



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Typologie klientů Domova pro seniory Bechyně**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Barbora Dušková

**Vedoucí práce:** Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Typologie klientů Domova pro seniory Bechyně* jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2017

.....

Barbora Dušková

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Domovu pro seniory Bechyně a seniorům za poskytnutí podmínek potřebných k realizaci mého výzkumu. Poděkování patří také mým nejbližším, jenž mě během psaní bakalářské práce podporovali a důvěřovali mi.

## **Typologie klientů Domova pro seniory Bechyně**

### **Abstrakt**

Tématem bakalářské práce je Typologie klientů Domova pro seniory Bechyně. Hlavním cílem bylo zjistit, jací klienti z pohledu zdravotně sociálních aspektů jsou v Domově pro seniory Bechyně nejtypičtější.

Práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a výzkumné. Teoretická část by měla ukázat, jaký je nejtypičtější model klienta v Domově pro seniory Bechyně, a že adaptace seniora v domově pro seniory je velmi důležitá a neměla by se podceňovat. Poukazuje také na významnost spolupráce s rodinou, důležitost komunikace, satureování potřeb, péče a aktivizačních činností, které seniorovi mohou pomoci v tomto životním období.

Výzkumná část byla zvolena metodou kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Komunikační partneři byli vybráni z Domova pro seniory Bechyně. Jednalo se o 10 seniorů, jejichž kognitivní funkce byly zachovány natolik, aby byli schopni odpovídat v rámci rozhovoru. Jako doplňkovou metodu pro ucelení pohledu na vybranou problematiku byly realizovány rozhovory s 8 členy jak zdravotního, tak sociálního personálu. Výzkum proběhl ve dvou fázích. Nejdříve byl proveden předvýzkum, a poté samotný výzkum. Rozhovory byly nahrány na diktafon a doslovně přepsány. Získaná data byla vyhodnocena prostřednictvím metody vytváření trsů.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že typickým klientem Domova pro seniory Bechyně je většinou senior, kterému je 60 let a více, jenž má diabetes a trpí demencí. Většinou tito klienti přicházejí z rodinného prostředí, přičemž je důležité dbát na jejich adaptaci v novém prostředí, která by se neměla podceňovat.

Získané poznatky a závěry bakalářské práce budou využity jako zpětná vazba pro Domov pro seniory Bechyně, kde byl výzkum realizován. Dále mohou být využity jako potencionální podklad pro další zkoumání nebo jako doplnění výukového materiálu při péči o seniora z pohledu zdravotně sociálních aspektů.

### **Klíčová slova**

adaptace; domov pro seniory; geriatrické syndromy; péče o seniory; rodina; stárnutí

## **Typology of Clients Senior House Bechyně**

### **Abstract**

Theme of bachelor thesis is Typology of clients senior home Bechyně. Main goal was to find out, which clients are typical in senior home Bechyně from sociology point of view.

Work is contained from two parts so as theoretical part and research. Teoretical part should present the most typical model of client in senior home Bechyně and the importance of adaptation the client in home for the elderly that should not to be underestimated. It also points out the important part of collaboration with family, importance of communication, saturating of needs, care and activating activity, which could help the client in this life period.

Research was interpreted by method qualitative research through half-structured interview. Communication partners were chosen from senior home Bechyně. Ten seniors were asked to do the talk according to their maintained cognitive function so they were capable of answering the questions. Complementary method to comprehend look of selected issue was also made interviews with 8 employees of senior home from social and health care department. Research was made in two phases. At first was performed pre-research and after that the main research. Interviews were recorded on dictaphone and rewrite literally. Gained data were evaluated via method creating clusters.

From results of the research emerged, that typical client of senior home Bechyně is more than 60 years old senior who has diabetes and suffers from dementia. Most of clients are coming from home environment. During the moving is important to care about adaptation in new environment and it should not be underrated. Gained knowledge and conclusions of bachelor thesis are going to be used as feedback for senior home Bechyně. The conclusion could also be used as foundation of next research or as addition to education material in looking after seniors from health and social aspects.

### **Key words**

Adaptation, senior home, geriatric syndromes, elderly care, family, growing old

## **Obsah**

Seznam použitých zkratk	8
ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Pojem stárnutí a stáří	10
1.1.1 Biologická změny	11
1.1.2 Psychické změny	12
1.1.3 Sociální změny	12
1.2 Demografie a sociologie stáří	13
1.2.1 Příprava a adaptace na stáří	14
1.2.2 Starý člověk a rodin	15
1.2.3 Důležitost a význam komunikace	16
1.3 Geriatrické syndromy	17
1.4 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA)	20
1.5 Potřeby a starý člověk	22
1.6 Péče o seniory	24
1.6.1 Zdravotní péče	25
1.6.2 Sociální péče	25
1.7 Domov pro seniory	26
1.7.1 Odchod do domova pro seniory	26
1.7.2 Domov pro seniory Bechyně	28
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Hlavní výzkumná otázka	31
2.3 Dílčí výzkumné otázky	31
2.4 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce	31
3 METODIKA	32

3.1 Použitá výzkumná strategie .....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.3 Popis výzkumného nástroje .....	32
3.4 Předvýzkum .....	33
3.5 Způsob zpracování dat .....	33
3.6 Etika výzkumu .....	34
4 VÝSLEDKY .....	35
5 DISKUSE.....	44
6 ZÁVĚR.....	49
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	50
8 SEZNAM TABULEK .....	54

## **Seznam použitých zkratk**

ADL – activities of daily living – test aktivit každodenního života

CGA – Comprehensive Geriatric Assessment - komplexní geriatrické hodnocení

DpS – domov pro seniory

DVO – dílčí výzkumná otázka

DpS – domov pro seniory

KP – komunikační partner

MMSE – Mini – mental state examination



## ÚVOD

Složení lidské populace se v současné době stále mění s tím, že nejen v naší společnosti přibývá seniorů, a to v důsledku nízké porodnosti, ale také prodlužováním délky života. Každý člověk od svého narození až po chvíli smrti projde různými vývojovými etapami. Mezi ně také patří období stáří a stárnutí, které je však nevratné.

Lidé se díky lepší zdravotní péči a i díky zdravějšímu způsobu života dožívají stále vyššího věku. Stárnutí populace je tedy stále aktuálnějším tématem. Přičemž v souvislosti s touto problematikou je poukazováno na nedostatek domovů pro seniory. Pokud senior již ze zdravotních či jiných důvodů není schopen žít v rodinném prostředí, nabízí systém sociálních služeb pobytová zařízení s komplexní péčí. Domovy pro seniory jsou v České republice upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto sociální instituce v dnešní době plní významnou roli v péči o starého člověka, ať už se jedná o lékařskou péči, tak i sociální a aktivizační služby.

Stáří se týká každého z nás a měli bychom si uvědomit, že všechny jednou dostihne, přičemž bude společně doprovázeno různými nemocemi. Na úkor toho by se mělo usilovat o zlepšení zdravotního stavu seniorů a především by se mělo pracovat na jejich psychickém a sociálním zdraví a jejich adaptaci při přechodu do domova pro seniory.

Myslím si, že je třeba tomuto tématu věnovat dostatečnou pozornost, jelikož senioři z různých důvodů nemohou zůstat ve svém přirozeném prostředí a musí využívat domovy pro seniory. Považuji tedy za důležité, aby domovy pro seniory umožnily prožít starým lidem co nejkvalitnější stáří. A v žádném případě by to neměla být pouze instituce na poslední etapu života.

Tuto bakalářskou práci na téma Typologie klientů Domova pro seniory Bechyně jsem si vybrala, protože mě tato problematika zajímá a chtěla jsem se dozvědět více o aspektech, které seniory nebo jejich rodiny vedou k jejich umístění do domova. Myslím si, že lidé v seniorském věku jsou důležitou součástí naší populace a měli bychom je respektovat.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Pojem stárnutí a stáří*

Stářím rozumíme poslední vývojovou fázi, která uzavírá etapu lidského života (Čevela et al., 2012). Dále autor uvádí, že jde o projev a důsledek regresivních změn funkčních a morfologických, které probíhají u každého jedince individuálně. S příchodem stáří, dle Malíkové (2011), vstupují do života také obavy, které se hlavně týkají ztráty soběstačnosti a toho, že senior se stane závislý na jiné osobě a nebude zvládat běžné věci. S tím souvisí strach z ponížení a ztráty lidské důstojnosti (Malíková, 2011). Nicméně každý člověk stárne a nelze se tomu vyhnout, lze jen ovlivnit rychlost různými vlivy, které na něj působí např.: prostředím, ve kterém žije, zdravotním stavem, životním stylem a vlivy sociálně ekonomickými a psychickými (Haškovcová, 2010).

Stárnutí jako takové je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický průběh, který je univerzální pro celou přírodu (Malíková, 2011). V běžném životě je za starého člověka považována každá osoba, která dosáhla penzijního věku, nicméně z důvodu postupně zvyšující se věkové hranice odchodu do penze, je i zvyšováno věkové pásmo, které označuje období stáří (Haškovcová, 2010).

Stárnutí můžeme rozdělit dle Čevely et al. (2012) na tři skupiny:

První skupina stáří je úspěšné a zdravé stárnutí, kdy zdravotní i psychický stav seniora odpovídá požadavkům jeho prostředí, ve kterém žije. Jsou zde splněny dobré podmínky pro vlastní rozvoj a participaci, včetně zaměstnanosti seniora.

Do druhé skupiny patří obvyklé stárnutí a stáří. Zařazujeme zde seniory, u kterých je nevyrovnanost mezi zhoršeným zdravotním stavem a funkčním stavem. Dopadem je nespokojenost a tudíž žádná seberealizace ani participace.

Třetí a poslední skupinou je patologické stárnutí, kdy je zdravotní i funkční stav velmi zhoršen a u seniora dochází k rezignaci, sociální exkluzi a ke ztrátě soběstačnosti. Při tomto stárnutí se výrazně podílí nedostatek finančních zdrojů, životní události např.: ovdovění a s tím spojená náročnost prostředí, ve kterém žije.

Stárnutí je možné charakterizovat také podle věku. Dle Malíkové (2011) a Haškovcové (2010) je rozděleno na:

- Rané stáří, senescence – 60-74 let
- Vlastní stáří, stařecký věk, kmenství nebo senium – 75-89 let
- Dlouhověkost, patriarchum – 90 let a výše

Proces stárnutí člověka je komplexní a individuální jev, ve kterém dochází ke změnám v biologické, psychologické a sociální sféře (Dziechciaż a Filip, 2014).

### ***1.1.1 Biologická změny***

Biologické stárnutí je charakterizováno progresivitou věku a změnou fyzikálně-chemických vlastností buněk a v poslední řadě také strukturální a funkční změnou tkání a orgánů (Dziechciaż a Filip, 2014). Týká se ale také celkového vzhledu jedince, u něhož jsou viditelné změny např.: u postoje, chůze, na kůži atd. (Mlýnková, 2011). Podstatné jsou i involuční změny, které se týkají změn smyslového vnímání (sluch, čich, chuť nebo zrak), u kterých dochází k regresi (Dvořáčková, 2012). Jedná se o změny, které jsou nevratné a zvyšují možnost nemocí, funkčních deficitů až úmrtí (Čevela et al., 2012).

Dle Malíkové (2011), mezi biologické změny, které jsou typické pro seniora, patří:

- celková atrofie a snížená elasticita postihující orgány a tkáně,
- snížení funkce endokrinních žláz vznikající v důsledku hormonální nerovnováhy,
- změna při šíření tekutin v těle,
- zvýšení obsahu tělesného tuku a vápníku, který se v těle ukládá,
- zmenšení postavy, v důsledku shrbená pozice těla,
- vznik osteoporózy a zvýšené riziko lomivosti kostí,
- změny na kůži, šedivění, vypadávání vlasů a pomalý růst nehtů,
- poruchy spánku,
- změny v oběhovém, respiračním, vylučovacím i trávicím systému a metabolické změny,
- a změny funkcí smyslových orgánů.

### **1.1.2 Psychické změny**

Psychické změny stárnutí se týkají lidského vědomí a jeho přizpůsobivosti k procesu stárnutí (Dziechciaż a Filip, 2014). Dle Malíkové (2011) je stáří z velké části ovlivněno psychikou jedince a jeho vnímáním na biologické a sociální změny. S tímto se ztotožňuje i autorka Mlýnková (2011), která uvádí, jak je pro seniory těžké přizpůsobit se novým životním změnám a např.: ztrátě partnera.

Typickými změnami a dopady psychické stránky jsou:

- snížení kognitivních a gnostických funkcí, která se projevuje zapomínáním seniora a špatnou koncentrací,
- poklesu funkcí řeči a porozumění a funkce intelektové výkonnosti,
- zvýšení emoční nestability a s tím spojenými výkyvy nálad,
- povahové změny a snížení zájmu seniora,
- změny v pořadí životních hodnot a potřeb,
- snížení schopností adaptace na změny a náročné situace (Malíková, 2011).

### **1.1.3 Sociální změny**

*Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnanost, veteránství- zastarávání znalostí, odchod dětí z orientační rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role penzisty a starého člověka, obvykle s funkčními deficity a různou mírou znevýhodnění oproti mládí (Čevela et al., 2012, s. 26).*

Podle Eriksona by každý člověk po 60 letech měl dosáhnout integrity, která se bude týkat představy vlastního života, jejímž základem budou podmínky vedoucí k přijetí a porozumění smyslu žití (Malíková, 2011). V případě, že člověk nezvládne správně uchopit tyto podmínky, zvítězí nad ním zoufalství, které neumožňuje dosažení integrity a tudíž důstojné prožití stáří (Malíková, 2011).

Nejvýznamnější sociálním aspektem, který je nepříjemný pro seniory, je jednoznačně dle Malíkové (2011):

- odchod do důchodu,
- omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách,
- změna ekonomické situace seniorů,
- generační osamělost, kdy mohlo dojít k ovdovění a uzavření se do sebe,
- sociální izolace a zhoršená možnost kontaktů s přáteli a rodinou,
- fyzická závislost na druhé osobě z důvodu nemoci.

## **1.2 Demografie a sociologie stáří**

*Demografie (řecky democ – lid, grafó, -ein – popisovat) je věda, která se zabývá reprodukcí lidských populací, studuje podmínky, které ji ovlivňují a hledá zákonitosti (pravidelnosti), kterými se proces demografické reprodukce řídí (Čeledová et al., 2016, s. 28).*

Populace na světě stárne kvůli klesající porodnosti a úmrtnosti (Kudrimoti a Dial, 2016). Nejen v České republice, ale také v dalších zemích, je zřetelný fenomén stárnoucího obyvatelstva a vysokého poklesu porodnosti (Sak a Kolesárová, 2012). Tento jev nazýváme populační stárnutí, při kterém dochází ke změně věkové struktury ve státě (Čeledová et al., 2016). Dále dle autorů Čeledová et al. (2016) převažuje ve stárnoucí populaci počet žen, které jsou osamocené z důvodu ovdovění, a tudíž jsou ve vysokém riziku „křehkého“ seniora a potřebují podpůrné služby. Na zvyšování procenta starší populace má velký vliv zlepšení zdravotní péče, která pomáhá a ovlivňuje výskyt zdravotních komplikací u seniora a životní styl a úroveň obyvatelstva (Čeledová et al., 2016).

Odhadem dalšího vývoje populace je stále se zvyšující podíl starších lidí v České republice a nejen v ní (Sak a Kolesárová, 2012). V roce 2030 se předpokládá zvýšení podílu seniorů o 40-80% a zvýšení střední délky života až o 4 roky (Čevela et al., 2012). Autoři společně s Kudrimoti a Dial (2016) se shodují, že počet osob 65 let a více se bude nadále zvyšovat, přičemž v České republice budou senioři utvářet 23-25% obyvatelstva a v Americe to bude každý pátý občan. V roce 2050 Čevela et al. (2012) předpokládá, že každý dvacátý občan v České republice bude starší 85 let. Avšak tento

jev je v některých hospodářsky vyspělých státech již holým faktem a dále se předpokládá růst věkového dožití (Čeledová et al., 2016).

### **1.2.1 Příprava a adaptace na stáří**

Schopnost připravit se na stáří a adaptovat se do něj, může být pro někoho zvládnutelné a pro druhé složité, každý to vnímá jinak (Křivohlavý, 2011). S tím se ztotožňuje i Haškovcová (2010) a dále ve své knize uvádí, že v důsledku špatného vyrovnaní se stářím může vést až k onemocnění nebo zhoršení již závažného zdravotního stavu. Člověk chodící do práce bere automaticky svůj společenský život a to, že se setkává s kolegy i mimo práci (Křivohlavý, 2011). Dle autora se však tento status mění při odchodu do penze, kdy se pomalu vytrácí vztahy, které senior měl a najednou má dostatek času, který mnohdy neví jak využít.

Důležité pro stáří je adaptace jedince, kdy se musí každý smířit s přechodem do důchodového věku a naučit se žít v dalším stádiu života (Dvořáčková, 2012). Autorka dále uvádí, že kvalitu této etapy ovlivňuje mnoho faktorů, z předešlého období, jsou to úspěchy v práci a s tím spojené ekonomické zázemí, dále zdravotní stav a životní styl a v neposlední řadě osobní život, jeho rodina a vztahy. *Pro českou populaci je kvalita mezilidských vztahů na konci jejich života důležitější než vlastní konec jejich života.* (Sak a Kolesárová, 2012, s. 31). Hall et al. (2009) ve své studii uvádí, že senioři vykazující malý strach z blížící se smrti, ale horší je pro ně spíše pocit ztráty domova, rodiny, přátel, sociální role, funkcí, nezávislosti, svobody a budoucnosti než nemoc.

Dle Malíkové (2011) a Čeledové et al. (2016) rozlišujeme pět základních strategií, jak se vyrovnat se stářím:

- **Konstruktivní přístup** je naprosto ideální stav, kdy senior vnímá stáří pozitivně, bez toho aniž by se trápil různými projevy. Je stále plný energie, kterou využívá při různých aktivitách. Upevňuje vztahy s blízkými a raduje se ze života. Avšak si uvědomuje své možnosti a vyhlídky při plnění svých cílů.
- **Strategie závislosti** je založená na pasivitě seniora, který se snaží manipulovat se svými blízkými, aby o něj pečovali a pomáhali mu. Tato strategie je pouhou pohodlností staršího člověka, který přenechává odpovědnost a povinnosti ostatním.

- **Obranná strategie** je zaměřena proti realitě a to konkrétně odchodu do penze. Člověk si nepřipouští stáří a snaží se co nejdéle si udržet společenský status a soběstačnost.
- **Strategie hostility** neboli nepřátelství vede seniora k agresivitě nejen vůči sobě, ale také proti okolí. Jádrem jsou nezdary seniora, nepříznivé okolnosti a pocity křivdy. Většinou vede samotářský život plný lítosti a závisti.
- **Strategie sebenávisti** je negativním postojem vůči své osobě. Senior se hněvá sám na sebe, svoje nezdary a svůj dosavadní život.

### *1.2.2 Starý člověk a rodina*

Rodina je podstatným prvkem každého člověka, která tvoří zázemí při rozvoji jedince a utváření chování a mezilidských vztahů už od dětství (Pacáková a Trusinová, 2012). Je také základní jednotkou naší společnosti (Mlýnková, 2011). Dvořáčková (2012) popisuje rodinu jako důležitý prvek v životě a obzvlášť pro seniora, jemuž představuje pocit bezpečí, jistoty a zázemí, na které se může kdykoliv obrátit. Dobře fungující rodina je v případě nesoběstačnosti seniora zárukou pomoci, jak po stránce psychické, fyzické, tak i hmotné (Dvořáčková a Kajanová, 2012).

V dřívějších dobách bylo zvykem si rodiče ponechávat doma (Haškovcová, 2010). Autorka dále uvádí, že umístění seniora do zařízení bylo pro potomky osobním selháním, i když byli někdy fyzicky i psychicky vyčerpáni. Rodina zastávala a stále plní z historického hlediska funkci záchranné sítě, a proto by měla odpovídat za nesoběstačné členy v rodině (Pacáková a Trusinová, 2012). Pro starší osoby je důležité mít dobré vztahy v rodině, a ještě když k tomu žijí v rodinném prostředí, jsou senioři šťastnější a vyrovnanější (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Navíc dle Dvořáčkové (2012) vícegenerační soužití obohacuje mladou populaci o nové zkušenosti ze strany seniora a také se zaslouhuje o rovnováhu mezi generacemi a jejich chápáním.

Rodina má dle Mlýnkové (2011) velký význam v péči o seniory, která plní dvě základní funkce. První funkce je zdroj informací, které pomohou zdravotnickému personálu a pracovníkům v sociální oblasti poskytnout seniorům potřebnou péči v daném zařízení. A druhá funkce je zaměřena na aktivní spoluúčast na péči o seniora, která je zaměřená na emocionální podporu, kdy senior lépe přijímá pomoc od rodiny, nežli od cizí osoby.

Těžkou životní zkušeností, kterou senior také prochází, je v rámci rodiny ztráta životního partnera nebo úmrtí blízkých, kdy seniora pohlcují pocity opuštěnosti a bezvýznamnosti (Dvořáčková a Kajanová, 2012).

### **1.2.3 Důležitost a význam komunikace**

Pokorná (2010, s. 11) definuje komunikaci jako *základ všech lidských vztahů*, kdy dochází k výměně a předání informací, hodnot, projevů a forem chování. Sociální komunikace se starým člověkem není pokaždé jednoduchá, vyžaduje trpělivost, ale i dostatečnou profesionální způsobilost (Zacharová, 2008). Komunikace se seniory se moc neodlišuje od komunikace s dospělým člověkem, avšak musíme zohlednit jeho zdravotní stav, který vznikl na úkor změn ve stáří (Hauke, 2014).

Dle Mlýnkové (2011) je komunikace důležitá v navození dobrého vztahu mezi seniorem a pečovatelem. A aby komunikace mohla začít probíhat a plnit svůj základní smysl, musí být obě komunikační strany schopny tří základních duševních operací a to schopnosti informaci vnímat, ohodnotit ji, uchovat nebo předat (Mlýnková, 2011). K tomu, aby interakce mezi zdravotníkem a nemocným probíhala produktivně, musí být splněny další základní podmínky, a to: chtít, umět a moci komunikovat (Zacharová, 2008). Pokud tato situace nenastane, mohou vznikat mezi stranami komunikační bariéry, které se někdy těžko odbourávají (Mlýnková, 2011). Tyto bariéry mnohdy souvisí se stereotypizací seniora, nedostatkem času nebo obavami ze závažného tématu ze strany pracovníka a z druhé strany z důvodu nedůvěry, neochoty, hlučného prostředí či v souvislosti se zdravotním stavem ze strany seniora (Pokorná, 2010).

Při komunikaci se seniory je dle Hauke (2014) důležité:

- uzpůsobit tempo řeči, aby senior vše pochytil,
- dále přizpůsobit hlasitost,
- správně artikulovat,
- při komunikaci zohlednit seniorův celkový fyzický stav či postižení,
- být vůči nim taktní
- a v neposlední řadě být velmi trpělivý v naslouchání.

Podle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) je důležité ukázat seniorovi, že o rozhovor stojíme a že mu nasloucháme. Malíková (2011) uvádí, že pro nejvhodnější komunikaci a vytvoření příjemného prostředí pro seniora je důležitá profesionalita, vstřícnost, klid,



vyrovnanost, aktivní naslouchání a empatie. V komunikaci je také důležité využívat nejenom verbální, ale také neverbální komunikaci, kdy pohled, dotek ruky, úsměv, pohyb těla, může někdy říct víc než slova (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). S tímto Pokorná (2010) souhlasí a přidává, že v komunikaci se seniorem jsou také užitečné podpůrné prostředky (např.: tabulky, piktogramy), které efektivně pomáhají pochopit danou věc lépe.

### **1.3 Geriatrické syndromy**

Seskupení několika chorob a dalších vlivů vytváří komplex příčin, které na sebe vzájemně působí a kombinují se, a tudíž znemožňují určit přesný důvod, který má na svědomí obtíže seniora (Kalvach a Onderková, 2006). Především u křehkých geriatrických pacientů, kteří mají nízký potenciál zdraví, se zvyšuje závažnost nemocí a s tím spojený i jiný průběh a léčba nemoci (Čevela et al., 2012).

Mezi hlavní geriatrické syndromy patří:

- **Syndrom hypomobility, de kondice a svalové slabosti**

Základem vzniku syndromu je omezování pohybové aktivity (posedávání, polehávání) a to v první řadě lokomoce, chůze, při které dochází k atrofování svalů dolních končetin a k poklesu kondice a vytrvalosti (Kalvach et al., 2008). Rizikovými faktory může být fyzická neaktivita, což znamená sedavý způsob života a vůbec pokles fyzické aktivity ve stáří v důsledku přidružených chorob: osteoartrózy, kardiovaskulárních a bronchopulmonálních onemocnění (Kortebein et al., 2008). Důvodem může být ztráta motivace, deprese, poruchy výživy, nežádoucí účinky léků, pohybový dyskomfort nebo únava (Hermanová, 2008).

Řešením u tohoto syndromu je léčba příčin rekondičním programem, při kterém je zapotřebí namotivovat seniora ke změně svého pohybového režimu a to především k chůzi (Kalvach a Onderková, 2006).

- **Syndrom imobility**

Syndrom imobility označuje dlouhodobé či trvalé upoutání na lůžko z důvodu snížení výkonnosti svalů a ztráty svalové hmoty (Burda a Šolcová, 2015). Hlavní projevy jsou

dekubity, flekční kontraktury, hypoventilace plicní, tromboembolická nemoc, svalová atrofie, dekondice, porucha stereotypu chůze, porucha ortostatických regulací, dehydratace, obstipace, inkontinence, deprese a senzorická deprivace (Kalvach et al., 2008).

Základní pomocí pro seniora je důsledná prevence, která spočívá v každodenní rehabilitaci, kdy se využívá pasivní vzpřimování, postavování, přešlapování na místě, stoj v chodítku, poloha na lůžku v polosedě či vsedě (Kalvach a Onderková, 2006). Rehabilitace se dělí na pasivní a aktivní, přičemž do pasivní spadá polohování a pasivní pohyb a do aktivní dechová cvičení, aktivní pohyb, který je směřován k nácviku chůze a běžných denních činností (Burda a Šolcová, 2015).

- **Syndrom instability s pády**

Dle Hermanové (2008) a Malíkové (2011) se jedná o závratě a nestabilitu z různých důvodů, která může být způsobena poruchou krční páteře, mozkového prokrvení či špatným srdečním rytmem nebo poklesem krevního tlaku, účinkem léků, závažnou anémií, poruchou hlubokého nervového cití, ochrnutím, svalovou slabostí, závažnou poruchou kloubů na dolních končetinách a také poruchou zraku. Rizikovým faktorem instability jsou pády, které u křehkých pacientů lehce způsobí zlomeninu nebo jiné poranění (Kalvach et al., 2008).

Řešením tohoto problému je posouzení zdravotního stavu a případné vhodné léčby a dále bezbariérová úprava prostředí jako je instalace madel, optimalizace osvětlení, zavedení tísňové signalizace, používání kompenzačních pomůcek včetně chodítka, výběr vhodné obuvi, nácvik postavování po pádu a popřípadě vysazení rizikových léků (Kalvach a Onderková, 2006).

- **Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti**

U tohoto syndromu se jedná o různé podoby kognitivního deficitu a syndromu demence, které jsou doprovázeny poruchami chování a orientací či stavy zmatenosti ve smyslu deliria (Hermanová, 2008). Východiskem u poruch chování a u syndromu demence i delirantních stavů jsou především zvýšený dohled personálu, léčba příčin delirantního stavu a zajištění bezpečnosti seniora a jeho okolí (Kalvach a Onderková, 2006).

Demence je získaná porucha kognitivních funkcí, která je jednou z nejzávažnějších nemocí seniorského věku a má velký vliv na zdraví jedince (Pidrman, 2007). Pidrman (2007) ve své knize uvádí, že u ní dochází k narušení vyšších korových funkcí, paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přičemž vědomí není zastřeno. Demence má několik fází, které se mění postupem času, tudíž i potřeby a péče o seniora je v každém stádiu jiná (Kalvach et al., 2011). Demenci můžeme dělit na primární, sekundární a Alzheimerovu nemoc, přičemž nejdůležitější je nejprve demenci správně diagnostikovat a poté určit následnou léčbu, která pro seniora bude nejlepší (Pidrman, 2007).

- **Syndrom anorexie a malnutrice**

Syndrom poruchy příjmu potravy má více příčin, který zahrnuje fyziologické, psychosomatické, sociální jevy, projevy a dopady nemocí (Kalvach et al., 2008). Patří sem např.: nádorové onemocnění, nežádoucí účinek léků, deprese, nevhodná úprava potravy, kterou senior mnohdy nedovede rozkousat či spolknout (Hermanová, 2008).

Řešením je sledování příjmu potravy daného seniora, popřípadě individuální úprava jídla, nebo zajištění nutriční podpory či umělé výživy (Kalvach a Onderková, 2006).

- **Syndrom inkontinence**

Jedná se o stav nekontrolovatelného úniku moči, případně stolice (Malíková, 2011). Řešením může být farmakologická léčba, reflexní a stimulační léčba, operační léčba nebo kompenzační léčba, ve které jsou k dispozici vložky, pleny nebo sběrný sáček (Kalvach et al., 2008)

- **Syndrom maladaptace**

K nejčastějším příznakům maladaptace patří ztráta zájmu o sebe a okolí, zhoršení komunikace, lhostejnost, úzkost a osamělost (Hermanová, 2008). Zimmelová a Dvořáčková (2007) se domnívají, že při maladaptaci může dojít k izolaci, apatii, ztrátě zájmů a smyslu života. Řešením může být psychoterapeutická podpora (Kalvach a Onderková, 2006).

- **Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka**

Syndromem je označováno závažné a nevhodné jednání se seniory, ve kterém se významně podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění (Kalvach et al., 2008). Autor také uvádí, že se jedná o tělesné, psychické týrání, sexuální obtěžování, finanční a materiální zneužívání a zanedbání péče, které se může vyskytovat jak v domácím prostředí, tak i v ústavní péči.

- **Syndrom duálního senzoričkého deficitu**

Tento syndrom představuje kombinovanou poruchu zraku a sluchu se závažným omezením kontaktu s okolím (Hermanová, 2008). Senioři potřebují intenzivní komunikační a aktivizační úsilí ošetrovatelského personálu (Kalvach a Onderková, 2006).

#### ***1.4 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA)***

V geriatricii používáme k souhrnnému posouzení a hodnocení seniora tzv.: komplexní geriatrické hodnocení - ve zkratce CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) (Pokorná et al., 2013). Hodnocení je zaměřeno na stanovení schopností seniora a to v oblasti zdravotní, funkční a psychosociální a dále má za cíl vypracovat celkový plán pro léčbu a dlouhodobé sledování (Kalvach et al., 2008). Touto cestou by měly být zajištěny aktuální informace o seniorovi, které mají velký vliv na kvalitu a efektivitu ošetrovatelské péče, která je mu poskytována (Pokorná et al., 2013).

V rámci komplexního geriatrického hodnocení posuzujeme dle Kalvacha et al. (2008) a Pokorné et al. (2013), tyto skutečnosti:

- Celková osobnost pacienta se zabývá, v jaké životní situaci se nachází, jak hodnotí svojí kvalitu života a jaké má priority v životě.
- Tělesné zdraví hodnotí nemoci, funkční choroby a jejich závažnost.
- Funkční výkonnost a zdatnost je hodnocena např.: chůzí a její stabilitou, celkovou soběstačností, výživou a tělesnou zdatností.
- Duševní zdraví se zabývá psychickou rovnováhou, kognitivními a fatickými poruchami v geriatricii.

- Sociální souvislosti zahrnují seniorovu sociální roli, jeho vztahy a sociální potřeby při poskytované službě např.: u osobní asistence, pečovatelské službě až sociálních dávek atd.

V mé práci bych se však chtěla zaměřit jen na hodnocení soběstačnosti a výkonnosti a dále na hodnocení kognitivních funkcí seniora a jejich nejběžnější testy, které se využívají.

Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti je důležitou a podstatnou částí komplexního hodnocení u seniorů (Pokorná et al., 2013). Soběstačnost je vnímána jako schopnost uspokojit běžné potřeby nezávisle na jiné osobě v daném prostředí (Kalvach et al., 2011). Dle autorů je určena dvěma faktory, které musíme brát vždy v úvahu. Jsou to funkční zdatnosti člověka, jak psychické tak tělesné, tak funkční náročnosti prostředí, ve kterém žije. Testů, které jsou využívány pro hodnocení je mnoho, avšak test ADL (activities of daily living), neboli test aktivit každodenního života, musí zvládat každý jedinec, který chce být považován za soběstačného (Pokorná et al., 2013). Autoři tento test dále dělí na test personální (bazální) běžné denní činnosti a test instrumentální aktivity denního života.

Tito autoři společně s Kalvachem et al. (2011) se shodují na jednom z nejužívanějších testů, který je rozšířený po celém světě: jedná se o test základních všedních činností od Barthelové, která byla jeho zakladatelkou v roce 1965 v Marylandu. Autoři ve svých knihách odkazují na daný test a popisují jeho body, které zní: najezení a napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli a chůze či přesun po rovině. Tento test je hodnocený počtem bodů 10, 5, 0, přičemž 0 je, že senior tuto činnost neprovede, 5- provede, ale s pomocí a 10 bodů získává, když aktivitu provede samostatně a bez pomoci (Pokorná et al. 2013). Toto hodnocení se však nezabývá jenom soběstačností, ale také výkonností seniora. Kalvach et al. (2011) uvádí příklady testů, které jsou zaměřené na výkonnost a kondici starší osoby, jedná se o test schopnosti vstát ze sedu na židli, test rychlosti chůze a rozsah chůze, různé testy rovnováhy, svalového stisku a s tím související testy zdvižení a přenesení břemene.

Při hodnocení kognitivních funkcí je věnována pozornost: příjmu informací, jejich uložení a rozdělování, dále paměti, učení a myšlení a v neposlední řadě řeči, kreslení a mimickému vyjadřování (Kalvach et al., 2008). Dle Pokorné et al. (2013)

je za nejvýznamnější poruchu kognitivních funkcí považována demence, která je v naší seniorské populaci běžná. Avšak naštěstí je jí věnováno hodně pozornosti, kdy se snaží lékaři o včasný záchyt a to v nejranějším stádiu (Pokorná et al., 2013). Pro hodnocení kognitivních funkcí se používá velké množství testů, přičemž za nejběžnější jsou považovány: Mini-mental state examination (tzv. Folsteinův test, MMSE), Test kreslení hodin a Alzheimer's disease assessment scale- cognitive (Kalvach et al., 2008). Nejznámější test ke zjišťování demence je MMSE, který se používá na principu hodnocení 10 funkcí 30 body (Pokorná et al., 2013). Autoři uvádí, že jsou zkoumány tyto funkce: orientace, dlouhodobá a krátkodobá paměť, psaní, čtení, počítání, pozornost, výbavnost a obkreslení předlohy.

Veškerá hodnocení jsou v životě seniora důležitá, nejenom že pomáhají s diagnostikou a dalšími postupy při léčbě, ale umožňují mu žít lepší a kvalitnější život v souvislosti s vhodně poskytovanými službami (Pokorná et al. 2013).

### ***1.5 Potřeby a starý člověk***

Potřebu Čevela et al. (2012) vysvětlují jako individuální jev měnící se s ohledem na čas a vztah k prostředí, v němž senior žije. Dále dle autorů dochází ke změnám zdravotního a funkčního stavu a k proměnám rodinných a společenských vztahů seniora. Šamánková et al. (2011) dále potřebu uvádí jako stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální či duchovní. Na úkor stárnutí se však potřeby a priorita jejich uspokojování mění (Čevela et al., 2012). Senioři potřebují v životě uspokojovat své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, nicméně jsou velmi často odkázáni na pomoc jiných osob a svého okolí (Dvořáčková, 2012). Pokud však nejsou potřeby seniora uspokojeny, může dojít až ke stresu, frustraci, agresi a jiné zátěži, která bude vedena proti sám sobě nebo ostatním osobám v seniorově prostředí (Šamánková et al., 2011).

Mezi nejznámější teorii potřeb, která souvisí s následujícím prožíváním a kvalitou života je Maslowa teorie, která byla vytvořena ve 40. letech 20. století americkým psychologem Abrahamem Haroldem Maslowem (Dvořáčková, 2012). Tyto potřeby jsou znázorněny jako pyramida, kdy základnu tvoří fyziologické potřeby a vrcholem

je seberealizace klienta (Mastiliaková, 2014). Autorka dále uvádí, že když určité potřeby v hierarchii nebudou dostatečně uspokojovány, nenastane vzestup do dalšího stupně. Do této pyramidy patří: základní fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, lásky, přijetí a spolupatičnosti, dále uznání a úcta a v nejvyšší řadě potřeba seberealizace (Šamánková et al., 2011).

Uspokojování nebo naopak neuspokojování potřeb můžeme dále zmínit v šesti oblastech, které uvádí Dvořáčková (2012), jejichž autorkou je Vágnerová (2007):

- **Potřeba stimulace a otevřenosti novým zkušenostem**

Senioři jsou převážně lidé, kteří nemají rádi nové věci, tudíž se jim snaží vyhýbat. Nechtějí se vzdát jejich stereotypního života, který spočívá ve zvyklostech každodenních činností. Dochází ke ztrátě motivace, která má negativní dopad na seniora a jeho kvalitu života. Při jakékoliv změně se senioři cítí bezradně a nejistě, tudíž tato potřeba je ve stáří velmi snižena.

- **Potřeba sociálního kontaktu**

Starší člověk potřebuje sociální kontakty se svojí rodinou, blízkými a okolím, avšak někdy také potřebují být sami ve svém a oprostít se od zatěžujících podnětů, které na něj působí. S postupujícím stářím ubývají kontakty a senior se může začít cítit osamělý.

- **Potřeba citové jistoty a bezpečí**

Tato potřeba je pro seniora nejdůležitější. Na úkor ubývání sil a schopností, seniorovi dochází fakt, že stárne a bude potřebovat pomoc ze strany blízkých osob, na kterých bude závislý. U potřeby bezpečí a jistoty je důležité motivovat seniora k zvládnání životních úkolů a oceňovat ho, jelikož to má pozitivní vliv na jeho sebehodnocení a kvalitu prožívaného života.

- **Potřeba otevřené budoucnosti a naděje**

I starší člověk má právo těšit se na budoucnost, co má přijít. Avšak u seniora převládá spíše strach z nemoci, osamění a ztráty soběstačnosti. Je důležité, aby starší člověk přijal nevyhnutelnost stáří, ale aby se nadále těšil z přítomnosti zachovalých hodnot a funkcí, které ho provází.

- **Potřeba seberealizace**

S rostoucím věkem se tato potřeba a její způsoby uspokojování významně mění. Obrovský vliv, který je pro seniora zátěžovou situací, je např.: odchod do důchodu. Senior v této fázi podléhá pocitu méněcennosti a bezvýznamnosti a fakt, že by byl na někom závislý, ho děsí. V této fázi většinou nastává rezignace, která je zaměřena na vyprávění jeho minulosti a vzpomínek. To se nazývá reminiscence, kdy senior přemýšlí o svých životních rolích a dovednostech, které měl. Pomůcky vhodné při reminiscenci jsou staré fotografie (z mládí, svatby, práce atd.) a vzpomínání na jména osob a společné zážitky (Matůšů, 2013). Dále uvádí, že reminiscenci je velmi důležitá a přínosná co se týče práce se seniorem. Můžeme ji rozdělit na individuální a skupinovou, přičemž individuální je obvykle poskytována na pokoji seniora a pro skupinovou je většinou vytvořena speciální místnost, která je zařízena dobovým nábytkem, předměty a starožitnostmi (Matůšů, 2013). Potřeba seberealizace souvisí ve stáří se zachováním určité míry svobody a rozhodování o svých věcech, soběstačnosti a nezávislosti na druhé osobě. K jejich pozitivnímu hodnocení přispívá, jak už bylo zmiňováno, uznání a ocenění od ostatních lidí (Vágnerová, 2007).

Na potřeby působí také faktory, které ovlivňují jejich naplnění (Šamánková et al., 2011). Dle autorů se dělí na objektivní a subjektivní, které dále budou popsány. Objektivní faktory mají vliv na potřeby, které jsou viditelné (např.: potřeba jídla, pití, pomoc při pohybu, hygiena), dále na vývojové stádium seniora (věk, pohlaví, vzdělání) a mezilidské vztahy, pokud pomáhají při řešení nově vzniklých situací ze strany rodiny, jinak jsou považovány za subjektivní. Druhé jsou subjektivní faktory, mezi které patří lidé, kteří znají sami sebe a dokáží se se změnami stáří vyrovnat a narušená sebekoncepce, která souvisí s narušeným způsobem uspokojování potřeb, kdy senioři mnohdy vyžadují více pozornosti a péče.

## **1.6 Péče o seniory**

Čevela et al. (2012) uvádí, že systém péče o seniory, kteří potřebují pomoc či podporu v životě, je poskytován jak zdravotními, tak sociálními službami. Tyto služby nelze od sebe oddělovat (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Obě autorky společně s Arnoldovou (2015) se shodují, že je důležité poskytnout klientovi veškeré informace



o všech nabídkách služeb, které seniorovi a jeho rodině dopomohou při výběru vhodné služby či péče.

### ***1.6.1 Zdravotní péče***

Zdravotní péče je považována za základní neboli primární péči, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Při této péči také autorky uvádí, že by praktický lékař neměl spolupracovat pouze se seniorem, ale také s pečovatelskou službou a s celou jeho rodinou, která je důležitým zdrojem informací.

Do zdravotní péče spadá dle Mlýnkové (2011): nemocnice, ve kterých je péče poskytována v zařízeních ambulantního nebo lůžkového typu. Dalším zařízením jsou hospice, které směřují péči k nevléčitelně nemocným a ambulantní a terénní služby, jenž jsou poskytovány v domácím prostředí seniora (Mlýnková, 2011)

### ***1.6.2 Sociální péče***

Veškerá sociální péče je poskytována pomocí sociálních služeb, jimiž pomáhají seniorovi v prosazování jeho práv a zájmů, ale také v ošetřovatelství (Arnoldová, 2015). Hrozenská a Dvořáčková (2013) zmiňují ve své knize, že by seniorovi měli být poskytnuty sociální služby, zejména při jeho začleňování do dané společnosti a měly by ho motivovat tak, aby nebyl prohlubován nepříznivý stav jeho sociální situace a podporovat jeho rozvoj a seniorovu soběstačnost.

Sociální služby se dělí na pobytové, ambulantní nebo terénní (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Mezi pobytové sociální služby patří centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory se zdravotním postižením, domovy pro seniory a chráněná bydlení (Čeledová et al, 2016).

Do péče o seniory spadá také péče dlouhodobá, ve které dochází k propojení zdravotního i sociálního sektoru, která je poskytována v domácím prostředí nebo v zařízeních (Holmerová et al., 2015). Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (2010, s. 9860) je dlouhodobá péče definována následovně: *jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena*. Sebeobslužné aktivity dělíme na základní neboli bazální a na instrumentální (Holmerová et al., 2015).

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2010) dále popisuje, co patří do bazálních aktivit: oblékání, schopnost provést základní hygienu nebo přesun z lůžka na židli a co spadá do instrumentálních: běžné domácí práce nebo nakupování.

Kalvach et al. (2012) považují dlouhodobou péči z pohledu zdravotnictví za potřebnou a to ze dvou důvodů. Za prvé je tato péče nutná u seniorů, u kterých nedošlo k obnovení jejich funkčního zdraví a to ani intenzivní rehabilitací nebo úpravou prostředí. A za druhé, že tato péče je potřebná u klientů, jejichž stav se nadále zhoršuje na úkor postupné deteriorace a chronických onemocnění, například po cévní mozkové příhodě. Poskytované služby a kvalitu života v domově pro seniory vnímají obě pohlaví jinak (Dvořáčková a Kajanová, 2012). Hodnocení je dle autorek závislé na zdravotním stavu a věku, přičemž ve svém výzkumu zjistily, že senioři vyššího věku hodnotí kvalitu lépe než mladší senioři.

## ***1.7 Domov pro seniory***

Domov pro seniory je pobytová sociální služba, která je poskytována starším osobám, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu vysokého věku, a jejich stav potřebuje pomoc jiného člověka (Čeledová et al., 2016). Jedná se tedy o celoroční pobytovou službu, která poskytuje služby seniorům, kteří nejsou schopni žít sami a potřebují stálou komplexní péči (Mlýnková, 2011).

### ***1.7.1 Odchod do domova pro seniory***

Umístění do domova pro seniory je zásadní změnou životního stylu seniora a to v důsledku toho, že není schopen se sám o sebe postarat a to ani s pomocí rodiny, může to mít však dopad na obtížnější a dlouhodobější adaptace. (Vágnerová, 2007). Příchod seniora do zařízení představuje především v počáteční fázi pobytu obyčejně mimořádnou zátěž a přináší řadu rizik, které spočívají ve změně prostředí a jeho neznalosti, ale také rizika spojená se sociálními vztahy, kdy dochází k přerušení dosavadních sociálních vazeb (Kalvach et al., 2008). Dle autorů dále dochází ke ztrátě či vážnému ohrožení autonomie a jeho soukromí, změně sebehodnocení a životní perspektivy, apod. Johnson (2014) uvádí, že proces přestěhování se do zařízení vyžaduje těžké rozhodování, která zasahuje do oblastí finančních, zdravotních, právních, apod.

Důležitým vlivem pro přechod je sociální podpora, která je podle studie Chung a Kim (2013) od rodiny a blízkých přátel považována za velmi významný faktor pro rychlejší adaptaci v zařízení, avšak mezi to také patří už vztahy s jinými seniory v zařízeních a nabízené programy. Ve studii Chung a Kim (2013) senioři uvedli, že život v zařízení je odlišný od toho co očekávali, než byli přijati. Z výzkumů této studie je také patrné, že vztahy s jinými seniory v zařízeních a nabízené programy jsou užitečné a důležité v adaptaci. Senioři mají snahu o budování nových vztahů s ostatními klienty, ale přitom chtějí udržovat vztahy s přáteli a rodinou mimo zařízení.

Před přijetím do pobytového zařízení by se měl senior aktivně připravit, přičemž rozhodnutí by mělo být dobrovolné a měl mít k dispozici dostatek informací o daném zařízení a jeho prostředí (Kalvach et al., 2008). Celý průběh přechodu je však dle Kalvacha et al. (2008) velmi rizikový, proto musí být dobře naplánován. I Dvořáčková (2012) vnímá tento přechod jako náročné rozhodnutí, kdy se senior musí v novém prostředí přizpůsobit daným podmínkám, najít si nové kontakty, a přitom všem může být ohrožen ztrátou intimity nebo také adaptačním šokem. Avšak pro některé seniory domov představuje místo, kde se cítí v bezpečí, přičemž o ně bude postaráno a mohou zde požádat o pomoc (Johnson, 2014). Holmerová et al. (2015) považuje za důležité před nástupem provést komplexní šetření a dostatečně informovat seniora o všem, co se týká jeho osoby a způsobužití v zařízení. Do informací je dle autorky také zahrnut vypracovaný plán péče, který by měl být přizpůsoben potřebám seniora.

Zimmelová a Dvořáčková (2007, s. 354) uvádějí ve výzkumu faktorů ovlivňujících adaptaci v Domově pro seniory Máj, že byly zjištěny tyto faktory, které napomáhají úspěšné adaptaci: *dobrovolnost vstupu, znalost prostředí, podpora orientace v realitě a bezbariérové prostředí, zachování důvěrnosti, důstojnost a lidská slušnost, informovanost o pravidlech života v zařízení, důsledné eliminování nevhodného zacházení a dostatečná nabídka volnočasových aktivit*. Podle autorek je velmi důležitá adaptace seniora, jelikož u každého tímto krokem nastává velká životní změna. Aby adaptace mohla být také úspěšná, je důležité, aby personál vždy informoval uživatele o jakýchkoliv změnách, které probíhají a také by měly akceptovat povahové rysy seniora a respektovat jeho přání (Malíková, 2011). S tím souhlasí i Klevetová (2009), která považuje za důležité, aby personál upevňoval pozici seniora, který by se měl cítit užitečný, a tudíž měl i zájem spolupracovat. V případě sociální izolace

v zařízení je dobré zapojit do spolupráce rodinu, jeho přátele či využít služby sociálního pracovníka (Klevelandová, 2009).

### **1.7.2 Domov pro seniory Bechyně**

Domov pro seniory Bechyně se nachází v okrese Tábor v lázeňském městě Bechyně. Toto sociální zařízení nahradilo původní, které sídlilo na náměstí T.G.M. a je nově otevřené na nové adrese Na Libuši 999 od 17. 12. 2014. Domov nabízí kapacitu pro 122 klientů. Organizace je zřízena pro poskytování pobytových služeb pro osoby, které dosáhly věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu nebo pro dospělé osoby, které jsou posouzeny jako plně invalidní (Domov pro seniory Bechyně, © 2016).

Vize organizace: *Naše služba patří seniorům, kteří se dostali do tíživé životní situace v důsledku stáří či změny zdravotního stavu a nemají ve svém okolí nikoho, kdo by jim pomohl tuto situaci řešit. Našimi službami chceme tudíž zajistit důstojné prožití jejich stáří.* (Domov pro seniory Bechyně, © 2016).

Cílem domova je zajistit klientům prožití klidného stáří v příjemném a bezpečném prostředí. Dopomáhá k tomu rodinná atmosféra navozená nízkou kapacitou zařízení. Dále poskytované služby podporují běžný způsob života a snaží se udržet soběstačnost klienta co nejdéle. Prioritou domova je poskytovat služby podle individuálních potřeb klientů odborným a empatickým týmem (Domov pro seniory Bechyně, © 2016).

#### **Poskytované služby**

V Domově pro seniory Bechyně se dle § 49 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dle tohoto zákona jsou poskytovány služby ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, základní sociální poradenství, dopomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V následujících odstavcích popíši Domov pro seniory Bechyně (© 2016) a konkrétně jeho služby, které poskytuje:

**Ubytování:** Domov pro seniory nabízí 80 jednolůžkových pokojů a 21 dvoulůžkových. Každý klient má k dispozici na pokoji elektrické polohovací lůžko, noční stolek s nastavitelnou servírovací plochou, pojízdné polohovací křeslo, šatní skříň, osobní lampičku a poličku. Na každém pokoji je kuchyňská linka s dřezem, ledničkou, stůl a židle. Součástí pokoje je koupelna se sprchou a WC. Na každém pokoji je také instalována signalizace pro přivolání pomoci a to u každého lůžka, na WC, v koupelně a v jídelně.

**Stravování:** Strava je připravována v kuchyni Domova pro seniory Bechyně podle norem a současně i doplněna novými pokrmy vycházejícími z krajevých zvyklostí. Pro klienty s dietním stravováním se zde připravuje strava dle dietního systému. Každý klient může vnést své nápady do tvorby jídelníčku a dále má možnost si jídlo také odhlásit nebo si dojednat náhradní jídlo. Při přípravě stravy se dbá na celkový zdravotní stav jednotlivých klientů. Každý klient má dále možnost stravovat se v jídelně nebo na svém pokoji.

**Lékařská péče:** Klient má právo si ponechat svého praktického lékaře nebo přestoupit k lékaři, jenž pravidelně dochází do zařízení. Dále zde dochází psychiatr 1x za 6 týdnů ke klientům, kterým poskytuje odbornou péči ve formě psychiatrické terapie. Pokud se klient rozhodne zůstat u svého dosavadního lékaře, je mu zajištěn doprovod členem rodiny nebo odborným pracovníkem. Je zde zajišťována také rehabilitační péče, která je v rozsahu dle potřeb klienta.

**Sociální poradenství:** Sociální poradenství je zajišťováno sociálními pracovníky, které vyřizují sociální agendu. Jedná se především o komunikaci s klientem, s jeho rodinou, pomoc při řešení sociálně právních problémů, pomoc při jednání s úřady a při řešení různých konfliktů.

**Další služby:** Na přání klienta je zde možnost objednat pedikúru nebo kadeřnici přímo do zařízení domova pro seniory.

**Aktivizační činnosti:** Každý klient si zde může vybrat ze široké škály aktivit. Je to například kondiční cvičení, četba denního tisku, společenské a karetní hry, domácí práce a tvořivá činnost, ale také hudební aktivity a pohybové aktivity. Dále je zde využívána reminiscence, kdy klienti vzpomínají na činnosti, zvyky z doby minulé, ukazují se zde předměty a obrázky k různým tématům. Pravidelně jednou za měsíc

domov navštěvuje pracovnice z centra pro canisterapii, která zde probíhá individuálně nebo ve skupinkách. Jednou za měsíc zde také probíhá oslava narozenin a jmenin pro oslavence z daného měsíce. Klienti chodí také do kina a do kaváren ve městě.

**Další činnosti:** Každý týden v sobotu od 14:30 se v kapli, která je v zařízení, koná římskokatolická bohoslužba, na kterou může dorazit každý klient. Domov pro seniory dále pořádá různé procházky po okolí, hudební vystoupení, slavení tradičních svátků (např.: masopust, Mezinárodní den žen, Velikonoce, Vánoce, Silvestr), výlety atd.

## 2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1 *Cíl práce*

Zjistit, jací klienti z pohledu zdravotně sociálních aspektů jsou v Domově pro seniory Bechyně nejnepříjemnější.

### 2.2 *Hlavní výzkumná otázka*

S ohledem na cíl práce byla stanovena tato hlavní výzkumná otázka: Jaké problémy přivádějí klienty do Domova pro seniory Bechyně nejčastěji.

### 2.3 *Dílčí výzkumné otázky*

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny níže uvedené dílčí výzkumné otázky (dále DVO).

DVO 1: Jaké problémy postihují seniory z pohledu zdravotních aspektů nejčastěji?

DVO 2: Jaké problémy postihují seniory z pohledu sociálních aspektů nejčastěji?

### 2.4 *Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce*

Klientem v mé bakalářské práci je senior ve věku 60+, který žije v Domově pro seniory Bechyně.

Zdravotní aspekt je brán jako biologické stárnutí, které je charakterizováno progresivitou věku a změnou fyzikálně-chemických vlastností buněk a v poslední řadě také strukturální a funkční změnou tkání a orgánů (Dziechciaż a Filip, 2014).

Sociální aspekt je dán souhrnem sociálních a psychických změn, a to změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku (Čevela et al., 2012).

Domov pro seniory je pobytová sociální služba, která je poskytována starším osobám, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu vysokého věku, a jejich stav potřebuje pomoc jiného člověka (Čeledová et al., 2016).

### **3 METODIKA**

#### **3.1 Použitá výzkumná strategie**

Pro praktickou část bakalářské práce na téma Typologie klientů Domova pro seniory Bechyně seniory byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu.

*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění, založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2008, s. 48).*

Dále Miovský (2006, s. 18) ve své knize uvádí, že *kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.*

Kvalitativní výzkum se považuje za pružný typ výzkumu, protože si výzkumník na počátku výzkumu vybere téma a určí základní výzkumné otázky a ty může v průběhu výzkumu obměňovat nebo doplňovat, protože zodpovězením otázek mohou vznikat nové hypotézy (Hendl, 2008).

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Jak už jsem v této práci uváděla, výzkum byl prováděn u 18 komunikačních partnerů konkrétně z Domova pro seniory Bechyně. Jednalo se o 10 seniorů, jejichž kognitivní funkce byly zachovány natolik, aby byli schopni odpovídat v rámci rozhovoru. V tomto případě se jednalo o 5 žen a 5 mužů, ve věku od 60 – 93 let. A jako doplňkovou metodu pro ucelení pohledu na vybranou problematiku byly dále realizovány rozhovory s 8 členy jak zdravotního, tak sociálního personálu.

#### **3.3 Popis výzkumného nástroje**

Při sběru dat byla využita kvalitativní technika sběru dat a to metodou dotazování, pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou metody rozhovoru (Miovský, 2006, s. 159).



Hendl (2008, s. 174) dále definuje návod k rozhovoru jako *seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci rozhovoru probrat*. Je tedy na tazateli, v jakém pořadí bude postupovat, při získávání informací, které osvětlí daný problém (Hendl, 2008). S tím souhlasí Miovský (2006), který uvádí, že tazatelovi je umožněno zaměřovat pořadí, v rámci největší vytiženosti rozhovoru. Dle autora je také vhodné použít upřesnění a vysvětlení odpovědi komunikačního partnera, kdy si člověk může ověřit, zda danou věc správně pochopil.

### **3.4 Předvýzkum**

Po načerpání teoretických znalostí v dané problematice, byl proveden předvýzkum. Proběhl z důvodu ověření srozumitelnosti všech otázek, pro jejich případné opravení či doplnění, a také pro zjištění časové náročnosti rozhovoru. Pro uskutečnění předvýzkumu bakalářské práce byl osloven jeden komunikační partner, který byl ochoten spolupracovat a splňoval daná kritéria pro výzkum, tzn.: senior žijící v DpS Bechyně. Otázky nebylo nutné upravovat. Samotný rozhovor trval 10-17 minut, což bylo pro potřeby výzkumu dostatečné.

### **3.5 Způsob zpracování dat**

Dle Miovského (2006) je rozbor získaných kvalitativních dat nejobtížnějším krokem výzkumu.

Pro analýzu získaných dat byla zvolena metoda vytváření tzv. trsů. Tato metoda analýzy kvalitativních dat spočívá v tom, že se na základě společných rysů/znaků mezi daty vytvářejí obecnější kategorie, které se dle zmíněného znaku zařazují do tzv. trsu (Miovský, 2006).

Před začátkem analyzování získaných dat byly veškeré rozhovory, které proběhly s komunikačními partnery doslovně přepsány. Dále získaná data byla zpracována a systematizována. Zjištěné údaje byly vloženy do jednotlivých tabulek, které slouží k zodpovězení dvou dílčích otázek a následně hlavní výzkumné otázky.

### **3.6 Etika výzkumu**

Hendl (2008) uvádí, že každý výzkumník by se měl zabývat etickými otázkami, jelikož hrají ve výzkumu významnou roli.

Každého komunikačního partnera jsem před rozhovorem seznámila s tématem mé bakalářské práce, a co bych od nich potřebovala k výzkumu. Byli seznámeni i s možnostmi, kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Z etického hlediska byli všichni komunikační partneři ubezpečeni o anonymitě jejich osobních údajů a možnosti neodpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné. Rozhovory probíhaly individuálně s každým seniorem zvlášť na jeho pokoji. Taktéž probíhaly také rozhovory u personálu. S ústním souhlasem komunikačních partnerů byly rozhovory zaznamenávány na diktafon a poté přepisovány. Jednotlivé souhlasy jsou rovněž nahrány. Čas našeho setkání jsem přizpůsobila komunikačním partnerům.

## 4 VÝSLEDKY

V této části bakalářské práce jsou uvedena data, která byla získána od seniorů a pracovníků z Domova pro seniory Bechyně. Pro přehlednost jsem vytvořila tabulky, ve kterých jsou zaznamenány jednotlivé údaje o výzkumných souborech, přičemž jednotlivý výzkumný soubor je označován jako komunikační partner (dále KP1 - KP18).

Aby mohla být zodpovězena hlavní výzkumná otázka: Jaké problémy přivádějí klienty do Domova pro seniory Bechyně nejčastěji. Byly zvoleny dvě dílčí otázky. Těmito otázkami se dále budu zabývat v diskuzi, kde bude také obsah z těchto tabulek. Tabulka 1, 2 a 5 slouží k identifikaci KP.

**Tabulka 1: Identifikační údaje zdravotního personálu**

Identifikační údaje	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Délka zaměstnání
KP 1	žena	42	ošetřovatelka	3
KP 2	žena	27	zdravotní sestra	5
KP 3	žena	40	přímá obslužná péče	8
KP 4	žena	40	všeobecná sestra	9

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 2: Identifikační údaje sociálního personálu**

Identifikační údaje	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Délka zaměstnání
KP 5	žena	35	sociální pracovnice	7
KP 6	žena	30	sociální pracovnice	2
KP 7	žena	38	aktivizační pracovnice	4
KP 8	žena	34	aktivizační pracovnice	2

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 3: Otázky pro zdravotní personál:**

	Jaké služby nejčastěji poskytujete?	Odkud nejčastěji přichází senior do DpS?	Jaký je nejtýpější senior v DpS?	Nastala někdy negativní změna zdravotního stavu u seniora?	Popište změnu.
KP 1	hygiena, výměna lůžkovin, stravování, holení, stříhání nehtů	rodinné prostředí	60 +, demence, diabetik, špatná mobilita	ano, samozřejmě	negativní- šok z nového prostředí, dysfunkce rodiny
KP 2	základní péče, převazy, odběr krve, posílání na vyšetření	rodinné prostředí, nemocnice	60 +, ležící i chodící, demence, diabetik	ne, naopak pozitivní	pozitivní- více mobilní
KP 3	hygiena, doprovod, pomoc při používání pomůcek	rodinné prostředí	60 +, demence, diabetik	ano, samozřejmě; ne, naopak pozitivní	neg.- celkové zhoršení zdrav. stavu až úmrtí; poz.- komunikuje, více mobilní
KP 4	odborná ošetrovatelská péče, podávání léků, inzulínu, péče o rány, kontrola	rodinné prostředí	60 +, 24 hodinový dozor/péče, demence, špatné srdce, diabetik	ne, naopak pozitivní	pozitivní- více mobilní

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 3 jsou služby, které zdravotnický personál na daných pracovních pozicích poskytuje. Bylo zde také zjištěno, z pohledu zdravotního personálu, že nejtýpějším klientem, který do DpS přichází je senior, který žil v rodinném prostředí, je mu 60 let a více, trpící demencí a převážně diabetik. Dále 2 ze 4 zdravotního personálu uvedly, že se s negativní změnou zdravotního stavu seniora v DpS nesetkaly, ale naopak s pozitivní, kdy se klient stal více mobilním. KP 1 se setkala jen s negativním dopadem na jeho zdraví, kdy faktorem bylo nové prostředí a dysfunkce rodiny. KP 3 se setkala s oběma případy, kdy k pozitivní změně došlo ve větší komunikativnosti a větší mobilitě a na druhou stranu v negativním smyslu to vyvrcholilo až úmrtím.

**Tabulka 4: Otázky pro sociální personál:**

	Jaké služby nejčastěji poskytujete?	Jaký je nejčastější důvod příchodu seniora do DpS?	Odkud nejčastěji přichází senior do DpS?	Nastala někdy negativní změna chování u seniora?	Jaký to mělo důvod.
KP 5	jednání s úřady, spravování financí, jednání s rodinou	nesoběstačnost, rodina to nezvládá	rodinné prostředí	ano, samozřejmě	individuální osobnost seniora
KP 6	spravování financí, jednání s úřady, jednání s rodinou, zastupování seniora	nesoběstačnost, rodina ani pečovatelská služba to nezvládá, izolace	rodinné prostředí, nemocnice	ano, samozřejmě	náročná situace, vypořádání se se stářím, individuální osobnost seniora
KP 7	společenské a kulturní programy, hudební, smyslové aktivizace, práce s biografií, trénink paměti, procházky, canisterapie, projekty, dobrovolnictví, bohoslužby	nesoběstačnost, rodina to nezvládá, vidina zdravotní péče	rodinné prostředí	ano, samozřejmě	změna prostředí, zdravotní a psychologický stav, donucení, osobnost seniora, vztahy s rodinou
KP 8	volnočasové aktivity, aktivizační programy, smyslové aktivizace, trénink paměti, procházky, projekty, pohybové aktivity, práce s biografií, bohoslužby	nesoběstačnost, vidina zdravotní péče, rodina to nezvládá	rodinné prostředí	ano, samozřejmě	donucení, individuální osobnost seniora

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce jsou vypsány služby, které poskytují sociální pracovníci a aktivizační pracovníci v DpS. Dle jejich názorů přicházejí do DpS senioři převážně z rodinného prostředí z důvodu nesoběstačnosti, nebo když rodina nezvládá se o ně postarat. Všechny pracovníci se setkali s negativní změnou chování v DpS, kdy je důvodem osobnost seniora. Dále pak 3 ze 4 pracovníků uvedly, že je to individuální. A KP 7 a KP 8 uvedly, že to může být v důsledku nedobrovolného vstupu do DpS.

**Tabulka 5: Identifikační údaje seniorů v Domově pro seniory Bechyně:**

Identifikační údaje	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Vzdělání
KP 9	žena	82	vdova	základní vzdělání
KP 10	žena	84	vdova	střední odborné, vojenský kurz
KP 11	žena	73	vdaná	výuční list
KP 12	žena	93	vdova	základní vzdělání
KP 13	muž	83	ženatý	základní vzdělání
KP 14	muž	87	svobodný	střední odborné, zkoušky z angličtiny
KP 15	muž	82	vdovec	základní vzdělání
KP16	muž	60	svobodný	vysoká škola
KP17	muž	87	vdovec	vysoká škola
KP18	žena	81	vdova	základní vzdělání

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka je orientovaná na identifikaci komunikačních partnerů z DpS Bechyně, kteří jsou tvořeni klienty. Bylo zvoleno 5 žen a 5 mužů, v různém věku a to od 60 – 93 let. Převládají senioři, kterým jejich životní partner zemřel (6 z 10). Dále pak KP 11 a KP 13, kteří stále mají partnera a KP 14 a KP 16, kteří jsou svobodní.

**Tabulka 6: Senior a rodina:**

	Počet dětí	Jak Vám pomáhají?	Jak často se vidáte s rodinou?	Při jakých příležitostech?
KP 9	2 dcery	vozí nákupy, když něco potřebuji	starší- každý týden, mladší- občas	oslavy, když něco potřebuji, jen tak
KP 10	1 dcera, 1 syn	vozí nákupy	syn- každý týden, dcera- bere si mě na svátky	oslavy, když něco potřebuji
KP 11	1 syn, 1 dcera,	když něco potřebuji	každý týden	oslavy, svátky
KP 12	1 dcera, 1 syn zemřel	vozí nákupy	dcera- ob den,	oslavy, když něco potřebuji, jen tak
KP 13	1 dcera, 2 nevlastní dcery	když něco potřebuji	manželka- každý den, dceru – každý týden, nevlastní dcery- jednou za měsíc	oslavy, když něco potřebuji, jen tak
KP 14	žádné	sestra- vozí nákupy	sestra za mnou jezdí- 1x za 14 dní	když něco potřebuji
KP 15	2 dcery	vozí nákupy, když něco potřebuji	každý týden	oslavy, když něco potřebuji, jen tak
KP16	žádné	nikdo mi nepomáhá	bratr- 1x za 14 dní po telefonu	žádných
KP17	1 dceru 2 syny-1 zemřel	vozí nákupy, když něco potřebuji	dcera- každý týden, syn- 1x za 14 dní	oslavy, když něco potřebuji, jen tak
KP18	1 dceru	vozí nákupy, když něco potřebuji	1x za 14 dní	když něco potřebuji

Zdroj: Vlastní výzkum

Rodina je pro každého velmi důležitá. Jsou zde uvedeny údaje o počtu dětí, a jak seniorům pomáhají. KP 14 společně s KP 16 děti žádné nemají, pomáhají jim však sourozenci, s kterými jsou v kontaktu buď osobně, nebo telefonicky jedenkrát za 14 dní. Všichni ostatní se shodují, že jim děti vozí nákup, nebo když něco potřebují. Pravidelně se však vždy setkávají na oslavách, nebo jak už bylo řečeno, když něco senioři potřebují.

**Tabulka 7: Přechod do Domova pro seniory Bechyně:**

	Odkup přicházíte do DpS?	Z jakého důvodu jste přišla do DpS?	Jak dlouho jste v zařízení?	S jakou představou/obavami jste přicházel/a do DpS?
KP 9	nemocnice	pád, zlomený krček, nesoběstačnost	7 let	žádné obavy, bude o mě postaráno, nebudu na vše sama
KP 10	rodinné prostředí	nesoběstačnost, pád, mozková příhoda	2 roky	žádné obavy
KP 11	rodinné prostředí	nemohoucnost	necelý rok	žádné obavy, bude o mě postaráno
KP 12	nemocnice	nesoběstačnost	necelý rok	žádné obavy
KP 13	rodinné prostředí	pád, zlomený krček, nesoběstačnost, manželka se o mě nedovede postarat	2 roky	žádné obavy
KP 14	rodinné prostředí	nemohoucnost, nesoběstačnost, finanční stránka	5 let	žádné obavy, žádný strach, představa: teplý jídlo a péče
KP 15	rodinné prostředí	nesoběstačnost	1 rok	žádné obavy
KP16	nemocnice	osamocenost, psychologické problémy	1 rok	soužití s ostatními, přijetí ostatními
KP17	rodinné prostředí	nemohoucnost, nesoběstačnost, pád	3 roky	žádné obavy, dobré rozhodnutí
KP18	nemocnice	pád, zlomený krček, nesoběstačnost	4 roky	žádné obavy, bude o mě postaráno, dobré rozhodnutí

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce 6 komunikačních partnerů z 10 uvedlo, že přišli do DpS z rodinného prostředí a 4 z nemocnice. Všichni se shodují na důvodu nesoběstačnosti, z jakého přišli do DpS a také, že neměli žádné obavy, když přicházeli do Domova pro seniory Bechyně, kromě KP 16, který se bál přijetí a soužití s ostatními, jelikož je mu 60 let a ostatní jsou starší. V tabulce jsou také uvedeny další důvody, přičemž KP 9, 10, 13, 17, 18 utrpěli pád, který měl další vliv na jejich zdraví, z toho většina měla zlomený krček.



**Tabulka 8: Zdravotnická stránka seniora:**

	Jak hodnotíte Váš současný zdravotní stav, a zda je lepší než před nástupem do DpS?	Jak hodnotíte zdravotnickou a ošetrovatelskou péči v DpS?	Je v zařízení lékař? Využíváte ho?
KP 9	lepší, operované koleno, ztvrdlá kýla, těžká pohyblivost, chůze s chodítkem	starají se hezky, ve všem vyhoví	ano, chodí každou středu; spíš ne
KP 10	stejný, těžká pohyblivost, chůze s berlemi	starají se hezky, rozdílné chování pracovníků	ano, chodí každou středu; využívám podle možností a aktuálního stavu
KP 11	stejný, problémy s páteří, cukrovka, zvýšený tlak, těžká pohyblivost, chůze s berlemi	starají se hezky, ve všem vyhoví	ano, chodí každou středu, nevyužívám- vlastní lékař
KP 12	zhoršení, cukrovka, vysoký tlak, těžká pohyblivost, chůze s chodítkem	dobrý, neosobní, rozdílné chování pracovníků	ano, chodí každou středu; využívám podle možností a aktuálního stavu
KP 13	stejný, infarkt, chůze s berlemi a holí	šikovný, starají se hezky, rozdílné chování pracovníků	ano, chodí každou středu; spíš ne
KP 14	stejný, klouby zlobí, vysoký tlak, těžká pohyblivost	starají se hezky, ve všem vyhoví	ano, chodí každou středu; využívám podle možností a aktuálního stavu
KP 15	stejný, problémy s páteří, těžká pohyblivost, chůze s holí	starají se hezky	ano, chodí každou středu; využívám podle možností a aktuálního stavu
KP16	lepší, léky na deprese	personál skvělí, starají se hezky, ve všem vyhoví	ano, chodí každou středu, využívám podle možností a aktuálního stavu
KP17	stejný, zhoršení paměti, inkontinence, vysoký tlak, těžká pohyblivost, používání sluchadla	dobrý, dá se vylepšovat	ano, chodí každou středu; využívám podle možností a aktuálního stavu
KP18	stejný, těžká pohyblivost, chůze s berlemi	šikovný, starají se hezky, rozdílné chování pracovníků	ano, chodí každou středu; spíš ne

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 8 je uvedeno, že u 7 komunikačních partnerů se nic po příchodu do DpS nezměnilo, přičemž u 2 došlo k zlepšení a u 1 seniora ke zhoršení. Všichni kromě KP 16 mají menší nebo větší problémy s mobilitou, kdy k chůzi musí používat chodítka, berle či hůl.

Dále se většina shoduje na tom, že personál se o ně stará hezky a ve všem jim vyhoví. Avšak 4 KP uvádí, že v některých případech je velký skok v rozdílném chování personálu. Poslední otázka byla spíše na orientaci, u které jsem zjistila, že všichni klienti ví, kdy DpS navštěvuje lékař a využívají ho podle svých možností a aktuálního stavu.

**Tabulka 9: Adaptace seniora v Domově pro seniory Bechyně:**

	Jaké aktivity využíváte v DpS?	Změnil se Váš životní styl po příchodu do DpS? Jak?	Jaké máte vztahy s ostatními seniory?
KP 9	projekt se školkou, canisterapie, zpívání	určitě ano, znovuzrozená	docela pěkný, občas zajdu za známou/známým
KP 10	cvičení, vaření, canisterapie	nezměnil	docela pěkný, spíš samotářka, pravidelné setkání s přáteli
KP 11	cvičení, zpívání, malování, trénování paměti, bohoslužby	částečně, zvolnění, nepracuji kolem baráku	dobrý, hodně návštěv i z okolí, občas zajdu za známou/známým
KP 12	přednášky, cvičení, canisterapie	určitě ano, žít sama mi vyhovovalo	spíš samotářka, setkání jen na aktivitách
KP 13	cvičení, rukodělné práce, procházky	určitě ano	spíš samotář, návštěva každý den- manželka
KP 14	přednášky, procházky	nezměnil	spíš samotář, občas zajdu za známou/známým
KP 15	přednášky, procházky, cvičení, canisterapie	částečně, dřív víc aktivit	docela pěkný, občas zajdu za známou/známým
KP16	přednášky, cvičení	určitě ano, jiný rozměr života	dobrý, občas zajdu za známou/známým
KP17	přednášky, cvičení, fotografování všech akcí	částečně, dobrovolné vězení	spíš samotář, občas zajdu za známou/známým
KP18	cvičení, zpívání, canisterapie, vaření, rukodělné práce, bohoslužby	určitě ano, je tady víc aktivit	docela pěkný, pravidelné setkávání s přáteli

Zdroj: Vlastní výzkum

Záznamy v této tabulce jsou zaměřeny na využívání služeb DpS seniory. Nejčastěji chodí cvičit a na procházky, přičemž oblíbené jsou i přednášky na různá témata a canisterapie. Další otázka je zaměřená na životní styl po příchodu do DpS, který se změnil u 5 KP z 10, u 3 je to částečná změna a u 2 se nic nezměnilo. Na mezilidské vztahy s ostatními klienty, KP odpovídali převážně pozitivně, kdy mají mezi sebou dobré vztahy a občas či pravidelně se s někým vídají. Jsou tady také tací, kteří jsou spíše samotáři (5 z 10) a moc společnost nevyhledávají.

## 5 DISKUZE

V rámci této kapitoly bakalářské práce jsou uvedeny údaje od komunikačních partnerů získané prostřednictvím kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovanými rozhovory. Jsou zpracovány s odbornou literaturou a vlastními poznatky, které jsem v Domově pro seniory Bechyně získala.

Diskuze je rozdělena na tři části, přičemž první dvě se budou zabývat vyhodnocením dílčích otázek, které odpovídají na hlavní výzkumnou otázku. Třetí část se týká vlastního názoru, který by mohl vést k zlepšení adaptace klienta v DpS. V diskuzi je zachován autentický způsob výpovědí jednotlivých komunikačních partnerů, které budou citovány přímou řečí a doslovným přepisem, přičemž zvukové záznamy jsou uchovány u autorky této bakalářské práce.

Vyhodnocení daných dílčích otázek bude zahrnovat jednotlivé okruhy otázek, které do nich spadají. První dílčí otázka zněla: Jaké problémy postihují seniory z pohledu zdravotních aspektů nejčastěji? V rámci tohoto dotazu jsem se ptala zdravotního personálu a seniorů v Domově pro seniory Bechyně. Nejprve bych na úvod zmínila, co vlastně zdravotní personál poskytuje klientům za služby: *od nás je to odborná ošetrovatelská péče, pomáháme děvčatům i v přímé péči. Je to podávání léků, aplikace inzulínu, aplikace injekcí, péče o rány, a vůbec jakoby kontrola toho zdravotního stavu klienta. Rozhodovat o tom, jestli bude další ošetření, jestli budeme volat lékaře, jestli je pošleme na kontrolu k obvodnímu lékaři, který sem dochází nebo tak.* K tomu dále další komunikační partner dodává, že do poskytovaných služeb spadá také *ranní hygiena, doprovodit klienta, když se jde umýt. Hlídat, aby byli spokojení. Snažit se tedy udělat maximum, aby konec života pro něj byl přijatelný.* Dle Malíkové (2011) jde o pomoc, jak jednotlivcům, tak rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví, kdy je důležité snižovat negativní vlivy a maximalizovat pozitivní zdraví.

Otázka, která dále byla položena všem komunikačním partnerům, byla zaměřena na to, odkud přichází senior do DpS. U veškerého personálu padla odpověď, že přicházejí z rodinného prostředí, přičemž 2 KP zmínili, že to může být i z prostředí nemocnice. U KP ze stran seniorů, tato odpověď byla půl na půl (5:5). Další otázka pro zdravotnický personál byla: Jaký je nejtypičtější senior v DpS? Nejtypičtějším je dle

KP senior, kterému je 60 let a více, s tím že trpí demencí a je diabetik. Demence je dle Pidrmána (2007) získaná porucha kognitivních funkcí, která je jednou z nejzávažnějších nemocí seniorského věku a má velký vliv na zdraví jedince. *Jinak samozřejmě polymorbidní jsou, že někdo má špatný srdíčko a tlak, ale to opotřebení těla funguje někde víc a někde míň, je to stáří.*

Nejčastější nemoci ve stáří dle Malíkové (2011) jsou kardiovaskulární choroby a nemoci pohybového aparátu. To se potvrdilo i ve výzkumu, kdy všichni komunikační partneři vypověděli, že ze zdravotních potíží jim dělá největší zátěž pohyb, kdy k chůzi musí používat většina klientů berle či chodítka. Základem vzniku syndromu je omezování pohybové aktivity (posedávání, polehávání) a to v první řadě lokomoce, chůze, při které dochází k atrofování svalů dolních končetin a k poklesu kondice a vytrvalosti (Kalvach et al., 2008). Klienti také uvádějí, že častým důvodem příchodu do DpS je pád spojený se zlomeným krčkem a na úkor toho nemohoucnost. Hermanová (2008) a Malíková (2011) s tím souhlasí a dodávají, že u pádu se jedná o závratě a nestabilitu z různých důvodů.

Zdravotní personál byl také dotázán, zda nastala negativní změna zdravotního stavu seniora po příchodu do DpS. KP 2 ze 4 uvedli, že se s negativní změnou zdravotního stavu seniora v DpS nesečkali, ale naopak s pozitivní, kdy se klient stal více mobilním. Avšak 2 KP si pamatují i na negativní změnu, která byla v důsledku nového prostředí nebo dysfunkce rodiny. *Je to hrozný šok, když člověka přesadí z jeho domova, kde byl zvyklý, do domova, kde nikoho nezná, nezná personál, nezná spolubydlící.*

Otázky mířené pouze na klienty DpS byly následující: Jak hodnotíte Váš současný zdravotní stav, a zda je lepší než před nástupem do DpS? U 7 komunikačních partnerů se nic po příchodu do DpS nezměnilo, avšak u 2 došlo k zlepšení a u 1 seniora ke zhoršení, kdy bere KP jako svoji největší zátěž vysoký tlak a problémy s mobilitou. Všichni kromě jednoho mají menší nebo větší problémy s mobilitou, kdy k chůzi musí používat chodítka, berle či hůl. Další dotaz zněl: Jak hodnotíte zdravotnickou a ošetrovatelskou péči? Všech 10 KP říká, že se zdravotní personál stará hezky a ve všem klientům vyhoví. Avšak objevil se i názor u 4 KP, že *každá pracovnice se chová jinak. Berou to jak řemeslo, málo která to bere jako povolání. Oni tu práci udělají, ale jsou takoví neosobní.* Poslední otázka byla spíše na orientaci, u které jsem zjistila, že všichni klienti ví, kdy DpS navštěvuje lékař a využívají ho podle svých

možností a aktuálního stavu. Zdravotní péče je považována za základní neboli primární péči, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé (Hrozenková a Dvořáčková, 2013).

Druhá dílčí otázka, která v této práci měla být zodpovězena je: Jaké problémy postihují seniory z pohledu sociálních aspektů nejčastěji? Na otázky zde odpovídají sociální pracovníce a senioři, taktéž z DpS. Nejprve by mělo být řečeno, co sociální pracovníce konkrétně dělají. Veškerá sociální péče je poskytována pomocí sociálních služeb, jimiž pomáhají seniorovi v prosazování jeho práv a zájmů, ale také v ošetřovatelství (Arnoldová, 2015). *Náplň sociálního pracovníka je obsáhlá. Vlastně se zaměřujeme na to vlastně, co se týče jednání s úřady, co se týče správy financí, řešíme vyúčtování pro klienty za pobyt a stravu, jednáme s rodinami, potom vlastně řešíme i zastupování klienta co se týče svéprávnosti, řešíme s Okresním soudem, když ten klient není sám schopen se zastupovat. Dále se sociální pracovníce na pozici aktivizačního pracovníka věnují: volnočasovým aktivitám nebo aktivizačním programům, je to celá škála těch programů a projektů, zaměřený teda rukodělně, na paměť, procvičování kognitivních funkcí, udržování soběstačnosti, pak pohybové aktivity.*

V prvé řadě, než se začnu více zabývat sociálním důvodem, z výzkumu vyšlo, že z 10 respondentů 6 přišlo o svého životního partnera, přičemž tento fakt byl jeden z důvodů, který přispěl k opuštění domácího prostředí a příchodu do DpS. *Manžel mě zemřel. A já jsem zůstala v bytě sama. A stala se mě příhoda, taková že večer mě nic nebylo a ráno jsem se vzbudila na zemi v obýváku. Nevěděla jsem, kde jsem a čím jsem.* Je to těžkou životní zkušeností, kterou senior také prochází v rámci rodiny, ztráta životního partnera nebo úmrtí blízkých, kdy seniora pohlcují pocity opuštěnosti a bezvýznamnosti (Dvořáčková a Kajanová, 2012). Pro člověka ve starším věku je představa jakékoliv ztráty a změny ohrožující (Vágnerová, 2007). Dva KP jsou stále v páru, a 2 jsou svobodní a bezdětní, kdy jediným jejich blízkým člověkem jsou jejich sourozenci. Nikdo však nepřicházel do DpS s obavami, kromě jednoho, kterému je 60 let a obával se soužití a přijetí od ostatních seniorů. Zimmelová a Dvořáčková (2007) ve svém článku poukazují na to, že po příchodu do domova nastává u každého seniora velká životní změna. Senioři převážně přicházel s představou získání péče, kdy o ně bude dobře postaráno. Celý průběh přechodu je však dle Kalvacha et al. (2008) velmi rizikový, proto musí být dobře naplánován. Holmerová et al. (2015) považuje za důležité, před nástupem provést komplexní šetření a dostatečně informovat seniora o všem, co se týká jeho osoby a způsobužití v zařízení. Do informací je dle autorky

také zahrnut vypracovaný plán péče, který by měl být přizpůsoben potřebám seniora. Zdravotnickému personálu byla položena otázka:

Jaký je nejčastější důvod příchodu do DpS? Podle sociálních pracovníc je to z *důvodu soběstačnosti. Mají pocit, že se o sebe nedovedou a nejsou schopni postarat. Čekají, že tu bude zdravotnická péče a že tady budou mít všechno. Někteří z důvodu, že rodina se o něj nezvládne postarat, ale není to u všech.* Dále byly také dotazovány na to, zda nastala negativní změna chování u seniora v DpS. Všechny sociální pracovníce odpověděly, že ano samozřejmě, přičemž tato změna byla individuální a to z důvodu náročné situace při přechodu, která se týkala zdravotního a psychického stavu nebo u donuceného přechodu do DpS. *Přechod z přirozeného prostředí do DpS je pro žadatele náročná situace. Každý se s tím vypořádá jinak. Někteří klienti se tu cítí jakoby jako doma a ta změna je pro ně příjemná a pro některé je těžké se s tím smířit a někteří už vědí, že je to jejich poslední cesta.*

Dalším okruhem otázek byla rodina. Rodina je základní jednotkou naší společnosti (Mlýnková, 2011). Dvořáčková (2012) popisuje rodinu jako důležitý prvek v životě a obzvláště pro seniora, jemuž představuje pocit bezpečí, jistoty a zázemí, na které se může kdykoliv obrátit (Dvořáčková, 2012). Jak se často vídají a jak děti seniorům pomáhají. Kromě 2 KP, kteří jsou bezdětní, pomáhají děti s tím, že vozí nákupy, a když senioři něco potřebují. S rodinou se vídá 6 klientů každý týden, kdy je přijede navštívit anebo minimálně jednou za 14 dní, kdy jsou spolu osobně v kontaktu. Pravidelně se však vždy setkávají na oslavách nebo, jak už bylo řečeno, když něco senioři potřebují.

Následující otázky se týkaly adaptace. Jaké služby využívají v DpS? Nejčastěji klienti chodí cvičit a na procházky, přičemž oblíbené jsou i přednášky na různá témata a canisterapie, kdy se rádi mazlí se psem. Jak zdůrazňuje Mlýnková (2011), je důležité, aby senior viděl v možnostech trávení volného času v DpS smysluplnost a užitečnost.

Další otázka je zaměřená na životní styl po příchodu do DpS, který se změnil u 5 KP z 10, u 3 je to částečná změna a u 2 se nic nezměnilo. Výpovědi na tuto otázku, které převažovaly, jsou následující. *Dramaticky, hodně, ale ten život nabral jiný rozměr. Dále: změnil podstatně, já jsem žila sama a vyhovovalo mi to.* Další KP odpověděl: *spíš jsem zvolnil, nemusím tak pracovat kolem baráku, a je vidět že jsem zeslábl, co se týče svalové hmoty.*

Na mezilidské vztahy s ostatními klienty, KP odpovídali převážně pozitivně. Dle Mlýnkové (2011) je komunikace důležitá v navození dobrého vztahu mezi seniory a pečovateli. Z výzkumu také vyplynulo, že senioři mají mezi sebou dobré vztahy a občas či pravidelně se s někým vídají. Jsou tady také tací, kteří jsou spíše samotáři (5 z 10) a moc společnost nevyhledávají. *Vztahy s ostatními klienty mám docela pěkný, i když teda mě mrzí, že když je takhle hezký počasí, oni radši sedí uvnitř důchod'áku, než aby se šli projít. Takže jenom s pár se teda bavím a s nimi chodím na procházky.*

Z celkového výzkumu vyplývá, že výše zmíněné faktory jako je zdravotní stav, sociální kontakty, prostředí a volný čas seniora v průběhu adaptace ve větší či menší míře ovlivňují. Velkou roli hraje zdravotní stav seniora, který ovlivňuje velmi výrazně jeho postoj k životu. Podle mého názoru je velmi důležitá propojenost mezi personálem, seniory a také jejich rodinami, protože jen díky této spolupráci může dojít jak k lepší adaptaci, tak prožití tohoto období ve spokojenosti.

Závěrem diskuze je mé vlastní doporučení. Jedná se o to, aby sociální pracovník před nástupem klienta do DpS provedl hloubkový rozhovor. Přičemž důraz bych kladla na jeho vztahy s rodinou. Téma by se s každým seniorem mělo probírat co nejcitlivěji, aby nebyl neporušen etický kodex. Díky tomu sociální pracovník zjistí, že pokud by se vyskytl nějaký problém, jak ze strany zdravotní tak sociální, jestli je možno se obrátit na seniorovy příbuzné.



## 6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám nejtypičtějším klientem z pohledu zdravotních a sociálních aspektů, kteří žijí v Domově pro seniory Bechyně.

Cíl práce zněl: Zjistit jací klienti z pohledu zdravotně sociálních aspektů jsou v Domově pro seniory Bechyně nejtypičtější.

Pro výzkumný záměr práce byla zvolena hlavní výzkumná otázka: Jaké problémy přivádějí klienty do Domova pro seniory Bechyně nejčastěji, přičemž k zodpovězení této otázky jsem si zvolila následující dvě dílčí, kdy se každá zabývá jiným aspektem. Pro zpracování veškerých údajů byl zvolen kvalitativní přístup s polostrukturovaným rozhovorem.

První dílčí otázka zněla: Jaké problémy postihují seniory z pohledu zdravotních aspektů nejčastěji? A následující druhá dílčí otázka se zaměřovala na: Jaké problémy postihují seniory z pohledu sociálních aspektů nejčastěji?

Z celkových výsledků výzkumu vyplynulo, že většina klientů do Domova pro seniory Bechyně přichází z důvodu nesoběstačnosti či že se o ně rodina už nedokáže postarat. Dále bylo zjištěno, že adaptace u klientů je velmi individuální záležitost. Pokud chceme mluvit o úspěšné adaptaci, musíme se zaměřit na velké množství rozdílných a přitom úzce souvisejících faktorů. Důraz je kladen na veškeré poskytované služby, na vztahy s rodinou a v neposlední řadě na celkový přístup personálu, který se o seniora stará. Přičemž důležité je respektování individuálních možností a přání každého jedince.

Dle mého názoru je a nadále bude problematika starých občanů stále aktuálnější, kdy pro seniory z důvodu nesoběstačnosti nebo rodiny, která se o něj nedokáže postarat, bude jediným řešením domov pro seniory, kde v rámci možností plnohodnotně prožijí zbytek svého života.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-5147-4.
- 2) ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- 3) ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 4) DZIECHCIAŹ, M., FILIP, R., 2014. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med*. 21(4). 835-838, doi: 10.5604/12321966.1129943.
- 5) Domov pro seniory Bechyně, © 2016 [online]. Bechyně [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.ddbechyne.cz/>.
- 6) DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 7) DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A., 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt* [online]. 14(3), 331-339. [cit. 2017-03-15] ISSN: 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf>.
- 8) HALL, S. et al., 2009. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing*. 38(4). 411-416, doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afp069>.
- 9) HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- 10) HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Brain team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 11) HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum*. 2. Vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 97880-7367-485-4.

- 12) HERMANOVÁ, M., 2008. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Brno: T.I.G.E.R.. 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7.
- 13) HOLMEROVÁ, I. et al., 2015. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- 14) HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- 15) CHUNG, J. A., KIM, Y. J., 2013. Elderly Adaptation Experiences in Residential Welfare Facilities for the Aged. *International Journal of Digital Content Technology and its Applications*, 7(12), 362. ISSN 1975-9339.
- 16) JOHNSON, R. A., 2014. Relocation Decisions and Constructing the Meaning of Home: A Phenomenological Study of the Transition into a Nursing Home. *University of Missouri, Columbia*. 56-63, doi: 10.1016/j.jaging.2014.03.005.
- 17) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- 18) KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 19) KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 20) KLEVETOVÁ, D., 2009. Potřeba jistoty a udržení sociální role a kontaktu s okolím. *Sociální Péče*. 10 (3), 14-15. ISSN 1213-2330.
- 21) KORTEBEIN, P. et al., 2008. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J.Gerontol.*, 63(10), 1076-1081, doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/63.10.1076>
- 22) KUDRIMOTI, A. M., DIAL, L. K., 2016. Selected problems of aging. *University of Kentuck: Springer International Publishing*. 305-318, doi: 10.1007/978-3-319-04414-9\_23.
- 23) KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

- 24) MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 25) MATŮŠŮ, M., 2013. Rok reminiscence. *Ošetrovatelská péče*. 5(6), 22-23. ISSN 2336-1603.
- 26) MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- 27) Ministerstvo práce a sociálních věcí, © 2010. *Dlouhodobá péče- pojem známý, nebo neznámý* [online]. Praha [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>.
- 28) MIOVSKÝ, M., 2006 *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332s. ISBN 80-247-1362-4.
- 29) MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 30) PACÁKOVÁ, H., TRUSINOVÁ, R., 2012. Citová solidarita při péči o seniory. *Kontakt* [online]. 14(4), 464-474. [cit. 2017-03-15] ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214130542420024.pdf>.
- 31) PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 32) POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 33) POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 34) SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- 35) ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

- 36) VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 37) ZACHAROVÁ, E., 2008. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi* [online]. 10(12), 588-589. [cit. 2017-03-15] ISSN - 1803-5256. Dostupné z: [http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200812-0012\\_Komunikace\\_s\\_geriatrickym\\_pacientem.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dsenior%26sfrom%3D0%26spage%3D30%20-%20http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf](http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200812-0012_Komunikace_s_geriatrickym_pacientem.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dsenior%26sfrom%3D0%26spage%3D30%20-%20http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf).
- 38) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37/2016, s. 1270-1271. ISSN 1211-1244.
- 39) ZIMMELOVÁ P., DVORÁČKOVÁ, D., 2007. Faktory ovlivňující adaptaci klientů v Domově pro seniory Máj, p. o. *Kontakt* [online]. 9(2), 353-357. [cit. 2017-03-15] ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2007/482-faktory-ovlivnujici-adaptaci-klientu-v-domove-pro-seniory-maj-p-o>.

## 8 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Identifikační údaje zdravotního personálu .....	36
Tabulka 2	Identifikační údaje sociálního personálu .....	36
Tabulka 3	Otázky pro zdravotní personál .....	37
Tabulka 4	Otázky pro sociální personál .....	38
Tabulka 5	Identifikační údaje seniorů v Domově pro seniory Bechyně .....	39
Tabulka 6	Senior a rodina .....	40
Tabulka 7	Přechod do Domova pro seniory Bechyně .....	41
Tabulka 8	Zdravotnická stránka seniora .....	42-43
Tabulka 9	Adaptace seniora v Domově pro seniory Bechyně .....	44