

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta

Bakalářská práce

Adaptace seniorů při nástupu do DSS

Vypracovala: Řenčová Jana

Vedoucí práce: Mgr. Josef Nota Ph.D.

Studijní obor: Pedagogika volného času (KS)

2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 28. 3. 2023

.....
Jana Řeňčová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Josefu Notovi Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, za inspiraci, cenné rady a za velkou podporu a ochotu. Mé poděkování také patří všem, kteří se mnou během výzkumu spolupracovali. Děkuji mnohokrát i svým blízkým a přátelům za podporu v průběhu celého studia.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 5 |
| Teoretická část..... | 7 |
| 1 Charakteristika stáří a stárnutí | 7 |
| 1.1 Změny ve stáří..... | 8 |
| 1.2 Různé druhy reakcí na stáří | 8 |
| 2 Potřeby u seniorů..... | 10 |
| 2.1 Smysluplnost života u seniorů..... | 10 |
| 3 Mýty o stáří..... | 12 |
| 4 Ageismus | 15 |
| 5 Příprava na seniorský věk | 17 |
| 6 Sociální služby..... | 19 |
| 6.1 Domovy pro seniory | 20 |
| 6.2 Nástup a adaptace v zařízení | 20 |
| 6.3 Ošetřující personál..... | 22 |
| Praktická část | 24 |
| 7 Seznámení se zařízením | 25 |
| 7.1 Aktivizační činnost v zařízení DSS..... | 25 |
| 8 Průběh výzkumu..... | 26 |
| 8.1 Cílová skupina..... | 26 |
| 8.2 Představení klientek | 27 |
| 8.3 Cíl výzkumu | 28 |
| 8.3.1 Nový domov | 28 |
| 8.3.2 Životní rozhodnutí..... | 29 |
| 8.3.3 První den..... | 30 |
| 8.3.4 První měsíce v zařízení..... | 31 |
| 8.3.5 Samota nebo společnost | 33 |
| 8.3.6 Malá přání..... | 34 |
| 8.3.7 Navazování vztahů v zařízení..... | 34 |
| 8.3.8 V den rozhovoru | 36 |
| 9 Diskuse..... | 38 |
| Závěr..... | 41 |
| Použitá literatura..... | 42 |
| Přílohy | 43 |
| Abstrakt..... | 44 |
| Abstract..... | 48 |

Úvod

Stárnutí je zkušeností, se kterou se dříve nebo později potká každý z nás. Pokud nezemřeme v mladém věku, bude stárnutí jistota našeho konce života. Stárne vše okolo nás. Živá příroda, naši rodiče, naše děti, příbuzní i přátelé. Stárnutí je etapou života, které se každý bojí. Úbytek sil, změna vzhledu, ztráta psychických schopností a životních jistot. Před námi zeje hrůzná představa konce života a smrti. Máme najednou tak málo času. Tak málo času na to, abychom začali znovu. Obáváme se také dalšího fenoménu stáří, a to samoty. Plíživě si připouštíme strach z budoucnosti, strach z vyřazení z pracovního kolektivu. Už nebudeme patřit mezi produktivní osoby a společnost nás přestane vnímat. Budeme neviditelní důchodci. Lidé, kterých si dnes naše společnost soustředěná pouze na výkon vůbec neváží. Také se bojíme nemoci a bezmoci. Toho, že nedokážeme být samostatní, budeme na někom závislí a rodině budeme jen přítěží. A proto přesto, že většina z nás by si přála zemřít doma, uchylujeme se do zařízení, která mají náš strach z konce o samotě a nemohoucnosti vyřešit.

Pracuji jako instruktor nepedagogické péče (aktivizační pracovník) v DSS (domově sociálních služeb), pobytovém zařízení pro seniory a zdravotně postižené. Často vidím při přijímání v očích nových starších klientů smutek, rezignaci na život a strach z nepoznaného. Přicházejí ve chvílích, kdy se jim život změnil k nepoznání. Ze soběstačného a aktivního jedince se náhle stává „někdo“ sám sobě cizí. Sami klienti se nepoznávají. Zkuste si i vy vyzkoušet, jaké je to být ve stejné situaci. Sedněte si do svého pokoje na židli. Rozhlédněte se kolem a buďte chvíli spokojeni se vším, co okolo sebe máte, jste u sebe doma. A teď oči zavřete a představte si, že je všechno pryč. Všechno, co jste okolo sebe nashromáždili, všichni přátelé, vaše životní jistoty, jako je partner, možnost sám o sobě rozhodovat a sám si určit rozvrh svého denního času. Zkuste si představit, že vás téměř neposlouchají ruce a nohy, na váš pokyn se téměř nezvednou. Cítíte se slabí a unavení. Na to, co byste chtěli, nemůžete dosáhnout. Jak velká je to radost, když můžete oči otevřít a všechno je zase zpátky. Váš životní prostor, rodina, přátelé, správný pohyb končetin, ale hlavně je zpět rozhodování o sobě samém. Rozhodování o svém volném čase, o tom, co si dáme k jídlu, kdy půjdeme spát, s kým se budeme přátelit, kdo s námi bude žít v naší těsné blízkosti v jednom pokoji. Možností vlastního rozhodování je nekonečně mnoho a o tyto možnosti jsou senioři nástupem do zařízení obráni, případně jsou tyto možnosti značně zúženy.

Ve své bakalářské práci se proto zabývám nástupem seniorů do domova sociálních služeb (DSS) – jejich adaptací, tím, co seniorům v adaptaci pomáhá, jakým problémům musí během adaptace čelit.

Tato práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou (výzkumnou). V teoretické části se zabírám pojmy, jako je stáří a stárnutí, a také změnami, které je provázejí, dále potřebami seniorů i smysluplností jejich života, přípravou na stáří a různými reakcemi seniorů na toto období. Pozastavuji se nad mýty o stáří a ageismem, jež se stále šíří i v dnešní moderní době. Ke konci teoretické části představuji sociální služby pro seniory a přibližuji nástup do zařízení. Také se věnuji ošetřujícímu personálu, a to z důvodu velkého vlivu tohoto faktoru na adaptaci seniora v zařízení.

V praktické části se snažím pomocí kvalitativního výzkumu odpovědět na stanovené výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jakým způsobem prožívají samotní senioři nástup do DSS?

Dílčí výzkumné otázky:

Jakým problémům senioři při nástupu do DSS čelí?

Preferovali by senioři při nástupu jednolůžkový pokoj?

Teoretická část

1 Charakteristika stáří a stárnutí

Definice stárnutí jsou nejednotné a různorodé. Obecně je stárnutí (senescence) prezentováno jako hromadění různých škodlivých změn. Změny, které stárnutí provázejí, se postupně hromadí v buňkách a tkáních a jsou zodpovědné za zvýšené riziko onemocnění a úmrtí. Dle Ondruškové (2011) lze uvést: „Různost teorií nabízí možnost vysvětlení procesu stárnutí z různých aspektů. Ve zmíněných hypotézách převažuje biologický pohled na stárnutí. Biologické teorie tvoří jednu ze dvou hlavních skupin teorií, druhou skupinou jsou sociální teorie stárnutí. Mezi nejčastěji uváděné sociální teorie patří teorie aktivity, teorie neangažovanosti a teorie kontinuity a diskontinuity. Přes množství teorií stárnutí můžeme konstatovat, že podle posledních poznatků je stárnutí dějem multifaktoriálním, na němž se podílejí genetické vlivy a faktory zevního prostředí.“¹

H. Příbyl zmiňuje, že stárnutí „je komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí. Hovoří se o vzájemně propojených procesech biologického, psychologického a sociálního stárnutí“.²

D. Dvořáčková popisuje pojem stárnutí jako souhrn „změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. Stárnutí je tedy součtem změn, kterým podléhá organismus v průběhu času. Tyto změny však nenastupují synchronně, ale jak uvádí Muhlpachr, stárnutí je individuální a asynchronní a jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Dle Pacovského lze považovat stárnutí za přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím“.³

Pro základní shrnutí je stárnutí nevyhnutelným celoživotním biologickým procesem, na jehož konci očekáváme stáří. Stáří je proto přirozeným dovršujícím procesem vývoje člověka, který je spojen se zvýšeným množstvím nemocí a hrozbou ztráty soběstačnosti.⁴ V procesu stárnutí se dají vyzorovat charakteristické změny a znaky stejně jako individuální rozdíly. Všechny tyto změny organismu se projevují zvýšenou zranitelností a klesá i výkonnost stárnoucích jedinců.

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „stařecký věk“ neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává dobře viditelné při srovnání s předešlým životním obdobím seniora. Uvedené vymezení stařeckého věku lze však aplikovat jen na určitou skupinu seniorů, u kterých je stáří nepřehlédnutelné. Z tohoto důvodu se v současné době používá následující dělení:

45–59 let je střední nebo též zralý věk.

60–74 let je vyšší věk nebo rané stáří.

75–89 let je stařecký věk neboli senium, vlastní stáří.

90 let a výše je již dlouhověkost.⁵

¹ ONDRUŠKOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 15–16.

² PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*, s. 9.

³ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 9.

⁴ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, s. 15.

⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 20.

1.1 Změny ve stáří

Lidé ve věkové skupině nad 75 let již většinou vykazují snížení sil psychických i fyzických. Nastupují nepřehlédnutelné změny. Stáří se stává viditelné. Je dobře znatelné ve tvářích, na hřbetech rukou, kde se více objevují vrásky a kůže pigmentuje. Objevuje se v gestech a v chůzi. Pružnost svalstva již klesá. Pohyby jsou zpomalené, postava se nachyluje a zmenšuje. Dochází i ke stárnutí smyslů. Také psychika není ušetřena involučního procesu. Starý člověk nevnímá ostře. Hůře vidí i slyší, proto se hůře orientuje v praktickém životě. Mladší generace mluví pro něj buď příliš tiše a nezřetelně, nebo rychle, starší člověk tak není schopen pochytit základ sdělení.⁶

Dle Dvořáčkové dochází u stárnoucího člověka také k psychickým změnám, dokonce ke změnám osobnosti seniora. Do popředí se mohou dostávat negativní vlastnosti a rysy osobnosti. Pokud dochází k těmto viditelným změnám, je občas pro rodinu těžké rozlišit změny způsobené pouze stárnutím od blížící se duševní poruchy. Biologické, psychologické a sociální změny spojené se stárnutím mají často jako následek vyčleňování starších lidí ze společnosti. U velkého procenta seniorů dochází ke zvýšené úzkostlivosti a strachu z osamělosti. Všechny tyto skutečnosti komplikují možnost navazování nových partnerských nebo přátelských vztahů.⁷

Přes tyto výše uvedené znaky by posuzování stáří nemělo být pouze záležitostí reálného věku, ale měl by být brán zřetel především na určitá subjektivní kritéria. Přece jenom „je nám tolik, na kolik se cítíme“. Přehled možných měřítek pro určování věku, o němž bychom mohli říct, že se jedná o stáří, uvádí Křivohlavý.

„Kritérii mohou být:

- *chronologický věk,*
- *biologický stav organismu,*
- *psychické zdraví,*
- *kognitivní výkonnost,*
- *sociální kompetence a produktivita,*
- *kvalita sebeovládání,*
- *spokojenost se životem.*“⁸

Důležitý je samozřejmě aktivní život seniora. Výbornou aktivitou je i celoživotní vzdělávání, popřípadě univerzita třetího věku.

1.2 Různé druhy reakcí na stáří

Podle Malíkové je vztah jednotlivců a zaujímání jejich postojů ke svému stárnutí i stáří hodně rozmanitý a pestrý. Je časté, že lidé zaujímají postoj ke stáří podle svých schopností, které se projeví již dříve během života. Záleží na předchozím zvládnutí náročných situací a vypořádání se s nimi, hlavní je, jak se člověk na dané situace posléze adaptoval.⁹

⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 2010, s. 31.

⁷ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 14.

⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 83.

⁹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, s. 24.

- Podle společných znaků byly reakce na stáří typologicky rozděleny do pěti oblastí:¹⁰
- 1) **Strategie konstruktivnosti** – je nejlepší formou adaptace na stáří. Člověk většinou zůstává soběstačným, přijímá stáří vyrovnaně a zůstává otevřený, přizpůsobivý a tolerantní. Nedělá mu problémy dále lehce navazovat vztahy s ostatními lidmi a budoucnost vyhlíží přes všechny překážky jako optimistickou. Protože postrádá obvyklou stařeckou mrzutost, sebelítost a vztahovačnost, přijímá ho okolí jako celkem milého staršího člověka. Při příjmu do pobytového zařízení je nejlepší strategií. Jedná se o člověka milujícího všechny akce v zařízení, rád je mezi lidmi, navazuje dobře přátelství a má většinou i dobré vztahy s personálem zařízení.
 - 2) **Strategie závislosti** – je nejčastěji viditelným přístupem starších lidí ke stáří. Jedná se o vynucování si pomoci a péče na okolí. Člověk využívá svou nemoc a jiné obtíže k manipulování s okolím. Tento člověk si většinou nejraději užívá klidné rodinné zázemí, pohodlí všeho druhu a je přesvědčen, že ostatní jsou tu od toho, aby o něj pečovali. Po nástupu do zařízení nemají tito lidé vůli k procvičování samostatnosti. Neustále si na něco stěžují a vyžadují zvýšenou pozornost zdravotního personálu a ostatních spolubydlících.
 - 3) **Strategie obranného postoje** – jsou to většinou lidé, kteří podřídili život honbě za kariérou, lidé s ambicemi. Tito těžce snášejí své stárnutí a ztrátu výsadního postavení, které většinou bývá závislé na zaměstnání. Tento člověk se brání odchodu do důchodu, snaží se za každou cenu udržet svoji soběstačnost a do důchodu odchází až v případě donucení okolnostmi. Ztráta soběstačnosti je zde většinou velmi traumatickou zkušeností, lidé jsou pak v pobytovém zařízení velmi negativní a apatičtí. Ztráta určitého postavení způsobuje většinou nespokojenost se svým životem a depresivní chování.
 - 4) **Strategie nepřátelství** – jde o nejhorší strategii jak pro seniora, tak i pro jeho širší okolí. Člověk používající tento druh strategie je většinou nespokojen se svým dosavadním životem, bývá podezřívavý a agresivní. Viní okolí z toho, co se mu v životě nepovedlo, a je plný pocitu nenávisti, zloby a zklamání. Pod těmito pocity se ale většinou skrývá velká lítost, zraněné emoce a smutek. Po nastoupení do zařízení vyžaduje samostatný pokoj. Nemá zájem o žádné akce v zařízení, na ostatní je nepřijemný, hrubý.
 - 5) **Strategie sebenávisti** – jedná se o strategii, kdy senior zraňuje a nenávidí hlavně sebe. Většinou se obrací ke svému uplynulému životu s nenávistí a nechutí. Nic se mu v životě nedařilo. Neobviňuje z nezdarů okolí, ale jen sám sebe, nemá se rád. Takový senior je lítostivý a má sklony k depresím. Po nastoupení do pobytového zařízení člověk s tímto životním postojem chce být většinou sám a vyžaduje klid a nezájem o svou osobu.

Většinou se tyto strategie objevují u seniorů v různých variacích. Na těchto strategiích lze nejlépe vidět, jak celý náš život a jeho prožití ovlivňuje náš postoj ke stáří a stárnutí. Také silně ovlivňují chování seniorů při nástupu do sociálních zařízení, jejich další pobyt a schopnost adaptace.

¹⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 1990, s. 114–116.

2 Potřeby u seniorů

Potřeby člověka známe podle Maslowovy pyramidy potřeb, kde rozdělil potřeby do pěti kategorií:

- Fyziologické potřeby
- Potřeba bezpečí
- Sociální potřeby
- Potřeba sebeúcty a uznání
- Potřeba seberealizace

Určitě sem patří i potřeba smysluplnosti života (Maslow ji zařazuje až v posledních publikacích). Potřeby se neustále všechny navzájem prolínají a ovlivňují. Potřeby seniorů se téměř neliší od potřeb mladší generace. Pouze se mění množství a priority potřeb. Zájem o individuální lidské potřeby patří k významným základům dobré adaptace seniorů v sociálních zařízeních.

V potřebách základních spatřujeme potřeby biologické, pudové. Jedná se o potřeby zajišťující přežívání jednotlivců i celého druhu. V případě, že nejsou naplněny, dochází u seniora ke stresu, onemocněním a celkovému chátrání.

U potřeb vyšších jde o potřebné podněty konání, poznávání, komunikace, autonomie, ale i potřeby někam patřit, mít úspěch. Nenaplnění těchto potřeb vede k emoční deprivaci, izolaci a k frustraci.

V potřebách nejvyšších můžeme najít přesahující směr týkající se třeba smyslu života, služby společnosti nebo lidem, vztahu k Bohu nebo také odpuštění. Jejich neuspokojení vede k prázdnotě a ztrátě smyslu života.¹¹

Zatímco základní potřeby jsou důležité k fungování organismu, další potřeby jsou nezbytné pro větší chuť do života, rozvoj člověka a jeho větší životní aktivitu. Potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, ve kterém člověk žije. V průběhu stárnutí se proto mění i potřeby seniorů. Jednou ze silných potřeb u seniorů je smysluplnost jejich života. Všichni chtějí být pro ostatní nějak užiteční a prospěšní a být za to uznáváni. Při přestěhování se do sociálního zařízení je sice více naplněna potřeba jistoty a bezpečí, ale bývají narušeny sociální vazby. Pocit nepotřebnosti a vytržení z rodinného prostředí představuje pro seniora silnou emoční zátěž, která se projevuje na fyzickém i psychickém stavu seniora a časem může vyústit až v depresivní stavy, nebo dokonce v závažné onemocnění končící smrtí. V sociálních zařízeních bývá kladen důraz na uspokojení prvních dvou základních potřeb a další potřeby většinou nebývají naplňovány.

2.1 Smysluplnost života u seniorů

Ve stáří máme možnost hodnotit vše, co jsme prožili, můžeme měnit náš žebříček hodnot a rozhodnout se, co v další části našeho života naplňuje jeho smysl tak, aby byl pro nás zajímavý a příjemný. Máme možnost oprostít se od povinností zatěžujících mladší generace. Zůstává nám dostatek času realizovat aktivity, které jsme odkládali. Chceme mít svobodnou volbu, která je ovšem limitována okolnostmi, podmínkami a situací, v níž se senior nachází.

Právě ve stáří se většina seniorů zaměřuje do svého nitra. Ve spiritualitě hledají odpovědi ohledně konce života, vyrovnání se s dosavadním životem a smíření se s tím, co teprve přijde. Senior prochází množstvím ztrát a obtíží, se kterými se musí vyrovnat. Ať je to ztráta životního partnera, těžká nemoc, postupné odcházení přátel nebo nakonec

¹¹ Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 497.

ztráta soběstačnosti. Je těžké ubránit se po těchto životních zkouškách depresím v podobě chorobných smutků – spojených případně s neklidem a úzkostí. Je úkolem pro jeho okolí tyto stavy brzy odhalit a navrhnout seniorovi vhodnou léčbu. Nejdůležitější jsou v této době rodinné a přátelské vztahy, které senior navázal.

V každém věku je pro člověka důležité udržovat sociální vazby a přátelství. Je jedno, jestli se jedná o přátelství nedávno získaná nebo ta prověřená léty. V povaze člověka je toužit po symbolických pohlazeních od druhého člověka ve formě úsměvu, obdivného pochopení nebo vyslechnutí. Toužíme po někom, kdo nám pomůže v případě nemoci či naší neschopnosti. Bytostně potřebujeme mít někoho, kdo nám projeví lásku a komu na nás bude záležet. Tato touha a potřeba nás provází již od dětství a v seniorském věku rozhodně nemizí. Naopak stoupá potřeba mít někoho, kdo nám bude naslouchat, kdo poradí, kdo s námi bude trávit volný čas.¹²

Čím víc se blížíme k seniorskému věku, tím víc nám smysluplnost našeho života uniká. Děti už jsou dospělé a nezávislé. Naši přátelé začínají odcházet, a nakonec přicházíme většinou i o své životní partnery. V těchto těžkých chvílích rozhodně není snadné najít novou náplň života. Říká se, že ten, „kdo nemá pro co žít, přestává žít“ (V. E. Frankl, přeživší Osvětim). Náš život se stává smysluplným tehdy, když nám v něm jde o něco, co nás převyšuje. Smysl můžeme hledat například v zážitkových hodnotách – v radosti z krásné hudby, obrazu, knihy, také v radosti z obyčejného nezištného přátelství a lásky. Můžeme se pustit do vlastní tvorby, jako je vlastní kniha, malba, učení se hraní na hudební nástroj. Ale hlavně bychom měli mít zdravý a úctyhodný postoj k tomu, co se děje, a k sobě samému. Měli bychom umět bránit sebe i ostatní proti nespravedlnosti, postavit se na pomoc slabším, umět snášet nepříznivé rány osudu.¹³

Je pravdou, že moci zestárnout a být starý, je výsadou. Skutečně starý člověk může dle Haškovcové (1990) díky za své stáří interpretovat následovně. „*Jaké štěstí, že jsem se dožil takového věku. Jak dobrý život jsem žil, jaké štěstí mě potkalo, že mi bylo umožněno zestárnout. Mnozí zemřeli po cestě života, někteří dokonce v dětství, jiní v rozkvětu sil. Nebylo jim dopřáno dokončit ani přirozený a očekávaný životní běh. Nemohli dostát svým povinnostem partnerským, rodičovským a pracovním.*“¹⁴

¹² KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 28.

¹³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 83.

¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 1990, s. 333.

3 Mýty o stáří

Mýtus by mělo být vymyšlené či vybájené tvrzení, jež se nezakládá na pravdě. Mýtem by tak mělo být nepravdivé tvrzení šířící se mezi lidmi. Některá tato tvrzení jsou po letech rozšiřování brána jako pravdivá. Seniorům jsou tak plošně prisuzovány některé vlastnosti jen kvůli jejich věku.

Mezi nejčastější mýty podle H. Příbyla (2015, str. 26) patří:

- 1) Mýtus falešných představ – vychází z přesvědčení, že míra osobní spokojenosti seniorů je přímo úměrná jejich materiálnímu a ekonomickému zajištění.
- 2) Mýtus zjednodušené demografie – založený na mylné představě, že člověk se stává starým dnem odchodu do starobního důchodu.
- 3) Mýtus homogenity – je založen na představě, že všichni členové seniorské populace jsou díky tzv. stařeckému fenotypu ve své podstatě stejní.
- 4) Mýtus neužitečného času – je propojen s přesvědčením, že seniori nic nedělají, jinak řečeno, nic nevydělávají, jsou již v podstatě k ničemu, a je proto možné je ignorovat.
- 5) Mýtus schematismu a automatismu – vychází z přesvědčení, že senior funguje pouze na základě naučeného vzorce chování, není schopen se nic nového naučit.
- 6) Mýtus o úbytku sexu – je založen na představě asexuálního stáří.
- 7) Mýtus o lékářích – je postaven na laické představě neomezených možností medicíny.
- 8) Mýtus o nemocech a panu Alzheimerovi – předpokládá, že všichni seniori jsou nemocní a dementní.

Mezi další patří mýtus nezajímavé cílové skupiny pro obchodníky, další je o chudém stáří, o tom, že všichni stáří lidé špatně spí atd. Mýty o stáří a seniorech ve společnosti stále přetrvávají. Mají tak nemalý vliv na vnímání stáří a rozvoj ageismu.¹⁵

Po přečtení těchto několika mýtů je člověk pracující denně se seniory šokován nesmyslností těchto představ. Pokud bychom je měli vyvrátit, stačí jen pozorovat seniory při jejich každodenních aktivizačních činnostech, reminiscenčních aktivitách a rozhovorech v klubových zařízeních. Pokusím se dle svých zkušeností tyto mýty zpochybnit.

Mýtus falešných představ – seniori byli samozřejmě zvyklí být materiálně a ekonomicky zajištěni. Pracovali kvůli tomu celý život. Většina z nich si i hodně financí odkládala na horší časy (i na pohřeb), ale po odchodu do zařízení tato potřeba téměř zcela odeznívá. Do popředí vystupuje jiná potřeba, a to potřeba kontaktu s rodinou, lidského kontaktu s okolím, snaha o smíření se s novou životní situací, se ztrátou rozhodování o sobě samém. Ekonomická stránka pro ně začíná být nezajímavá z důvodu zajištěné péče v zařízení. Pouze v případech, kdy rodina seniory navštěvuje za účelem získání financí, je pro naše klienty finanční stránka důležitá, ale pouze v souvislosti s rodinnými vztahy. Senior se díky poskytovaným financím cítí potřebným.

Mýtus zjednodušené demografie – definovat starého člověka dnem odchodu do důchodu je zcela nesprávné. V dnešní době lidé zůstávají aktivní i po odchodu do důchodu, někdy dokonce více než v době zaměstnání. Také v zařízení často vidím „mladé“ čtyřicátníky zcela psychicky a fyzicky vyčerpané, kteří jsou vzhledem, nemocemi a energií na úrovni šedesátníků. Říká se, že rodné číslo není diagnóza, ale lidé pořád berou věk jako důležitou charakteristiku v mezilidských vztazích. V minulých letech docházelo v médiích ke snaze vybudovat obraz seniorů jako aktivní a důležité složky naší společnosti. Bohužel tento trend významně poškodila pandemie Covidu.

¹⁵ PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*, s. 26–27.

Senioři se stali velmi ohroženou skupinou, která byla zavírána doma, bylo jim zamezeno v kontaktu se společností a obraz seniorů se opět změnil na křehkou a na zdravotnictví zcela závislou část společnosti.

Mýtus homogenity nás přesvědčuje, že všichni senioři jsou v podstatě stejní. Ale není možné, aby senioři pocházející z různých sociálních prostředí, každý s jinou genetickou výbavou a jiným dosavadním způsobem života, byli stejní. Různorodost mezi seniory je velká. Mají různé vzdělání, nákupní preference, volí různé politické strany, rozdělují je i ekonomické možnosti, různá bydliště, liší se i vztahy v rodinách. Při pozorování této skupiny zjistíme, že nemají společný definiční znak kromě věku. Takže senioři by jako sociologická skupina vlastně ani neměli existovat.

Mýtus neužitečného času je o názoru společnosti a dnešních mladých lidí. Naše společnost soustředí se na mláďa a výkon nemá zájem zabývat se lidmi, kteří tento trend nejsou schopni udržet. Ale mohli bychom se pozastavit přímo nad tím, jak naše společnost určuje, kdo je užitečný a kdo ne. Jaká kritéria se zde používají. Užitečným je jen ten, kdo se zapojuje do pracovního procesu. Kdo není do pracovního procesu zapojen, ten si nezaslouží náš zájem. Nejedná se jen o seniory, ale také o lidi zdravotně postižené. Společnost hnaná do výkonu se nepotřebuje a nechce zabývat lidmi podle ní neužitečnými, lidmi, které lze dle jejich názoru ignorovat. V dnešní době dosahuje množství lidí nad 65 let počtu 2,1 milionu, navíc toto množství bude rychle stoupat. Takto velkou část populace již nebude možné ignorovat a bude narůstat agresivita společnosti proti seniorům „vysávajícím“ sociální systém. Tyto názory se již dnes začínají ve společnosti objevovat a směřují k nárůstu ageismu.

Mýtus schematismu a automatismu – není pravdou, že senior se nemůže již nic naučit. Jsou schopni cvičit a něco nové nacvičit nebo natrénovat. Křivohlavý o tom píše: *„Mluví se zde o tzv. plasticitě mozku a o latentní rezervě, s níž je možno něco nového dělat. Z teoretického hlediska je tato zjištění možno považovat za doklad možnosti starších lidí pokračovat na cestě k optimalizaci a počítat s nápravnou cestou k lepšímu. To znamená možnost změnit určité jednání staršího člověka, které nevedlo k cíli, za jiné jednání, které k danému cíli povede. Ukázalo se, že stárnoucí lidé jsou cvičením schopni vyrovnat schodek v kognitivních aktivitách, který byl dán biologickým procesem stárnutí.“*¹⁶

Já sama v zařízení pracuji se seniory na aktivizačních činnostech a vidím u některých velkou chuť do učení se něčemu novému. Další stránkou je u seniorů práce s novými technologiemi. Tam paradoxně období Covidu rozvoj schopností podpořilo. Senioři byli často přinuceni se s rodinnými příslušníky stýkat pouze virtuálně pomocí počítače nebo telefonu a museli se této nové formě přizpůsobit a naučit se přístroje používat a ovládat.

Mýtus o úbytku sexu – spočívá v představě asexuálního stáří. Charakter sexuálního soužití se věkem mění a mimořádný význam zde hraje kvalita vztahu. Něžný pohled, gesto, dotyk, úsměv mezi partnery může mít stejný nebo vyšší erotický potenciál než samotná soulož. Zralé manželství nebo partnerství a lásky ve vyšším věku oceňují především umění vyslechnout, povzbudit, být nablízku v těžkých chvílích. Je pravdou, že ve stáří se snižuje frekvence sexuálních kontaktů, ale dochází k jejich proměně v jiné formy sdílené náklonnosti. Bohužel v ústavní péči dochází ke ztrátě soukromí, tím i ke snížené možnosti realizovat vztahy seniorů. To, co každý člověk v životě hledá, je milující a milovaná bytost, tedy druhý člověk, se kterým je možné prožívat dobré i zlé. I lidé ve vyšším věku mají potřebu lásky a porozumění a v sociálních zařízeních ještě více, než pokud žijí plnohodnotný život v rodinném kruhu.¹⁷

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 41.

¹⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 2010, s. 161.

Mýtus o lékařích – je spoléhání na zázračnou moc lékařů rozšířené napříč generacemi. Lidé jsou přesvědčeni, že jim správné léky vrátí ztracené zdraví a přinesou štěstí a spokojený život. Nechtějí si připustit, že na svém životě a zdraví musí pracovat především sami. Pro svoji spokojenost ve stáří musí něco udělat také každý senior sám.

Mýtus o nemocech a panu Alzheimerovi – každý z nás si jistě vzpomene, jak vlastní zapomětlivost i v mladším věku žertovně sváděl na sklerózu nebo „Němce v baráku“. U starších lidí jaksi samozřejmě předpokládáme, že těmito onemocněními, jako je demence, Alzheimer nebo skleróza, trpí od určitého věku všichni. Chápeme je jako charakteristický projev stáří. Přitom se syndrom demence vyskytuje jen asi u 5 % osob ve věku nad 70 let a u skoro 25 % osob nad 85 let. Demence není součástí stárnutí a neprojeví se u každého seniora. V ČR žilo v roce 2012 podle kvalifikovaných odhadů 100 000–150 000 postižených některou z forem syndromu demence.¹⁸

¹⁸ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 397.

4 Ageismus

Pojem ageismus byl poprvé použit v roce 1969, a to americkým psychiatrem Robertem Batlerem. V češtině je používán ve své původní podobě a jeho globální překlad je věkově podmíněná diskriminace. U seniorů se jedná o vyřazování starších lidí z různých aktivit a o celkový negativní postoj ke stárnutí a stáří. „*Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a to jim brání, aby se se staršími identifikovali jako s lidskými bytostmi.*“¹⁹

Současný ageistický postoj naší uspěchané společnosti podporuje spíše strach ze stárnutí, stáří a starých osob. Demografická panika až gerontofobie, tj. strach ze stárnutí, stáří a starých lidí, vytváří nebezpečné podhoubí pro věkovou diskriminaci. Přitom společnost, která se je schopna se postarat o svoje starší občany k jejich spokojenosti, je pro nás všechny nejlepší ukázkou demokratické společnosti. Přesto si tuto skutečnost málo uvědomujeme. Na metodickém portálu RVP se můžeme dočíst: „*Již v roce 1953 významný americký demograf Frank W. Notestein, ředitel Centra pro populační výzkum Univerzity v Princetonu, uvedl, že z celkového pohledu, problém stárnutí není vůbec problémem. Je to pouze náš pesimistický pohled na triumf civilizace. Pouze pokřivený pohled může hodnotit celkový důsledek mnoha individuálních úspěchů jako, problém.*“²⁰

Dle Traxlera (Malíková, 2011, str. 38) existují čtyři hlavní zdroje ageismu, které podporují negativní stereotypy a mýty o stárnutí a stáří v západních zemích²¹:

- **Náš strach ze smrti** – stáří je chápáno jako synonymum smrti a na smrt nikdo z nás nechce myslet. Mnoho lidí nemá zpracován svůj vztah ke smrti. Východiskem z této situace je návrat do našeho nitra, k vlastní spiritualitě a propojení naší životní cesty s cestou duchovní.
- **Zvýšený důraz na mládí a krásu** – hlavně v médiích je dnes upřednostňována krása a mládí. Neutěšenou situaci seniorů jistě zhoršuje tento současný ideál. Ale i naši senioři mají část viny na vnímání a postojích společnosti vůči nim. K české mentalitě, zejména u starší generace obecně, patří nízké sebevědomí a malá schopnost asertivně se prosadit.
- **Spojení produktivity a ekonomického přínosu** – ve stáří již není předpoklad ekonomického přínosu. Zapomíná se na to, že senioři svůj přínos společnosti již odevzdali.
- **Zjišťování skutečného stavu společnosti vedoucí k ageismu** – plošné a systematické sledování a vyhodnocení ageismu zatím nebylo v české společnosti provedeno. Pohled společnosti je ale orientován jen jedním směrem. Média poukazují například spíše na černou budoucnost, která musí každého seniora čekat (např. okradení, podvedení seniorů). Senioři jsou často vykresleni jako osoby křehké, nechápající a většinou neschopné posoudit nově vzniklou situaci.²²

¹⁹ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, s. 36.

²⁰ WIJA, P. *Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí*.

²¹ Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, s. 38.

²² Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, s. 38–40.

Zkusme si teď vzhledem k ageismu položit zajímavou otázku „Proč vlastně existují staří lidé?“. Příroda se nezabývá zbytečnostími, kdyby bylo výhodnější nechat jedince umírat hned po skončení reprodukce, umírali bychom daleko dříve. Staří lidé v prvobytně pospolné společnosti měli výchovnou funkci pro ostatní jedince tlupy. Znali jedlé potraviny, dokázali poradit při výrobě předmětů, dovedli odhadovat rizikové jednání podle zkušeností z dřívější doby.²³

V současné době není doceněno, jak jsou starší lidé i dnes významní pro celé své okolí. Mnohé z přínosů jsou přehlíženy. Starší lidé posilují komunity a poskytují ekonomickou podporu svým dětem a vnoučatům. Mají na svá vnoučata již více času než jejich rodiče, mají také více zkušeností a trpělivosti při jejich výchově. Dokáží mladé generaci předat své zkušenosti. Samozřejmě nedokáží mladým konkurovat v technologické zdatnosti, ale dokáží se lépe orientovat po předchozích dlouholetých zkušenostech například v jednání mezi lidmi nebo v žebříčku životních hodnot. Musíme si uvědomit, že jednotlivé generace jsou na sobě navzájem závislé. Předávání hodnot, kultury a životních zkušeností se odehrává většinou v rámci mezigeneračních vztahů.

Je zajímavé, že pokud se zeptáme mladé generace na vztah k jejich vlastním babičkám a dědečkům, dozvídáme se, že mají spolu hezký a přátelský vztah. O ostatních cizích seniorech však nemluví rádi a říkají, že jim vadí. Jistě k tomu přispívají i média neustále opakující nutnost důchodové reformy a popisující neradostnou a téměř bezdůchodovou budoucnost mladé generace. Neustále v médiích probíhá zdůrazňování zvyšujících se finančních výdajů na penze a rostoucí zadluženosti státu. Zapomínají ovšem říci, že i stárnoucí generace odváděla daně, celý život pracovala a důstojné zajištění na stáří je jejich základním lidským právem.²⁴

²³ Srov. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, s. 318.

²⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*, s. 11–12.

5 Příprava na seniorský věk

Podle J. Křivohlavého znamená adaptovati se zvykat si na něco, s čím se nedá nic dělat. Ukazuje nám, jak se dokáže každý z nás vyrovnat s tím, co nás v životě potká. A to nejen s náročnými situacemi, které přichází z vnějšího světa, ale i s těmi, které se vytvářejí uvnitř nás. S adaptací se setkáváme v průběhu života poměrně často – od narození až do smrti.²⁵

Začínáme příchodem na svět, adaptací na nový život mimo tělo matky, pokračujeme přes zvykání si ve školce, škole, v zaměstnání. Adaptujeme se na změny ve svém okolí, změny v rodině, na odchody našich blízkých, na přestěhování, na nové vztahy.

Aby adaptace na seniorské období byla snazší, měli bychom se na seniorský věk postupně připravovat již dříve – ve středním věku. Nabízí se otázka, v jakém životním období si člověk začne uvědomovat nutnost připravit se na stáří. Otázkami přípravy a plánů, jak budeme pokračovat v našem životě ve stáří, se zabývaly některé výzkumy realizované VÚPS (Výzkumný ústav práce a sociálních věcí). Výzkumy ukázaly, že většina z nás se začíná připravovat na odchod do důchodu a seniorský věk až po padesátém roku věku. Tato příprava přichází již poněkud pozdě. Ale zátěž v dnešní „sendvičové generaci“, která má na starost nejen svoje děti, ale i své rodiče, nám přípravu na vlastní stáří dosti znesnadňuje. Nicméně příprava by měla být zaměřena na tři základní problémové okruhy:

- Biologické = osvojení si základů zdravého životního stylu.
- Psychologické = duševní hygiena, přijímání stáří jako součásti života.
- Sociální = budování mimopracovních koníčků a zájmů, posilování sociální sítě kontaktů i mimo pracoviště, domov.²⁶

Hlavně výběr seniorských aktivit je důležitý a nesnadný. Ve městech je setkávání seniorů častější a je zde větší příležitost a výběr. Také jsou tady některé neziskové organizace, které seniorům s aktivitami pomáhají. Ale ve venkovském prostředí není výběr snadný. Mobilnost seniorů na vsích je limitována jejich schopností řídit vozidlo, jinak se setkávají pouze v rámci malé komunity v okolí domova. Je pravda, že jsem se setkala se seniory, kteří vyprávěli, že v rámci obce chodili se svými vrstevníky na delší procházky, a to i několik kilometrů za týden. Popřípadě se scházeli, většinou na místním obecním úřadě, v pravidelných intervalech na posezení při kafičku. Ale jedná se spíše o výjimky. Je nutné, aby v těchto případech byla obec vstřícná k požadavkům seniorů, což dnes není samozřejmostí.

Dle J. Křivohlavého²⁷ nám pomůže adaptaci zvládnout předchozí příprava, která zahrnuje selekci, optimalizaci a kompenzaci.

Selekcí (lat. *seleccio* – výběr) je myšlen pečlivý výběr toho, čím se budu zabývat. Jde o výběr aktivit vzhledem k měnícímu se fyzickému a psychickému stavu seniora. Uvědomění si, co ještě dělat mohu, a soustředění se na menší část zájmů. Součástí selekce je i prioritizace (lat. *prior* a *prius* – přednější, přednostní, stojící v čele). Senior je nucen si ujasnit žebříček hodnot a cílů. Rozhoduje se, které aktivity a hodnoty jsou pro něj důležité a přínosné a kterým se již věnovat nebude. Vydávat příliš mnoho sil a energie na nepodstatné věci by bylo pro seniora vysilující. O to více soustředění si zaslouží vše, co se v daném momentě ocitlo v čele našeho žebříčku hodnot, cílů a úkolů. Není to právě lehká životní situace. Senior si musí připustit, že vše již není, jak dříve bývalo, pro většinu lidí jde o bolestné loučení s „mládím“.

²⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 55.

²⁶ Srov. PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*, s. 23.

²⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 56.

Optimalizace (lat. optimus – ten, ta či to nejlepší) z daného výběru. Senior by se měl snažit přivést do života v jeho třetí fázi to nejlepší, čeho je schopen, oč mu jde. Měl by snažit za použití celoživotních zkušeností dokončit a uskutečnit to, co si dříve předsevzal.

Kompenzací (lat. compensare – vyrovnat, vyvážit, nahradit) se rozumí například vyrovnání omezení, k nimž dochází v této fázi života. Nahradit schopnosti a energii, které ubývají. Musíme většinou ukončit nebo omezit sportovně náročné aktivity a věnovat se méně náročným. Existují samozřejmě výjimky, kdy jsou senioři stále ve výborné kondici, občas lepší než lidé výrazně mladší, a náročné aktivity pořád zvládají. Ale i zde musí počítat s tím, že se jejich stav může vzhledem k věku náhle změnit a měli by mít představu či plán, jak budou pokračovat dále. Také jde o kompenzační pomůcky, které pomáhají vyrovnat například zhoršení sluchu, zraku nebo úbytek síly. Senior si sám sobě musí přiznat, že se opravdu bez naslouchadla nebo brýlí nedokáže obejít.²⁸

Asi nejznámějším příkladem této přípravy je výpověď osmdesátiletého pianisty Rubinsteina. Na otázku, jak může zůstat v tak vysokém věku stále výborným pianistou, uvedl hned tři důvody. Interpretuje jen několik málo skladeb (selekce), častěji tyto skladby cvičí (optimalizace) a při hře využívá velkých kontrastů v rychlosti hraní neboli některé části více zpomaluje, aby ostatní vypadaly více svižné (kompenzace).²⁹

Člověk v průběhu života může vícekrát přehodnotit svůj život a provést změny. Senioři jsou víceméně změnami ve svém biologickém a psychickém potenciálu nuceni k takovýmto změnám v životě směřovat. To ovšem neznamená, že se musejí vzdát všech svých zájmů a zálib. Jde pouze o jejich přizpůsobení novým omezením. Ani vysoký věk nemůže být překážkou tvořivosti nebo soutěživosti. Senioři si musí pečlivěji vybírat oblast své tvorby a uvážit, v čem může senior soutěžit o vítězství. Přizpůsobení rozhodně není pro seniory zcela jednoduché a určitě na ně potřebují více času než generace mladší. Musíme jim tak umožnit dostatek prostoru a času na promyšlení svých změn, aby je nepocíťovali jako změny pod nátlakem.

²⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 56.

²⁹ GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí*, s. 15.

6 Sociální služby

V ČR je velký výběr z různých stupňů sociálních služeb. Vymezení všech sociálních služeb najdeme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který specifikuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Mezi sociální služby pro seniory patří:

- sociální poradny apod.,
- terénní služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- domovy pro seniory,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy se zvláštním režimem.

Výčet všech zařízení je dlouhý a celý je ve výše uvedeném zákoně o sociálních službách. Zde uvádím pouze nejčastější sociální služby pro seniory. Dělíme je na:

- **Terénní služby** – jsou poskytovány v místě bydliště seniora. Nejčastěji se jedná o pečovatelskou službu nebo osobní asistenci. Je nejmenším zásahem do života člověka. Přesto někteří ze seniorů odmítají tuto službu vzhledem k příchodu cizího člověka do jejich domovů.
- **Ambulantní služby** – za touto službou dochází senior sám do specializovaných zařízení (poradny, denní stacionáře, kontaktní centra).
- **Pobytové služby** – jsou poskytovány v zařízeních k tomu určených. Senior zde delší dobu pobývá (domovy pro seniory, domovy pro lidi se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem atd.).³⁰

Pro rodinu a stárnoucího člověka není jednoduché se v nabídkách orientovat a vybrat si z nabídky tu nejvhodnější. V těchto případech by mělo pomoci sociální poradenství. Rodina by měla být nasměrována k výběru správné péče pro svého stárnoucího člena. První možností by měly být terénní služby. Senior se nemusí stěhovat z místa, kde je zvyklý. Pobytové zařízení je vybráno v případě, že péče rodiny a dříve vybraných sociálních služeb je již nedostačující a stav seniora nedovoluje dále setrvávat v domácím prostředí. Stárnoucí člověk v dnešní době určitě nechce dobrovolně odejít do sociálního zařízení kvůli strachu ze ztráty osobní intimity. Pokoje s větším počtem obyvatel, nemožnost vzít si s sebou kus vlastního života v podobě nábytku, osobních věcí nebo domácího mazlíčka většinu seniorů děsí. Také uniformní a neměnný způsob života mezi stejně starými a neznámými lidmi – to jsou těžké ztráty projevující se zákonitě na psychice seniora. Proto se v současné době rozvíjí velká snaha rozšiřovat nabídku terénních a ambulantních sociálně zdravotních služeb. Je snaha udržet soběstačnost seniorů v domácím prostředí s co nejpozdějším nástupem do sociálního zařízení. Do zařízení se senioři dostávají většinou až po určité době, během níž se rodiny snaží nově vzniklou situaci vyřešit v domácím prostředí. Další skupinou seniorů v zařízení bývají ti, jež zůstali v domácnosti sami, bez možnosti pomoci rodiny. Jsou zde také ti, jež děti nikdy neměli, a přesto překvapivě jaksi nepočítali, že bez pomoci dětí v tomto zařízení skončí. Začínají se také objevovat první žádosti o přijetí do sociálního zařízení z důvodu neschopnosti seniora platit všechny poplatky související s bydlením. Senior s nejistou ekonomickou situací je pod velkým psychickým tlakem.

³⁰ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 42.

Pokud se mu nedostává pomoci od rodiny nebo jiné instituce, rozhoduje se senior, jak dále naložit se svým životem. Do sociálního zařízení poté odchází nedobrovolně a s pocitem životní křivdy, adaptace na prostředí v zařízení pak neprobíhá zcela dobře.

6.1 Domovy pro seniory

Ještě v nedávné minulosti byla známa jediná forma instituce zajišťující péči o seniory. Státní domovy důchodců zajišťovaly péči o osoby se sníženou soběstačností nebo s plnou nesoběstačností. Nebyla možnost výběru a volby zařízení. Dodržovala se spádovost v rámci jednotlivých okresů. Klient byl pasivním příjemcem poskytované péče a musel se plně přizpůsobit režimu v zařízení. Díky změnám, ke kterým došlo v roce 1989, mohlo dojít i ke změnám v sociálních službách. Dnes je více než 74 % pobytových sociálních zařízení v ČR zřízeno přímo krajem nebo obcemi. Také zde poskytují služby nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, církve). Všechny sociální služby mohou v ČR poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé, tímto je zaručeno dodržování kvality poskytovaných služeb.

Pojem domov pro seniory se poprvé objevil až v roce 2006 s novým zákonem o sociálních službách. Nejsou určeny pro seniory zdravé a soběstačné. Jedná se o pobytové zařízení sociálních služeb poskytující péči starým lidem v situacích, kdy ztrácejí soběstačnost a jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Poskytují péči a podporu seniorům s trvalými a nevratnými změnami zdravotního stavu, kterým byl přiznán střední až vyšší stupeň závislosti a poskytnut příspěvek na péči. Většinou se jedná o osoby starší 65 let.

V ČR také existují pro seniory domovy se zvláštním režimem. Jedná se o pobytové sociální zařízení určené pro osoby, které mají sníženou soběstačnost většinou z důvodu chronického duševního onemocnění a osoby s kognitivními poruchami, se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. V těchto zařízeních je poskytována péče převážně starým lidem.³¹

Dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou poskytovanými službami v zařízeních lůžkové péče tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³²

Všechny tyto služby by měly být v zařízeních lůžkové péče dostupné a seniori by měli mít možnost je plně využívat.

6.2 Nástup a adaptace v zařízení

Nikdo z nás se ovšem není schopen připravovat na nenadálé stavy, jako jsou následky nemoci, úrazu, změna soběstačnosti a uplatnění. Nemůžeme ovlivnit některé vnitřní i vnější faktory v našem životě. Jestliže se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že není schopen sám žít ve své domácnosti a rodina není schopna zajistit adekvátní péči,

³¹ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 434–436.

³² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 52.

dochází k nástupu do některého ze sociálních zařízení. Nástup do zařízení, jako je DSS, je mimořádně náročnou zkouškou pro klienta i personál patřící k sociální a zdravotní složce. U některých nově příchozích je v prvních týdnech a někdy i měsících stresem způsobený horší psychický i zdravotní stav a hrozí zvýšená možnost úmrtí. K běžným reakcím patří změny chování, emoční labilita, úzkostné reakce, psychosomatické projevy a zhoršení chronických nemocí.³³

Velkou roli v začlenění obyvatele do zařízení proto hraje způsob přijetí, zajištění soukromí a vytvoření intimity domova v maximální míře. Nezbytnou podmínkou pro spokojený život uživatelů je také určitě podpora duševní činnosti spojená s aktivizací, zapojením se do rozhodování a podpora zajišťující možnost osobní volby v zařízení.

Podle Kalvacha (2004) by mělo dojít k usnadnění adaptace při dodržování těchto jednotlivých prvků:

- 1) Dobrovolnost vstupu – nástup by neměl být dobrovolný jen formálně. Senior by k němu měl dojít vlastním úsudkem.
- 2) Poučenost – popřípadě i znalost prostředí, do kterého senior nastupuje.
- 3) Znalost prostředí – personál by měl seniora seznámit s prostředím a zamezit bloudění, ztracení se v zařízení. Důležité je posilování pocitu jistoty a bezpečí u nově nastoupivšího klienta.
- 4) Projevování zájmu o seniora – zachování důstojnosti a lidské slušnosti.
- 5) Animace – nabídka většího množství aktivit.
- 6) Informovanost – senior by měl být informován o pravidlech v zařízení.
- 7) Umožnění průběžného kontaktu s vnějším světem – například celodenní dostupnost telefonu.³⁴

Profesionální péče v sociálních zařízeních by měla být vysoce odborná, dobře organizačně zajištěná a maximálně bezpečná. Slibuje nám vstřícnost personálu, empatické porozumění a pochopení seniorů. Vzájemnou komunikaci však narušuje snížená komunikační schopnost seniorů a někdy i neochota personálu naslouchat. Další překážkou v komunikaci je velká vyčerpání personálu těchto zařízení. I ti, kteří by chtěli se seniory strávit více času a individuálně se jim věnovat, nemohou, a to vzhledem k malému počtu zdravotního personálu jednotlivých zařízení. Mnozí nemocní a opuštění seniori si tak prosazují svůj nárok na vstřícný přístup personálu, ale většinou nejsou vyslyšeni. Personál zařízení jim nemůže suplovat milující rodinu.³⁵

Pokud jsou seniori zvyklí na zdravý životní styl po stránce jídla, těžko jej udržují v podmínkách domovů sociálních služeb, kde je jídelníček striktně daný a je zde pouze možnost dokoupit si některé potraviny. Seniori nad 80 let již nemají většinou trávící systém schopný zpracovat uzeniny a mastné průmyslové potraviny z jídelníčku v zařízení. Ani pohyb v zařízení není zcela jednoduchý. Pro chodící seniory je samozřejmostí pobyt venku. Nechodící seniori jsou odkázáni na personál zařízení a jeho ochotu je přemístit do venkovních prostor v okolí zařízení.

Asi nejhorší je situace u nemocných s mírnou a střední formou demence. Za nejzákladnější lidskou potřebu, která je na prvním místě u Maslowa, považujeme potřebu bezpečí. Pro seniora je základem pocitu bezpečí orientace v okolním prostoru a znalost lidí ve svém nejbližším okolí. Pokud není senior v zařízení, kam nastoupil, schopen najít vlastní pokoj či koupelnu, nepoznává lidi okolo sebe, cítí se být ohrožen a objevuje se většinou úzkostné jednání.³⁶

³³ Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 497.

³⁴ Tamtéž, str. 497–498.

³⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb seniori mezi námi*, s. 30–31.

³⁶ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematiké situace v práci se seniory*, s. 40.

Adaptace může být pozitivně ovlivněna ze strany personálu zařízení – jejich ochotou pomoci podpořit orientaci třeba obrázky na dveřích důležitých místností nebo dostatečným seznámením seniora s okolním prostředím a zdravotním personálem, který ho má v péči.

Adaptace na ústavní prostředí prochází dle Kalvacha (2004) čtyřmi fázemi. Kdy je počátkem nejdříve seznamování se zařízením a následně navazují fáze:

- Vnější přizpůsobení – klient se postupně podřizuje řádu zařízení.
- Vnitřní přizpůsobení – klient postupně navazuje vztahy v zařízení, snaží se postupně více podílet na dění v zařízení, sblíží se s lidmi a otevírá se ostatním.
- Slábnutí vazby na dění mimo domov – klient postupně přestává být závislý na dřívějším domově a propojený s vnějším světem mimo zařízení. Ztrácí postupně zájem o toto dění, pokud se netýká přímo rodiny.
- Ztotožnění s ústavním prostředím – klient si již vybudoval pevné vazby v zařízení, cítí se zde v bezpečí a nepřeje si již ústav opustit.³⁷

Jednotlivými fázemi klienti prochází různě. Důležité jsou vstupní determinanty každého jednotlivce, ty jsou u každého jiné.

6.3 Ošetřující personál

V předchozí kapitole jsme se často zmiňovali o ošetřujícím personálu v zařízení a o jeho nedostatku. Představa nelehké dlouhodobé péče neúprosně končící smrtí opečovávaného člověka je pro většinu lidí nesnesitelná a deprimující. Část lidí nesnese také představu pomoci při základních hygienických potřebách seniorů. Ale ti, kteří se pro tuto práci rozhodnou, jsou přesvědčeni hlavně o její smysluplnosti.

Pro ošetřující, kteří prožívají každé úmrtí svých klientů, je jednodušší se časem naučit citově se příliš neangažovat, chovat se chladněji. Jedná se o zcela přirozenou reakci člověka chránícího se před celkem častým smutkem. Mnoho zátěžových situací může časem vyústit až v syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým setráváním v emocionálně těžkých situacích, objevuje se i u jinak zdravého jedince.³⁸ Projevuje se nespokojeností v práci, špatně odvedenou prací, nezájmem, někdy až cyničností personálu.

Přítom si musíme uvědomit, že právě personál tvoří charakter a vnitřní atmosféru každého sociálního zařízení a je jedním ze základních faktorů v adaptaci u seniorů. Přátelský a chápající personál je pro seniory velkou pomocí a základem rychlejšího smíření se s novým prostředím. Zájem, který dokáže ošetřující projevit směrem k seniorovi, se vždy vrátí ve větší spokojenosti a lepším zdravotním stavu seniora. V zařízení, kde pracují, je vždy třikrát v týdnu v odpoledních hodinách přítomen lékař a je zcela viditelné, jak senior pookřeje, pokud lékař projeví zájem o jeho zdravotní stav a pamatuje si jeho předchozí těžkosti. Nemusí mu ani napsat lék, stačí pár minut rozhovoru. V případech, kdy je senior personálem opakovaně odbyt, že jeho stav nepotřebuje kontrolu lékaře, vidím často nastupující smutek a apatii seniorů. Cítí, že se stávají nedůležitými a nikdo jim nevěnuje pozornost nad rámec základní péče. Jsou uspokojeny pouze jejich základní fyziologické potřeby, ale nejsou zde uspokojeny potřeby sociální.

³⁷ Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 496.

³⁸ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v práci se seniory*, s. 81.

Také navazování vztahu mezi ošetřujícím a seniorem je většinou dlouhodobou záležitostí. Po nástupu do zařízení se většinou senioři cítí zrazeni svým nejbližším okolím, svým tělem a nechtějí nikomu věnovat svoji důvěru. Bojí se dalšího zklamání, které jim život připraví. Vstřícnost a zájem personálu je pro seniora základem přijetí zařízení, zlepšení jeho pocitu na místě, které je jeho posledním „domácím“ místem v životě.

Praktická část

V předchozí (teoretické) části jsem se zaměřila na oblasti, které jsou důležité k pochopení faktorů podílejících se na adaptačních procesech u seniorů nastupujících do sociálního zařízení. V této praktické části bych chtěla pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, jak prožívají senioři nástup do sociálního zařízení a co napomáhá jejich adaptaci. Výzkum probíhal v domově sociálních služeb.

7 Seznámení se zařízením

Domov sociálních služeb, ve kterém výzkum probíhal, se řídí zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o pobytové zařízení pro seniory a osoby se zdravotním, popřípadě s lehkým nebo středním mentálním postižením. Domov poskytuje sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a zdravotního postižení, a osobám, které jsou závislé na pravidelné pomoci dalších osob. V zařízení je celkem 140 lůžek. Domov přijímá klienty od 27 let, ale většina klientů domova je vyššího věku. Zařízení má pouze dva jednolůžkové pokoje, čtyři dvojlůžkové pokoje a zbytek pokojů je vícelůžkových, čímž neodpovídá požadavkům EU na takovéto sociální zařízení. EU propaguje domovy jednolůžkové, maximálně dvoulůžkové.

7.1 Aktivizační činnost v zařízení DSS

V DSS dochází od pondělí do pátku v dopoledních a odpoledních hodinách k aktivizačním činnostem zahrnujícím celou škálu různých způsobů aktivizace – reminiscenci, muzikoterapii, canisterapii, procvičování paměti, jemné motoriky atd.

Cílem aktivizace je vytvoření podpůrného prostředí pro klienta v materiálním, sociálním, psychologickém i duchovním slova smyslu. Mělo by docházet k hledání činností, které jednotlivým klientům dávají smysl, naplňují je radostí a dávají jim příjemné prožitky.³⁹ Klientky se dopoledne scházejí k aktivizačním činnostem ve velké průchozí jídelně. Místo nazývají klubem. Odpolední aktivizace probíhá na pokojích ležících imobilních klientek.

³⁹ KALVACH, Z. *Geriatric a Gerontologie*, s. 437.

8 Průběh výzkumu

Pracuji jako aktivizační pracovník v zařízení vybraném pro výzkum. Výzkum probíhal přímo na mém pracovišti mezi vybranými seniorkami. K výzkumu jsem získala souhlas vedení zařízení. Všechny respondentky znám většinou od jejich prvního dne nástupu do zařízení a pracuji s nimi jako aktivizační pracovník při různých aktivitách v zařízení.

Jako metodu výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů. Předností kvalitativního výzkumu je zkoumání fenoménu do hloubky v jeho přirozeném prostředí, možnost reagovat na místní situaci a podmínky. Dále umožňuje navrhnout různé teorie.⁴⁰ Před započítím rozhovorů jsem klientky seznámila s účelem mého výzkumu a ujistila je, že veškerá získaná data budou anonymní a nebudou dále nikde veřejně použita. Od všech klientek mám písemný souhlas pro použití jejich dat pro účely této bakalářské práce.

Původně bylo mým záměrem provést nestrukturované rozhovory s každou z klientek. Bohužel to nebylo možné. Vzhledem k velkému zájmu o služby domova mi byla před rokem odebrána jediná společenská místnost určená pro seniorky a byl z ní zřízen pokoj pro 4 osoby. Aktivizační činnost se seniorkami tak provádím v průchozí velké jídelně, kde se pohybují všichni klienti zařízení a také personál. Pro seniorky není jednoduché trávit čas v prostorách, kde se nacházejí také mladší mentálně postižení klienti, kteří se projevují různým nestandardním jednáním. V těchto prostorách není žádný prostor pro soukromé rozhovory, není zde žádná větší místnost oddělená od běžného provozu zařízení. Prakticky v celém zařízení není možnost soukromí. O rozhovor s klientkami jsem se pokusila také v prázdné kanceláři, ale úřední prostředí klientky spíš v rozhovoru uzavřelo.

Z tohoto důvodu jsem přešla na polostrukturovaný rozhovor odehrávající se vždy na pokoji klientek za přítomnosti jejich spolubydlících. Kdykoliv mohl přijít také někdo z personálu. Uvolnit klientky v průběhu rozhovoru tak nebylo jednoduché.

V teoretické části jsem jako důležitou příliš nezmiňovala rodinu, myslím si totiž, že pro adaptaci je důležitý hlavně denní život klientek v zařízení. Rodina, i když chodí často, se objevuje v životě klientek tak maximálně jednou za týden. Někdy také rodina velmi rozhodí psychickou stránku seniora špatnými zprávami z rodinného, případně blízkého okolí rodiny. Seniorky dokáží tyto zprávy přijímat velmi emocionálně a mohou několik dní špatně spát a jíst. Tento stav nepohody ohrožuje vztahy s ostatními a odráží se i na ostatních obyvatelkách stejného pokoje. Emocionální stabilita a harmonie přitom udržuje dobrý fyzický stav klientek. Proto vždy členy rodiny prosím, aby velmi dobře uvážili, jak a jaké zprávy seniorovi v zařízení sdělí.

Na polostrukturovaný rozhovor jsem použila předem připravené otázky. Během rozhovoru jsem mohla otázky pozměnit nebo je doplnit, pokud se objevilo něco nového v rozhovoru. To je výhodou kvalitativního výzkumu a polostrukturovaného rozhovoru.

8.1 Cílová skupina

Jako cílovou skupinu jsem si vybrala skupinu sedmi klientek. Všechno jsou to ženy – seniorky, se kterými denně pracuji. V zařízení jsou různě dlouhou dobu. Z důvodu objektivit jsem do výzkumu zařadila klientky s nástupem do zařízení od roku 2016 do roku 2022. Věkově jsou od 70 do 86 let. Všechny klientky byly vybrány z důvodu zcela normálních kognitivních schopností, za účelem nezkrácených informací. Velká část ostatních klientek, se kterými pracuji, má některou z lehčích nebo středních forem

⁴⁰ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*, s. 48.

demence a většinou nejsou schopny správně popsat události nástupu do zařízení. Dlouhodobá paměť většinou zůstává nepoškozená, ale krátkodobější paměť je u nich velmi nepřesná.

8.2 Představení klientek

Klientkám bylo v zájmu ochrany dat (GDPR) uděleno písmeno K (klientka) + číslo.

K1 – Paní, věk 82 let. Do zařízení nastoupila v 8. měsíci 2022. Paní je umístěna na třílůžkovém pokoji, je nechodící, pohyb jen na vozíku. Paní je od nástupu velmi optimistická, energická. Neustále se směje. Ráda dochází na aktivizace do klubu, miluje společnost. I před nástupem byla v místě trvalého bydliště společensky hodně aktivní. Ráda by jezdila i na akce mimo zařízení, ale nechodí a v zařízení není auto s rampou pro vozíčkáře. Má ráda hudbu, a to romantickou (Eva a Vašek) nebo dechovku, a pokud je v zařízení hudební odpoledne, je vždy přítomna. Jeden ze synů ji pravidelně navštěvuje. Druhý, který s paní žil, je těžce nemocný a dlouhodobě v nemocnici.

K2 – Paní ve věku 78 let. V zařízení je od 4. měsíce roku 2022. V současnosti je umístěna na třílůžkovém pokoji. Paní chodí pouze s vysokým chodítkem, ale snaží se aspoň kousek denně. Po nástupu byla negativistická. Neměla zájem o žádné aktivity. Silně pesimistická, plačtivá. Pořád se zajímala, co bude s jejím bytem. S nikým nechtěla mluvit, nechtěla chodit ven. Na sestry byla nepřijemná nebo netečná. Vypadalo to, že si v zařízení nezvykne. Rodina ji navštěvuje pravidelně, snaží se přijít každý víkend. Zpočátku paní moc nemluvila ani s dcerou. Na aktivity docházet pořád nechce.

K3 – Paní, věk 70 let. Nastoupila do zařízení 11. měsíc 2022. Umístěna je na pětilůžkovém pokoji. Paní je velmi svérázná, dobře chodí s chodítkem. Již od prvního dne nástupu chce domů. Nedá se říci, že by byla k ostatním klientům vyloženě zlá, ale má trochu hrubší přístup. O paměťové a reminiscenční aktivizace v zařízení nemá zájem. Účastní se pouze hudebních produkcí v zařízení. Dodržuje základní pravidla zařízení, ale jak trochu může, tak si prosazuje svoje. V zařízení zůstat nechce, je přesvědčená, že půjde na jaře domů, do svého bytu v domě, kde žila se synem.

K4 – Paní, věk 61 let. Do zařízení nastoupila 8. měsíc v roce 2019. Je umístěna na čtyřlůžkovém pokoji. Paní se pohybuje na invalidním vozíku nebo je schopna ujít pár kroků s pomocí speciální hole. Paní je optimistická, povídavá. Od začátku projevuje zájem o dění v zařízení. Rychle si našla více přátel v celém domově. Oba synové za ní z Prahy nepravidelně jezdí a berou si ji dvakrát do roka vždy tak na čtyři dny domů. Paní se v zařízení moc pohybově zlepšila. Cvičí, má pevnou vůli a snaží se co nejvíce pohybovat. Každý všední den dochází do klubu na aktivizaci a účastní se i akcí mimo zařízení.

K5 – Paní, věk 78 let. Do zařízení nastoupila 12. měsíc 2016. Je umístěna na třílůžkovém pokoji. Paní je optimistická, povídavá. Je nechodící, pohyb pouze na invalidním vozíku. Od začátku projevuje zájem o dění v zařízení. Rychle si našla více přátel v celém domově. Oba synové za ní nepravidelně jezdí. Dcera ne, nesnáší matku, paní je z toho špatná a pořád o tom mluví. Paní v zařízení prodělala i mrtvičku. Dobře se vzpamatovala. Často dochází do klubu na aktivizaci. Hrozně ráda zpívá a zná obrovské množství písniček. Život měla těžký, tchyně ji nesnášela, sprostě jí nadávala a snažila se ji i napadat.

K6 – Paní, věk 86 let. Do zařízení nastoupila 2. měsíc 2021. Je umístěna na třílůžkovém pokoji. Paní má silný revmatismus, hodně oteklé klouby. Bere silné léky na bolest. Je nechodící, pohyb pouze na invalidním vozíku. Syn chodí pravidelně a pokaždé přinese řezané květiny, ví, že je maminka má ráda. Paní je hodně úzkostný typ, vše si hrozně bere, když je na ni některá sestřička protivná a kritická, nespí třeba několik nocí. Bojí se o cokoliv požádat. Nikdy si nestěžuje.

K7 – Paní, věk 80 let. Do zařízení nastoupila 6. měsíc 2021. Je umístěna na třílůžkovém pokoji. Silná cukrovka se spustila po velkém stresu – úmrtí manžela, má ji již 20 let. Byla na manželovi velmi emocionálně závislá, denně na něj vzpomíná. Pořád se zaobírá minulostí. Syn moc nechodí, má tři děti, už i vnoučata a nemá moc čas. Další dvě děti chodí celkem pravidelně. Paní se snaží denně chodit s chodítkem. Má strach, že by kvůli cukrovce mohla přijít o nohy. Vyžaduje také neustálou pozornost a péči personálu.

8.3 Cíl výzkumu

Hlavní otázka:

Jakým způsobem prožívají samotní senioři nástup do DSS?

Dílčí otázky:

Jakým problémům senioři při nástupu do DSS čelí?

Preferovali by senioři při nástupu jednolůžkový pokoj?

8.3.1 Nový domov

I když se všem budoucím klientům zařízení nabízí možnost prohlídky a seznámení se s vnitřním prostředím, většina klientů tuto možnost nevyužívá. Všechny klientky se shodly, že zařízení před nástupem neviděly. K1: „*Já jsem si zařízení nevybírala. Přišla za mnou sociální pracovnice, jestli půjdu sem.*“ Sociální pracovnice nabídla klientce prospekty s ukázkou zařízení a pomohla klientce v rozhodnutí. Ale většinou rozhodují nejbližší rodinní příslušníci. K2: „*Nevěděla jsem, jak to zařízení vypadá. Dcera mi vždycky říkala, že sem budu muset jednou jít, až nebudu moct.*“ Pro dceru bylo podle seniorky nejdůležitější volné místo v zařízení a blízkost od trvalého bydliště ostatních členů rodiny. Důležitým faktorem je mnohdy i cena služeb v zařízení. K4: „*Zařízení jsem neznala. Nevěděla jsem, kam jdu. Zařídil mi to můj bývalý manžel. Musela bych jinak do drahého zařízení v Praze.*“ Klientka je z Prahy a rodina to má za ní nejméně dvě hodiny cesty, ale navštěvují ji pravidelně. Klientka měla možnost nastoupit do tří zařízení v Praze a v nejbližším okolí, ale vzhledem k vysokým cenám služeb v těchto zařízeních se rozhodla pro zařízení mimo hlavní město. Vysoké ceny, které by museli doplácet nejbližší příbuzní, by neúměrně zatížily jejich rodinné rozpočty. Nebýt rodinám na obtíž je hlavní myšlenkou všech nastupujících seniorů.

Některé seniorky ani nevěděly, kde zařízení leží, nebo jezdily okolo, ale netušily, k čemu zařízení v současné době slouží. K3: „*Znala jsem to místo jen zvenku, jak jsem jezdila okolo. Ale uvnitř jsem nebyla a nikdo mi o něm nic neřekl.*“ K5: „*Věděla jsem, kde ten domov je, ale nikdy jsem uvnitř nebyla. Když jsem jezdila okolo, byly tu ještě jeptišky.*“ Další klientky odpovídaly téměř shodně. K6: „*Znala jsem to tu tak napůl. Nechtěla jsem to tu vidět. Doporučili mě sem příbuzní. Švagrová mě sem doporučila.*“ K7: „*Nevěděla jsem vůbec, že tu něco takového je. Nikdy jsem tu nebyla.*“

Všechny klientky se shodly na tom, že předchozí návštěva zařízení pro ně není důležitým prvkem pro výběr. Nejdůležitějším prvkem byla blízkost rodiny nebo doporučení příbuzných. Člověk, který je přes svůj věk zcela samostatný a soběstačný, nechce dle jejich názoru vidět, kam by se případně mohl dostat při selhání zdraví. Zjistit, jak to vypadá v zařízení, ve kterém budou muset strávit zbytek svého života a které se bude muset stát jejich posledním domovem, je podle nich vysoce traumatické, klientky se tak snažily těmto zjištěním spíše vyhnout.

Rychlé umístění senierek byl jeden z hlavních faktorů v rozhodování o zařízení. Tento přístup mě po znalosti situace se zaplněností zařízení pro seniory moc nepřekvapil. Většina rodin klientek musela řešit jejich zhoršenou zdravotní situaci v krátkém čase, a tak vzala většinou první zařízení, ve kterém se uvolnilo místo, nebo se snažily získat místo nejbližší ke svému bydlišti. To, jak zařízení vypadá, pro ně nehrálo v tom okamžiku rozhodující roli. Rychlé umístění bylo hlavním kritériem. Většina seniorů je smířena, že je rodina pouze informuje o tom, kam nastupují. Pokud rodiny nejsou se zařízením spokojeny, lze samozřejmě seniora přestěhovat jinam.

8.3.2 Životní rozhodnutí

Většina klientek mluví o tom, že se rozhodly samy, ale také hned dodávají, že to byla nutnost. Omezení soběstačnosti byl hlavní důvod nástupu u všech klientek. Některé klientky již o nástupu uvažovaly dříve, ale snažily se tento den co nejvíce oddálit. Rozhodnutí o nástupu, ke kterému klient dojde sám, je vždy základním faktorem napomáhajícím kratší a lepší adaptaci seniora na nové prostředí. Jedinec přichází vyrovnanější, s uspořádanými osobními a majetkovými záležitostmi.

Pokud člověk nastupuje z nějakého předchozího zařízení, má dostatek času si zvyknout na cizí prostředí. Čtyři klientky nastupovaly z jiného lůžkového zařízení. Smutný byl rozhovor s klientkou K1: „*Sama jsem se rozhodla. Chtěla jsem z toho předchozího hrozného zařízení pryč. Já jsem byla v tom zařízení XXXX, tam už bych čuchala dneska kytky zespoda, jaký to tam bylo hrozný, tak jsem šla.*“ Jednání personálu v předchozím zařízení bylo pro klientku natolik traumatické, že jí bylo jedno, do jakého dalšího zařízení půjde. Nabídka jakéhokoliv jiného místa pro ni byla vysvobozením z nevyhovujícího prostředí. Většinou seniora rodina na jeho žádost přestěhuje, ale málokdy dojde k oznámení špatného zacházení a zařízení s nestandardním jednáním personálu pokračuje dále ve své činnosti. Bylo až dojemné, jak paní po nástupu projevovala personálu velkou vděčnost za jakoukoli pomoc. Další klientka přišla z pražské nemocnice. K4: „*Rozhodla jsem se sama, domů jsem se z nemocnice vrátit nemohla. Vůbec jsem se sama nepohybovala.*“ Většina klientů po dlouhodobé hospitalizaci v nemocnicích není schopna se vrátit domů ke svému dřívějšímu životu. K5: „*Nemohla jsem chodit, tak jak bych se doma postarala o manžela. Tak jsem sem šla, bylo to moje rozhodnutí.*“ K6: „*Musela jsem někam nastoupit a pak mě skolil ten revmatismus. Dokud jsem chodila o dvou francouzských holích, tak to šlo. Ale pak už ne.*“ Klientky se většinou ocitly v bezvýchodné situaci, kdy návrat domů nebyl možný, a proto zvolily sociální zařízení.

Tři klientky přišly rovnou z domova. Řekla bych, že nástup z domova je vždy horší. Vytržení z domácího prostředí je čerstvé a člověk se s touto skutečností hůře smíruje. Na rozdíl od domovů pro seniory není možné mít v domově sociálních služeb (DSS) svůj nábytek a větší množství svých věcí. Na pokojích je pro každého připravena pouze polohovací postel, noční stolek a jedna skříň. Klientky, které sem přicházejí, jsou opravdu zcela vytrženy ze svého předchozího prostředí a jejich důvody nástupu jsou si navzájem podobné. Klientky většinou uváděly ztrátu soběstačnosti a strach z pádů. K2: „*Rozhodla jsem se sama, byla to nutnost. Já pořád doma padala a pak jsem tam ležela i osm hodin.*“

Paní se rozhodovala dlouho, dokonce více než půl roku. Teprve poslední pád, kdy ležela doma několik hodin, ji přesvědčil. Přesto si dělá starosti, co bude s bytem, a často na toto téma zavádí rozhovor. Nevyřešená starost o majetek je jedním z důvodů počáteční nespavosti klientky a jejího zhoršeného zdravotního stavu. Také další klientka uvádí jako hlavní důvod problémy s rovnováhou. K3: *„Pořád jsem padala a nemohla jsem být doma. Upadla jsem vždycky z ničeho nic. Jednou jsem tam ležela na chodbě přes šest hodin.“* Klientka je jednou z těch, co nepřišly do zařízení z vlastního rozhodnutí. Od počátku má negativní postoj k celému okolí. Synovi nedokáže odpustit, že ji k nástupu do zařízení přemluvil, a je pevně rozhodnuta se vrátit co nejdříve domů. Další z klientek má problematickou a silnou cukrovku. Vzhledem k tomuto onemocnění klientka trpí častými záchvaty. K7: *„Rozhodla jsem se sama, syn byl v práci a já měla často záchvaty. Třeba celý den nebo celou noc jsem byla bez sebe. Potřebovala jsem pomoc a často mě mladí neslyšeli.“* Ve všech těchto případech klientky zůstaly v místnosti po pádu dlouhou dobu ležet bez možnosti dovolat se pomoci. Nebylo rozhodující, zda bydlely samy. Dvě z klientek bydlely v domě s ostatními členy rodiny, ale v době jejich odchodu do zaměstnání zůstávaly bez pomoci. Strach z opětovného pádu, bezmocnosti, zhmoždění a prochladnutí po dobu, kdy ležely na zemi, donutil klientky k rozhodnutí nastoupit do zařízení zajišťujícího celodenní zdravotní péči.

8.3.3 První den

První den v zařízení je nejvíce traumatický. První seznámení s místem, na kterém klientka bude muset nejspíše strávit zbytek svého života, není vždy jednoduché. Především jde o velké množství lidí hned po příjezdu do zařízení, hodně informací a neznámé hlučné prostředí. K1: *„První den byl hrůza. Přišla jsem si úplně ztracená. Jela jsem dvě hodiny sanitkou a pak se na mě všichni sesypali.“* Nejen pro první klientku byl první den stresujícím. K2: *„První den byl pro mě hrozný. Přišli za mnou všichni – ředitel, moje děti – a já bych byla nejradši utekla.“*

Většina z klientek má ve svém věku lehké nebo střední poruchy sluchu a špatně rozumí rychle mluvenému slovu. Také vnímání je pomalejší a rychlá mluva sester a sociálních pracovníků dělá seniorkám potíže při chápání obsahu mluveného. Strach ze změny prostředí a problém pochopit, co je po nich žádáno, vede u většiny nastupujících ke stresu, kterého se zbavují jen pomalu a obtížně. Nutnost podepsat všechny nástupní dokumenty hned první den není moc rozumná, i když je legislativně nutná. Seniorky zdůraznily v rozhovorech, že vůbec nevěděly (i přes vysvětlení personálem), co podepisují. K1: *„Všichni mi říkali nějaké věci a chtěli podpisy. Bylo to hrozně rychlé a já se cítila unavená. Dva dny jsem pak spala.“* Další klientka to viděla podobně. K2: *„Všichni po mně něco chtěli, musela jsem pořád něco podepisovat a ani jsem to nečetla. Říkali mi co, ale já jsem to moc nechápala.“* K3: *„Byla jsem zmatená, něco jsem hned podepisovala a všechno mi vysvětlovali.“* Po přijetí by měla být možnost dát seniorům delší čas na aklimatizaci, a pokud to jen trochu jde, chodit s novými informacemi jednotlivě.

Jednou z determinantů ovlivňujících první den může také být to, že klientka bydlela doma sama a nyní nastupuje do vícelůžkového pokoje. Spát najednou v místnosti s množstvím nezvyklých zvuků je pro seniory se slabým spánkem hodně problematické. K7: *„Hned první noc se mi nespalo moc dobře. Hrozná nejistota a nebyla jsem zvyklá na víc lidí. Nebylo ale možný zůstat doma.“*

Také setkání s personálem zpočátku nemusí probíhat zcela bez problémů. K5: *„Sestřičky jsou tady také fajn. Akorát mi vadí, když je na nás někdo zbytečně vostrej. A víte, o kom mluvím, co? Nemusím jmenovat, že ne?“* Někteří lidé z personálu nejsou moc ochotní a dokážou seniorům nástup znepríjemnit. Bohužel v současné době při

nedostatku lidí k lůžku není vždy ochota ze strany vedení tyto problémy řešit. Naštěstí se jedná jen o velmi malé procento zaměstnanců. Navyknout si na režim zařízení a přizpůsobit se základním požadavkům může seniorům trvat i několik týdnů. Klientka K1 uvedla: „*Tady jsou sestřičky lepší. Jen zvyknout si na jídlo mi trvalo déle. Tři týdny jsem měla zažívací potíže. Bála jsem se říct, že už nemůžu, a vrátit zbytky. Tak jsem se vždycky nacpala, až mi bylo zle. Teď už se nebojím něco vrátit, už jsem tady jako doma.*“ Strach z reakce sester na odmítnutí více jídla klientce znepříjemnil tři týdny po nástupu do zařízení. Také další z klientek měla po nástupu s personálem nedorozumění. K2: „*Hrozně se taky stydím. Špatně držím moč a sestry mi pořád říkaly, že si budu muset platit navíc inkontinenční pomůcky. A z toho jsem měla hrozný strach, že na to jako nebudu mít. Pořád mě tím strašily. Já tady i brečela.*“ Občas stačí jen malá poznámka ze strany personálu a může způsobit seniorkám několikadenní nebo týdenní stres, než se vše vysvětlí. Ani dobrý úmysl nemusí vždy skončit porozuměním mezi personálem a klientem. Jako příklad mohu uvést jedno z dalších nedorozumění. K6: „*Sestřičky jsou tady moc hodné. Stěžovala jsem si, že nemám trička s dlouhým rukávem a je mi zima. Za dva dny mi najednou přišla tři krásná trička a já je nechtěla, že nejsou moje. A byly. Jenže já skoro tři dny nespala, protože jsem nevěděla, jak to sestřička platila a jestli nejsem dlužná.*“ Klientka čekala na sestru, až přijde do služby, a neustále se při každém rozhovoru vracela k domnělému dluhu. I když jí bylo řečeno, že dluh určitě mít nebude, musela jí všechno vysvětlit až sestra, která trička zakoupila. Tato klientka neuvedla první den jako traumatický, protože jí pomohla spolubydlící na pokoji. K6: „*Hned jsem nastoupila sem na pokoj. A paní mi tady na pokoji hned začala zpívat písničky a povídat si taky. Ani jsem neměla čas být smutná. Měla jsem pocit hned, že jsme jako dvě sestry. Paní se pořád jen směje, a to měla tak těžký život, nevím, kde na to bere sílu. A když se na vás někdo pořád směje, tak se na něj taky musíte smát. Sestřičky tu byly, ale já jsem se na ně nemohla soustředit.*“ Spolubydlící dokázala klientku od první chvíle tak rozptýlit, že jí další pobyt v zařízení nepřišel tak nesnesitelný.

8.3.4 První měsíce v zařízení

První měsíce v zařízení patří k nejtěžšímu období v adaptaci seniora. Ztráta soukromí, přizpůsobení se vnitřnímu řádu zařízení, snaha o navazování nových vztahů, potlačení některých potřeb, to vše patří k prvním týdnům a měsícům po nástupu. Každý člověk je jiný, proto u každého probíhá proces adaptace na prostředí zcela jinak. Některé odrazují počáteční problémy. K2: „*Začátek byl dost hrozný. Byla jsem tu na pokoji vlastně sama. Sice jsme tam byly tři, ale ostatní dobře běhaly a byly přes den pořád pryč. Hodně jsem si četla, abych na to nemusela myslet. Byla jsem i na sebe našťavaná, že jsem tu skončila. Nejmiň 14 dní jsem probřečela. A pořád jsem říkala, že si tady nikdy nezvyknu.*“ Pro člověka nesmělého a samotáře bývá začátek vždy náročnější než pro otevřeného sangvinika. K4: „*Zvykla jsem si docela rychle. Pomohli mi hlavně lidi tady – sestry, a hlavně ženský, co tu jsou dlouho.*“ Někdy pomůže v rychlejším přijetí skutečností špatná zkušenost z předešlého zařízení. K1: „*Zvykla jsem si hned. To předešlé zařízení bylo tak hrozný, teď si přijdu, že jsem v ráji.*“ Tato klientka také měla adaptační proces již nejméně jednou za sebou a tato skutečnost jí pomohla další adaptaci urychlit.

Zhoršený zdravotní stav ovlivňuje i jednání klientek. K7: „*Zvykla jsem si rychle, protože doma jsem byla pořád sama. Aspoň si mám s kým popovídat. A taky jsem se hlavně bála zůstat sama kvůli záchvatům. Chtěla jsem být tady, aby mně když tak sestry pomohly.*“ Představa pomoci a jistoty zdravotní péče je pro mnohé klientky silnou motivací pro rychlý adaptační proces.

V rozhovorech je viditelné, že klientky, které byly vnitřně zcela rozhodnuté pro nástup, si zvykaly mnohem lépe a kratší dobu. Pokud se navíc jednalo o sociálně aktivní klientky, které si i ve vyšším věku udržovaly větší množství sociálních vztahů, bylo pro ně seznamování v zařízení jednodušší.

Některé klientky ale přichází přesvědčené, že si nikdy nezvyknou. K3: „*Já si tady vůbec nezvyknu. Přečkám tady zimu a pak půjdu domů. Mám to tak v plánu. Nemůžou mě tady držet proti mojí vůli.*“ Takto zaujatou seniorku většinou není lehké namotivovat k návštěvám aktivizačních činností nebo akcí pořádaných v zařízení. Dokáže odmítat veškerou snahu personálu pomoci s adaptací. K ostatním klientům v zařízení se chová odmítavě a nemá snahu navázat žádné dlouhodobé osobní vztahy. Pokud tyto klientky dojdou ke zjištění, že odchod domů nebude možný, propadají později beznaději, apatii a jejich zdravotní stav se prudce zhoršuje. Vzhledem k jejich počátečnímu odmítání pomoci a nepřijetí návrhů na přátelské vztahy pak není většinou snadné si v zařízení najít přátele. Z mých zkušeností mohu říci, že pokud senior nabídne přátelství a je napoprvé odmítnut, bere to jako krivdu a podruhé možnost sblížení nenabízí. Odmítající pak zůstávají v zařízení většinou samy, zatrpklé a nešťastné. Také personál má později již na z jejich pohledu problematickou klientku utvořený svůj názor, který není lehké změnit. Klientka K3 našťástí po dvou měsících v zařízení navázala přátelské vztahy v rámci svého pokoje, v současné době dokonce několikrát navštívila akce v zařízení. Ještě stále počítá s odchodem zpátky domů ve chvíli, kdy nastane lepší počasí, ale její chování je výrazně příjemnější a klidnější. Myslím si, že si začíná uvědomovat, že návrat domů není úplně jistý. Klientka K2 také začínala s negativním vztahem k zařízení, ale po téměř ročním pobytu v zařízení se již vyjadřuje jinak. K2: „*Myslela jsem si, že si tady nikdy nezvyknu, moc se mi stýskalo. A vidíte, nakonec jsem si zvykla.*“

Kromě jedné klientky uvedly všechny, že jim nejvíce v adaptaci pomohly spolubydlící na pokoji. K6: „*Díky paní na pokoji jsem se hned cítila dobře.*“ A pomohlo i docházení na aktivizační programy v zařízení, kde si mohly popovídat. K1: „*Asi nejvíc mi pomohly ženské na pokoji. A pak to, že jsem každou chvíli dole v klubu, jsem ráda s ostatními. Chodí tam i paní od nás z vesnice, tak si povídáme.*“ Klientka K2 mluví o spolubydlící s Downovým syndromem jako o někom, s kým si povídat nemohla, nenašly k sobě žádnou cestu komunikace. K2: „*Nejvíc mi pomohlo, že přišla tady paní. Konečně jsem si měla s kým povídat. Před ní tady byla ta holka s tím Downem a s tou jsem moc mluvit nemohla, ani jsem nechtěla. A na terapii do klubu chodit nechci.*“ Jedná se o problematické soužití části seniorů s klienty s mentálním postižením. Vzhledem k věku většiny klientek je zcela zřejmé, že mládí prožily v předešlém politickém režimu. V režimu, v němž byli mentálně postižení lidé izolováni v ústavních zařízeních, jejich nestandardní jednání tak nebylo na veřejnosti viditelné. Pro většinu mých klientek není jednání vymykající se normálu akceptovatelné.

Na pokojích se většinou setkávají ženy, které se po celý život staraly o svoji domácnost a rodinu. Některé jsou silnou osobností, nejsou zvyklé se někomu podřízovat a chtějí rozhodovat o chodu celého pokoje (kdy se bude větrat, v kolik se bude pouštět televize, na co se budou ostatní dívat, zda si chtějí nebo nechtějí dát ostatní kávu). Proto někdy není soužití na vícelůžkových pokojích jednoduché. Povinností personálu je takovéto chování včas odhalit a neshody na pokoji vyřešit. K5: „*Byla jsem nejdřív na jednom pokoji a tam byla paní, co byla hroznej generál, a taky jsem si zvykla.*“ Pokud je to horší, musí se klientka z pokoje přestěhovat. K7: „*Ze začátku na tom jiném pokoji to bylo strašné, ta zlá ženská z vedlejší postele na mě pořád něco měla. Musela jsem poprosit, aby mě dali jinam.*“ V tomto případě personál zasáhl včas a paní přestěhoval do pokoje, kde je dnes spokojená.

8.3.5 Samota nebo společnost

Většina domovů pro seniory má ve svém zařízení jednolůžkové nebo dvojlůžkové pokoje, také zde bývá možnost pro seniory setkávat se ve společných prostorách. V DSS, ve kterém bylo šetření prováděno, nemají senioři možnost setkávání ve společných prostorách a převážná část pokojů je zde vícelůžkových. Z tohoto důvodu jsem do otázek zařadila také otázku na zájem klientek o samostatný jednolůžkový pokoj.

Překvapivě pouze jedna klientka uvedla, že před nástupem do zařízení si přála jednolůžkový pokoj, ale v současné době by jej již nechtěla. K2: „*Asi jo, jak říkám, byla jsem zvyklá bydlet sama. Ale když jsem přišla sem, tak už mě to nenapadlo. Jsem moc ráda, že sama nejsem. Když si popovídám, je mi líp. Doma jsem třeba nepromluvila celý den. Neměla jsem ani žádné zvíře, abych se s ním pomazlila.*“ Je poznat, že klientka doma trpěla samotou, i když si to sama asi neuvědomovala. Dcera jí dle slov klientky obden doma navštěvovala, ale vždy jen na chvíli, většinu času byla paní sama. Nemluví ani o žádných kamarádkách nebo dalších příbuzných a návštěvách.

Další klientky uvedly: K6: „*Já jsem byla doma pořád sama. Tak by mi to nevadilo, ale asi bych z toho pokoje nikam nechodila. Vždyť ani nemůžu bez pomoci nikam. Takhle je to lepší, není mi tak smutno.*“ Ani klientka K1 neměla o samostatný pokoj zájem: „*No ani ne. Doma jsem byla se synem. Nikdy jsem nebyla sama. Já si moc ráda povídám. Aspoň dvě na pokoji být musí, víte.*“ Některé z klientek jsou velmi společenské. K5: „*Já určitě ne, na internátě nás taky na pokoji bylo pět a já byla vedoucí pokoje. Bylo to fajn. Nikdy jsem nechtěla být sama.*“ Paní miluje společnost, pořád si zpívá a přes nelehký životní příběh je pořád optimisticky naladěná. Celý život byla vášnivou čtenářkou, až téměř úplné oslepnutí obou očí ji připravilo o tento životní zájem. Spolubydlící na pokoji jí pomáhají zmírnit tento deficit svojí společností, pomocí a pochopením. Jako aktivizační pracovník v zařízení ji v odpoledních hodinách mohu předčítat její oblíbené knihy a být aspoň na chvíli jejíma očima.

Mít pokoj jen sám pro sebe je někdy lákavé, ale problém pro seniory může nastat, když je člověk v pokoji sám a nemá, komu zavolat, nemá, s kým se potkávat, s kým si promluvit, když to potřebuje. V situaci, kdy je samota nedobrovolná, mluvíme o osamění. **Osamění** je známo jako deficit sociálních kontaktů. K tomu může docházet, i když je člověk obklopen lidmi. Chybí mu hlavně blízké vztahy, možnost blízké komunikace s lidmi, chybí přívětivé přijetí a často k tomu dochází po úmrtí životního partnera. Osamělého člověka nemusíme hledat v domě na samotě u lesa, ale klidně uprostřed jeho blízkých nebo v sociálním zařízení mezi pro seniora cizími lidmi. Pro špatně se pohybující nebo nechodící klientky by nebyl jednolůžkový pokoj přínosem. Být celý den sám a čekat jen na příchod personálu s jídlem nebo hygienickými potřebami je deprimující a rozhodně neodpovídá sociálním potřebám člověka. Člověk je tvor sociální, a tak chybějící sociální vazby mohou vést k pocitu osamění a depresím. Většina klientek uvedla, že doma byly samy a teď jim vyhovuje být minimálně ve dvou. Překvapující je, že i vícelůžkové (třilůžkové, čtyřlůžkové, pětilůžkové) pokoje jsou pro seniorky akceptovatelné a jsou zde spokojené. Klientka K7 dokonce uvádí strach z toho být na pokoji sama, a to vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. K7: „*Hrozně se bojím být sama. Když pak mám ten záchvat, tak by to sestřičkám nikdo neřekl. Nikdy jsem nechtěla jednolůžkový pokoj.*“ Překvapivě i klientka s výrazně negativním postojem k setrvání v zařízení neměla zájem o samostatný pokoj, i když mezi ní a další klientkou na pokoji dochází k častým sporům o sledování programů v TV.

K3: „*Doma jsem měla svůj byt v našem domě, byla jsem tam sama. Ale tady jsem si už zvykla, že je nás víc. Když mě moc otravujou, tak jim řeknu ať drží h... a je klid. Není to úplně špatný, když je nás víc.*“ Na těchto odpovědích je zřejmé, že sociální vztahy člověka jsou jednou ze základních potřeb, které máme potřebu uspokojit.

8.3.6 Malá přání

O závislosti seniorů na jejich rodinách je psáno v každé knize věnující se potřebám a problémům seniorů. Nechtěla jsem jít touto cestou, a proto jsem zvolila jinou otázku, ze které byla rodina vyjmuta. Seniorek jsem se ptala, co jim přímo v zařízení chybí. Myslela jsem si, že klientky si budou stěžovat na spoustu věcí a bude jim hodně věcí z předchozího života chybět. Čekala jsem stížnosti na jídlo, na personál, na ubytování, koupání apod. Běžně si klientky v denních rozhovorech stěžují na málo teplou vodu při koupání či na chování některých ošetřujících. K1: „*Jen některé sestry by se nemusely pořád mračit.*“ Výtky jsou i na spolubydlící. K3: „*Tady na pokoji jedna ženská vstává ve čtyři. Jde na záchod a rozsvítí. Nemůžu pak spát. Takže taky klid tu nemám, když si chci přes den zdrímnout, furt někdo courá.*“ Ale všechny klientky se najednou nebyly schopné vyjádřit.

Nakonec jsem dala klientkám dostatek času a prostoru na vyjádření jejich přání, ale odpovědi většinou zněly, že jim nic neschází a nic nepotřebují. K1: „*Nic mi nechybí, je to tady daleko lepší než v tom předešlém zařízení.*“ K6: „*Nechybí mi nic. Když nemohu domů, tak jsem si tady zvykla.*“ Představa doživotního pobytu v tomto zařízení klientky nutí ke zvyknutí si na vnitřní denní řád. To, co jim bezprostředně po nástupu vadilo, začínají považovat za bezvýznamné maličkosti.

Pokud z otázky vyjmete rodinu, je pro většinu seniorů těžké během chvíle říci, co jim chybí. Myslím si, že jim podobná otázka nebyla položena za celou dobu jejich pobytu v zařízení. Bylo vidět, že jsou zaskočené. Až tak po deseti nebo patnácti minutách se začaly objevovat první odpovědi. K2: „*Chybí mi jenom, že se nemůžu víc vyspat. Každý den vstáváme ve stejný čas – v půl sedmé. Někdy bych si přispala. To mě mrzí. Jinak jsem si už zvykla. Jídlo mi chutná, jím teď víc pravidelně než doma.*“ Některé klientky uvedly opravdu maličkosti, které by jim zpříjemnily život v zařízení, kdybychom jim je splnily. Například K5: „*Já respektuju řád, tak mě vychovaly rodiče, a proto mi nic nechybí. Ale chtěla bych mít víc zelí, mám ráda kyselý. A oni tady spíš dávají dortík než kyselý.*“ U jiných je to problém, který se tak lehce splnit nedá. K3: „*Ta volnost. Nemůžu všechno, co bych chtěla.*“ K4: „*Častěji jezdit domů. A taky mi tady občas chybí náš pes (mopslík) Belouš.*“ Jedna z klientek nebyla schopna na otázku odpovědět vůbec. Až po půl hodině komunikace se vyjádřila, ale jen velmi neurčitě. K7: „*Ani nevím. Mám asi všechno.*“

Ztrátu soukromí překvapivě neuvěděla ani jedna z klientek, přitom je uváděna jako jeden z největších problémů při adaptaci v zařízení.

8.3.7 Navazování vztahů v zařízení

Hledání přátel, se kterými by klientky mohly sdílet svoje starosti a úzkosti po nástupu do zařízení, patří mezi nejdůležitější úkoly prvních dní. V seniorském věku je navázání důvěrnějších sociálních vztahů problémem. Roli zde hraje vzdělání, ekonomické a sociální prostředí, ze kterého klientky přišly, také důvěřivost a otevřenost osob nacházejících se v nejbližším okolí nové klientky. V odpovědích klientek jsou tyto rozdílnosti dobře znát. K3: „*A jaký přátele? Dělal jsem v kravíně a paní tady nade mnou ohrnují nos. Od 17 let jsem byla u dobytka. Ale mlíčko, sýry, smetanu, to jo co, to jim chutná.*“ Na tomto pokoji se vedle sebe sešly klientka pracující celý život v zemědělství a klientky, které pracovaly v kancelářích jako účetní nebo personalistka. Najít společné

téma rozhovoru pro ně není příliš snadné. Mnohem lepší je to v případě, kdy klientky pochází ze stejného prostředí, například i ze stejné vesnice. K1: „*Našla jsem si tady paní, co je vedle na posteli. Hned první den jsme si rozuměly. Ona je taky z vesnice jako já.*“ Klientky, které si našly přátelské vztahy, jsou viditelně klidnější a spokojenější. Také jejich adaptace probíhá kratší dobu. Možnost mít vedle sebe člověka, se kterým sdílím všechny strasti všedních dnů v zařízení, je jedním z největších darů. K7: „*Mám tady na pokoji kamarádky a jsem spokojená. Povídám si taky na chodbě, když chodím. Vždycky si na konci chodby sednu a někdo se vždycky přidá.*“

Klientky kuřačky se schází daleko častěji než ostatní na jednom místě a vznikají mezi nimi přátelské vazby. K4: „*Jo našla. Hned od prvního dne, nikdy mi to nedělalo problém. I když si jdu zakouřit, tak si tam popovídám. Už aby bylo venku teplo, budu jezdit kouřit ven. Setkáváme se tak s ženským pořádkem, i o víkend.*“ Ale můžeme se samozřejmě setkat i s negativními reakcemi na chování ostatních klientů v zařízení. Klientka K3 je výrazně negativistická během celého pobytu a na všech činnostech hledá jen to špatné: „*Chodím kouřit a všichni ti sociálové pak žebrají cigáro. Nedám jim nic, já je naučím šetřit. Občas s někým pokecám, ale bližší přátele to ne, to tu nemám.*“

Jednou z dalších možností navázání přátelských vztahů je dopolední program pro klientky v rámci aktivizačních činností v zařízení. K1 k tomu říká: „*A taky když jedu do klubu, tak je tam víc lidí, jsem pro každou legraci. Mám moc ráda, když se pořádkem něco děje.*“ K5: „*Pak ještě v klubu si popovídám. Jsem hodně zvědavá a chci o všech nových něco vědět. Jako odkud jsou, kde pracovali a tak.*“ Zvědavost u některých klientek je opravdu velká. Každou novou klientku, pokud dochází do klubu, musím představit hned na začátku a říci její jméno, odkud k nám přijela a kolik je jí let. Jinak riskuji, že se jí budou ostatní klientky jednotlivě ptát na stejné věci během programu aktivizace a program bude celé dopoledne narušován.

Některé z klientek jsou zase naopak moc úzkostné a bojí se na cokoli zeptat ze strachu před reakcí okolních lidí. K6: „*Našla jsem si tady na pokoji kamarádky a je mi líp. Jinak s ostatními si moc nepovídám, aby neřekli, že jsem moc zvědavá.*“ U této klientky se úzkostné jednání odráží ve všem, co dělá. Neustále se bojí odsouzení ostatních, a to nejen pro zvědavost, ale i pro špatnou paměť, pro špatné trávení, nechce si říci, že potřebuje na toaletu apod. Při práci s touto klientkou musím i několikrát denně opakovat, že není na obtíž, že jsme v zařízení z důvodu pomoci každému z klientů. Tento její postoj s tím, že se paní neustále omlouvá a tváří se nešťastně, jí neumožňuje se plně zapojit do aktivit s ostatními klienty. Po rozhovorech s klientkou jsem došla ke zjištění, že tento postoj provází klientku celým životem a jedná se o její povahový rys, který se pravděpodobně věkem vystupňoval.

Většina klientek se shoduje na tom, že si přátele našly v rámci svého pokoje. Je pravdou, že u některých klientek trvalo delší dobu, než personál vyzoroval, do kterého vícelůžkového pokoje by bylo vhodné určitou klientku zařadit. Proto některé z nich prošly i dvojím stěhováním. Jako příklad mohu uvést klientku K2: „*Mám teď tady paní vedle na posteli a je nám fajn. Povídáme si o rodinách a drbeme jídlo. Spolu se i zasmějeme.*“ U této klientky stačila výměna paní ležící na vedlejší posteli a prošla zázračnou proměnou. Dříve nemluvila s nikým nebo odpovídala jen jednoslabičně a dávala druhým znát, že s nimi mluvit nechce, dnes již mluví jinak. K2: „*Jinak se snažím teď každý den chodit s chodítkem po chodbě a občas se s někým zastavím a popovídám. To jsem dřív nedělala, jako že jsem s nikým mluvit nechtěla.*“

Stejně jako je pro seniory mimo zařízení základním zájmem v jejich životě rodina, v zařízení se tímto stávají vztahy navázané v rámci zařízení. Úmrtí některé z přítelkyň je většinou pro zůstávající klientku stejně traumatické jako úmrtí v rodině.

8.3.8 V den rozhovoru

Všech klientek jsem se ptala na jejich momentální náladu a pocity v den rozhovoru. Pokoušela jsem se zjistit, jak se klientky cítí, zda jsou v zařízení spokojené. U většiny z nich proběhl adaptační proces dobře. K1: „*Jsem tady teď šťastná. Když nemůžu zůstat doma, je to tady druhá nejlepší možnost. Víte, syn je těžce nemocný a nemohl mi pomáhat.*“ Klientky si většinou pobyt v zařízení pochvalují. K2: „*Už jsem tady spokojená. V listopadu jsem si ještě myslela, že si nezvyknu. Už jsem se smířila s tím, že dožiju tady.*“ Smíření s tím, že klientka dožije v zařízení, nám může přijít smutné, ale jedná se o nezbytný prvek adaptace. Uvědomění si nezbytnosti setrvání v DSS a přizpůsobení se jednoduchým pravidlům v zařízení tak, aby byl klient spokojený a cítil se zde opravdu jako doma, je nezbytnou nutností. K5: „*Dnes se cítím dobře.*“ Klientka říká, že se dnes cítí dobře, to je vzhledem k tomu, že má syna s těžkou nemocí v nemocnici na oddělení JIP u paní dobrá zpráva. Poslední týden měla těžký a neustále plakala. Je časté, že v době pobytu v DSS klientkám umírají jejich děti, z nichž většina dosahuje více než 55 let, dokonce není výjimkou, že posíláme přání k sedmdesátinám. Po takové události je vždy vidět velký skok v mentální a fyzické kondici klientek směrem k horšímu.

Některé klientky berou svůj pobyt více z praktické stránky. K6: „*Musím být spokojená, nemůžu se vrátit domů.*“ K4: „*V zařízení jsem spokojená. Mám tady na pokoji docela dobré lidi. Stejně se nemůžu vrátit domů. Byt nemám, bydlí v něm starší syn s přítelkyní.*“ Může se stát, že klientka je nerozhodná v popisu svých pocitů. K7: „*Ani nevím, víte, všude je něco. Děti za mnou často chodí, tak jsem asi spokojená.*“ Paní je nerozhodná po celou dobu pobytu a většinou zdůrazňuje, že vše za ni rozhodoval zesnulý manžel. Na pokoji si našla spolubydlící, která jí pomáhá v její nerozhodnosti. Je znát, že tato klientka byla většinou závislá na péči okolí a velmi ráda si stěžuje na zdravotní stav a nechává se opečovávat.

Jediná z klientek přiznává, že se necítí zcela dobře, ale vzhledem k tomu, že je v zařízení nejkratší dobu (5. měsíc) ze všech a po celou dobu chce ze zařízení domů, je tento postoj zcela pochopitelný. K3: „*Cítím se všelijak. Nechci si tady zvyknout. Chci už být doma. Jen co přijde jaro a teplo, tak chci domů.*“ Pokud tato klientka neodejde ze zařízení domů, byl by zajímavý rozhovor o její spokojenosti po dalším půl roce pobytu.

Po rozhovorech s klientkami je rozhodující většina odpovědí o spokojenosti v zařízení. Žádná nehovoří o jakýchkoliv větších neřešitelných problémech.

Průběh adaptace klientek

K1 – v zařízení je 6 měsíců. Zde probíhala adaptace v zařízení nejrychleji. Paní je extrovert a sangvinik, již před nástupem vedla velmi společenský život. Pořád se usmívá, má dobrou náladu. Často dochází na aktivizace v zařízení. U sester a ostatních klientů je velmi oblíbená. Během adaptace klientce zemřel její těžce nemocný syn – přechodné zhoršení stavu, měsíční zvrát k horšímu (depresivní nálady, řešení smutku). V současné době paní již nejhorší období překonala, částečný návrat k usměvavé náladě.

K2 – v zařízení je téměř rok. Počáteční adaptace neprobíhala nejlépe. Paní je od začátku zatrpklá, vyčítá si, že skončila v zařízení. Je introvertní povahy, nemá ráda společnost. Z pokoje v prvních měsících téměř nevycházela. Ještě v létě tvrdila, že si v zařízení nezvykne. Zlom nastává po nástupu její nové spolubydlící K1. Klientka změnila svůj náhled na zařízení a je v současné době více společenská. Na aktivizace nedochází, dvakrát ji sestry donutily na aktivizaci dojít, byla bez zájmu, nechtěla spolupracovat. Proces adaptace není dle mého názoru zcela dokončen.

K3 – klientka je v zařízení 4 měsíce. Nástup částečně nedobrovolný, až poté, co jí domluvil syn. Klientka odtažitá, nemá zájem o navázání hlubších vztahů. Je přesvědčena, že půjde domů. Na aktivizační činnosti nedochází, jsou pro ni otravné. Adaptační proces nadále probíhá.

K4 – klientka je v zařízení 3,5 roku. Nastoupila po víc jak půl roce cestování po nemocnicích. Adaptace byla velmi rychlá. Klientka má veselou a otevřenou povahu, snadno si nachází přátele. Hned první týden se zapojila do akcí v zařízení. Na aktivizace dochází denně. Adaptace proběhla zcela spontánně a bez problémů.

K5 – klientka je v zařízení 6 let. Adaptace byla velmi rychlá. Má velmi ráda společnost, je zvědavá, ráda si povídá. Již před nástupem byla velmi společenská. Zná obrovské množství písniček a neustále i na pokoji si zpívá. Často navštěvuje aktivizační terapie.

K6 – klientka je v zařízení 2 roky. Nástup byl lehce problematický, klientka je velmi úzkostná. V počáteční adaptaci jí velmi pomohla spolubydlící – klientka K5. Bez této pomoci by byla adaptace o hodně delší a problematická. Na adaptace dochází pouze s klientkou K5, pokud se ta nemůže zúčastnit, tak na aktivizace v zařízení také nechodí. Velká závislost na spolubydlící.

K7 – klientka je v zařízení 1,5 roku. Adaptace probíhala delší dobu – více než rok. Klientka má v zařízení snachu, která jí ve všem pomáhá. Neustále si stěžuje na různé zdravotní potíže a vyžaduje od personálu a spolubydlících zvýšenou pozornost a péči. Klientka má diabetes mellitus a projevují se u ní častější slabé záchvaty. Na aktivizace chodí pouze na vyzvání sester, sama by iniciativu neprojevila.

9 Diskuse

Tato kapitola bude shrnutím výsledků výzkumu k tématu adaptace seniorů. Výchozí myšlenkou mé bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem prožívají samotní senioři nástup do DSS, jakým problémům senioři při nástupu do DSS čelí a zda by senioři při nástupu preferovali jednolůžkový pokoj. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty jsem shromáždila data, ze kterých mohu dále vycházet. Do výzkumu jsem vybrala 7 klientek s různou dobou pobytu v DSS.

Adaptace je zcela nevyhnutelným procesem, kterým senioři po nástupu do DSS procházejí. V adaptaci je velké množství proměnných faktorů, které ji ovlivňují. Vliv má předešlé sociální a ekonomické zázemí seniora, jeho rodinné vazby, návyky, povaha, nemoc, schopnost navazovat vztahy s ostatními lidmi. Také hraje roli vrozený temperament (vrozené rysy osobnosti). Je velkým rozdílem, jestli jste sangvinikem, cholericem, flegmatikem nebo melancholikem. Lidé s rysy sangviniků mají největší pravděpodobnost krátké a úspěšné adaptace. Dalším faktorem je samozřejmě zařízení, harmonie jeho vnitřního prostředí, spolubydlící na pokoji nastupujícího seniora nebo personál pečující o seniorovy potřeby.

Kdybych měla shrnout faktory, které podporují úspěšnou adaptaci v zařízení, vyjmenovala bych jich hned několik:

- vlastní rozhodnutí nástupu do DSS,
- navázání přátelských vztahů s ostatními klienty na pokoji i mimo něj,
- dobré vztahy s personálem v zařízení,
- zapojení se do aktivit v zařízení,
- nenásilné přizpůsobení se řádu v zařízení,
- nekonfliktní a asertivní jednání,
- pocit bezpečí v zařízení.

Problémy, kterým senioři při nástupu čelí, jsou například:

- rozhodnutí k nástupu bylo vynuceno rodinou nebo nemocí a senior nesouhlasil, nechce si v zařízení zvyknout,
- těžký první den, příliš mnoho lidí a informací,
- stesk po domově, nevyřešené majetkové vztahy,
- senior špatně navazuje přátelské vztahy, se spolubydlícími ani s personálem si nerozumí,
- nucená adaptace na řád v zařízení,
- senior se cítí být opomíjen, vynucuje si pozornost personálu a spolubydlících,
- setrvávání jen na pokoji bez možnosti pohybu po zařízení (imobilní klienti),
- senior je introvert, nemá zájem o dění v zařízení, chce samotu, ale je nucen docházet na aktivizační činnosti.

Rozhodnutí nástupu z vlastní vůle považuje za hlavní determinant ve svém výzkumu také Káčová Kateřina (2017) v bakalářské práci věnující se adaptaci seniorů. Uvádí, že senioři, kteří byli na nástup do zařízení připraveni vlastním rozhodnutím, se na nové prostředí adaptovali mnohem rychleji.⁴¹

Celkem častým problémem je, že senior nerozumí personálu a neví, co mu personál sděluje. Při slovním vyjádření bychom měli zpomalit, používat kratší věty a dát starším lidem možnost pochopit, na co se ptáme. Personál by měl být usměvavý, otevřený, pozorný, ochotný pomoci a měl by seznámit nastupujícího klienta se zařízením. Také Venglářová (2007) připisuje personálu velkou úlohu při pomoci nově příchozímu

⁴¹ Srov. KÁCOVÁ, K. *Schopnost adaptace seniorů v domově pro seniory.*

zvyknout si na nové prostředí i nový životní styl. Popisuje, jaké vznikají komunikační bariéry s klienty.⁴² Velké množství úkonů okolo klientů však nedává pečujícím moc možností si s klienty déle promluvit, dost často se vše řeší formou příkazů a zákazů, což klientky špatně přijímají. Personál většiny zařízení se dělí na zdravotnický personál, kam patří diplomované zdravotní sestry mající na starost zdravotní problémy klientů. Jako další personál se zde nachází pracovníci v sociálních službách, kteří mají na starost takzvanou přímou obslužnou péči u lůžek klientů. Jedná se o pomoc při osobní hygieně, oblékání, podávání jídla, udržování čistoty atd. Tito pracovníci na sobě nesou nejtěžší část péče o nesoběstačné klienty. Přesto k jejich způsobilosti stačí dle zákona jen základní vzdělání a krátký kvalifikační kurz.⁴³ To není dle mého názoru dostačující. Sama jsem tímto kurzem prošla a v celém proškolení není ani zmínka o psychologii komunikace s lidmi v seniorském věku a jednání se seniory, ani o tom, jak by měl personál pracovat se seniory s demencí, agresivními jedinci nebo jak pracovat se seniory v depresi, lidé po dokončení kurzu neví vůbec nic. Personál přichází poučen pouze o tom, jak zabránit proleženinám, jak se postarat o hygienu a stravování seniorů. Tady vidím velkou vadu systému sociální péče, a to v nedostatečném zaškolení personálu.

Během výzkumu jsem se seznámila také s názory senierek na jednolůžkové pokoje. Všechny se shodly, že by pro ně samota na takovém pokoji nebyla přínosem. Většina mnou oslovených senierek měla problémy s pohybem, bez cizí pomoci by se z pokoje dostávaly jen velmi málo. Po čase by s největší pravděpodobností docházelo k omezení komunikace s okolím. Proto by klientky nejvíce preferovaly dvoulůžkové pokoje. Také dle Dvořáčkové (2012) patří k problémům stárnoucího člověka hlavně osamělost. U jednočlenných domácností se jedná až o tři čtvrtiny seniorů s touto problematikou.⁴⁴

Pomoci v lepší adaptaci by mohla lepší organizace prvního dne v zařízení. Přijetí by mělo probíhat postupně a ve větším klidu. Nelze seniora přetížit během chvilky všemi informacemi, ve stresu z prvního dne si nemůže vše zapamatovat. Lepší alternativou by bylo vytvořit přehlednou brožurku, ve které by byly velmi stručné základní informace a pokyny pro první dny v zařízení. Senior by tak měl možnost si v klidu pokoje sám pokyny přečíst. Sociální pracovnice by měla dát klientovi příležitost k delšímu osobnímu rozhovoru ve dvou a podpisy vyžadovat postupně a po delším vysvětlení. Také seznámení s prostředím by mělo postupovat po menších celcích. Pro klienty s lehkou a středně těžkou demencí máme na dveřích v zařízení obrázky, podle kterých se klienti orientují, obrázky ale pomáhají v orientaci i ostatním klientům v prvních dnech po nastoupení. Čitelné jmenovky na oblečení personálu by pomohly klientkám lépe poznat ošetřující a zmizela by počáteční anonymita a nejistota při denním setkávání. Také docházení na aktivity v zařízení by mělo být dobrovolné a každý klient by měl mít možnost rozhodnout se sám za sebe. Klient by měl mít vždy pocit, že se tak rozhodl on a jeho rozhodnutí je bráno vážně. Tato vlastní rozhodnutí by měla napomáhat v povzbuzování sebejistoty a sebevědomí klientů. Kalvach (2004) ve své knize uvádí, že ve vynuceném ústavním spojení s vrstevníky se stírá individuálnost, osobnost klientů a klesá sebevědomí. Souhlasím s tímto názorem a dodávám, že denní pochvala (i třeba za maličkosti) dokáže seniorům velmi zvednout sebevědomí a zlepšit náladu.⁴⁵ Jakákoliv pochvala (třeba za učešání, úsměv, hezké oblečení nebo zlepšení v pohybu) by měla být samozřejmostí při denní komunikaci.

⁴² Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v práci se seniory*, s. 74.

⁴³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 116.

⁴⁴ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 78.

⁴⁵ Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 496.

I když to většinou lidé neočekávají, práce se seniory může velmi obohatit. Sledovat při reminiscenčních (vzpomínkových) aktivitách, jak si dokázali poradit v těžkých životních situacích a jak je dokázali zvládnout, je mnohdy inspirující. Sama jsem prožila před čtyřmi měsíci trauma z úmrtí své maminky a ještě jsem se tím zcela nevyrovnala. Nevzala jsem si žádné volno a po příchodu do práce mě při jedné aktivitě smutek přemohl a já se rozplakala. Okamžitě se mi dostalo pozornosti a soucitu od všech mých klientek. Já si při pohledu do jejich tváří uvědomila, že mi opravdu rozumí, že cítí to co já, protože si tím všechny bez výjimky prošly i několikrát a dokázaly vše překonat. A mohu říci, že mi to společné sdílení smutku velmi pomohlo a lépe jsem zvládla další období. Je pravdou, že sdílená starost je menší. Ráda bych zmínila, že pomáhá i duchovní rozměr, láska k Bohu, ale při výběru klientek do mého výzkumu jsem nemohla žádného věřícího člověka v našem zařízení najít. V současné době do našeho zařízení kněz nedochází a nikdo ze 140 klientů se k praktikující víře nehlásí. Z tohoto důvodu nemohu posoudit vliv tohoto rozměru ve své bakalářské práci.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá důležitou problematikou stárnutí člověka a jeho adaptací po nezbytném nástupu do domova sociálních služeb. Téma bylo vybráno z důvodu jeho současné aktuálnosti. V dnešní době stoupá počet seniorů, tím roste i počet sociálních zařízení a lůžek pro dlouhodobý pobyt klientů. Tato bakalářská práce by měla pomoci zjistit, jak se senioři po nástupu do zařízení cítí a jaké faktory mohou vést k úspěšnější počáteční adaptaci na zařízení. Adaptační proces v sociálních zařízeních ovlivňuje velké množství determinantů a neexistuje univerzální řešení problémů během celého procesu. Po našem poznání jednotlivých nastupujících seniorů můžeme pouze individuálně pomoci a ulehčit nebo zkrátit dobu jejich adaptace.

Pomocí kvalitativního výzkumu jsem se snažila tyto okolnosti odhalit. Ve své práci jsem se záměrně nesoustředila na rodinu klienta, ale pouze na jeho pocity a jednání v období po nástupu do DSS. V diskusi navrhuji drobné změny umožňující dle mého názoru zlepšení počáteční adaptace klientů. Chtěli bychom, aby klienti dokázali i na sklonku života a při pobytu v zařízení pocítit chvíle štěstí a radosti. A to se nám povede, pouze pokud je alespoň částečně pochopíme. Vždyť člověk může být šťastný i ve chvílích, kdy mu není moc dobře. Může se radovat i z maličkostí. A pokud je podle Křivohlavého (2011) jedním ze zdrojů radosti působit radost druhým lidem,⁴⁶ půjdeme správným směrem, kdykoliv radost našich klientů bude radostí i pro nás.

⁴⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*, s. 111.

Použitá literatura

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-605-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

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

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

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

PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004 ISBN 80-7178-829-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Použité elektronické dokumenty

KÁCOVÁ, K. *Schopnost adaptace seniorů v domově pro seniory*. České Budějovice, 2017 [online]. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta [cit. 2023-03-02]. Vedoucí práce Lucie Kozlová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6jl340/>

WIJA, P. Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí. In: *Clanky.rvp.cz* [online]. 13. 2. 2018 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/g/21662/AGEISMUS-MYTY-A-STEREOTYPY-O-STARI-A-STARNUTI.html>

Zákony

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha I. – Ukázka povolení ke zpracování osobních dat

Příloha II. – Ukázka přepsaného rozhovoru

Příloha I.

Informovaný souhlas s poskytnutím údajů pro vypracování bakalářské práce

na téma: Adaptace seniorů při nástupu do DSS

Jméno a příjmení: _____

Souhlasím s výzkumem formou rozhovoru a pořízením audionahrávky k účelu vypracování bakalářské práce dle níže uvedených ustanovení.

Důraz je kladen:

- **na anonymitu** – v bakalářské práci nebudou použity identifikační údaje,
- **na mlčenlivost** – s daty bude pracovat pouze Jana Řenčová, která se zavazuje k mlčenlivosti ve vztahu k osobním údajům.

Archivace všech dat je omezena do května 2023, kdy proběhne obhajoba bakalářské práce. Po tuto dobu budou data archivována pouze u Jany Řenčové.

Před začátkem rozhovoru mi byly sděleny informace o smyslu a průběhu výzkumu.

Prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a vyhláškou EU 2016/679 o GDPR souhlasím se zpracováním údajů, získaných během rozhovoru. Jana Řenčová se zavazuje nakládat s daty podle výše uvedeného zákona a s omezeními stanovenými klientem.

Datum: _____

Informant: _____ Jana Řenčová: _____

Příloha II.

Otázky do polostrukturovaného rozhovoru: K2

Paní ve věku 78 let. V zařízení je od 4. měsíce roku 2022. V současnosti je umístěna na třílůžkovém pokoji. Paní chodí pouze s vysokým chodítkem, ale snaží se jít kousek denně. Po nástupu negativistická. Neměla zájem o žádné aktivity. Silně pesimistická, plačtivá. Pořád se zajímala, co bude s jejím bytem. S nikým nechtěla mluvit, nechtěla chodit ven. Na sestry nepřijemná, nebo netečná. Vypadalo to, že si v zařízení nezvykne. Rodina jí navštěvuje pravidelně, snaží se přijít každý víkend. Zpočátku paní moc nemluvila ani s dcerou. Na aktivity v zařízení docházet nechce.

1) Podle čeho jste vybrali zařízení, do kterého půjdete. Viděli nebo slyšeli jste něco o zařízení do kterého jste nastupovali?

Nevěděla jsem, jak to zařízení vypadá. Dcera mi vždycky říkala, že sem budu muset jednou jít až nebudu moct. Prostě jsem to vyplnila a šla jsem sem. Nerozhlížela jsem se. Dcera říkala buď sem a nebo do M..... Já už byla tady a pořád mě uháněli z toho druhého zařízení. Pro mě byla rozhodující vzdálenost od dcery. Ta bydlí kousek.

2) Rozhodla jste se sama nastoupit do zařízení, nebo jste s tím nesouhlasila a byla to nutnost?

Rozhodla jsem se sama. Dcera se mnou nechtěla a nemohla jezdit k doktoru. Víte ona je po operaci. A pořád jsem jí s něčím otravovala. Tak abych nebyla na obtíž. Několikrát jsem padla a zůstala jsem doma ležet i víc hodin. Nebo jsem musela dceři volat do práce, aby mě přijela pomoci. Někdy jsem jí volala i v noci. Kolikrát jsem padla a nechtěla jí to říct, tak jsem se tak dlouho plazila po nábytku až jsem se zvedla. Víte půl roku to trvalo, než jsem se rozhodla, ale pak už to šlo. Jezdí teď za mnou každou neděli a vždycky mi přiveze něco dobrého.

3) Vzpomenete si na první den v zařízení? Na vaše pocity?

První den byl pro mě hrozný. Přišli za mnou všichni. Ředitel, moje děti a já bych byla nejradši utekla, kdyby to šlo. Byl to hrozný pocit. Když jsem přišla sem na pokoj nebylo to lepší. Všichni po mě něco chtěli, musela jsem pořád něco podepisovat a ani jsem to nečetla. Říkali mi co, ale já jsem to moc nechápala. Hrozně se taky stydím. Špatně držím moč a sestry mě pořád říkaly, že si budu muset platit navíc inkontinenční pomůcky. A z toho jsem měla hrozný strach, že na to jako nebudu mít. Pořád mě tím strašily. Já tady i brečela. Vůbec jsem ze začátku nespala. Nejmíň 14 dní jsem probrečela. A pořád jsem říkala, že si tady nikdy nezvyknu.

4) Zvykla jste si v zařízení? Jak dlouho si myslíte, že to trvalo?

Začátek byl dost hrozný. Byla jsem tu na pokoji vlastně sama. Sice jsme tam byli tři, ale ostatní dobře běhali a byli přes den pořád pryč. Hodně jsem si četla, abych na to nemusela myslet. Člověk si zvykl na samotu. Doma jsem byla taky sama. Říkala jsem si, že už to jiný nebude, že to tak musí být. Ani jsem ze začátku

nechtěla s nikým mluvit. Byla jsem i na sebe naštvaná, že jsem tu skončila. A na terapii co mi nabídli jsem chodit nechtěla.

5) Chtěla jste, když jste šla do zařízení samostatný pokoj?

Asi jo, jak říkám byla jsem zvyklá bydlet sama. Ale když jsem sem přišla tak už mě to nenapadlo. Jsem moc ráda, že sama nejsem. Když si popovídám je mi líp. Doma jsem třeba nepromluvila celý den. Neměla jsem ani žádné zvíře, abych se s ním pomazlila.

6) Co vám nejvíce pomohlo si v zařízení zvyknout?

Nejvíce mi pomohlo, že přišla tady paní (K1). Konečně jsem si měla s kým povídat. A paní je hrozně fajn. Před ní tady byla ta holka s tím Douwnem a s tou jsem moc mluvit nemohla. Myslela jsem si, že si tady nikdy nezvyknu, moc se mi stýskalo. A vidíte, nakonec jsem si zvykla.

7) Jaké tři věci kromě rodiny vám v zařízení chybí?

Chybí mi jenom, že se nemůžu víc vyspat. Každý den vstáváme ve stejný čas v půl sedmé. Někdy bych si přispala. To mě mrzí. Jinak jsem si už zvykla. Jídlo mi chutná, jím teď víc pravidelně než doma.

8) Našla jste si v zařízení nějaké přátele?

Mám teď tady paní vedle na posteli a je nám fajn. Povídáme si o rodinách a drbeme jídlo. Spolu se i zasmějeme. Nikoho jiného nepotřebuji. Jinak se snažím každý den chodit s chodítkem po chodbě a občas se s někým zastavím a popovídám. To jsem dřív nedělala, jako, že jsem s nikým mluvit nechtěla. Už se těším až bude venku teplo a budu moct si sednout venku v parku. Od příchodu sem jsem venku pořádně nebyla, pokud nejedu k doktoru.

9) Jak se cítíte v zařízení v tento den rozhovoru?

Už jsem tady spokojená. V listopadu jsem si ještě myslela, že si nezvyknu. A pak přišla tady paní a hned mi bylo líp. Takže jsem už tady spokojená. Dcera chodí každou neděli, a tak se dozvím co je nového doma. Už jsem se smířila s tím, že dožiju tady.

Abstrakt

ŘENČOVÁ, J. *Adaptace seniorů při nástupu do DSS*. České Budějovice 2023. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Josef Nota, Ph.D.

Klíčová slova: stáří a stárnutí, senior, adaptační proces, sociální služby, domov sociálních služeb, komunikace, faktory pro úspěšnou adaptaci

Bakalářská práce se zabývá adaptací seniorů v domově sociálních služeb. Zjišťuje, jakým způsobem prožívají seniori svůj nástup do DSS a jakým problémům při nástupu čelí. Nejdříve popisuje stáří a změny, které toto období doprovází. Představuje sociální služby, jež seniori mohou využít. Nejhlavnějším bodem práce je adaptace na stáří a proces adaptace seniora v DSS. Také se zabývá otázkou osamění a zájmem seniorů o samostatný pokoj. Bakalářská práce v praktické části obsahuje kvalitativní výzkum. Jedná se o zpracování polostrukturovaných rozhovorů se 7 klienty domova sociálních služeb. Rozhovory nám nabízejí pohled na první den klientů v DSS a počátky jejich adaptace. V diskusi a závěru dochází k vyhodnocení adaptací a faktorů pomáhajících, nebo znesnadňujících tento proces.

Abstract

ŘENČOVÁ, J. Adaptation of Seniors in Entering a Nursing Home. České Budějovice 2023. Bachelor thesis. University of South Bohemia. Faculty of Theology. Department of Education. Supervisor of the thesis Mgr. Josef Nota, PhD.

Key words: old age and ageing, senior, adaptation process, social services, nursing home, communication, factors of successful adaptation

The bachelor thesis deals with the adaptation of seniors in a nursing home. It surveys how the seniors experience their arrival at the nursing home and what problems they face during it. Firstly, it describes the old age and the changes accompanying this period. It introduces social services available for the seniors. The most important point of the thesis is the adaptation to the old age and the process of a senior's adaptation in the nursing home. It also deals with an issue of loneliness and the seniors' interest in single rooms. The bachelor thesis contains a qualitative research in its practical part. It is a processing of half-structured interviews with 7 clients of the nursing home. These interviews offer a view of the clients' first day in the nursing home and the beginnings of their adaptation. The evaluation of the adaptation and factors enabling or disabling this process is in the discussion and conclusion of the thesis.