro seniory se pohled na stáří respondentům nezměnil. Několik senierek poukazovalo na výhody, které jim přechod přinesl. Mezi ně patřilo hlavně možnost být v kolektivu stejně starých lidí a aktivity, které domov pro seniory nabízí.

Druhou zkoumanou oblastí byly rodinné vztahy komunikačních partnerů. U většiny dotazovaných seniorů se vztahy s rodinou nijak nezměnily. Často se s nimi vídají a jsou v kontaktu. Navštěvují je v domově pro seniory a někdy je vezmou mimo domov. Jedna seniorka dokonce navštěvuje svoji sestru na celý týden. Jeden z dotazovaných seniorů s rodinou do kontaktu moc nepříjde. S jednou dcerou je ve sporu a druhá nebydlí v blízkosti domova pro seniory.

Třetí oblast tvořily motivy spojené s odchodem do domova pro seniory. Nejdůležitějším důvodem pro přechod dotazovaných seniorů do domova pro seniory bylo zhoršení zdravotního stavu a rizika spojená se samostatným bydlením. Mnohdy měli strach, že jim v případě potřeby nebude mít kdo pomoci. Významným faktorem pro přestěhování bylo, že nechtěli zatěžovat svoji rodinu. Báli se, že by mohl pečující přijít o práci a to by byl velký problém. Často nechtějí být závislí na rodině a přidělovat jim práci. Druhým nejčastějším důvodem byla pro více než polovinu seniorů samota.

Další podkapitola se zabývala přechodem do domova pro seniory. Adaptace probíhala u většiny dotazovaných seniorů dobře. Důležitým aspektem bylo, jestli měli v domově pro seniory již nějaké známé, přicházeli do nich současně s partnerem a četnost návštěv rodiny. Dvě dotazované si na život v domově zvykaly delší dobu. Důvodem bylo opuštění známého prostředí. U jedné seniorky hrála roli i nedávná smrt manžela.

Půlka komunikačních partnerů nepocítovala při nástupu do domova pro seniory žádné obavy. Senioři se nejvíce obávali ubytování a toho, zda bude soužití s cizím člověkem probíhat dobře. Nakonec bydlí většina seniorů v jednolůžkovém pokoji a jsou spokojeni. Jedna seniorka se obávala pomluv a přijmutí do kolektivu ostatních obyvatelů domova pro seniory.

Pátou zkoumanou oblastí byly služby domova pro seniory. Všichni dotazovaní senioři se shodli, že jim péče v domově pro seniory vyhovuje. Jednou z největších výhod bydlení v domově pro seniory jsou aktivity, které jim nabízí. Jedná se o různé rukodělné činnosti v dílnách, přednášky, cvičení či perličkové koupele. Chválí si stravu a celkový servis (praní prádla, úklid). Senioři se zde cítí bezpečněji. Neobávají se, že by se v případě nutnosti nedovolali pomoci. Jeden respondent přeci jen má k péči nějaké výhrady. Vadí mu

pokřikování po chodbách, dlouhá doba, než za ním přijde někdo po jeho signalizaci a péče doktora, který do domova pro seniory dochází jen jednou týdně. Dále by do programu rád zařadil nějaké venkovní práce na zahradě. Jedna respondentka by přivítala více přednášek na jiné téma, než jsou zdraví a nemoci, například z historie města.

Poslední podkapitola se zabývala sociálním životem komunikačních partnerů. Co se týká navazování nových kontaktů, tři senioři si vytvořili nové vztahy nebo prohloubili již vzniklé vazby s lidmi, které už znali a nyní se opět setkali v domově pro seniory. Polovina dotazovaných seniorů navázala spíše povrchní vztahy. Většinou se jednalo o sousedky. Jeden senior si vytvořil kontakty spíše se seniory z okolí, které potkává při svých každodenních procházkách (tady se ukazuje v minulosti opomíjený význam umístování domovů pro seniory do prostředí běžné zástavby).

Výsledky výzkumu mohou využít pracovníci pomáhajících profesí věnující se zdravotně sociální problematice týkající se seniorů. Výzkum zjistil, že pro seniory jsou důležité oblasti života, které se týkaly rodiny a zdravotního stavu. Pracovníci by měli těmto tématům věnovat pozornost. Například tam, kde rodina plní svoje funkce nedostatečně a vztahy v ní jsou narušeny, by měl pracovník hledat alternativní řešení (např. spolupráce s dobrovolníky).

Je potřeba uvědomovat si, že tato zařízení jsou pro seniory ve většině případů posledním domovem a že jejich názory jsou pro ně životně důležité a vedou ke zkvalitnění jejich života. Jako podmětné vnímám připomínky paní Zdeny a pana Josefa k činnostem, které by se mohli zařadit do chodu domova pro seniory. Myslím, že o práci venku by mohl být zájem, protože tady skoro každý měl zahradu a byl zvyklý na ní pracovat. Několik dotazovaných se o ní zmínilo. Bylo by to i dobré propojení s dřívějším životem.

Problematika tzv. stárnoucí populace patří v současné době mezi aktuální témata, a proto si myslím, že je důležité věnovat této oblasti více pozornosti. Využívání institucí jako alternativy domácí péče se neustále navyšuje, ale i přesto je potřebné zprostředkovávat informace týkající se stáří, stárnutí a institucionální péče široké veřejnosti. Rozšíření povědomí o tomto období bude přínosné nejen pro seniory.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Aronová, K. (2008). *Dobrovolnictví v domovech pro seniory. Příklady dobré praxe*. Praha: Hestia.
- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Dohnalová, M. (2014). Etické výzvy fenoménu demence. *Sociální služby*, č. 2, str. 17-21.
- Dohnalová, Z., Hubíková, O. (2013). *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně*. Brno: Masarykova univerzita.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Glosová, D. a kol. (2006). *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA group.
- Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team
- Hrozenská, M. a kol. (2008). *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko.praktické východiská*. Martin: Osveta.
- Hudáková, A., Majerníková, E. (2013). *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
- Jeřábek, H. a kol. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Kitchen, P. (2011). Socio-spatial patterns of home care use in Ontario, Canada: A case study. *Health & Place*, č. 1, s. 195-206.
- Kopecká, K., Jobbágyová, D., Korcová, M., Mikušová, D. (2008). *Zdravotnická etika 2. vydání*. Martin: Osveta.
- Klevetová, D., Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.

- Matoušek, O. a kolektiv. (2007). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče*. Praha: SLON.
- Millward, C. (1999). *Caring for Elderly Parents*. *Family Matters*, č. 52, s. 26-30.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- MPSV (2013). *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. Praha.
- Pidrman, V., Kolibáš, E. (2005). *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing
- Sak, P., Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON.
- Trpišovská, D., Vacínová, M. (2006). *Ontogenetická psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
- Vadurová, H., Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vágnerová, M. (1999). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing
- Vidovičová, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Mezinárodní politologický ústav Masarykovy univerzity.
- Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- Wissmann, P., Gronemeyer, R. (2008). *Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift*. Frankfurt.
- Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.