



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Srovnání očekávání seniorů před a po nástupu do
domova pro seniory**

Diplomová práce

Studijní program: [REHABILITACE](#)

Autor: Ludmila Škrdlová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D

[České Budějovice 2018](#)

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci „Srovnání očekávání seniorů před a po nástupu do domova pro seniory“ jsem vypracovala 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Ludmila Škrdlová

Poděkování

Děkuji touto cestou paní doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a vstřícný přístup při zpracování této bakalářské práce.

Zvláštní poděkování patří mé rodině za jejich trpělivost a nenahraditelnou podporu.

Očekávání seniorů před a po nástupu do domova pro seniory

Abstrakt

Tato práce se zabývá změnami očekávání seniorů před a po nástupu do domova pro seniory. Cílem výzkumu bylo zmapovat s jakými představami seniorů do domova pro seniory přicházejí a v jakých oblastech se naplnila jejich očekávání po nástupu do domova pro seniory.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. První kapitola teoretické části definuje pojmy stáří a stárnutí, popisuje změny související se stářím, potřeby seniorů a možné způsoby přípravy a adaptace na stáří. Druhá kapitola vysvětluje pojem kvalita života a její dimenze, popisuje činitele, kteří na kvalitu života působí a způsoby měření. Závěr druhé kapitoly se věnuje kvalitě života seniorů. Ve třetí kapitole jsou popsány možnosti péče o seniory v domácím prostředí a v domovech pro seniory.

V praktické části je vytyčen cíl práce a stanoveny výzkumné otázky: „S jakými představami přicházejí seniorů do domova pro seniory?“ „V jakých oblastech se naplnila očekávání seniorů po nástupu do domova pro seniory?“ Následuje popis použité metody, výběr výzkumného souboru a průběh výzkumu, který byl realizován kvalitativním šetřením, technikou polostrukturovaného rozhovoru a analýzou dokumentů.

Z výzkumu vyplynulo, že nejvýznamnější oblasti pro spokojenost seniorů jsou pocit klidu, jistoty a bezpečí, zajištění péče a vztahy s blízkými. Seniorům před nástupem do domova pro seniory byla poskytována péče členy rodiny ve spolupráci s terénní pečovatelskou službou. Důvody pro odchod do domova pro seniory byly snížení soběstačnosti a opakované pády. Někteří seniorů přicházeli do domova pro seniory s předsudky, ale většina znala zařízení z osobní zkušenosti, pozitivního vyprávění rodin klientů nebo internetových stránek. Všichni očekávali, že jim v domově pro seniory bude poskytnuta dostatečná péče a že zde bude zajištěna jejich bezpečnost. Obávali se režimu, kterému se budou muset podřídit, omezení jejich prostor a vztahů s personálem a spolubydlícími.

Očekávání seniorů byla plně uspokojena, ve většině případu je předčila. Všichni senioři vyjadřovali vyšší spokojenost s péčí v domově pro seniory než v domácí péči. Oceňovali především zajištění důstojné a nepřetržité péče, respektování soukromí, odbornost a profesionalitu personálu, jejich ochotu řešit problematrické situace individuálním přístupem, vřelost a lidský přístup.

Výsledky tohoto výzkumu mohou přispět k destigmatizaci domovů pro seniory jakožto zařízení, kam se chodí dožít. Diplomová práce tak může být přínosná zejména seniorům, kteří se odchodu do domova pro seniory obávají a k odstranění předsudků spojených se vstupem do domova pro seniory.

Klíčová slova: představy a očekávání seniorů, kvalita života, domácí péče, domov pro seniory.

Comparing the expectations of seniors before and after joining the home for seniors

Abstract

This work deals with changes in the expectations of seniors before and after joining the home for seniors. The aim of the research was to map out what ideas the elderly people come to and how they met their expectations after joining the home for the elderly.

The thesis is divided into a theoretical part and an empirical part. The first chapter of the theoretical part defines the concepts of age and aging, describes age-related changes, seniors' needs and possible ways of preparing and adapting to old age. The second chapter explains the concept of quality of life and its dimension, describes the factors that influence the quality of life and the methods of measurement. The conclusion of the second chapter deals with the quality of life of seniors. The third chapter describes the possibilities of caring for the elderly in the home and in the homes for the elderly.

In the practical part, the aim of the thesis is set out and research questions are asked: "What do the seniors come to the home for seniors?" "In what areas did the expectations of the elderly after the admission into the home for seniors have been fulfilled?" The following is a description of the used method, research carried out by a qualitative survey, a semi-structured interview technique and document analysis.

Research has shown that the most important areas for seniors' satisfaction are the feeling of peace, security and safety, care and relationships with loved ones. Senior citizens were provided with care by family members in conjunction with outreach care before entering the home for the elderly. Reasons for going home for seniors were reduced self-sufficiency and repeated falls. Some seniors came to the home for seniors with prejudices, but most knew the device from personal experience, positive narrative of clients' families or websites. Everyone expected them to be adequately cared for in their homes and that their safety would be ensured. They were afraid of the regime they would have to obey, the limitations of their space, and their relations with staff and roommates.

The expectation of seniors has been fully satisfied, in most cases it has surpassed them. All seniors expressed higher satisfaction with care in the home for the elderly than in

home care. They were particularly valued to ensure dignified and continuous care, respect for the privacy, expertise and professionalism of staff, their willingness to solve problematic situations by individual approach, warmth and human attitude.

The results of this research can contribute to the destigmatization of homes for the elderly as a facility to live. The diploma thesis can thus be beneficial especially to seniors who are afraid of leaving home for the seniors and to remove the prejudices associated with entering the home for the elderly.

Keywords: sentiments and expectations of seniors, quality of life, home care, home for seniors.

OBSAH

ÚVOD	10
1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
SOUČASNÝ STAV	12
1.1 POJEM STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	14
1.3 POTŘEBY SENIORŮ	16
1.4 PŘÍPRAVA A ADAPTACE NA STÁŘÍ	20
2. KVALITA ŽIVOTA.....	23
2.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	25
2.2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	27
3. PÉČE O SENIORY	31
3.1 PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ – DOMÁCÍ PÉČE.....	32
3.1.1 <i>Akteři domácí péče.....</i>	<i>33</i>
3.1.2 <i>Rizika domácí péče</i>	<i>34</i>
3.1.3 <i>Sociální služby využívané v domácí péči</i>	<i>35</i>
3.2 PÉČE O SENIORY V DOMOVECH PRO SENIORY.....	39
3.2.1 <i>Domov pro seniory.....</i>	<i>40</i>
3.2.2 <i>Adaptace v domově pro seniory.....</i>	<i>41</i>
3.2.3 <i>Rizika péče v domovech pro seniory.....</i>	<i>43</i>
3.3 KVALITA ŽIVOTA V DOMOVECH PRO SENIORY	44
3.4 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	45
EMPIRICKÁ ČÁST	48
1. CÍL PRÁCE	49
HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA	49
DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49
2. METODIKA.....	50
2.1 METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT.....	50
2.2 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT.....	50

2.3	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	51
2.4	HARMONOGRAM VÝZKUMU.....	54
3.	VÝSLEDKY	56
3.1	HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1.....	57
3.2	HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2.....	67
4.	DISKUZE	72
5.	ZÁVĚR	76
6.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	78
7.	PŘÍLOHY.....	83

Úvod

V dřívějších dobách staří lidé žili a umírali doma, ve svém přirozeném prostředí. Postarat se o své rodiče a dočlovat je, bylo stejnou samozřejmostí, jako postarat se o své děti. V dnešní uspěchané době a neustálé honbě za zaopatřením svých nejbližších, není bohužel možné, aby se rodina, ať už z časových nebo finančních důvodů o svého seniora postarala sama. Proto hledá jiné řešení, která se jí nabízí v podobě domovů pro seniory.

Domovy pro seniory jsou opředeny spoustou mýtů a předsudků a mnoho seniorů si pobyt v nich neumí představit. Aby ulehčili své rodině, souhlasí senioři sice s nástupem do domova pro seniory, ale často nemají žádnou, nebo jen velmi malou představu, jak to v takovém domově vypadá, jaký je tam režim, kdo a jak se o ně bude starat apod. S odkazem na historickou skutečnost bývá život v domově pro seniory odsuzován jako ne tak plnohodnotný a jako výraz selhání rodiny. Je to ale skutečně tak? Je domov pro seniory vždy tím nejhorším řešením a lidé zde nemohou být nikdy spokojeni tolik jako v domácím prostředí?

Za posledních dvacet let došlo v sociálních službách k výrazným vývojovým změnám v přístupu k uživatelům, v metodách poskytování sociální péče a podpory a v přístupu k řízení samotných organizací. Od roku 2006 řídí poskytování sociálních služeb zákon č. 108 o sociálních službách, který mimo jiné stanovuje povinnost poskytovat sociální službu na základě smluvního vztahu s uživatelem. Tím dochází k výrazné změně v postavení uživatele, který má právo, aby sociální služby naplňovaly nejen jeho potřeby, ale také byly dostatečně kvalitní.

K hodnocení kvality se v sociálních službách využívají standarty kvality sociálních služeb. Pro uživatele je nejdůležitější standart číslo 5 Individuální plánování průběhu sociální služby. Podle tohoto standartu poskytovatel plánuje společně s uživatelem průběh sociální služby s ohledem na jeho osobní cíle a možnosti.

Protože se při své práci s obavami seniorů často setkávám a pracuji s nimi na jejich rozptýlení, chtěla bych se věnovat ve své diplomové práci důvody, které vedou seniory k nástupu do domova pro seniory, představami s kterými do něj přicházejí, jak se na život v domově dívají po určité době a jak po této době hodnotí kvalitu svého života před nástupem do domova pro seniory a po něm.

Cílem práce je zjistit, jak se změnila očekávání seniorů před a po nástupu do domova pro seniory.

Hlavní výzkumné otázky:

HVO 1: S jakými představami přicházejí senioři do domova pro seniory?

HVO 2: V jakých oblastech se naplnila očekávání seniorů po nástupu do domova pro seniory?

S ohledem na cíl práce bude proveden kvalitativní výzkum metodou dotazování a technikou polostrukturovaných rozhovorů. Využiji též analýzu dokumentů. Výzkum proběhne s uživateli Domova pro seniory ve Strakonících. Výběrový vzorek bude vybrán účelově z uživatelů Domova pro seniory ve Strakonících. Podmínkou zařazení do výzkumu je ochota zúčastnit se výzkumu, zachování kognitivních funkcí a doba pobytu v domově pro seniory nepřekračující dobu půl roku.

1. Stáří a stárnutí

„Hezké chvíle a zážitky jsou taková geriatrika - léky proti stárnutí. Jenomže se nedostanou na předpis v žádné lékárně.“

Jiřina Šiklová

Současný stav

Jedním z celosvětových problémů, který od poloviny 20. století postihuje ve větší či menší míře všechny země, se v současnosti stává demografické stárnutí společnosti.

V evropské populaci tvoří senioři ve věku nad 80 let 3% populace, v roce 2050 to bude podle prognóz 10% (Agein and health, 2012)

Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek (Demografie, ©2004-2014).

Podle údajů českého statistického úřadu žije v České republice skoro 2 miliony osob nad 65 let věku, což je 18,8 % z celkového počtu obyvatel, zatímco v roce 1950 bylo zastoupení osob nad 65 let 8,3 % (ČZSO, ©2017).

Podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje celkového počtu a pohlavní a věkové struktury obyvatelstva bude podíl starších osob v populaci stále narůstat. Předpokládá se, že v roce 2025 bude zastoupení osob nad 65 let 23,1 % (ČZSO, ©2017).

Portál Demografie.cz uvádí, že z celkového počtu osob nad 65 let žije v České republice v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem 55 tisíc osob, přičemž lůžka v Domovech jsou využita v průměru na 96 procent. Neuspokojených žadatelů o místo v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem je 87 000 (Demografie, ©2004-2014). I proto se o starých lidech a jejich zvyšujícím se počtu nejen u nás, ale i v západních společnostech často hovoří jako o sociálním problému, především v souvislosti s důchodovým systémem a s růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči. (Demografie, ©2004-2014)

1.1 Pojem stáří a stárnutí

Každý člověk má na světě vymezený svůj čas, v kterém se vyvíjí a současně i stárne. Čas lidského života bývá různým způsobem periodizován. Nejjednodušší členění

lidského života je na období dětství, dospělosti a stáří. Stáří je tedy neodmyslitelnou součástí a etapou života.

Světová zdravotnická organizace definuje podle Haškovcové (2010) **rané stáří** neboli vyšší věk, vyznačující se adaptací na penzi, aktivním trávením volného času, obdobím 60 – 74 let. Za počátek vlastního stáří je pokládán 75. rok života, období roků 75 – 89 je **senescence** (Haškovcová, 2010), kdy dochází dle Mülpachera (2009) k změnám funkční zdatnosti, zdravotním problémům, atypickému průběhu chorob. Ti, kteří žijí déle než 90 let, jsou považováni za **dlouhověké** (Haškovcová, 2010, též Langmeier, Krejčířová, 2006).

Problematikou stárnutí a stáří se zabývá **gerontologie**. Gerontologie (z řeckých slov geron – stařec a logos – věda) je interdisciplinární, jednotná a komplexní věda, která vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí (Mülpachr, 2009). Jak uvádí Sýkorová (2007), gerontologie zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí. Dále autorka píše, že vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Dle Mülpachera (2009) není gerontologie samostatnou vědní disciplínou, ale představuje multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří.

Langmeier s Krejčířovou (2006) charakterizují **stárnutí** jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují jeho zvýšenou zranitelností, snížením schopnosti a výkonnosti jedince, a které vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti.

Dle Mülpachra (2009) můžeme doplnit, že se jedná o geneticky podmíněné involuční procesy, které se projevují především chorobami, změnami životního způsobu a změnami životních podmínek a jsou spojeny s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí).

Sýkorová (2007) shrnuje, že stárnutí představuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního.

Stáří je v odborné literatuře různě definované v závislosti na pohledu na stáří z mnoha hledisek a projevů. Kalvach (in Dvořáčková, 2012) definuje stáří jako pozdní fázi ontogeneze, v níž se nápadněji projevují involuční změny, zhoršuje se odolnost organismu a je snížena adaptační schopnost.

Vágnerová (2007) charakterizuje stáří jako postvývojovou fázi života, která na jedné straně přináší nadhled a moudrost, a na druhé straně úbytek fyzických sil i psychických schopností a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech (Vágnerová, 2007).

1.2 Změny ve stáří

Procesy stárnutí se projevují funkčními a morfologickými změnami (Mühlpachr, 2009). Nástup změn je u každého jedince individuální a časově různorodý (Mlýnková, 2011). Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a to, jak budeme reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno našimi genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žijeme (Dvořáčková, 2012). Změny způsobené stářím se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální (Mlýnková, 2011).

Mühlpachr (2009) (též Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, Mlýnková, 2011) uvádí, že tyto změny spolu souvisí, navzájem se ovlivňují a působí na ně faktory, jako jsou choroby, životní styl, životní podmínky jedince, zdravotní stav, socioekonomické zázemí či genetické předpoklady. Podle toho můžeme rozdělit změny, které se dějí v člověku, na biologické, psychologické a sociální.

Biologické změny

Biologické změny jsou involuční změny v organismu, probíhající na biologickém podkladě (Mlýnková, 2011). Jedná se o změny, které jsou typické pro starší věk, jako například změny kůže, zhoršení smyslového vnímání, zejména zraku a sluchu, zpomalení psychomotorického tempa, úbytek svalové a kostní hmoty, poruchy spánku nebo změny v endokrinním a imunitním systému (Sýkorová, 2007, též Vágnerová, 2007). Často je provázeno změnami krevního tlaku, snížením prahu pro vnímání zvuku a celkově nižší pohyblivostí (Hartl, Hartlová, 2004).

Sýkorová (2007, též Kalvach, 2014) dále uvádí, že u současných seniorů se velice často v důsledku biologických změn setkáváme s chorobnými poruchami, jako je ateroskleróza, rozedma plic, osteoporóza, demence. Průběh nemocí má zvláštní charakter, staří lidé často trpí polymorbiditou (sdružování chorob bez kauzální souvislosti), řetězením chorob, kdy jedna vyvolá druhou, zvláštnostmi klinického obrazu (chybění určitých příznaků, např. mikrosymptomatologie, reaguje jiný

orgán(mozek), mono – nebo oligosymptomatologie – chybí obvyklá škála příznaků, nebo se objevují nespecifické příznaky (selhání srdce se projevuje únavou, nechutenstvím) (Vágnerová, 2007).

V důsledku chronických onemocnění dochází často ke snížení soběstačnosti seniora. Ta ovlivňuje jeho účast na společenském životě, senior se tak často dostává i do sociální izolace. Hůře přijímá fakt závislosti, postupně ztrácí svoji identitu a často si ani nedovolí říci o pomoc (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Psychické změny

Pro stáří je charakteristický pokles duševních funkcí podmíněný biologickými změnami. Jedlička (in Dvořáčková, 2012, též Vágnerová, 2007)) rozdělil změny v psychice seniorů na **změny sestupné povahy**, jako je pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy. Keyes, Waterman (2003) doplňují, že často dochází ke snížení schopnosti přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. To všechno vede k pocitu strachu, úzkosti, přináší určitou nejistotu, která mnohdy vede například k tomu, že senior nechce vycházet ven, nemá zájem o setkávání s druhými lidmi, je nedůvěřivý, ostražitý a snižuje se jeho sebevědomí (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Dále se dle Jedličky (in Dvořáčková 2012) projevují **změny vzestupné povahy**, např. zvýšená tolerance k druhým, větší vytrvalost, trpělivost.

Existují však psychické funkce, schopnosti, které s věkem **neklesají**, např. profesní paměť, jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba či všeobecná informovanost (Hartl, Hartlová, 2004, též Jedlička in Dvořáčková 2012)).

U seniorů nejsou podle Malíkové (2011) neobvyklé i celkové změny povahy, např. dříve laskavý člověk se stává neochotným, nevstřícným a naopak. Podle Dvořáčkové (2012) se morfologické a funkční změny mohou projevovat introvertním chováním, nedůvěrou a nejistotou. Většinou se ve stáří zvýrazňují negativní povahové vlastnosti a osobnostní projevy (Levin, Chatters, 1998).

Často se mění pořadí hodnot a potřeb seniorů. Malíková (2011) uvádí, že do popředí vystupuje potřeba lásky, sounáležitosti, duchovna a spirituality, senioři mají často tendenci bilancovat svůj život.

Sociální změny

Sociální stárnutí je charakterizováno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí a postojů. Za počátek se obvykle považuje odchod do penze a vznik nároku na starobní důchod (Čevela et al., 2012).

Odchod do důchodu je dle Vágnerové (2007) spojován se ztrátou sociálního statusu, změnou sociálních rolí, změnou životního stylu a životního režimu. Sak, Kolesárová (2012) doplňují, že sociální role člověka v důchodu se mění z výkonových na společensko – citové. Dvořáčková (2012) dodává, že změna prožívání, vnímání a chování způsobuje při odchodu do důchodu bez náhrady dosavadního způsobu života, konkrétního programu a perspektivy, velké riziko.

Velkou zátěží, se kterou se musejí bohužel senioři vypořádat, je podle Vágnerové (2007) ztráta sociálních kontaktů a smrt partnera. S jeho smrtí se zvyšuje pocit ohrožení, prázdnoty a osamělosti (Vágnerová, 2007). Langmeier, Krejčířová (2006) uvádějí, že významným problémem stáří spojeným se ztrátou sociálních kontaktů bývá osamělost, ohrožení sociální izolací či emoční deprivací.

Dalším zdrojem stresu je zhoršení ekonomické situace (Sak, Kolesárová, 2012). Senioři často nemohou nadále udržovat dosavadní standard, na který byli zvyklí z důvodu nízkého důchodu (Mlýnková, 2011).

Toto všechno však nemusí být pravidlem, mnozí senioři naopak dlouho žijí aktivním životem a jsou schopni si sami zajišťovat domácí práce a věnují se svým koníčkům (Sak, Kolesárová, 2012).

1.3 Potřeby seniorů

Potřeba je dle Nakonečného (in Dvořáčková 2012) základní forma motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu v biologické či sociální dimenzi bytí. Hudáková, Majerníková (2013) upřesňují, že potřeba je vždy projevem nějakého nedostatku, kterého se seniorovi nedostává a v organismu chybí. Potřeby se mohou vztahovat k pohodě, psychické rovnováze, pocitu bezpečí, ke vztahům ke svým blízkým, k společenskému uplatnění (Matoušek, 2007).

Potřeby člověka během života procházejí kvalitativními i kvantitativními změnami (Dvořáčková, 2012) Potřeby seniorů se liší od potřeb například střední generace,

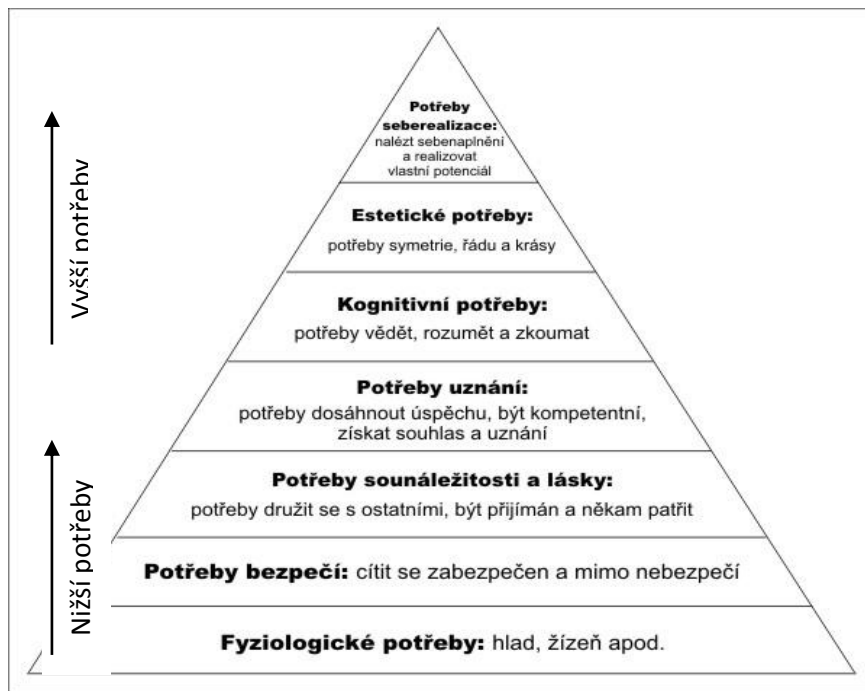
u seniorů se do popředí dostávají potřeby fyziologické a z psychosociálních především zdraví, bezpečí a spokojenost, pocit jistoty, lásky a sounáležitosti (Mlýnková, 2011). Senioři potřebují stejně jako kdokoli jiný své potřeby uspokojovat, ale málo kdo má to štěstí, že po zbytek svého života je naprosto soběstačný, nezávislý na své rodině, či sociálním systému (Hudáková, Majerníková, 2013).

Matoušek (2016) ve Slovníku sociální práce popisuje, že potřeby jsou motiv k jednání a v případě, že nedojde k jejich uspokojení, vede to k strádání a deprivaci. Hauke (2014) doplňuje, že dlouhodobější nenaplnění potřeb může vést k frustraci, zklamání a i ke vzniku problémového chování, tedy takového chování, které je odlišné od běžné společenské normy. Toto chování se dle autora může projevovat zdůrazňováním vlastních zdravotních problémů, zaměřeností na vlastní tělo, ale také agresivitou, lhaním, krádežemi či sexuálními obtěžováními. Výskyt problémového chování přímo závisí na naplnění základních životních potřeb (Hauke, 2014).

Hierarchie potřeb

Základní lidské potřeby jasně pojmenoval a rozčlenil do pyramidy americký psycholog A. H. Maslow ve 40. letech 20. století (Dvořáčková, 2012). Potřeby rozdělil na nižší nedostatkové potřeby (fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí) a vyšší rozvojové potřeby (potřeba lásky, náklonnosti, úcty a seberealizace) (Voleská, 2003). K vyšším potřebám přiřadil růstové potřeby nebo také tzv. pseudohodnoty, jako například poznávání, spravedlnost, estetičnost, harmonii, spontánnost, originalitu (Voleská, 2003).

Maslow (in Dvořáčková, 2012) předpokládá, že všechny tyto potřeby existují u člověka souběžně a jejich uspokojování probíhá vždy vzestupně, to znamená, že k naplnění vyšších potřeb dochází až při určité míře naplnění potřeb nižších. Hierarchie potřeb bývá u každého jedince jiná (Nešporová, Svobodová, Vidovičová 2008).



Zpracováno dle PF, 2011

Obr. 1 Hierarchie lidských potřeb

Fyziologické potřeby

Jak uvádí Mlýnková (2011), ze studií vyplývá, že dříve narození preferují z fyziologických potřeb především dobře upravené jídlo, které musí být více ochuceno, neboť ve stáří ubývají chuťové pohárky a mění se chutě. Další důležitou fyziologickou potřebou je zajištění tepla, pohodlí v domově a stavu bez bolesti.

Problémy mívají dle Mlýnkové (2011) senioři s vyprazdňováním, běžně se u nich vyskytuje zácpa a inkontinence moči. Objevuje se vyšší potřeba odpočinku a spánku, kdy spánek je u seniorů polyfázický, tzn., že probíhá v několika etapách, nikoli jen v noci (Mlýnková, 2011). A proto se setkáme s tím, že senioři podřimují, nebo spí i během dne.

Některé fyziologické potřeby jsou pro seniory méně podstatné, například sexuální potřeby, hygienická péče, úprava svého zevnějšku a další. Samozřejmě to neznamená, že každý senior má všechny tyto nastíněné obtíže a potřeby, často se odvíjí od aktivit jedince (Mlýnková, 2011). Mezi fyziologické potřeby můžeme dle autorky zařadit i potřebu jistoty a bezpečí, seniorovu touhu po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. Potřeba bezpečí je zajištěna fyzicky, psychicky a ekonomicky.

Vyšší potřeby

Nejčastěji se setkáváme s tím, že senioři prožívají strach z onemocnění, ze závislosti na pomoci někoho druhého, či ztráty partnera, mnozí senioři se těžce smiřují s tím, že budou závislí na přítomnosti a dobré vůli pečovatelů (Mlýnková, 2011).

Nesmírně důležité pro udržení mentální svěžesti v pokročilém věku jsou intelektuální potřeby a je možné je podporovat i prostřednictvím univerzit třetího věku, akademií třetího věku apod. (Jarošová, 2006).

Senioři v závěrečné fázi svého života hodnotí svůj život a zároveň si i kladou otázky o smyslu svého života (Mlýnková, 2011). Své myšlenky mají dle autorky potřebu někomu svěřit, vyzpovídat se a získat pocit vnitřní svobody a usmíření sama se sebou. Uspokojení těchto potřeb nachází často ve víře v boha, což si musí uvědomit pečující osoby a na žádost seniora zprostředkovat příslušného duchovního (Mlýnková, 2011). Jarošová (2006) do duchovních potřeb zahrnuje i potřebu sounáležitosti, důvěry a jisté závislosti na někom, komu se může svěřit se svým trápením, nedosaženými cíli, chybami, které v životě udělali a smířili se s nimi.

Autonomie

Autonomie je považována za významnou životní hodnotu, která v sobě zahrnuje sebeurčení, nezávislost, svobodu a kontrolu rozhodování (Motlová, 2007, též Dvořáčková, 2012). Pichaud a Thareauová (in Dvořáčková, 2012) definují autonomii jako schopnost vést život podle svých vlastních pravidel. Osobní autonomie poskytuje člověku pocit fyzické a psychické pohody, mění se časem, v závislosti na životních podmínkách, sociálním kontextu, na povaze a rozsahu úkolů, s nimiž se jedinec v životě setkává (Motlová, 2007)). Autorka doplňuje, že riziku oslabení nebo dokonce ztráty autonomie čelí velice často právě lidé staří nebo lidé se zdravotním postižením.

Opakem autonomie je heteronomie (Holmerová et al., 2003). Heteronomie dle autorů znamená, že člověk sám o sobě nemůže rozhodovat a jeho chování, jednání a rozhodování je pod kontrolou a vedení druhých lidí. Závislost a nezávislost ve stáří souvisí se **soběstačností**, kterou můžeme definovat jako schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svojí domácnost a která bývá u osob vyššího věku porušena (Dvořáčková, 2012). Člověk může být závislý na pomoci druhých, avšak jeho autonomie může být přesto zachována (Dvořáčková, 2012).

1.4 Příprava a adaptace na stáří

Reakce a adaptace na stárnutí a stáří se u každého jedince liší. Odchod do penze, změna sociálního postavení, či ztráta partnera, jsou velice obtížné stavy, které někteří překonávají lépe a jiní naopak hůře. Velkou roli zde hraje osobnost člověka v průběhu celého jeho života.

Každý člověk si dříve či později uvědomí, že jednou bude starý, ale málokdo se na toto období připravuje předem. Teorii výchovy a vzdělávání ke stáří se zabývá zvláštní obor gerontologie – gerontogogika (Dvořáčková, 2012).

Zdravé stárnutí je podmíněno celým dosavadním životem od zdravého startu do života, přes okolnosti dalšího růstu a vývoje, kdy by lidé měli mít možnost ovlivnit kvalitu svého života, zvolit si zdravý životní styl a v průběhu svého života se připravovat na změny, které přinese stáří (Šteflová, 2014).

Přípravu na stáří lze rozlišovat jako dlouhodobou – celoživotní, střednědobou (od 45 let věku) a krátkodobou (2-3 rok před odchodem do penze) (Dvořáčková, 2012). Kvalitu života a průběh stáří dle autorky ovlivňují úspěch v práci a osobním životě, životní styl a zdravotní problémy, které potkávají člověka v produktivním věku a příprava na stáří. Příprava na stáří znamená brát stáří jako součást života, akceptovat společenské podmínky, projevovat vlastní iniciativu v aktivitách volného času i v ekonomické oblasti (Dvořáčková, 2012, též Šimák, 2001).

Pro klidné prožití a smíření se se stářím je dle Eriksona (2015) potřeba dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Pokud senior integrity dosáhne, vede to k tomu, že přijme svůj život a akceptuje jeho smysl, přijme i své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle (Erikson, 2015). Pokud člověk nedosáhne a nezvládne se se svým stářím smířit, vede to postupně k rozvíjejícím se psychickým změnám a změnám rysů osobnosti, které pomáhají přežít zoufalou neúnosnou realitu stáří, ale neumožňují důstojné prožití stáří (Erikson, 2015).

Stárnutí a stáří můžeme zaznamenat ve třech podobách.

Úspěšné stárnutí a zdravé aktivní stáří, kdy zdravotní a funkční stav, ekonomická situace i psychická adaptace na stáří odpovídají nárokům prostředí a sociální situaci, což umožňuje spokojenost, seberealizaci a participaci až hluboko do dlouhověkosti (Čevela, Kalvach, Čeledřová, 2012).

Dále autoři rozlišují **obvyklé stárnutí a stáří**, kde neexistuje rovnováha mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí a sociálně ekonomickými možnostmi a důsledkem je nedostatečná spokojenost, seberealizace nebo participace

Poslední podobou je podle autorů **patologické stárnutí**, kde zdravotní a funkční stav, spokojenost, možnost seberealizace, participace a schopnost adaptace jsou výrazně horší, než odpovídá obvyklé situaci vrstevníků. Na patologickém stáří se výrazně podílejí nejen involuce, ale zásadně také zdravotní stav, např. Alzheimerova choroba, nároky prostředí, životní události, finanční zdroje a osobní charakteristiky včetně problémů s komunikací a navazováním sociálních kontaktů (Čevela, Kalvach, Čeledřová, 2012).

Strategie vyrovnávání se se stárnutím a stářím můžeme dle Klevetové, Dlabalové (2008, též Dvořáčková, 2012) identifikovat a charakterizovat následovně:

1. Konstruktivní strategie. Konstruktivní člověk je smířený a vyrovnaný s omezením, které mu stárnutí a stáří přináší, je stále soběstačný a aktivní, snášenlivý a tolerantní vůči druhým (Klevetová, Dlabalová, 2008, též Dvořáčková, 2012). Dvořáčková (2012) doplňuje, že snadno navazuje kontakty, akceptuje svá omezení a je schopen se přizpůsobit změnám.

2. Strategie závislosti. Závislý člověk bývá pasivní se sklonem spoléhat více na pomoc druhých než na vlastní síly (Dvořáčková, 2012). Tento typ člověka je často vyrovnaný s penzionováním, může být pod vlivem svého partnera, dětí, či jiných osob ale nerad se rozhoduje sám za sebe (Klevetová, Dlabalová, 2008). Má rád své soukromí, odpočinek, pohodlí a bezpečí, nechá se snadno ovlivnit druhými, protože neví, co je pro něj nejlepší (Dvořáčková, 2012).

3. Strategie obranná. Tito lidé jsou zcela soběstační a jsou na to velmi hrdí, odmítají přijmout změny stáří a neradi přijímají myšlenku na odchod do důchodu (Klevetová, Dlabalová, 2008). Bývají konfliktní, lpí na svých zvyklostech, z kterých nechtějí nic měnit a chtějí mít moc a kontrolu nad tím, co se děje (Dvořáčková, 2012).

4. Strategie hostility. Většinou nepřátelští lidé, jsou agresivní a podezřívaví vůči lidem a vůči všemu ve svém okolí (Dvořáčková, 2012). Na vše reagují mrzutostí a vůči mladým lidem jsou závistiví a nepřátelští (Klevetová, Dlabalová, 2008).

5. Strategie sebenenávisti. Tito lidé se od předcházející strategie liší tím, že nepřátelství a zlobu obracejí vůči sobě samým, jsou k vlastní osobě kritičtí a častým tématem je smrt jako vysvobození (Dvořáčková, 2012). Na svůj předcházející život podle autorky hledí kriticky a pohrdavě, mají pocit vlastní neužitečnosti, cítí se osamělí a zbyteční, netouží nic dělat, o nic se snažit. U těchto jedinců je těžké najít pozitivní přístupy, a proto nezbývá než jejich postoje akceptovat (Dvořáčková, 2012).

2. Kvalita života

Koncept kvality života není stále jednoznačně teoreticky vymezen. Různí autoři se jej snaží definovat, ale nejsou jednotní a v literatuře najdeme různé pohledy na tuto problematiku.

Slovo “kvalita” je dle Křivohlavého (2004) odvozeno od latinského qualis a to zase od kořene qui – kdo? ve významu “kdo to je”, případně “jaké to je”? V češtině kořen slova Kdo – “k” nás vede ke slovům typu “kěz” či “kýžený”, tj. žádoucí stav, což se ozyvá i v českém termínu pro kvalitu “jakost” (Křivohlavý, 2004).

Otázkou kvality života se dle Gurkové (2011) zabývali lidé od pradávna – i když to, co my dnes nazýváme kvalitou života, nazývali poněkud odlišně. Rozlišovali dva druhy studijního zájmu o otázky kvality života a to duchovní (náboženský) život, kde šlo o otázky “dobrého života” či “moudrého života” v protikladu k životu řízeného chytrostí a vychytralostí (Křivohlavý, 2004). Druhý studijní zájem o otázky kvality života šel dle autora cestou filozofickou, speciálně pak etickou a antropologickou a zabýval se otázkami “dobrého” v protikladu k “špatnému” životu.

V současné době existuje celá řada definic kvality života, ale zdá se, že žádná z nich není všeobecně akceptována. V odborné literatuře dle Křížové (in Dvořáčková, 2012) panuje shoda, že kvalita života by měla být zkoumána v rámci holistického přístupu k osobnosti člověka, to znamená, že je třídimenzionální. Obsahuje oblast fyzického prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem (Dvořáčková, 2012).

Kvalita života dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013, též Quality of life indicators, 2015) je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek lidského života a společenského rozvoje.

Dimenze kvality života

Kvalitu života je možné chápat jako objektivně – subjektivní konstrukt, kde na jedné straně představuje objektivně uznané podmínky spokojeného života a na straně druhé je to kategorie výsostně subjektivní, kdy jedinec sám hodnotí prožívání „dobrého“ života (Gurková, 2011). Některé literatury však dle autorky uvádí koncept tří pohledů:

- **objektivní měření sociálních ukazatelů a okolí.** Zde se sleduje podle Vohralíkové a Rabušice (2004, též Quality of life indicator, 2015) materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Zjednodušeně můžeme říct, že jde o souhrn ekonomických, materiálních, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek.
- **subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem.** Tento pohled zahrnuje, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému (Vohralíková, Rabušic 2004). Výsledná spokojenost je dle autorů závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.
- **subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi** (Dvořáčková 2012).

Činitelé kvality života

Na kvalitu života působí několik činitelů, které umožňují žít tzv. kvalitně. Tyto činitele, můžeme rozdělit na dvě skupiny:

- **vnitřní** – k vnitřním činitelům nepochybně patří somatické a psychické vybavení. K tomuto hledisku nás zajímají všechny aspekty, co ovlivňují rozvoj osobnosti,
- **vnější** – do vnějších činitelů můžeme zařadit pracovní a ekonomické hledisko, ekologické, materiální, společenské a výchovně vzdělávací (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Rozsah kvality života

Kvalita života se nemusí zaměřovat pouze na jednotlivce, ale můžeme na ní podle Gurkové (2011, též WHO, 1997) pohlížet z několika možných rovin:

- **makro-rovina** – pojímá kvalitu života z pohledu velkých společenských celků a zasahuje zejména do politické oblasti. Kvalita života je vnímána jako morální hodnota.
- **mezo-rovina** – zabývá se měřením kvality života v malých sociálních skupinách, jako jsou školy, nemocnice, podniky, domácnost. Zkoumá a zaměřuje se na vztahy mezi lidmi, spokojenost, nespokojenost lidí ve skupině, uspokojování potřeb členů, sdílené hodnoty či celkové společenské klima.

- **personální rovina** – objektem zájmu se stává jednatel. Hodnotí se především zdravotní stav, spokojenost, očekávání, přesvědčení, naděje apod.

S pojmem kvalita života je často spojována **osobní pohoda** (well-being), lze říci, že well-being je hodnocením kvality života jako celku (Šolcová, Kebza, 2004, též Diener, 2000). Autoři dále uvádějí, že osobní pohoda je chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (positivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase. Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“ a která zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty (Katz, 2002, též Diener, 2000). Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí apod. (Katz, 2002) Celková kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů.

2.1 Měření kvality života

Křivohlavý (2004, též Cumming, 2000) uvádí tři základní skupiny metod měření kvality:

1. Metody měření kvality, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba – **objektivní**
2. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba – **subjektivní**
3. Metody **smíšené**, jsou kombinací metod typu 1 a 2.

Metody objektivní

APACHE II (Acute Pchysiological and Chronic Health Evalvation System)

Metoda je založena na posouzení vážnosti onemocnění, a jak se kvantitativně odchyluje stav pacienta od normy (Křivohlavý, 2004, též Quality of life indicators, 2015). Hodnotí se akutní chronicky změněný zdravotní a celkový stav pacienta. Výsledek je vyjádřen číselně, čím vyšší je číselný údaj, tím je vyšší pravděpodobnost úmrtí (Křivohlavý, 2004).

Index kvality života – ILF

Slovně formulovaná metoda s kritérii – sociální opora pacienta, emocionální stav, sebeobsluha aj. Na stanovení kritérií kvality se nepodílí jenom hodnotitel, ale i lékař, zdravotní sestra, psycholog (Cumming, 2000). Hodnocení stavu lze odstupňovat v jednotlivých dimenzích (např. pětistupňové škále) a v předem stanovených časových úsecích ji hodnotit (Křivohlavý, 2004)

Metody subjektivní

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL

Tato metoda „Systém individuálního hodnocení kvality života“ vychází z toho, že osobní představy, které máme o lidech, věcech a ideálech, jsou důsledkem našich myšlenek a činů, které jsou uspořádány hierarchicky (Křivohlavý, 2004). Chceme-li někomu porozumět, je dle autora potřeba poznat jeho žebříček mentálních konstruktů (cíle, hodnoty, představy) a jak si tento žebříček daný jedinec vytváří. Výstižná je metoda „Repertory Grid“, kterou vytvořil Kelly a jedná se o metodu životních cílů a pojetí, uzpůsobenou pro měření kvality života a zjišťující osobní cíle (Křivohlavý, 2004). Metoda SEIQoL je strukturovaný rozhovor, kterým zjišťujeme respondentovi aspekty života, které jsou pro něj závažné (Cumming, 2000). Respondent uvádí pět životních cílů, které v dané situaci považuje za nejdůležitější a uvádí v hodnocení míru uspokojení s dosahováním daného životního cíle v procentech od 0 do 100 (Křivohlavý, 2004).

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting (SEIQoLDW)

V tomto nástroji, který vychází z nástroje SEIQoL označí osoba nejdůležitější oblasti života a ohodnotí spokojenost s každou z nich a též jejich důležitost (Cumming, 2000). Metodou u SEIQoL – DW je polostrukturovaný rozhovor, který probíhá ve třech krocích: Identifikování životních cílů, zjištění současného stavu každého životního cíle, kvantifikování relativní důležitosti životních cílů (Křivohlavý, 2004).

Metody smíšené

Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA

Metoda byla vytvořena na univerzitě v Manchesteru a je nazývána „Krátký způsob hodnocení kvality života“, kdy se hodnotí spokojenost s určitými danými dimenzemi, nejenom celková životní spokojenost (Křivohlavý, 2004). Obsahuje dimenze sebepojetí, sociální vztahy, vlastní zdravotní stav, právní stav, životní prostředí, finanční situace, volný čas, náboženství, zaměstnání a snaží se vystihnout, jak se jedinci v dané chvíli jeví celkový obraz jeho kvality života (Křivohlavý, 2004).

2.2 Kvalita života seniorů

Výsledkem zvyšování kvality lidského života a životní úrovně a zlepšování zdravotního stavu populace je prodlužující se délka lidského života (MPSV, 2012). Dožívání se vyššího věku je komplexní proces, který se promítá jak do života jednotlivých seniorů, tak do celé společnosti a zahrnuje mnoho vztahů i oblastí. Seniorský věk se vlivem prodlužování délky života stává významnější fází lidského žití - celoživotní moudrost a zkušenosti, know-how i vysoká odbornost tak zvyšují potenciál naší společnosti stát se konkurenceschopnější a uspět tak v globalizovaném světě (MPSV, 2012).

Kvalita života ve stáří, se kterou souvisí subjektivní pocit pohody, bývá u každého jedince odlišná (Vágnerová, 2007). K základním potřebám starších lidí patří soběstačnost, nezávislý život, možnost podílet se na rozhodování a životě společnosti i místní komunity (Štefllová in Kalvach, 2014). Autorka považuje prevenci osamělosti a izolace jako účinnou metodu podpory zdraví, která přitom zlepšuje životní pohodu starších lidí. Přínosem pro zdraví a kvalitu života jsou dle autorky iniciativy věnované aktivnímu a zdravému stárnutí.

Dle Vágnerové (2007) je úkolem stáří udržení přijatelného životního stylu, který zahrnuje tyto podmínky:

- „udržení nezbytné **autonomie** a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti,
- udržení či znovuvytvoření potřebných **sociálních kontaktů a vztahů** proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti,

- udržení přijatelného **osobního významu a sebeúcty** proti pocitu vlastní nedostačivosti a nepotřebnosti“ (Vágnerová, 2007).

Kvalita života ve stáří je hodně ovlivněná subjektivním prožíváním stáří a vnímáním základních životních podmínek a také tím, jak se senior na toto období připravoval (Čevela, Kalvach, Čeledřová, 2012).

Podle Vohralíkové a Rabušice (2004) kvalitu seniorů tvoří řada aspektů. Mezi nejvýznamnější zařazují autoři materiální zabezpečení, zdraví, rodinu, sociální kontakty, pohybovou aktivitu.

Zdravotní problémy pokročilého stáří

Jednou z nejdůležitějších hodnot v životě člověka je bezpochyby **zdraví** (Křivohlavý, 2004). Oproti nemoci, která má dle autora často omezující charakter „je zdraví celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života.“

Specifickou klinickou problematiku seniorů lze schematicky rozčlenit do tří vzájemně se prolínajících okruhů na „choroby ve stáří“, „choroby stáří“ a „geriatrickou křehkost“ (Kalvach, Holmerová, 2008).

Problematika **chorob ve stáří** se, dle Kalvacha a Holmerové (2008), týká jejich možné atypičnosti oproti klinickému obrazu v mladém a středním věku a případných změn diagnostické a léčebné strategie, prognózy i dalších souvislostí (např. bezbolestný či neohrožený průběh některých onemocnění u některých starých lidí, chybění a nevýraznost zvláště diagnosticky cenných symptomů, multimorbidita apod.).

Problematika **chorob stáří** se týká změn incidence a prevalence některých chorob či dokonce jejich exkluzivnosti ve stáří, například aterosklerózy, osteoporózy, fraktury krčku stehenní kosti, osteoartrózy, makulární degenerace sítnice, katarakty či Alzheimerovy choroby, kdy kromě rutinní diagnostiky a léčby těchto onemocnění, „pomýšlení na ně“ v první fázi diferenciálního diagnostikování seniorských obtíží jde také o účinnou prevenci ve snaze o kompresi nemocnosti v pokročilém stáří. (Kalvach, Holmerová, 2008).

K nejzávažnějším zdravotním problémům pokročilého stáří a k nejčastějším příčinám disability, funkčních deficitů, nesoběstačnosti ve stáří patří tzv. **geriatrická křehkost** a s ní související multikauzálně podmíněné geriatrické syndromy a funkční deficity

(Kalvach, 2014). Geriatrickou křehkost můžeme dle autora chápat jako věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví ve smyslu zdatnosti, odolnosti a adaptability, s kumulací závažných deficitů a změn především mentálních (apatie), pohybových a nutričních (hubnutí). Geriatrická křehkost nabízí odpověď na otázku, jak pojmenovat a kam zařadit přibývání závažných obtíží a funkčních deficitů starého člověka, který nepřiměřeně (intenzivně, progresivně) „chátrá“, aniž by byla zřejmá příčinná choroba (Kalvach, Holmerová, 2008). Mnohý starý člověk s narůstajícími funkčními obtížemi se tak po zběžném vyšetření a odmítnutí několika medicínskými obory, jejichž kompetence jsou obvykle vymezeny chorobami nikoliv obtížemi, dočká problematického a vylučujícího označení „causus socialit“.

Geriatrické syndromy se vyskytují především u seniorů ve vyšším věku, mohou být přítomny v oblasti psychické somatické i sociální, většinou vyžadují dlouhodobou ústavní léčbu a jejich léčení znamená vysoké náklady (Topinková, 2000).

Přehled geriatrických syndromů uvádím v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Přehled geriatrických syndromů

Somatické	<ul style="list-style-type: none"> - Poruchy chůze a pohyblivosti - Závratě, nestabilita, pády a úrazy - Inkontinence moče a stolice - Poruchy regulace teploty - Poruchy příjmu potravy/tekutin - Dekubity
Psychické	<ul style="list-style-type: none"> - Demence - Deprese - Delirium - Poruchy chování - Maladaptace - Ztráta soběstačnosti
Sociální	<ul style="list-style-type: none"> - Závislost na pomoci druhých - Sociální izolace - Týrání a zneužívání - Dysfunkce rodiny

Zpracováno dle Topinkové (2000)

Pády a strach z pádů, kdy příčiny jsou různorodé a v mnohých případech neodstranitelné, jsou typickým a závažným problémem křehkých seniorů, kdy hrozí závažná poranění a následné umístění v ústavní péči (Kalvach, 2014).

Dalším závažným zdravotně sociálním problémem je dle Kalvacha (2014) **zanedbávání sebe sama a syndrom hromadění**. Zanedbávání sebe sama (self-neglect) je dle autora stav, kdy zvláště osaměle žijící lidé zneklidňují své okolí nízkou úrovní či úpadkem úrovně svého vzhledu, chování, stravování, příbytku či dodržování hygieny. Zvláštním případem self-neglect je syndrom hromadění, kdy osaměle žijící senior, který bývá nedůvěřivý a aktivně zachovává sociální izolaci, hromadí ve svém bytě nepotřebnou věš včetně hald starých novin či zatoulaných psů a koček (Kalvach, 2014).

Křivohlavý (2004) dává do souvislosti se zdravím zdravý životní styl, který by měl být součástí důstojného stárnutí, na jehož naplňování by se měla podílet jak společnost, tak jednotlivci sami. Pro kvalitu života ve stáří je důležité i to, jak se člověk vyrovnává se zhoršujícím zdravotním stavem, ztrátou přátel, horší finanční situací, čili schopnost adaptovat se na výrazné životní změny (Venglářová, 2007). Především zdravá životospráva, kvalitní péče a dostatečné uspokojování základních lidských potřeb by měly vést dle Křivohlavého (2004) ke zlepšení zdravotního stavu a k podpoře kvalitního života seniorů.

3. Péče o seniory

Senioři se snaží ve svém životě udržet svojí nezávislost a aktivnost co nejdéle. Bohužel ne vždy stačí jen vůle a s přibývajícím věkem a úbytkem sil je nutné zajistit pomoc od druhých lidí (Malíková, 2011). Být aktivní lze pouze v případě uspokojení důležitých životních potřeb a zajištění kvalitního prostředí (MPSV, 2012). S rostoucím počtem seniorů vznikají různé kategorie seniorů a proto zajištění důstojné a odpovídající péče patří k povinnostem každé společnosti (MPSV, 2012). Na demografický vývoj reaguje přijatá strategie Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví 2020“, zaměřená na zdravé stárnutí. Tato strategie nastavuje vhodná opatření i v rámci České republiky pro lepší koordinaci investic do zdraví a efektivitu zdravotních a sociálních služeb (Šteflová in Kalvach, 2014).

Úroveň vyspělosti dané země by se měla odrazit i v určitém stupni kvality života ve stáří. Lidská práva seniorů a hodnoty ve společnosti byla proto výchozím rámcem celé Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, která měla vést ke zvýšení kvality života všech generací, a která mezi své priority zahrnovala celoživotní učení, zaměstnávání starších osob a seniorů, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí a péče o seniory (MPSV, 2012). Česká republika se jako člen Evropské unie účastní procesu otevřené metody koordinace pokrývající také oblast kvality společné dlouhodobé péče (Mátl, Jabůrková, 2007). Dle autorů je třeba zdůraznit, že v současné době je politika v oblasti sociální péče oddělená od politiky zdravotní péče.

V článku „Péče o staré rodiče Christine Millward (1999) definuje péči o staré lidi autor K. Waernesse takto: „Péče o staré lidi je opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro duševní pohodu starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo handicapu nemohou tyto činnosti sami vykonávat“.

Kalvach (2014) upřesňuje, že v ČR se používá pojem péče - zdravotní, sociální, ucelená, dlouhodobá, komunitní, což posiluje vnímání klientů jako lidí nemohoucích, na péči odkázaných a může vyvolávat dojmy uchvacování, omezování, podrobování klienta, narušování jeho autonomní i sociální role. Často tak péče dle autora vzbuzuje dojem, že čím je jí více, tím je lepší a pak snadno navozuje péče závislost, prohlubuje nesoběstačnost, činí z klientů pasivní příjemce a vyžadovatele úkonů. Proto je lépe

hovořit o podpoře znevýhodněných lidí, o podpoře k soběstačnosti, ke smyslu života, k sebeúctě, s respektem k vůli klienta, k jeho přáním a rozhodnutím, s podporou jeho participace na plánování a provádění služby (Kalvach, 2014).

Ztráta soběstačnosti a závislost jako důsledek zhoršení funkčního stavu, úbytku tělesných a psychických schopností souvisí také se změnou životního stylu seniora a to proto, že najednou potřebuje pomoc a stává se závislým v situacích, které před tím běžně zvládal (Vágnerová, 2007). V takovém případě má senior dle autorky několik možností řešení své situace - může využít široké spektrum sociálních služeb, pomoc rodiny či kombinaci obojího. Systém péče o seniory, kteří již potřebují nějaký druh pomoci je poskytován především prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb (MPSV, 2012).

3.1 Péče o seniory v domácím prostředí – domácí péče

Domácí péče nebo též „rodinná péče“ je péče, která je poskytována v domácím prostředí a je zajištěna rodinnými příslušníky seniora s možným využitím terénních služeb. Vyzdvihované přednosti této péče jsou zejména zajištění pocitu bezpečí seniora v jemu blízkém a známém prostředí, správné reflektování identity jedince a podpora jeho sebevědomí, podpora jeho nezávislosti pomocí nabídky smysluplných činností a nespornou výhodou domácí péče o starého člověka je též přítomnost emocionální složky (Jeřábek, 2013). V rámci rodiny se odehrává největší objem podpory a péče, proto jsou na podporu rodinné péče, zacvičení laiků v dílčích úkonech a odbornou supervizi, zaměřeny projekty WHO (Kalvach, 2014).

V naší společnosti dle Svobodové (2006) stále převládá tradiční pojetí rodiny, které vychází z toho, že o seniora se primárně stará vlastní rodina a formální instituce přichází na řadu až v případě, že rodina nějakým způsobem selhává a péči z různých důvodů nezvládá nebo nechce zvládat. Přejít do domova pro seniory je tak vnímán jako důsledek selhání vlastní rodiny (Svobodová, 2006).

Haškovcová (2010) uvádí tři základní podmínky, které musí vlastní rodina splňovat, pokud se chce o seniora starat, a to „**musí *chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout.***“

Naplnění podmínky „**umět**“ je dnes dle Haškovcové (2010) relativně snadné díky množství dostupných informací a praktických rad, avšak komplikace přichází s podmínkou „**chtít**“. Na ochotě dětí starat se o svoje rodiče má podíl dnešní veliký důraz na nezávislost, kterou by jak senioři, tak jejich děti ztratili a také ztráta úcty a lásky vlivem rozvodovosti a střídání partnerů rodičů (Haškovcová, 2010). Jejich děti pak dle autorky nemají pocit, že by měly svým rodičům něco vracet, když je oni v dětství opustili a založili si jinou rodinu.

Co se týče podmínky „**moci**“, největším problémem je nedostatečné zázemí pro sestěhování, malý nebo nevyhovující byt a řešení zaměstnání pečující osoby (Haškovcová, 2010). Volba, zda se vzdát zaměstnání je dle autorky náročnou pro každého, zejména pak pro starší pečující ženy, pro které představuje nejistou budoucnost, neboť nelze předpovědět, zda bude péče o seniora trvat tak dlouho, až budou samy v důchodu nebo péče bude kratší a ony pak budou muset hledat nové zaměstnání. V neposlední řadě je také značnou komplikací vyživovací povinnost střední generace ke svým dospělým dětem (Haškovcová, 2010).

Péči Jeřábek (2013) rozděluje do tří stupňů, podle intenzity a naléhavosti potřeb: **Podpůrná péče** - jedná se o péči nejméně časově, fyzicky a psychicky náročnou, jako je doprava k lékaři či jednání s úřady.

Neosobní péče - je spojena s péčí o domácnost seniora (vaření, úklid, praní, atd.). Je již časově náročnější, ale stále ještě je možné zajistit ji i při běžné péči o vlastní rodinu.

Osobní péče - je pak nejnáročnějším stupněm, vyžadujícím nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Pro tu je tato celodenní a každodenní péče značně fyzicky, psychicky i časově náročná a vytváří v ní pocit trvalé odpovědnosti. Možnou alternativou této péče je pouze péče institucionální (Jeřábek, 2013).

3.1.1 Aktéři domácí péče

Základními aktéry domácí péče je rodina. Nejčastěji se péči o starého člověka věnuje jeho manželka, obdobně se objevuje i opačný stav, kdy manžel pečuje o svoji nemohoucí manželku, ve spolupráci s jejich dcerou či snachou (Jeřábek, 2013).

Pokud je vyloučena péče manžela/manželky, způsob rozdělení péče mezi ostatní rodinné příslušníky se liší podle toho, zda se jedná o péči osobní, neosobní nebo podpůrnou (Bertiny, 2013). Osobní péči dle autorky nejčastěji poskytuje dcera seniora,

kteřá zároveň bydlí v dostatečné blízkosti a většinou je středního věku. Ta se snaží rozdělit svůj čas kromě zaměstnání také mezi děti, manžela a závislého seniora (Haškovcová, 2010).

V případě péče podpůrné či neosobní se rozložení péče o závislého seniora nejčastěji odvíjí od místa bydliště členů rodiny (Jeřábek, 2013) Dítěti, které bydlí nejbliže, je většinou automaticky přisouzen největší podíl péče o rodiče, zvláště jedná-li se o potřebu náhlé pomoci, jakou je například péče v nemoci, nebo drobnější úkony (Bertini, 2013).

Co se týče ostatní péče o seniora, jako je doprava, kontakt s úřady či trávení volného času, jsou jednotlivé úkoly genderově odlišeny a rozdělovány mezi členy rodiny v závislosti na jejich časových možnostech, kompetencích a zdrojích (Sýkorová, 2007). Fyzicky náročnější a praktické úkoly, jako práce kolem domu, připadají mužům a osobní péče a emocionální podpora ženám v závislosti na typu vztahu - pokud jde o dceru, výraznější složkou je emocionální podpora rodiče, pokud pomoc poskytuje snacha, klade důraz spíše na praktickou složku péče (Sýkorová, 2007).

3.1.2 Rizika domácí péče

V celém průběhu péče se objevují různorodé situace, ve kterých dochází při péči k nějakým problémům nebo komplikacím. Začínají už u volby, zda bude rodina o svého nesoběstačného seniora pečovat, jestli má pro to prostorové, časové i finanční prostředky a končí hodnocením, zda péči zvládají či nezvládají, a jestli by nebylo vhodnější využít jiný způsob péče.

Jak již bylo řečeno výše, nejčastější pečující osobou je pracující žena středního věku, která si v závislosti na situaci často musí zvolit, zda práce zanechá nebo nikoliv (Jeřábek, 2013). Ztrátou zaměstnání by však dle autora výrazně snížila příjem domácnosti, proto, pokud to situace nutně nevyžaduje, se snaží svůj čas rozdělit kromě zaměstnání také mezi děti, manžela a závislého seniora. Tento způsob života je ale velice vyčerpávající, ohrožuje citové vazby v rodině a může způsobovat i značné zdravotní problémy, jelikož péče mimo jiné vyžaduje i velkou fyzickou námahu, díky častému zvedání, obracení seniora a podobně (Jeřábek, 2013). Častým důvodem vyčerpání bývá chronický spánkový deficit nebo nemožnost zastoupení pečujícího v případě, že onemocní. V důsledku stárnutí populace je také stále častějším jevem, že

sami pečující jsou již v seniorském věku a tak již i oni bojují s nedostatkem sil a postupnou ztrátou soběstačnosti (Jeřábek, 2013).

Pokud dojde k nastěhování seniora ke svým dětem, objevuje se hned několik oblastí, které je třeba řešit (Haškovcová, 2010). Nejprve jsou to záležitosti technického rázu, jako je vhodný prostor a jeho přizpůsobení potřebám seniora, bezbariérovost nebo pak doplácení léků a pomůcek. To vše může rodina vnímat jako problém, protože musí změnit svoje zvyklosti, jako zaběhnutý denní režim, a také z toho důvodu, že se může jednat o větší finanční náročnost pro rodinu (Haškovcová, 2010).

Jak uvádí Sýkorová (2007), střední generace vnímá ztrátu fyzické soběstačnosti u svých rodičů jako hlavní znak vzniku závislosti na pomoci druhé osoby. V souvislosti s tímto zjištěním dle autorky získávají pocit, že jejich rodiče ztrácejí kromě schopnosti fyzické soběstačnosti také soběstačnost v rozhodování, i když sice většinou uznávají právo svých rodičů na vlastní názor a možnost rozhodovat o sobě samých, mají tendenci přebírat za ně tuto odpovědnost a brát jim možnost vlastního rozhodnutí.

V neposlední řadě je dle Jeřábka (2013), významným problematickým bodem i moment rozhodování rodiny o tom, zda umístit svého blízkého do některého ze zařízení institucionální péče, jako je domov pro seniory, léčebna dlouhodobě nemocných či hospic v situaci, kdy již rodina sama z různých důvodů nezvládá péči. V takovém případě se rodina často potýká s pocity viny a výčitkami, může dojít až k pocitům osobního selhání, obviňování z nezvládnuté péče a zklamání sebe sama (Jeřábek, 2013).

3.1.3 Sociální služby využívané v domácí péči

Většina občanů se chce o své rodiče ve stáří a případné nesoběstačnosti postarat, v případě nemožnosti zajistit péči sami, očekávají pomoc od státu (Vohralíková, Rabušic, 2004).

Péče, kterou společnost seniorům nabízí, musí být poskytována bez omezení a ohledu na jejich sociální postavení, finanční zabezpečení, úroveň vzdělání nebo zdravotní stav, dosažitelná v případě potřeby pro všechny občany, musí odpovídat rozdílným potřebám a životním situacím starších osob. (Janečková, 2005). Zvláštní pozornost je třeba věnovat seniorům, kteří jsou znevýhodněni v důsledku chronické nemoci vedoucí k omezení soběstačnosti (Mátl, Jabůrková, 2007).

Po roce 1989 se situace v České republice v oblasti poskytování sociálních služeb výrazně změnila a zásadní změny doznala po vstupu zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Nový sociální zákon se dotknul všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci, protože nastolil nová pravidla a vytýčil směr vedoucí od institucionalizace k deinstitucionalizaci, a to u mnoha skupin osob s různým postižením (Malíková, 2011). Jeho cílem je zajištění pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím nově definovaného spektra sociálních služeb, přičemž pomocí se rozumí takové činnosti, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti (ČSÚ, 2017).

Setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí a zajištění péče rodinou nebo terénními sociálními službami, které fungují v přirozeném prostředí klienta, je doporučováno jako nejvhodnější (Jeřábek, 2013). V tomto pojetí dochází k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka. K dosažení tohoto cíle je na základě sociálního zákona dle Janečkové (2005) rozvinutá široká škála terénních a ambulantních služeb, které umožňují mnoha osobám v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí. Cílem těchto služeb je:

- komplexnost
- orientace na člověka (odráží jeho přání a potřeby v individuálním plánu péče),
- pružnost (v případě měnících se potřeb),
- dostupnost v čase (jsou poskytovány včas, jsou preventivně orientované),
- kontinuita (jsou založeny na spolupráci různých objektů a sektorů – pečovateli, zdravotníkům, aj.),
- podpora integrace člověka do společnosti a tím předcházení izolovanosti a samoty,
- týmová spolupráce personálu, který má možnost se soustavně vzdělávat a zlepšovat tak kvalitu péče (Janečková, 2005).

Kvalitní sociální a zdravotní péče pomáhá lidem řešit obtížné životní situace a především jim umožňuje co nejdéle setrvávání v přirozeném domácím prostředí a zajišťování svých životních potřeb buď samostatně, nebo za pomoci rodiny. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví příslušný prováděcí předpis.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (ČSÚ, 2017). Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb a obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon 108/2006 Sb.). Služba se dle zákona poskytuje za úhradu.

Domácí zdravotní péče

Domácí péče (tzv. home care) je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelského a rehabilitačního charakteru, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při propuštění z nemocnice (Kalvach, 2014). Poskytovateli jsou dle autora agentury domácí péče, jejichž seznam lze najít na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví, kteří představují zdravotnického partnera sociální pečovatelské službě.

Osobní asistence

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby (ČSÚ, 2017). Oproti pečovatelské službě a domácí péči se poskytuje bez časového omezení, často v převážné části dne a je směřována k tomu, aby byla účinným prostředkem k plnohodnotnému životu člověka, aby mu zajišťovala dobrý životní standard, možnost žít doma ve vlastní domácnosti způsobem blízcím se standardu (Kalvach, 2014). Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů (Zákon 108/2006 Sb.). Služba se poskytuje za úplatu.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo

zdravotního postižení, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti (ČSÚ, 2017). Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon 108/2006 Sb.). Služba se poskytuje za úhradu.

Denní stacionáře

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (ČSÚ, 2017). Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon 108/2006 Sb.). Služba se poskytuje za úhradu.

Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (ČSÚ, 2017). Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon 108/2006 Sb.). Služba se poskytuje za úhradu.

Cílem poskytovaných služeb není dle Malíkové (2011) vykonávat něco za seniora, ale pomáhat mu a podporovat jej, aby mohl činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí, pocit vlastní hodnoty a ceny (Malíková, 2011).

3.2 Péče o seniory v domovech pro seniory

Pokud se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že již není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků a terénních sociálních služeb je nedostačující nebo úplně chybí, přichází na řadu péče institucionální (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Typickým pobytovým zařízením pro seniory jsou dle autorky domovy pro seniory.

Situace v České republice se v oblasti poskytování pobytových sociálních služeb v posledních letech výrazně změnila. Obvyklým a výhradním způsobem řešení dříve bylo umístění seniorů do jediné formy institucionální péče - státních domovů důchodců (Malíková, 2011). Poslední léta svého života trávili senioři vesměs na vícelůžkových pokojích bez sociálního zázemí, v domově důchodců převládal direktivní přístup, rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby a pocity a cítí a vnímá, jak je o ni postaráno (Malíková, 2011). Klient tak byl pasivním příjemcem poskytované péče a měl minimální prostor k tomu, aby mohl pokračovat ve svém předchozím navykém způsobu života, jeho návyky většinou nebyly zohledněny, nikdo se o něj nezajímal a musel se plně přizpůsobit chodu a režimu v zařízení (Malíková, 2011). Příbuzní seniory dle autorky navštěvovali sporadicky, odnášeli důchod svého člena rodiny a veškeré náklady na zdravotní péči platil stát. Řada pracovníků zde jistě o seniory svědomitě pečovala, ale lidský přístup byl dle autorky otázkou individuálního postoje každého pracovníka.

Revolucí v sociálních službách je zákon 108/2006 Sb. Tímto zákonem je garantováno, že služby sociální péče napomáhají zajistit osobám fyzickou a psychickou soběstačnost, poskytnutá pomoc a podpora musí zachovávat občanům lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálních potřeb člověka a působit na něj tak, aby byla posilována jeho schopnost zapojit se do běžného života společnosti (Venglářová, 2007).

Zákon č. 108/2006 Sb. upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, pro výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, pro inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Zákon upravuje též

předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách.

3.2.1 Domov pro seniory

Domov pro seniory je pobytová sociální služba zřizovaná kraji, obcemi či neziskovými organizacemi dle zákona 108/2006 Sb. Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (ČSÚ, 2017). Poskytované služby v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově, podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které seniorovi poskytuje sociální službu (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (ČSÚ, 2017).

Specifickým druhem domovů pro seniory jsou **domovy se zvláštním režimem**, které poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a další typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Zákon 108/2006 Sb). Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (ČSÚ, 2015). Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon 108/2006 Sb.).

Podmínky poskytování těchto služeb, včetně kontroly kvality, jsou vymezeny zákonnými normami, zejména pak zákonem č. 108/2006Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona.

3.2.2 *Adaptace v domově pro seniory*

Vstup do domova pro seniory představuje v životě seniora velkou změnu. Způsob života je zde většinou odlišný, než byl dosavadní, a i když personál vychází z individuálních potřeb a snaží se službu přizpůsobit potřebám a zvyklostem seniora, je pobyt v domově podřízen dalším faktorům, jako je domácí řád zařízení, harmonogram prací pracovníků a dalším pravidlům, které se týkají chodu zařízení (Malíková, 2011).

Vohralíková, Rabušic (2004) uvádějí, že pouze jedna pětina žadatelů si přeje být umístěna v domově pro seniory co nejdříve, ostatní se snaží nástup co nejvíce odsunout nebo doufají, že k němu vůbec nedojde.

Doba potřebná ke zdomácnění v novém prostředí závisí na řadě okolností např. osobnosti, zdravotním stavu, úrovni mentálních schopností, okolnosti přestěhování, spokojenosti v novém bydlišti apod., je potřeba počítat s měsíci až lety (Kalvach, Čeledřová et al., 2011). Adaptace může být dle autorů pozitivně ovlivněna podporou orientace, bezbariérovou úpravou, cílevědomě vedeným přijímacím procesem a psychoterapeutickou podporou.

Vágnerová (2007) definuje tři základní oblasti, se kterými se starý člověk při vstupu do domova pro seniory potýká:

1. **Ztráta osobního zázemí** – souvisí se ztrátou jistoty a bezpečí. Osobní zázemí tvořilo seniorovu identitu, vymezovalo jeho materiální a sociální okolí a naplňovalo potřebu někam patřit. S příchodem do domova pro seniory si musí zvyknout na nové prostředí, nový kolektiv, vytvořit nový prostor pro život a přijmout vědomí, že do míst, kde prožil skoro celý svůj život se s největší pravděpodobností už nevrátí (Vágnerová, 2007).
2. **Ztráta autonomie** – s ní souvisí vědomí, že senior není schopen se o sebe postarat sám, že potřebuje péči druhé osoby a tím se stává závislým na druhých (Vágnerová, 2007). Ztráta nebo omezení autonomie zasahuje především do citové oblasti seniora (Venglářová, 2007).
3. **Signál blížícího se konce života** – vědomí, že nastává poslední etapa jeho života. Z tohoto důvodu je tato změna velmi stresující, staří lidé ji často vnímají jako „poslední staci“, která má navíc, vzhledem k nakumulování mnoha potíží, spíše negativní

charakter. Často proto přichází rezignace, apatie, deprese, nebo ztráta smyslu života (Vágnerová, 2007).

Na adaptaci v domově pro seniory má velký vliv, zda jde o umístění dobrovolné či nedobrovolné.

Proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce má dle Vágnerové (2007) tři fáze, které připomínají dětskou separační úzkost:

1. **Fáze odporu** - je třeba ji chápat jako obrannou reakci v situaci, kdy nově přijatí uživatelé nejsou schopni přiměřenějšího jednání. V této fázi se u seniorů může projevit negativismus, agrese vůči komukoliv, zejména vůči rodině, personálu nebo ostatním starým lidem v okolí.

2. **Fáze zoufalství a apatie** - následuje často poté, když starý člověk zjistí, že jeho odpor nevede k žádnému efektu. V této fázi většinou reaguje útlumem a apatií, kdy o vše ztrácí zájem a rezignuje. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti. V důsledku nadměrného stresu a nezvládnutí adaptace na umístění do instituce mohou i zemřít, což bývá označováno jako „smrt z maladaptace“.

3. **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby** - v této fázi se některým starým lidem podaří navázat pozitivní vztah s někým z personálu, nebo s jiným obyvatelem domova pro seniory. Tito lidé mohou pomáhat sdílet novou situaci seniora a dávat novému životu nějaký smysl (Vágnerová, 2007).

Adaptace na dobrovolný odchod do domova pro seniory bývá dle Vágnerové (2007) méně problematická, ale i v tomto případě může přinášet celou řadu problémů.

1. **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu** - Starý člověk se nejprve potřebuje zorientovat, získat informace jak se v domově pro seniory žije, proto bývají v této fázi staří lidé přecitlivělí a ve větší míře se jim vybavují různé vzpomínky na minulost (Vágnerová, 2007).

2. **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu** - Starý člověk se po určité době smíří se ztrátou svého zázemí, se změnou své role i způsobu života a postupně si vytváří svůj stereotyp, někdy se s domovem pro seniory identifikuje a považuje ho za svůj nový domov (Vágnerová, 2007).

Celý proces přechodu do domova pro seniory je ve stáří velmi rizikový, proto musí být dobře plánován a vyhodnocován (Kalvach, Čeledová et al., 2011). Uživatel potřebuje dostatek informací poskytnutých včas, aby měl možnost v maximální možné míře se rozhodovat a udržet si kontrolu a zároveň potřebuje dostatečnou emocionální podporu od své rodiny nebo od klíčového pracovníka, který jej v době přechodu a adaptace v novém prostředí doprovází (Kalvach, Čeledová et al., 2011).

3.2.3 Rizika péče v domovech pro seniory

Se vstupem do domova pro seniory se u seniorů objevuje množství obav z toho, co je čeká, především obava z neznámého, cizího prostředí, ale i smutek z nutnosti opustit své zaběhlé stereotypy.

Největší nevýhodou péče v domovech pro seniory jsou především dle Haškovcové (2010) předsudky před vstupem do domova, obavy z dodržování řádu, kterému se budou muset podřídit, z direktivního přístupu zaměstnanců, z potvrzené ztráty autonomie, z pocitu selhání rodiny a signál blížícího se konce života.

Hauke (2014) uvádí, že velkým problémem v domově pro seniory je tzv. „nespolupracující klient.“ Klient nespolupracuje proto, že mu nevyhovuje nebo se mu nelíbí způsob poskytování služby, nesouhlasí s nastavenými pravidly, v domově pro seniory být nechce, ale z důvodu potřeby péče nemá jinou možnost svojí situaci řešit (Hauke, 2014).

Dalším problémem bývá kontakt s rodinou, který s nástupem do domova může být omezen, nebo ukončen (Malíková, 2011). Nezřídka se stává dle autorky, že rodina za seniorem přichází pouze v den výplaty důchodu, pro seniora je pak pobyt v domově nepříjemný, protože je odloučen od svých blízkých a jsou zpřetrhány pro něj důležité vazby.

Haškovcová (2010) vidí jako problematický bod společné soužití seniorů, kteří přišli do domova z různých míst, z různých důvodů a neměli možnost volby spolubydlících.

Velkou **výhodou a předností péče** v domovech pro seniory je vysoká profesionalita a důraz na kvalitu poskytovaných služeb, příklon k individualitě každého klienta maximální možná autonomie klientů v rámci poskytované péče a pravidel daného zařízení (Venglářová, 2007).

3.3 Kvalita života v domovech pro seniory

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob (Zákon 108/2006 Sb.). Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování (Malíková, 2011). Služby jsou poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu, senior se tak dle Malíkové (2011) stává aktivním spoluvůrcem poskytované služby a partnerem pečujících pracovníků. Již není pasivním příjemcem prováděných činností (Malíková, 2011).

Kvalita ve službách má následující kritéria:

- spokojenost klienta a jeho rodiny
- reakce na potřeby toho, komu je určena
- profesionalita personálního zajištění služby
- vhodnost prostředí kde je služby poskytována
- udržitelnost - ekologický aspekt, přátelskost k veřejnosti (Mátl, Jabůrková, 2007).

Vnímání naplňování těchto kritérií může být z pohledu jednotlivých zainteresovaných stran velmi odlišné, jinak je bude vnímat zřizovatel, sociální pracovník, klient, rodinný příslušník, veřejnost (Mátl, Jabůrková, 2007).

Kvalitu v sociálních službách můžeme definovat jako soubor vlastností a znaků nějaké činnosti, které se vztahují na naplnění daných požadavků a míru kvality sociálních služeb je možné definovat také jako pozitivní rozdíl od daných standardů (Malíková, 2011).

Z pohledu politiky kvality se situace v sektoru sociální péče řídí právním rámcem tvořeným novým **zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách**. Kvalitní službou se rozumí taková péče, která umožňuje uživateli žít normální život (inkluzivnost služeb), reaguje na jeho/její potřeby (služby jsou šité na míru) a chrání jeho/její práva a zájmy (bezpečnost služeb) (Mátl, Jabůrková, 2007). Nástroje, které právní rámec zavádí s cílem zajistit kvalitu služeb, jsou dle autorů **registrace poskytovatelů** (každý poskytovatel se musí registrovat, aby mohl poskytovat služby, registraci je možné

odebrat, pokud nejsou naplňovány Standardy kvality sociálních služeb), **inspekce a kvalifikační předpoklady a požadavky na vzdělávání pracovníků.**

3.4 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb vznikly díky široké spolupráci Ministerstva práce a sociálních věcí s mnoha zainteresovanými partnery z praxe na základě konzultačního procesu a současně byly testovány u jednotlivých poskytovatelů již od konce 90. let 20. století (Mátl, Jabůrková, 2007). V té době to byly dle autorů kraje a samotní poskytovatelé služeb, kteří pokračovali se zaváděním standardů do praxe a dobrovolně tak uplatňovali národní politiku kvality v segmentu sociální péče.

Standardy slouží k tomu, aby zajišťovaly kvalitu poskytovaných sociálních služeb klientům a chránily jejich zájmy a práva v souvislosti se všemi činnostmi spojenými s poskytováním jakékoliv sociální služby (Malíková, 2011).

Kvalita sociálních služeb je tedy definována jako soubor standardů složených z měřitelných kritérií, která jsou uvedena v prováděcí vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb.

Oblast procesní – Procesní standardy stanovují, jak by služba měla vypadat, na co si dát pozor při jednání se zájemcem o sociální službu, jak službu přizpůsobit jednotlivcům, řeší ochranu práv klientů a stížnosti na kvalitu poskytovaných sociálních služeb (MPSV, 2006).

Standard 1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard 2 Ochrana práv osob

Standard 3 Jednání se zájemcem o službu

Standard 4 Smlouva o poskytování sociální služby

Standard 5 Individuální plánování průběhu služby

Standard 6 Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard 8 Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Oblast personální – se zabývá personálním zajištěním služby, klade požadavky na jednotlivé profese a určuje jejich vzdělávání (MPSV, 2006)

Standard 9 Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard 10 Profesní rozvoj zaměstnanců

Oblast provozní – upřesňuje podmínky pro poskytování sociální služby (MPSV, 2006)

Standard 11 Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard 12 Informovanost o poskytované sociální službě

Standard 13 Prostředí a podmínky

Standard 14 Nouzové a havarijní situace

Standard 15 Zvyšování kvality sociální služby

Značka kvality v sociálních službách

Významnou aktivitou zaměřenou na kvalitu poskytovaných sociálních služeb je projekt „Značka kvality v sociálních službách“, kterou realizuje Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR, © 2011 IRESOFT). Cílem Značky kvality v sociálních službách je poskytnout seniorům, kteří vstupují do domova pro seniory, ale také jejich rodinným příslušníkům jednoznačnou informaci o tom, jakou kvalitu mohou od života v daném domově očekávat (Značka kvality v sociálních službách, 2015). Jedná se o jednoduchý systém externí certifikace těchto zařízení, který je založen na tzv. udělování hvězd, takže v praxi již při vstupu do domova pro seniory uvidí jak jeho nový uživatel, tak případně i jeho rodina, zda jde např. o dvouhvězdičkový nebo pětihvězdičkový domov APSS ČR. © 2011 IRESOFT).

Značka kvality v sociálních službách hodnotí všechny důležité aspekty pobytu v zařízení, a to pouze z jednoho úhlu pohledu - z pohledu samotného seniora, resp. uživatele této sociální pobytové služby, usiluje o zvyšování kvality v certifikovaných zařízeních, poukazuje na slabá místa v poskytování péče a předkládá doporučení, v jakých oblastech je možné se dále zlepšovat (Značka kvality v sociálních službách, 2015).

Pozornost je věnována těmto oblastem:

- ubytování (hodnocená je kvalita bydlení, struktura a vybavení pokojů, společných prostor a okolí domova, nabízené služby apod.,

- stravování (zaměřeno na kvalitu stravy, možnost výběru pokrmů, nápojů, kultura a forma stravování, možnost určení času a místa konzumace),
- kultura a volný čas (hodnotí se struktura společensko – kulturních programů, smysluplné trávení volného času seniorů podle jejich potřeb a přání, nabídka sportovních, vzdělávacích, zájmových aktivit a duchovních programů, dobrovolnictví v domově),
- partnerství (hodnotí se míra soběstačnosti, sebeurčení, rozhodování, komunikace a individuální přístup k uživatelům,
- péče (poskytovaná sociální a ošetrovatelská péče) (APSS ČR ©2011 IRESOFT).

EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, jak se změnila spokojenost seniorů před a po nástupu do domova pro seniory.

Hlavní výzkumná otázka

Pro dosažení cíle práce byly stanoveny hlavní výzkumné otázky:

HVO 1: S jakými představami přicházejí senioři do domova pro seniory?

HVO 2: V jakých oblastech se naplnila očekávání seniorů po nástupu do domova pro seniory?

Dílčí výzkumné otázky

Pro zodpovězení hlavních výzkumných otázek, byly stanoveny dílčí otázky:

HVO 1

1. „Jaké oblasti vnímají senioři jako významné pro svoji spokojenost?
2. „Jak byli senioři spokojeni v situaci, kdy byli v domácí péči?“
3. „Z jakého důvodu přicházejí senioři do domova pro seniory?“
4. „S jakými představami přicházejí senioři do domova pro seniory?“

HVO 2

1. „V jakých oblastech se naplnila očekávání seniorů po nástupu do domova pro seniory?“
2. „Jak subjektivně hodnotí komunikační partneři komparaci své spokojenosti v domácí péči a v péči domova pro seniory?“

2. Metodika

2.1 Metody a techniky sběru dat

Pro empirickou část bakalářské práce byla aplikována kvalitativní výzkumná strategie, s využitím metody dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru s klienty žijícími v Domově pro seniory ve Strakonících. Rozhovory byly dále analyzovány.

Kvalitativní přístup je přístup, který využívá kvalitativní metody pro popis, analýzu a interpretaci vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality na základě jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesualnosti a dynamiky (Miovský, 2006). V kvalitativním výzkumu si výzkumník dle Hendla (2005) zvolí nejprve výzkumné otázky, pak sbírá a analyzuje vše, co se nějakým způsobem zvolených otázek dotýká a na základě toho tvoří závěry. Výsledky tak nejsou zobecnitelné na celou populaci, ale vypovídají o konkrétní zkoumané skupině, kterou reprezentuje méně početný soubor (Hendl, 2005).

Polostrukturované rozhovory uvádí Miovský, (2006) jako nejvhodnější a zároveň nejpoužívanější techniku v kvalitativním výzkumu, protože dává možnost uplatnit u respondentů vlastní perspektivu a zkušenosti a zároveň nedovoluje odklonit se od tématu rozhovoru. Tato metoda je dle Miovského (2006) náročnější na technickou přípravu, protože si musíme vytvořit určité schéma, okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Otázky je možno podle potřeby upravit, přeformulovat nebo pozměnit jejich pořadí (Hendl, 2005).

Kromě polostrukturovaného rozhovoru byla dále využita metoda analýzy dokumentů, což je podle Hendla (2005) jakýkoliv hmotný záznam, který nevznikl za účelem daného výzkumu. V tomto výzkumu šlo o dokument „Sociální anamnéza“, který je zpracován při podání žádosti o umístění do domova pro seniory a „Dotazník ke zjišťování osobních cílů a přání uživatele“, který se zpracovává při příchodu do domova pro seniory sociálními pracovníci zařízení.

2.2 Analýza a interpretace dat

Žádný z účastníků výzkumu nesouhlasil s nahráváním rozhovoru na záznamové zařízení, proto byly souběžně s probíhajícím rozhovorem pořizovány písemné záznamy

do Záznamového listu (Příloha č. 1). Již při rozhovoru byla provedena „redukce prvního řádu“, tzn. vynechání části textu, které nejsou přínosné nebo narušují plynulost rozhovoru (Miovský, 2006). Každý rozhovor trval čtyřicet minut až jednu hodinu.

Polostrukturované rozhovory s vybranými uživateli probíhaly v Domově pro seniory ve Strakonících na pokojích uživatelů bez přítomnosti dalších osob, aby byla zachována maximální míra soukromí a uživatel se cítil přirozeně. Vybraným komunikačním partnerům bylo hned v počátku vysvětleno k čemu bude rozhovor použit, kde budou výsledky zveřejněny a že je naprosto anonymní. K získaným údajům bylo přistupováno podle nařízení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Otázky byly rozděleny do dvou okruhů podle dílčích výzkumných otázek. Na začátku rozhovoru se upřesnily identifikační údaje týkající se pohlaví, věku a doby nástupu do domova pro seniory.

Zaznamenané rozhovory byly zpracovány (analyzovány) metodou vytváření trsů, což je dle Miovského (2006) metoda, která se používá k seskupení a konceptualizaci výroků do skupin. Skupiny (trsy) vznikají na základě podobnosti mezi stejnými útvary a tak vznikají obecné kategorie, které jsou do jednotlivé skupiny (trsu) zařazeny na základě opakujících se znaků, charakteristického uspořádání atd. (Miovský, 2006). Společným znakem mohou být například výroky, které se týkají jednoho okruhu otázek. Principem této metody je srovnávání a agregace získaných dat (Miovský, 2006).

Při zpracovávání rozhovoru byly zvoleny skupiny (trsy) podle dílčích výzkumných otázek. Za každou výzkumnou otázkou je uveden závěr, ve kterém jsou shrnuta data příslušná ke konkrétní dílčí výzkumné otázce.

2.3 Výběr výzkumného souboru

Zkoumaný soubor byl vybrán metodou záměrného kvótového výběru. Záměrný kvótový výběr je takový postup, kdy cíleně vybíráme účastníky výzkumu podle určitých stanovených kritérií neboli určitých vybraných vlastností účastníků (Miovský, 2006). Na základě zvolené metodiky byla jako kvóta pro výběr účastníků výzkumu stanovena jejich ochota zúčastnit se výzkumu, zachované kognitivní funkce a nástup do domova pro seniory delší než jeden měsíc a kratší než půl roku z domácího prostředí.

Ze 104 uživatelů pobytové sociální služby Domov pro seniory ve Strakonících v době provádění výzkumu odpovídalo nastavenému kritériu 12 uživatelů, kteří nastoupili do domova pro seniory v období od října 2017 do března 2018. Z 12 uživatelů sedm uživatelů služby nemělo dostatečně zachované kognitivní funkce z důvodu syndromu demence nebo nastupovali z nemocničního prostředí. Ostatních pět uživatelů se výzkumu ochotně zúčastnilo. V rámci zachování jejich anonymity jsou v textu k jejich pojmenování použita fiktivní jména dle prvních písmen abecedy. V následujícím textu jsou krátce představeni na základě analýzy výše jmenovaných dokumentů.

Profily komunikačních partnerů

Pan Adam (88 let) nastoupil do domova pro seniory v prosinci 2017. Před nástupem do domova pro seniory žil ve Strakonících s manželkou v bytě 2+1 v panelovém domě s výtahem ve čtvrtém patře. V bytě byly bariéry (úzké zárubně, prahy, vana) v důsledku kterých měl problémy s pohybem po bytě a s dodržováním hygieny. Manželé mají syna, který bydlí 15 kilometrů od Strakoníc a pracuje v Písku.

Pán jezdí dvakrát týdně na dialýzu, má problémy s dýcháním z důvodu srdečního onemocnění. Celkově byl zesláblý, opakovaně padal. Pan Adam potřeboval každodenní péči druhé osoby především v přípravě stravy, péči o domácnost, pomoc při vyřizování osobních a úředních záležitostí a dohled. Jeho psychický stav byl špatný, protože měl starosti o zdraví manželky a byl závislý na její péči. Z toho důvodu měl ordinovaná antidepresiva. Péči panu Adamovi poskytovala manželka, která je sama nemocná, léčí se s rakovinou prsu a často opakovanými záněty dásní. Vypomáhal jí syn, který pravidelně za rodiči dojížděl.

V současnosti je zdravotní stav pana Adama stejný, psychický stav se zlepšil, nyní antidepresiva již nepobírá. V domově se pohybuje za pomoci nízkého chodítka a účastní se aktivizací v Domově pro seniory. Manželka se synem ho pravidelně několikrát týdně navštěvují.

Paní Božena (85 let) do domova pro seniory ve Strakonících nastoupila v říjnu 2017. Před nástupem do Domova žila na Moravě v bytě 1+1, v panelovém domě s výtahem ve druhém patře. Byt jí dcera předělala na bezbariérový. Paní Božena je již delší dobu vdova, má jen jednu dceru, která s rodinou žije u Strakoníc.

Paní se pohybuje těžkopádně za pomoci nízkého chodítka, opakovaně padá, protože se jí bezdůvodně podlamují nohy. Trpěla depresemi ze samoty, na což jí byla ordinována antidepressiva. Paní Božena potřebovala pomoc s přípravou a podáním stravy, s hygienou, s péčí o domácnost, s vyřizováním osobních a úředních záležitostí, s donáškou nákupů. Hlavně však potřebovala společnost a blízkost rodiny. Péči paní Boženě poskytovala pečovatelská služba. Každý měsíc na týden přijížděla dcera a vnuk.

V současnosti je zdravotní stav paní Boženy stejný, vyjma depresí, které se zmírnili díky častějšímu kontaktu s rodinou. Pohybuje se pomocí nízkého chodítka. Aktivit v domově se nezúčastňuje, je spíše introvertního založení. V případě konané kulturní akce se chodí osamoceně podívat na galerii. Na pokoji sleduje televizi, zejména pořady o cizích zemích a hodně čte. Má ráda individuální povídání na pokoji s ošetřujícím personálem a sociálními pracovníky, kde potom s chutí vypráví o svých zážitcích z cestování. Dcera jí pravidelně ob den navštěvuje. Největší radost má z návštěv vnuka.

Paní Cecílie (92 let) nastoupila do domova pro seniory ve Strakonících v listopadu 2017. Žila v domě s pečovatelskou službou ve Volyni, v bezbariérovém bytě o jedné místnosti s příslušenstvím. Paní Cecílie je delší dobu vdova, měla jednu dceru, která již zemřela. Má sestru a bratra ve Strakonících a dvě neteře.

Paní Cecílie se velmi těžko pohybuje za pomoci nízkého chodítka. Největší problém jí dělalo zvednout se do stoje a rozejít se a vydržet chvíli stát. Paní potřebovala celodenní péči, kterou jí poskytovali v omezeném rozsahu pracovníci pečovatelské služby. Sestra s bratrem se střídavě podíleli na péči zajištěním nákupů a pomocí s vyřizováním osobních a úředních záležitostí.

V domově pro seniory se paní Cecílie aktivně zúčastňuje pravidelných aktivizací a všech akcí konaných v domově. Chodí s doprovodem nebo na invalidním vozíčku na procházky, se sestrou do kantýny nebo nedaleké kavárny. Má ráda návštěvy zvířat a ráda se zapojuje do hovorů se všemi pracovníky i jinými uživateli. Rodina jí pravidelně několikrát v týdnu navštěvuje.

Paní Dana (89 let) nastoupila do domova pro seniory ve Strakonících v prosinci 2017. Žila ve Strakonících, v bytovém domě s výtahem ve druhém patře, v bytě 2+KK. Byt byl bez bariér kromě koupelny, kde byla vana. Paní Dana je vdaná, manžel žije ve stejném domově pro seniory. Jsou bezdětní. Paní má bratra a synovce, kteří jí velmi pomáhají.

Paní Dana se léčí se srdíčkem, z toho důvodu je slabá, občas mívá závratě. Projevuje se u ní zapomnětlivost, proto nemohla už zůstat sama doma. Péči jí poskytovala pečovatelská služba, kterou doplňovala péče synovce. Paní Dana potřebovala pomoc s každodenními běžnými činnostmi a především dohled.

Po nástupu do domova pro seniory se její zdravotní a psychický stav zlepšil. Paní navštěvuje každodenně svého manžela a tráví spolu odpoledne. Pravidelných aktivit se nezúčastňuje, raději si čte na pokoji, luští křížovky nebo sleduje v televizi oblíbené pořady. Velkou radost jí dělají pravidelné návštěvy synovce, s kterým se účastní výstav v kulturním středisku ve Strakonících nebo navštěvují muzeum.

Paní Eva (81 let) nastoupila do domova pro seniory ve Strakonících v lednu 2018 s manželem. Dříve žili v pensionu pro seniory v Horažďovicích, kde měli bezbariérový byt o dvou pokojích. Důvodem nástupu paní Evy byl manžel, který byl úplně nesoběstačný. Paní Eva už neměla fyzickou ani psychickou sílu se o něj starat i když jí pomáhala pečovatelská služba a dcera, která se ale léčí s onkologickým onemocněním. Po úmrtí manžela na konci února se rozhodla v domově pro seniory zůstat.

Paní je silná diabetička s komplikacemi v oblasti pohybu. Chodí s chodítkem, pomalou, opatrnou chůzí, protože z důvodu špatné inervace dolních končetin zakopává. Potřebuje zejména pomoc s přípravou stravy, dohledem při provádění hygieny, zařizováním osobních a úředních záležitostí a ráda přenechala personálu dohled nad braním a podáváním inzulínu.

V domově pro seniory se psychický stav paní Evy zlepšil, ochotně se zúčastňuje pravidelných aktivizací a konaných akcí. Vyhledává společnost ostatních uživatelů a dělají jí radost návštěvy dcery a syna. Na svátky se chystá k dceři.

2.4 Harmonogram výzkumu

Pro včasné vypracování bakalářské práce byl vytvořen časový harmonogram (viz tabulka č. 2). Harmonogram se skládá z pěti fází, kde v každé je přesně stanoveno, co bylo v daném období prováděno.

Tabulka 2: Časový harmonogram

Fáze	Cíl	Činnost	Časový úsek
0.	Získávání informací	Získávání a zpracování informací z odborné literatury	Červenec až říjen 2017
1.	Strategie výzkumu	Zvažování, jak bude výzkum probíhat	Listopad až prosinec 2017
2.	Rozvržení výzkumu	Výběr vhodných respondentů, příprava rozhovorů	Prosinec 2017
3.	Provedení výzkumu, získávání dat a jejich zpracování	Provedení výzkumu technikou polostrukturovaných rozhovorů, zpracování výsledků na základě zvolené metody	Leden až březen 2018
4.	Shrnutí průběhu výzkumu a interpretace výsledků	Sepsání diskuze a závěru	Březen až duben 2018

Vlastní tabulka

3. Výsledky

Výzkum provedený v Domově pro seniory ve Strakonících byl zaměřen na to, jak se změnila očekávání seniorů před a po nástupu do domova pro seniory. Informace byly získány kvalitativním výzkumem, pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. V rozhovorech byly hledány podobnosti a odlišnosti ve vnímání rozdílů v očekávání komunikačních partnerů před a po umístění do domova pro seniory.

Komunikační partneři pro provedení kvalitativního výzkumu byli vybráni pomocí záměrného kvótového výběru z uživatelů Domova pro seniory ve Strakonících. Kvótou výběru byla ochota zúčastnit se výzkumu, zachování kognitivních funkcí a doba pobytu v Domově pro seniory ve Strakonících nepřekračující dobu půl roku a příchod do domova pro seniory z domácího prostředí. Výsledky výzkumu se vztahují pouze na dotazované komunikační partnery a nelze je zobecňovat na všechny klienty domova pro seniory. Ve výsledcích byly použity různě dlouhé ukázky z rozhovorů, které potvrzují pravdivost výpovědí.

Vybraný výzkumný vzorek tvořilo pět uživatelů Domova pro seniory, z toho byly čtyři ženy a jeden muž. Průměrný věk komunikačních partnerů byl osmdesát sedm let, ve věkovém rozpětí osmdesát jedna až devadesát dva let. Doba nástupu do zařízení se pohybovala mezi říjnem 2017 až lednem 2018 (Tabulka č.3).

Tabulka č. 3 Identifikační data

	Pohlaví	Věk	Doba pobytu v DS
Pan Adam	muž	88	12/2017
Paní Božena	žena	85	10/2017
Paní Cecilie	žena	92	11/2017
Paní Dana	žena	89	12/2017
Paní Eva	žena	81	1/2018

Zdroj: Vlastní výzkum (vysvětlivky: DS = Domov pro seniory)

3.1 Hlavní výzkumná otázka č. 1

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky č. 1 „S jakými představami přicházejí senioři do domova pro seniory?“ bylo potřeba lépe poznat situaci komunikačních partnerů před nástupem do domova pro seniory. Proto jsem se snažila zmapovat, které oblasti jsou pro spokojenost komunikačních partnerů významné, jaká péče, kým a v jakém rozsahu jim byla poskytována před nástupem do domova pro seniory, jaké byly příčiny odchodu do domova pro seniory a jaké měli představy o životě v domově pro seniory. Hlavní výzkumná otázka č. 1 proto byla rozdělena do čtyř dílčích výzkumných otázek (DVO), které byly rozpracovány do otázek samotného rozhovoru.

1. DVO „Které oblasti jsou důležité pro spokojenost komunikačních partnerů?“

Indikátory pro první dílčí výzkumnou otázku, které zároveň vplynuly z rozhovorů, byly oblasti péče poskytované v domovech pro seniory. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4

	faktická péče	jistota a bezpečí	vztahy s druhými lidmi	seberealizace a naplnění volného času	spirituální potřeby
Pan Adam		1			
Paní Božena	1	1	1	1	
Paní Cecílie	1	1			1
Paní Dana	1	1	1	1	
Paní Eva		1	1		

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že všichni komunikační partneři potřebují pro svojí spokojenost pocit jistoty a bezpečí. Pan Adam říká: „*Já potřebuju hlavně klid a vědět, že se můžu spolehnout, že mi někdo pomůže, když potřebuju.*“ Paní Dana upřesňuje,

že nejdůležitější je pro ni zabezpečení soukromí k setkávání se svými blízkými a místo, kde se může věnovat svým koníčkům. Paní Eva potřebuje: „*Vědět, že se můžu na lidi kolem sebe spolehnout, že mi pomůžou, když budu potřebovat a nebudou se ofrňovat a říkat, že to nejde.*“

Faktickou péči jako významnou oblast pro svojí spokojenost potřebují tři komunikační partneři. Uvádějí: „*To že mi někdo pomůže, je samozřejmě také důležité*“ (Paní Božena). „*Tak asi hlavně zajištění pomoci s tím, co sama nezvládnou si udělat, aby o mě bylo postaráno a nemusela jsem se bát, že se mi něco stane*“ (Paní Cecílie). „*A potřebuji solidní péči, která je poskytována důstojným způsobem*“ (Paní Dana).

Stejný počet komunikačních partnerů považuje jako druhou oblast významnou pro svojí spokojenost vztahy s druhými lidmi, především se svými blízkými. Paní Eva říká: „*Pro mojí spokojenost je nejdůležitější mít nablízku svojí rodinu a kolem sebe milé lidi.*“ Paní Dana k tomu dodává: „*Důležité je pro mne i soukromé místo, kde se mohu setkávat se svými blízkými.*“

Oblast seberealizace a naplnění volného času nevedl doslovně sice žádný korespondenční partner, ale důležitost těchto oblastí ukazuje zájem komunikačních partnerů o možnost mít v domově pro seniory počítač a možnost věnovat se svým koníčkům nezávislým na nabídce domova. „*Potřebuji mít u sebe počítač a připojení k internetu, abych mohla být ve spojení se svou rodinou a se svými kolegy k potřebným konzultacím z mojí či jejich strany*“ (Paní Dana). Paní Božena doplňuje: „*Potřebuju se mět kam schovat, kde si v klidu můžu přečíst knížku, koukat na televizi. S vnukem si můžeme „zaskajpovat.*“

Paní Cecílie se přiznala ke své radosti z existence kaple v domově pro seniory: „*Já totiž chodím od dětství do kostela, tak to se mi moc líbilo.*“

2. DVO „Jak byli komunikační partneři spokojeni v situaci, kdy byli v domácí péči?“

Tato dílčí výzkumné otázka byla rozčleněna na podotázky, „*Jaká péče byla komunikačním partnerům poskytována?*“ „*Kdo a kde jim poskytoval péči a v jakém rozsahu?*“ „*Jak byly naplňovány jejich potřeby v oblastech zajištění a dostupnosti péče, potřeby jistoty a bezpečí, v oblasti vztahů s druhými lidmi, v oblasti seberealizace*

a naplnění volného času, v oblasti spirituálních potřeb?“ „Jak by poskytovanou péčí subjektivně zhodnotili?“

Na první dvě podotázky „Jaká péče byla komunikačním partnerům poskytována?“ „Kdo a kde jim poskytoval péči a v jakém rozsahu?“ odpověděli všichni komunikační partneři shodně, péči jim zajišťovala rodina ve spolupráci s pečovatelskou službu v různém rozsahu. Rodina zabezpečovala především nákupy a pochůzky, dovoz k lékaři a pomoc s vyřizováním osobních a úředních záležitostí. Zabezpečení stravy a pomoc s hygienou prováděla ve většině případů pečovatelská služba. Jen pan Adam pečovatelskou službu nevyžíval protože: *„nemáme tak velký důchody a pečovatelky jsou drahý.“*

Rozsah poskytované péče byl u komunikačních partnerů téměř shodný, jak je vyjádřeno v tabulce č. 5: dovážka oběda, pomoc s přípravou a podáváním stravy, pomoc s osobní hygienou, pomoc při úklidu domácnosti, péče o osobní prádlo, dovoz k lékaři, pomoc s vyřizováním osobních a úředních záležitostí, pochůzky. *„Pečovatelky ke mně chodili každý den třikrát, nosili mi obědy, připravovali na talířky jídlo na snídani a večeři, vařili čaj do konvičky, uklízeli, prali prádlo, chodili nakoupit, vynášeli gramofon, kterej jsem měla u postele“* (Paní Cecílie). *„Po domluvě se synovcem jsem si nechala dovážet ve všední dny i obědy. Později jsme s pečovatelkami domluvili i úklidy v týdnu, ráno pomoct se snídani a hygienou. Když jsem potřebovala někam odvést, tak to zajistil synovec nebo bratr“* (Paní Dana). *„... vozili mi obědy každý den a když jsem potřebovala, tak mě odvezli k lékaři a pokoupili mi, co bylo potřeba“* (Paní Božena).

Tabulka č. 5

	dovážka obědů	pomoc s přípravou a podáním stravy	pomoc s osobní hygienou	pomoc při úklidu domácnosti	péče o osobní prádlo	dovoz k lékaři	pomoc s vyřizováním osobních a úředních záležitostí	pochůzky
Pan Adam		1	1	1	1	1	1	1
Paní Božena	1		1	1	1	1	1	1
Paní Cecílie	1	1	1	1	1	1	1	1
Paní Dana	1	1	1	1		1	1	1
Paní Eva	1			1	1	1	1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Odovědi na podotázku: „Jak byly naplňovány jejich potřeby v oblastech zajištění a dostupnosti péče, potřeby jistoty a bezpečí, v oblasti vztahů s druhými lidmi, v oblasti seberealizace a naplnění volného času, v oblasti spirituálních potřeb?“ nebyly od komunikačních partnerů konkretizovány, ale z rozhovorů vyplynulo, že si větší potřebu péče nijak zvlášť neuvědomovali. Pan Adam říká: „*Jinak jsem byl doma spokojený, přišlo mi, že mám všechno, co potřebuju.*“ „*Nejhorší bylo, když jsem upadla. To jsem musela počkat až do rána, než přijdou pečovatelky*“ (Paní Cecílie). Paní Eva přiznává: „*Je pravda, že poslední dobou už mi opravdu docházeli síly.*“

Subjektivní zhodnocení domácí péče komunikačními partnery shrnuje paní Božena: „*Doma je prostě doma.*“ Pan Adam hodnotí: „*Pozitiva být doma je hlavně prostředí, na které je člověk zvyklý, kde si může dělat, co chce, má manželku nablízku, syna a vnuka, který přicházejí taky domů. ... Doma má člověk svůj zaběhnutý režim, své jistoty, na které je zvyklý.*“ Podle paní Evy je: „*Být doma je fajn, máte tam svoje místa, svůj koutek, můžete si dělat, co chcete a kdy chcete.*“ Paní Dana k tomu doplňuje: „*Nestěžuji si, ale už péče nestačila a připadala jsem si závislá na synovci a svém bratru, nechtěla jsem je obtěžovat.*“ A paní Cecílie dodává: „*V pečováku mi chyběli lidi kolem sebe, sestra přijela jednou, dvakrát do týdne, brácha taky a pečovatelky neměli čas. Udělali, co bylo potřeba a utíkali jinam.*“

3. DVO Z jakého důvodu přicházejí komunikační partneři do domova pro seniory?

Na tuto dílčí výzkumnou otázku odpovídali komunikační partneři prostřednictvím podotázek: „*Jaké byly hlavní příčiny pro odchod do domova pro seniory?*“ „*Byl to jejich vlastní nápad a rozhodnutí?*“

Z výzkumu vyplynulo, že hlavní příčiny odchodu do domova pro seniory dle komunikačních partnerů bylo jak ukazuje tabulka č. 6 především zhoršování zdravotního stavu a opakované pády, jak uvádí čtyři komunikační partneři, dále nemoc manžela a dcery, vzdálenost rodiny a potřeba častější péče ve větším rozsahu, než jsou možnosti pečovatelské služby. Pan Adam odpovídá: „*Příčinou byla nemoc manželky.*“ Pro paní Boženu byly hlavní příčinou „*... časté a opakované pády, protože se mi podlamují z ničeho nic nohy*“ a dcera žijící ve Strakonících (paní Božena žila na Moravě). Paní Cecílie uvádí: „*Určitě to bylo hlavně to, že jsem se nemohla zvednout, když jsem upadla a ani se dovolat pomoci No a jak nemůžu chodit, tak jsem potřebovala hodně pomoci a i jindy, než je pracovní doba pečovatelek.*“ Paní Dana odpověděla: „*Cítila jsem, že dlouho být sama již nezvládnou, a že jsem čím dál víc závislá na péči mého synovce a bratra. Přece jenom ty nohy mne zlobily a občas jsem upadla a natloukla si, takže jsem ven chodila jen v doprovodu.*“ Paní Eva odešla do domova pro seniory především kvůli nemoci a nemohoucnosti manžela a nemoci dcery. „*Hlavním a jediným důvodem byla nemoc manžela. On byl úplně bezmocný, sám se už ani nenajedl a já už na to nestačila.*“

Tabulka č. 6

	zhoršování zdravotního stavu	opakované pády	nemoc v rodině	vzdálenost rodiny	potřeba častější péče ve větším rozsahu
Pan Adam	1	1	1		
Paní Božena		1		1	1
Paní Cecílie	1	1		1	1
Paní Dana	1	1			1
Paní Eva	1		1		

Zdroj: Vlastní výzkum

Nápad podat si žádost do domova pro seniory a následně do něj nastoupit ve většině případů vzešel od rodinných příslušníků. Pan Adam odpověděl: „*Napadlo to manželku.*“ Paní Božena dala na radu dcery: „*S nápadem přišla dcera.*“ Paní Eva se s nápadem odejít do domova pro seniory poprvé potkala v nemocnici: „*Poprvé s nápadem odejít do domova důchodců přišla sestřička v nemocnici. Nejdříve jsem to za nás za oba odmítla, ale pak jsme to rozebírali s dcerou a já viděla, jak je chudinka unavená, jak nás sice nechtěla do ničeho nutit, ale přitom se bojí co bude, až budeme zase doma a tak jsme vyplnili žádosti*“ Dva komunikační partneři se rozhodli sami. Paní Cecílie uvádí: „*Žádost jsem si podávala sama, když umřel manžel. To jsem to ještě nepotřebovala, tak jen pro jistotu. Sama jsem poslední dobou i volala, jestli už pro mě mají místo.*“ Paní Dana se rozhodovala podobně: „*Žádost do domova jsem podávala společně s manželem. Žádost byla jen pro jistotu a tak když nastal čas, volal synovec sociální pracovníci, zda bych mohla nastoupit.*“

Na otázku zda to bylo jejich rozhodnutí shodně všichni komunikační partneři odpověděli, že ano. Za všechny vypovídá paní Božena: „*Konečné rozhodnutí bylo moje, uznala jsem její (dcery) argumenty.*“

4. DVO S jakými představami přicházeli komunikační partneři do domova pro seniory?

Odpověď na tuto DVO pomohli podotázky: „*Jaké představy měli komunikační partneři o životě v domově pro seniory v době, kdy podávali žádost? (o péči, volném čase, seberealizaci, vztazích, spirituálních potřebách).*“ „*Čeho se báli, na co se těšili?*“

Z odpovědí na první podotázku o představách o životě v domově pro seniory vyplynulo, že představy komunikačních partnerů se lišily podle zkušeností, které získali v průběhu života. Tři korespondenční partneři měli představy o životě v domově pro seniory pozitivní. Pan Adam uvedl: „*Představy jsem nějaký měl, hlavně z hovorů s jinými lidmi. Říkali, že mi tu musejí pomáhat, přinést oběd a tak.*“ Představy paní Cecílie korespondovali s představami pana Adama: „*Říkala jsem si, že horší než tady (v pečovatelském domě) to být nemůže, naopak, že to tam musí být dobrý, že mi tam pomůžou, s čím budu potřebovat, nebudu sama a hlavně se dovolám pomoci, když spadnu. A od jedny pani, která jezdila do pečováku za matkou a v domově důchodců měla tchýni, jsem slyšela, že je to tam dobrý, že tam pořád něco organizují, že tchýně na ně ani nemá čas.*“ Paní Dana měla osobní zkušenosti s životem v domově pro seniory, protože zde žije její manžel. „*Já chodila do domova pro seniory ob den za manželem, který, jak jsem již říkala, zde bydlí, takže já jsem měla představy naprosto přesné.*“

Představy paní Boženy byly velmi negativní: „*Sestřenice ve Zlíně s manželem byli v domově s pečovatelskou službou, a když jsme je byli ještě s manželem navštívit, viděli jsme na chodbě ženy, které tam seděly. A já drbla do manžela a řekla: Hele dívej se, čekárna na smrt.*“

Paní Eva měla ze začátku představy též velmi negativní: „*Tak nejdříve moje představy nebyly hezký, byla jsem se jednou, kdysi dávno v jednom domově důchodců podívat. Seděly tam starý, sešlý ženský, měly poslintaný brady a koukaly tak nějak nepřítomně a hrozně smutně. Tak jsem si říkala, tam nikdy nechci skončit, to je jen odkladiště starých lidí a jen se tam čeká na smrt.*“ Tyto její představy se změnily na pozitivní při shlédnutí webových stránek příslušného domova pro seniory: „*Pak mi dcera ale ukázala na internetu domov důchodců ve Strakonících a přečetla, co všechno na tom domově je a co se tam dělá. Ten domov se mi líbil, bylo tam světlo, čisto, všude kytky a babičky se usmívaly a na všech obrázcích něco dělaly. No a na tom internetu jsme se taky dočetli,*

kdo všechno tam je a co se tam koná, včetně mší. A i ty babičky, co seděly na fotkách vedle sebe, tak vypadaly, že jsou spokojené.“

Na první část druhé podotázky „Čeho se komunikační partneři báli?“ odpovídá tabulka č.7. U většiny komunikačních partnerů bylo obav více. Z tabulky vyplývá, že tři komunikační partneři pociťovali největší strach ze vztahů s personálem, dva se obávali režimu, který v domově pro seniory podle nich panuje a dva měli obavy ze vztahů se spolubydlíci.

Pan Adam uvedl: *„Částečně jsem se bál všeho, přece jenom jsem nikdy v domově důchodců nebyl, nikdy jsem v žádném nežil. Nevěděl jsem jaké to bude, co tu bude, kdo tu pracuje, jaký bude můj spolubydlíci. Jak se sžiju s režimem, který tady určitě bude.“*

Paní Cecílie vypověděla: *„Bála jsem se jen, jaký tam bude režim, kdy se bude chodit spát, s kým budu na pokoji a jaký budou sestřičky. Taky jsem nevěděla, jak se to dělá s doktorem, tak to jsem se bála, že s každým „prdem“ budou posílat do nemocnice.“*

Paní Dana k tématu dodává: *„Nejdříve jsem se bála úplně všeho, proto jsem to hned odmítla. Ale po prohlídce na internetu už to bylo lepší. Obavy jsem samozřejmě měla. Je to nová věc, nikdy nevíte úplně přesně, co vás čeká. Nejvíc jsem měla strach, jestli sestřičky budou hodný, ne tak jako v nemocnici, nebo jako ta, co jsem si jí pamatovala.“*

Paní Božena si žádné obavy nepřipouštěla: *„Nepřipouštěla jsem si žádné obavy, brala jsem to jako fakt. Doma být už nemožu, dcera měla neustále obavy a tak jsem šla.“* Paní Dana měla již před nástupem do domova pro seniory jasné představy, protože věděla, co jí čeká ze zkušeností s manželem.

Tabulka č. 7

	Pan Adam	Paní Božena	Paní Cecílie	Paní Dana	Paní Eva
vztahy s personálem	1		1		1
způsob poskytování zdrav. Péče			1		
režim	1		1		
vztahy se spolubydlícím	1		1		
obavy z neznámého	1				
ze všeho					1
nepřipouští si obavy		1		1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Na druhou část druhé podotázky na co se těšili, odpovídali komunikační partneři že se těšili především na klid, že nebudou sami a že se uleví jejich blízkým. Pan Adam shrnul: „... na co jsem se těšil? Že tu budu mít klid, svůj klid a že se manželce uleví a bude z ní zase ta milá holka, co jsem si vzal.“ Paní Cecílie dodala: „Hlavně, že nebudu sama, na kostel a na všechny ty akce, který v domově pořádají, na ostatní babky.“ Paní Dana doplnila: „... na milý a ochotný personál, který jsem již znala. A největší radost jsem měla, že ani nepřízeň počasí už mi nezabrání jít za manželem.“

Výzkumný závěr k 1. HVO

Z výzkumu vyplynulo, že nejvýznamnější oblastí pro spokojenost komunikačních partnerů je pocit jistoty a bezpečí. Tato oblast pro komunikační partnery zahrnuje potřebu klidu, potřebu místa, kde se mohou scházet se svými blízkými a věnovat se svým zájmům, a potřebu moct se spolehnout, že v případě nutnosti (pádu) jim bude poskytnuta rychlá a odpovídající pomoc.

Druhou oblastí významnou pro spokojenost komunikačních partnerů je faktická péče, která jim je poskytována důstojným způsobem a včas.

Stejně významnou oblastí pro spokojenost komunikačních partnerů je oblast vztahů s druhými lidmi, především mluvili o potřebě být v kontaktu se svou rodinou, se svými blízkými.

Oblast seberealizace a naplnění volného času a oblast spirituálních potřeb neuvedl doslovně žádný respondent. Příčinou by mohl být krátký pobyt v domově pro seniory, kdy u komunikačních partnerů ještě probíhá adaptační proces a jejich potřeba naplnit v první řadě potřeby nižšího řádu.

Všem komunikačním partnerům byla před nástupem do domova pro seniory poskytována péče rodinnými příslušníky ve spolupráci s pečovatelskou službou v rozsahu dovážky obědů, pomoc s přípravou a podáním stravy, pomoc s osobní hygienou, pomoc při úklidu domácnosti, péče o osobní prádlo, dovoz k lékaři, pomoc s vyřizováním osobních a úředních záležitostí a pochůzky. Rozsah poskytované péče vykazoval u komunikačních partnerů jen nepatrné odchylky.

S péčí, která byla komunikačním partnerům před nástupem do domova pro seniory, byli spokojeni, i když někteří si v důsledku neznalosti života v domově pro seniory neuvědomovali jiné možnosti. Komunikační partneři oceňovali především vlastní domácí prostředí se svými oblíbenými věcmi, na které byli zvyklí, blízkost svých rodin a blízkých, to že měli svůj zaběhnutý režim, uzpůsobený svým potřebám. Na druhou stranu si ale většina podvědomě uvědomovala, že současná péče jim již nestačí.

Důvody proč odešli komunikační partneři do domova pro seniory, byly ve většině případů zhoršení zdravotního stavu, opakované pády a nepostačující rozsah péče ze strany pečujících osob. Na jejich rozhodování měli velký vliv rodinní příslušníci, ale konečné rozhodnutí bylo komunikačních partnerů.

Výzkum ukázal, že všichni komunikační partneři měli nějaké povědomí o životě v domově pro seniory, někteří z doslechu, někteří z vlastní zkušenosti při návštěvách v domově, nebo z webových stránek. Do domova pro seniory přicházela většina komunikačních partnerů s pozitivními představami především o poskytování péče a o zajištění jistoty a bezpečí. Největší obavy pocítovali ze vztahů s personálem, dále z režimu, který v domově pro seniory panuje a ze vztahů se spolubydlícím. Jeden komunikační partner si žádné obavy nepřipouštěl a jeden se neobával ničeho, protože prostředí domova pro seniory znal.

Komunikační partneři se nejvíce těšili na klid, který budou v domově pro seniory mít, na zajištění jistoty a bezpečí a na to, že se uleví jejich blízkým.

3.2 Hlavní výzkumná otázka č. 2

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky číslo 2 „V jakých oblastech se naplnila očekávání seniorů po nástupu do domova pro seniory byly použity 2 dílčí výzkumné otázky.

5. DVO V jakých oblastech se naplnila očekávání komunikačních partnerů po nástupu do domova pro seniory?

S odpovědí na tuto DVO pomohli podotázky: *„Naplnila se komunikačním partnerům jejich očekávání v oblasti faktické péče, potřeby jistoty a bezpečí, oblasti vztahů s druhými lidmi, oblasti seberealizace a naplnění volného času, oblasti spirituálních potřeb?“* *„Jak by poskytovanou péči subjektivně zhodnotili?“*

Odpovědi k první podotázce *„Naplnila se komunikačním partnerům jejich očekávání v oblasti faktické péče, potřeby jistoty a bezpečí, oblasti vztahů s druhými lidmi, oblasti seberealizace a naplnění volného času, oblasti spirituálních potřeb?“* ukázaly, jak je uvedeno v tabulce č. 8, že očekávání komunikačních partnerů se naplnila především v oblasti jistoty a bezpečí, v oblasti faktické péče, a v oblasti vztahů s druhými lidmi.

Tabulka č. 8

	oblast faktické péče	potřeba jistoty a bezpečí	vztahy s druhými lidmi	seberealizace a naplnění volného času	spirituální potřeby
Pan Adam	1	1	1	1	
Paní Božena		1	1		
Paní Cecílie	1	1		1	1
Paní Dana	1	1	1	1	
Paní Eva	1	1	1		

Zdroj: Vlastní výzkum

Za všechny komunikační partnery shrnula paní Dana: „*Ano moje očekávání se naplnila, s péčí v domově jsem spokojená. ... nikdo mne tu neobtěžuje, personál se chová s úctou a ohledem, poskytují mi dostatečnou péči, kterou přizpůsobují mým požadavkům a zvyklostem a já se mohu věnovat svým zájmům a dělat jen to, co chci a kdy chci.*“ Pan Adam dodává: „*... je tady ještě spousta věcí navíc, které jsou pro mne velmi příjemným překvapením.*“

Jedinou výhradu měla paní Božena: „*... v oblasti péče je tu špatná organizace.*“ A paní Evu mrzelo za celou dobu svého pobytu v domově pro seniory jen to, že manžela v době těsně před tím než zemřel odvezli do nemocnice i přes výhrady její a dcery.

Druhá podotázka se týkala subjektivního hodnocení poskytované péče.

Všichni komunikační partneři oceňovali především odbornou úroveň personálu a jejich ochotu a vstřícnost. „*... péče je tu poskytovaná na vynikající odborné úrovni, včetně lékařské. Zdravotní sestry jsou kvalifikované odbornice se zkušenostmi, takže často vědí jak mi pomoc, ještě než mne navštíví lékařka. Pečovatelky ví, co mají dělat a jak, ...*“ (Paní Dana). Paní Eva doplňuje: „*Péči bych zhodnotila jako vynikající, sestřičky ví, co mají dělat a jak to mají dělat. K tomu ta ochota, jejich dobrota, úsměv a dobrá nálada.*“

Všichni komunikační partneři oceňují klid, který v domově pro seniory našli, u většiny spojený se zabezpečením jistoty, bezpečí a respektování soukromí. Pan Adam uvedl: „*... vyhovuje mi tu klid a jídlo.*“ Paní Božena oceňuje: „*Pravdou je, že vím, co tady mohu očekávat, je o mne postaráno a já se nemosím bát, že upadnu a nezvednu se.*“ „*... nevnucují se, jen nabízejí a je na mne zda jejich pomoc přijmu, nebo ne (řeč byla o sestřičkách)*“ (Paní Dana).

Většina komunikačních partnerů si pochvalovala volnočasové aktivity a akce, které se v domově pro seniory pořádají. Jak konstatuje pan Adam: „*A pořád se tu něco děje, to se mi moc líbí.*“ Paní Cecílie je spokojená s poskytováním péče ve spirituální oblasti: „*Těšila jsem se na kostel a na všechny ty akce, který v domově pořádají, na ostatní babky... sem chodí pan farář každý týden ve středu a slouží poctivý mše. Tak to mi dělá velkou radost.*“ Paní Božena se volnočasových aktivit nezúčastňuje, protože jak sama říká je introvertní povahy. „*Já mám ráda knížky, ... tak tady hodně čtu, Na akce se občas chodím podívat z galerie.*“ Návštěva dobrovolnice na pokoji jí udělala radost. „*Nyní tu byla za mnou paní si popovídat, jen tak přišla, ani nevím, kdo to byl, ale jsem ráda.*“

Jediný komunikační partner posuzuje aktivizace negativně: „*Aktivizace, které zde probíhají, nenavštěvuji, připadají mi trochu infantilní, ale to je dáno úrovní lidí, kteří zde žijí. Stejně tak je tomu u akcí, které se zde pořádají.*“

6. DVO Jak subjektivně hodnotí komunikační partneři komparaci své spokojenosti v domácí péči a v péči domova pro seniory?

K odpovědi na 6. DVO byly použity podotázky: „*Jaké jsou dle komunikačních partnerů rozdíly mezi domácí péčí a péčí v domově pro seniory?*“ „*Kde vidí pozitivita a kde negativa těchto dvou typů péče?*“

Rozdíly mezi oběma typy péče vidí všichni komunikační partneři především v dostupnosti pomoci a v tom, že v domově pro seniory už nejsou „na obtíž“ svým rodinám. Všichni chválí odbornost, ochotu a vřelost personálu domova pro seniory a to, že si najdou čas se jim věnovat i mimo základní poskytovanou péči. Pan Adam si pochvaluje zlepšení vztahů s manželkou. „*Hlavní rozdíl je v tom, že si nelezeme vzájemně na nervy jako s manželkou. ... A tady se sestřičkama nejsme spolu celé dny, takže přijdou vždy odpočínuté a usměvavé. Navíc ví, jak co mají udělat, mají na to své grify. Doma je prostě doma, ale péči a všechno to okolo dělají líp tady.*“

Paní Božena uvádí: „*Doma je prostě doma. ... Ale na druhou stranu je pravdou, že tady je o mně líp postaráno, dohlíží na mě několikrát za den a i já můžu zazvonit, když něco potřebuju, nebo mi něco je.*“ Paní Cecílie se přidává k pozitivnímu názoru na oblast jistoty a bezpečí: „*Největší rozdíl vidím v tom, že tady pořád někdo je a když spadnete nebo se vám jenom nechce spát, tak máte za kým dojít, nebo koho zavolat.*“

Paní Dana hodnotila rozdíl v čase, který s ní personál tráví. „*V domově důchodců si sestřičky vždy čas najdou.*“

Paní Eva ocenila přístup personálu v období truchlení a vyrovnávání se s úmrtím manžela. „*... tady vždycky najdete ochotnou sestřičku, která vám jednak pomůže a jednak vás i vyslechne a i utěší.*“

Odpovědi na podotázku „*Kde vidíte pozitivita a kde negativa těchto dvou druhů péče?*“ ukazují, že většina komunikačních partnerů vidí pozitivita domácí péče především ve známém prostředí, na které byli dlouhou dobu zvyklí, kde měli své věci, měli svůj režim, který si sami vytvořili a mohli si dělat, co chtěli a kdy chtěli. Pan Adam se

vyjádřil: „*Pozitiva být doma je hlavně prostředí, na které je člověk zvyklý, kde si může dělat, co chce, mít manželku nablízku, syna a vnuka, který přicházejí taky domů.*“ Paní Božena doplňuje: „*Můžete si tam dělat, co chcete, je to vaše, vaše věci, váš prostor, vaše návštěva.*“ Paní Eva odpověděla souhlasně s předchozími komunikačními partnery: „*Být doma je fajn, máte tam svoje místa, svůj koutek, můžete si dělat, co chcete a kdy chcete.*“

Negativa domácí péče jsou dle komunikačních partnerů především v tom, že pečovatelky neměly čas, poskytli pouze domluvenou pomoc a pospíchali k jiným klientům. Tyto důvody pak vyvolávali u komunikačních partnerů, kteří neměli nejbližší rodinu v podobě manželů nebo dětí anebo jejich blízcí žili daleko od nich, pocity smutku a opuštěnosti. Paní Cecílie uvádí: „*...v pečováku mi chyběli lidi kolem sebe, sestra přijela jednou, dvakrát do týdne, brácha taky a pečovatelky neměly čas. Udělali, co bylo potřeba a utíkali jinam.*“ Paní Dana rozšířila hodnocení negativ domácí péče o nezajištění oblasti jistoty a bezpečí: „*Pečovatelky neměly čas a nebyly v dosahu, když se člověku přihodila nehoda.*“ Paní Božena vidí negativum domácí péče v malém rozsahu pomoci: „*Snad jen, že té péče, když ju potřebujete je málo.*“

Někteří komunikační partneři zažívali pocit, že své blízké obtěžují: „*Negativa domova bylo to, že jsme si lezli na nervy, že manželka byla unavená a nedělala to ráda a já si neuvědomoval, co všechno pro mě dělá a jak jí to obtěžuje. A když jsem si to uvědomil, tak mi nebylo milé, že jsem na manželce závislý a že jí potřebuju na tolik věcí*“ (Pan Adam). „*... žádat někoho z rodiny mi nebylo milé, měla jsem pocit, že je obtěžuji*“ (Paní Dana).

Pozitiva domova pro seniory vidí komunikační partneři v dobrém, kvalifikovaném a nepřetržitém zabezpečení péče. „*Pozitivem domova pro seniory je péče, kterou poskytují,... že se tady pořád něco děje a že tu mám klid, který jsem si přál*“ (Pan Adam). Dle paní Boženy: „*Pozitiva jsou jistě neustálý dosah pomoci, který tu je.*“ „*Pozitiva já vidím ve všem co se tu děje od rána až do večera*“ (Paní Cecílie). Paní Dana si pochvalovala: „*... mohu tu žít tak, jak jsem byla zvyklá doma a navíc mám potřebnou profesionální péči nadosah.*“ Paní Eva shrnula: „*Výhodou domova důchodců je ale hlavně péče, kterou oni umí poskytovat a to že tam člověk nikdy není na nic sám na rozdíl od domova, že ho vždycky někdo vyslechne, usměje se na něj, vezme za ruku, nebo pohladí.*“

Negativa domova pro seniory vidí každý komunikační partner v něčem jiném, podle svého osobního založení a individuálních potřeb a zájmů. Pan Adam odpověděl: „*I když jsem sám na pokoji, stejně nikdy se tu nebude rodina cítit jako doma, nemůžeme se sesednout, protože tu je málo místa a nikdy nevíte, kdo přijde, nebo kdo je za dveřmi.*“ Paní Eva se přidala podobným názorem: „*Negativem je, že pokoje jsou malé, takže když přijde na návštěvu víc lidí, musíme shánět židle po chodbách a jsme dost natěsnaní.*“ Paní Božena pocituje špatnou organizaci ošetřovatelské a zdravotní práce. Pro paní Cecílii je negativem jediný konkrétní zaměstnanec: „*Snad jen když přijde ta jedna sestra do práce, ta mívá pořád špatnou náladu a všechno chce, aby bylo honem honem, tak to vidím jako negativum. Ale ona tu tak často není a ostatní jsou hodný.*“ Paní Dana si nemohla žádné negativum vybavit: „*Prosím vás, já, i když usilovně přemýšlím, tak nyní žádná nevidím.*“

Výzkumný závěr k 2. HVO

Z výzkumu vyplynulo, že očekávání komunikačních partnerů se naplnila především v oblasti péče, oblasti jistoty a bezpečí a oblasti vztahů s druhými lidmi. Převážná většina komunikačních partnerů hodnotila poskytovanou péči kladně, oceňují především odbornou úroveň personálu, jejich ochotu a vstřícnost. V domově pro seniory se komunikační partneři cítí spokojeně.

Všichni komunikační partneři subjektivně hodnotí rozdíl v péči poskytované v domácnosti a péči poskytované v domově pro seniory ku prospěchu domova pro seniory. Největší rozdíl vidí především v dostupnosti kvalifikované péče v domově pro seniory, která je nepřetržitá, dále v ochotě a vřelých vztazích s personálem a ve zlepšení vztahů se svými blízkými.

Pozitiva domácí péče jsou dle komunikačních partnerů především známé prostředí, obvyklé rituály a dostatek místa pro setkávání s blízkými.

Pozitiva domova pro seniory vidí komunikační partneři v dobrém, kvalifikovaném a nepřetržitém zabezpečení péče.

4. Diskuze

Cílem výzkumu diplomové práce bylo srovnání očekávání seniorů před a po nástupu do domova pro seniory. Výzkum probíhal v domově pro seniory ve Strakonících u pěti klientů ve věku od 81 do 92 let a nástupem do domova pro seniory v období od října 2017 do ledna 2018, kteří splňovali podmínku zachování kognitivních funkcí a ochoty zúčastnit se výzkumu. Pro naplnění výzkumného cíle byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky: „S jakými představami přicházejí senioři do domova pro seniory?“ „V jakých oblastech se naplnila očekávání seniorů po nástupu do domova pro seniory?“

Aby bylo možno validně zodpovědět první výzkumnou otázku, bylo nutné zmapovat jaké oblasti vnímají komunikační partneři významné pro svojí spokojenost, jaká péče jim byla poskytována před nástupem do domova pro seniory, jak byli s touto péčí spokojeni a jaké měli představy o životě v domově pro seniory.

Dle Dvořáčkové (2012) by měla být kvalita života zkoumána v rámci holistického přístupu k osobnosti člověka, to znamená zaměření na oblast fyzického prožívání, psychickou pohodu, sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. Šteflová (in Kalvach, 2014) doplňuje, že k základním potřebám starších lidí patří soběstačnost, nezávislý život, možnost podílet se na rozhodování a životě společnosti i místní komunity. Odpovědi korespondenčních partnerů s těmito tvrzeními plně korespondují. Pro jejich subjektivní spokojenost jsou dle výzkumu významné především klid, pocit jistoty a bezpečí, zajištění péče, a vztahy s druhými lidmi, hlavně vztahy s blízkými a úzký kontakt s rodinou s plným zapojením do dění v rodině.

Základními aktéry domácí péče je dle Jeřábka (2013) rodina, především manželka, manžel, ve spolupráci s dcerou či snachou. Jako nejvhodnější doporučuje autor kombinovat péči rodiny s terénními sociálními službami působícími v přirozeném sociálním prostředí člověka. I komunikační partneři, kteří se účastnili výzkumu, uváděli, že péči jim poskytovala nejbližší rodina – manželka, dcera, syn, ve spolupráci s terénní pečovatelskou službou.

Haškovcová (2010) uvádí tři základní podmínky, které musí vlastní rodina splňovat pokud se chce o seniora starat, a to „musí chtít, umět a moci potřebnou péči poskytnout.“ Problematické body, které spatřovali komunikační partneři v domácí péči se týkali především podmínky „moci“, která byla narušena ve všech případech z důvodů

vzdálenosti bydlišť rodinných příslušníků, jejich zdravotními problémy a jejich časové vytíženosti. Bariérovost prostředí, podrážděnost pečujících, časová náročnost skloubení péče o seniora se zaměstnáním a rodinou narušovaly pak u některých pečujících podmínku péče „chtít“. Další oblastí, která působila na spokojenost komunikačních partnerů a tím ovlivnila jejich očekávání v domově pro seniory byly častější pocity samoty jak uvádí i Čevela (2012).

Základní důvody pro poskytování institucionální péče uvádí autorky Hrozenká a Dvořáčková (2013) snížení soběstačnosti staršího člověka natolik, že již není možné setrvat v původní domácnosti a pomoc rodinných příslušníků a terénních sociálních služeb je nedostačující. Vágnerová (2007) doplňuje důvody o závislost jako důsledek zhoršení funkčního stavu, úbytku tělesných a psychických schopností. Kalvach (2014) k tomu dodává, že závažným problémem seniorů jsou pády a strach z pádů, kdy hrozí závažné poranění a následné umístění v institucionální péči. Komunikační partneři shodně s autory uváděli důvody pro svůj odchod do domova pro seniory především snížení soběstačnosti, která bývala následkem opakovaných pádů. Strach z pádu a nezajištění první pomoci po pádu byly pak hlavní příčinou rozhodnutí odejít z domácího prostředí do domova pro seniory.

Obvyklé představy seniorů o životě v domově pro seniory popsala Malíková (2011): Senioři jsou ubytováni na vícelůžkových pokojích bez sociálního zázemí, v domově pro seniory vládne direktivní přístup, je zaveden rutinní skupinový systém péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako individualitě, lidské bytosti, která má své potřeby a pocity a cítí a vnímá jak je o ni postaráno. Klient je pasivním příjemcem poskytované péče a má minimální prostor k tomu, aby mohl pokračovat ve svém předchozím navyklém způsobu života. Jeho návyky většinou nejsou zohledněny, nikdo se o něj nezajímá a musí se plně přizpůsobit chodu a režimu v zařízení. Příbuzní seniory navštěvují sporadicky a odnášejí důchod svého člena rodiny. S těmito předsudky se ztotožnil pouze jeden komunikační partner, který shrnul, že domov pro seniory je „čekárna na smrt“. Většina komunikačních partnerů měla pozitivní povědomí o životě v domově pro seniory před nástupem do něj, většinou z osobní zkušenosti, z vyprávění příbuzných uživatelů domova pro seniory, z internetových stránek.

Pro zodpovězení druhé hlavní výzkumné otázky byli komunikační partneři vyzváni, aby subjektivně zhodnotili rozdíl mezi péčí poskytovanou před a po jejich nástupu

do domova pro seniory, aby zkusili říct pozitiva a negativa obou typů péče a aby vyjádřili svojí spokojenost či nespokojenost nyní, při svém pobytu v domově pro seniory.

Největší nevýhodou péče v domovech pro seniory jsou dle Haškovcové (2010) obavy z dodržování řádu, kterému se budou muset podřít, z direktivního přístupu zaměstnanců, z potvrzené ztráty autonomie, z pocitu selhání rodiny a signál blížícího se konce života. Vágnerová definuje tři základní oblasti, se kterými se starý člověk při vstupu do domova pro seniory potýká - ztrátu osobního zázemí, ztrátu autonomie a signál blížícího se konce života. Vyzdvihované přednosti péče v domácím prostředí jsou dle Jeřábka (2013) zejména zajištění pocitu bezpečí seniora v jemu blízkém a známém prostředí, správné reflektování identity jedince a podpora jeho sebevědomí, podpora jeho nezávislosti pomocí nabídky smysluplných činností a nespornou výhodou domácí péče o starého člověka je též přítomnost emocionální složky. Komunikační partneři, kteří se podíleli na výzkumu při hodnocení rozdílů mezi domácí péčí a péčí v domově pro seniory potvrdili, že domácí péče pro ně znamená především být ve známém prostředí, kde si mohou dělat, co chtějí, mají nastavený svůj režim, na který jsou zvyklí a hlavně mohou být v intenzivním kontaktu se svou rodinou, svými blízkými, se kterými se mohou scházet kdykoliv bez omezení místem, časem nebo režimem a se zajištěním plného soukromí. Problematickým bodem domácí péče, podle výsledků výzkumu, se ukázalo zajištění bezpečí a první pomoci v případě pádu. V domově pro seniory oceňovali komunikační partneři zajištění důstojné péče a pomoci v kteroukoliv denní či noční hodinu, respektování soukromí a vřelé vztahy s personálem. Díky zajištění neustále péče se vytrácel i strach a nejistota ze situací, kterých se dříve obávali.

Venglářová (2007) uvádí, že velkou výhodou a předností péče v domovech pro seniory je vysoká profesionalita a důraz na kvalitu poskytovaných služeb, příklon k individualitě každého klienta, maximální možná autonomie klientů v rámci poskytované péče a pravidel daného zařízení. Výzkum toto tvrzení potvrdil, komunikační partneři velmi vysoko hodnotili odbornost a profesionalitu personálu a ochotu řešit jejich problémy individuálním přístupem. Spokojenost vyjadřovali také s nabídkou aktivit, které jim domov pro seniory nabízí a s vřelými vztahy s personálem, kde oceňovali zejména jejich lidský přístup.

Všichni komunikační partneři vyjádřili vyšší spokojenost v péči domova pro seniory. Všichni se shodli, že jejich očekávání se naplnila, často je i předčila. Díky nástupu do domova pro seniory se zbavili strachu z pádů, našli klid, necítí se sami a nemají pocit, že jsou svým rodinám přítěží. Zároveň si pochvalují zlepšení vztahů se svými blízkými.

5. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak se změnila očekávání seniorů před a po nástupu do domova pro seniory. Pro dosažení vytyčeného cíle byl proveden kvalitativní výzkum s využitím metody dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru s klienty žijícími v domově pro seniory ve Strakonících. Byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky: „S jakými představami přicházejí senioři do domova pro seniory?“ „V jakých oblastech se naplnila očekávání seniorů po nástupu do domova pro seniory?“ K zodpovězení hlavních výzkumných otázek byly vymezeny dílčí výzkumné otázky, které se staly osou otázek pro výzkumný rozhovor.

Teoretická část práce je rozdělena do třech kapitol. V první kapitole jsou definované pojmy stáří a stárnutí, změny souvisejících se stářím, potřeby seniorů a možné způsoby přípravy a adaptace na stáří. Druhá kapitola vysvětluje pojem kvalita života a její dimenze, popisuje činitele, kteří na kvalitu života působí a způsoby měření kvality života. Závěr druhé kapitoly se zaměřuje na kvalitu života seniorů. Ve třetí kapitole jsou popsány možnosti péče o seniory v domácím prostředí a v domovech pro seniory.

Do výzkumu bylo zapojeno pět komunikačních partnerů, kteří nastoupili do domova pro seniory v období mezi 10/2017 až 1/2018. Další podmínkou účasti ve výzkumu byla ochota zúčastnit se výzkumu, zachování kognitivních funkcí a nástup do domova pro seniory z domácího prostředí.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nejvýznamnější oblastí pro spokojenost seniorů je pocit klidu, jistoty a bezpečí, zajištění dostupné péče a vztahy se svými blízkými. Všem komunikačním partnerům před nástupem do domova pro seniory poskytovala péči jejich rodina ve spolupráci s terénní pečovatelskou službou. Hlavním důvodem odchodu do domova pro seniory bylo snížení soběstačnosti, které bylo následkem opakovaných pádů. Strach z pádu a nezajištění první pomoci po pádu byly pak hlavní příčinou rozhodnutí odejít z domácího prostředí a nastoupit do domova pro seniory.

Domovy pro seniory jsou opředeny spoustou mýtů a předsudků. Někteří komunikační partneři s těmito předsudky do domova pro seniory odcházeli, ale většina znala domov pro seniory z osobní zkušenosti, z pozitivního vyprávění rodin klientů nebo z internetových stránek. Proto očekávali, že jim v domově pro seniory bude poskytnuta dostatečná péče, že zde bude zajištěna jejich bezpečnost, že se dovolají v případě

potřeby pomoci. Obávali se režimu, kterému se budou muset podřídit a stejně tak vztahů s personálem a se spolubydlícími.

V domově pro seniory oceňovali především zajištění důstojné péče a pomoci v kteroukoliv denní či noční hodinu, respektování soukromí a vřelé vztahy s personálem. Díky zajištění neustále péče se vytrácel i strach a nejistota ze situací, kterých se dříve obávali.

Všichni komunikační partneři vyjadřovali vyšší spokojenost s péčí v domově pro seniory než v domácí péči. Všichni se shodli, že jejich očekávání se plně naplnila, většinou je i předčila. Velmi vysoko hodnotili odbornost a profesionalitu personálu, ochotu řešit jejich problémy individuálním přístupem, vřelé vztahy s personálem, kde oceňovali zejména jejich lidský přístup. Spokojenost vyjadřovali také s nabídkou aktivit, které jim domov pro seniory nabízí. Díky nástupu do domova pro seniory se zbavili pocitů strachu z pádů, pocitu, že jsou svým rodinám přítěží a pochvalovali si zlepšení vztahů se svými blízkými.

Výsledky tohoto výzkumu mohou přispět k destigmatizaci domovů pro seniory jakožto zařízení, kam se chodí dožít. Diplomová práce tak může být přínosná zejména seniorům, kteří se odchodu do domova pro seniory obávají a k odstranění předsudků spojených se vstupem do domova pro seniory.

Výzkum přináší podněty pro vedoucí zaměstnance k zlepšení osvěty a povědomí o způsobu života v domovech pro seniory. Sociálním pracovnícům přináší zpětnou vazbu pro zlepšení procesu adaptace klientů.

6. Seznam použitých zdrojů

1. Agein and health. 2012. [online].[cit. 21.1.2018]. Dostupné z: <http://www.ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/age_en.htm>
2. APSS ČR. ©2011 IRESOFT. *Značka kvality v sociálních službách*. [online].[cit. 21.1.2018]. Dostupné z: <<http://www.znackakvality.info/>>
3. APSS ČR. ©2011 IRESOFT. *Značka kvality*. [online].[cit. 21.1.2018]. Dostupné z: <<http://www.apsscr.cz/cz/nabizime/znacka-kvality>>
4. BERTINI, K. 2013. *Sendvičová rodina: souběžná péče o malé děti a seniory*. 1. Vyd. Praha: Portál, 211 s. ISBN 978-80-262-0478-7.
5. CUMMING, R., A. 2000. *Objective and subjective quality of life: An interactivemodel Social Indicators Research*. [On-line] Dostupné z: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1007027822521>>
6. ČESKO. Vyhláška 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky. [online].[cit. 29.12.2015]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf>
7. ČESKO. *Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách*. In: Sbíрка zákonů České republiky. [online].[cit. 28.12.2015]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
8. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
9. ČSÚ, *Česká republika v číslech, 2017*. [online].[cit. 1.12.2017]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-w0i9dxmgh>>
10. Diener, E. 2000. *Subjektive well-being: The science of happiness and a proposal for a national index*. American Psychologist. Č. 55, s. 34 – 43.
11. DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
12. ERIKSON, E. 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0786-3.

13. GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
14. HARTL, P; HARTLOVÁ, H. 2004. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1
15. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
16. HAUKE, M. 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing, 1.vyd.128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
17. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-485-4.
18. HOLMEROVÁ, I. a kol. 2006. *Aktivní stárnutí*. Česká geriatrická revue. Č. 4. ISSN 1801-8661.
19. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
20. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
21. HŮLE, D. *Demografie stárnutí*, 2014. [online].[cit. 1.12.2017]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_starnuti= ISSN 1801-2914>
22. JANEČKOVÁ, H. 2005. *Sociální práce se starými lidmi*. in Sociální práce v praxi. Praha: Portál. ISBN 80-7367-02-X.
23. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
24. JEŘÁBEK, H. a kol. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Slon. 316 s. ISBN 978-80-74-7419-117-6.
25. KALVACH, Z. 2014. *Podpora komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Diakonie ČCE, 95 s. ISBN 978-80-87953-07-5.
26. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

27. KATZ, D. et al. 2002. *Quality of Life for Patients with Chronic Illness*. [online].[cit. 15.1.2018]. Dostupné z: <<http://pmmp.cnki.net/Resources/CDDPdf/evd%5Cbase%5CJournal%20of%20Family%20Practice%5C%E6%A8%AA%E6%96%AD%E9%9D%A2%E7%A0%94%E7%A9%B6%5Cjfp20025103229.pdf>>
28. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. Československá psychologie. Č. 47, s. 333 -345.
29. KEYES, C.L.M., WATERMAN, M.B. 2003. *Dimensions of well-being and mental health in adulthood*. In *Well-being: Positive development throughout the life course*. S. 481 – 501. Mahwah, Nj: Erlbaum.
30. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 202 s. ISBN 978-802-4721-699.
31. KRÍVOHLAVÝ, J. 2004. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 802-470-17-90
32. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
33. LEVIN, J. S., CHATTERS, L. M. 1998. *Religion, health, and psychological well-being in older adults*. *Journal of Aging and Health*. Č.10, s. 504 – 531.
34. MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
35. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. 2007. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: FHS UK, 167 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
36. MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
37. MATOUŠEK, O. 2016. *Slovník sociální práce*, 3. Vyd. Praha: Portál, 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
38. MILLWARD, C. 1999. *Caring for Elderly Parents*. *Family Matters*. č. 52, s. 26 – 30.
39. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

40. MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
41. MOTLOVÁ, L. 2007, *Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku*. České Budějovice: Kontakt. 352 s. ISSN 1212-4117.
42. MPSV. 2012. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online].[cit. 21.1.2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf>
43. MPSV. 2006. *Standardy kvality sociálních služeb. Příručka pro uživatele*. [online].[cit. 21.1.2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf>
44. MÜHLPACHR, P. 2009. *Gerontopedagogika*. 2. Vyd. Brno: Masarykova univerzita, 203 s. ISBN 80-210-3345-2
45. NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, I. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-87007-96-9.
46. PF, *Maslowova pyramida lidských potřeb*, 2011. [online].[cit. 30.12.2017]. Dostupné z: <<http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb>>
47. *Quality of life indicators*. 2015. [online].[cit. 2018]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators>
48. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
49. SVOBODOVÁ, K. 2006. *Genderové aspekty stárnutí: rodina péče o seniory*. Demografie. č. 4. S. 256 – 261.
50. SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON.285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
51. ŠIMÁK, M. 2010. *Czech system of pension instance and its current problems*. Journal of Nursing, Social Studies and Public Health. České Budějovice: University of South Bohemia, Faculty of Health and Social Studies, 1. vol. No 1-2. ISSN 1804-1868.
52. ŠTEFLOVÁ, A. 2014. *Podpora komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Diakonie ČCE, 95 s. ISBN 978-80-87953-07-5.

- 53.** TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80- 7262- 356- 6
- 54.** VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 55.** VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 56.** VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. 2004. *Čeští senioři včera, dnes, zítra*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 90 s. ISBN není.
- 57.** WHO. 1997. *WHOQOL - Measuring quality of life*. [online].[cit. 12.1.2018]. Dostupné z: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>
- 58.** *World report on ageing and health 2015*. 2015 [online].[cit. 2018]. Dostupné z: <<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>
- 59.** *Značka kvality v sociálních službách*, 2015. [online].[cit. 2018]. Dostupné z: <<http://www.znackakvality.info/manual-zq/system-zq>>

7. Přílohy

Příloha č. 1 - Záznamové listy

Záznamový list č. 1

Identifikace

Pan Adam, 88 let

Nástupu do DS prosinec 2017

Které oblasti jsou důležité pro Vaši spokojenost? (oblast faktické péče, potřeba jistoty a bezpečí, oblast vztahů s druhými lidmi, oblast seberealizace a naplnění volného času, oblast spirituálních potřeb)

Já potřebuju hlavně klid a vědět, že se můžu spolehnout, že mi někdo pomůže, když potřebuju.

Jaká péče Vám byla poskytována před nástupem do DS? Kdo Vám péči poskytoval a v jakém rozsahu? Jak byste poskytnutou péči subjektivně zhodnotil?

Do domova důchodců jsem nastoupil v prosinci, těsně před vánocemi z domova. Všechno, co jsem potřeboval, mi doma zajišťovala manželka se synem. Manželka je nemocná, léčí se na onkologii a ty její zuby ... teď taky pořád běhá po zubařích.

Byl jsem celkem samostatný, ale ta manželka jak je nemocná ... Pomáhala mi hlavně po dialýze, to jsem byl zesláblý, vařila mi, uklízela, starala se o prádlo, nosila noviny, hlídala, abych neupadl. Syn přijížděl hlavně o víkend, aby mi pomohl do vany a ven anebo když jsem potřeboval k lékaři. Taky nám jezdil nakoupit, protože to už manželce dělalo obtíže. Jinak jsem si doma dělal všechno sám. Špatný bylo, když jsem upadl, to se mi taky někdy stalo. Posledně jsem při tom i rozbil skleněnou výplň ve dveřích. Manželka mě sama nezvedla, tak jsme volali synovi a já musel na zemi počkat až přijede. Manželka se na mě zlobila, nadávala, že to bude muset uklízet, ale copak jsem to udělal schválně?

Pečovatelskou službu jsme nevyužívali, protože nemáme tak velký důchody a pečovatelky jsou drahé. To až jak jsme žádali do domova důchodců, tak synovi ta paní poradila, ať požádáme o nějaký příspěvek na nemohoucnost, nebo jak se to jmenuje. To jsme udělali, ale teda než to vyřídili, to byla doba.

Jinak jsem byl doma spokojený, přišlo mi, že mám všechno, co potřebuju, ale teď když jsem v domově, tak je to lepší. Doma mě manželka pořád nutila něco dělat a říkala mi, co mám dělat, a teď mám klid.

Jaké byly hlavní příčiny pro Váš odchod do domova pro seniory? Byl to Váš vlastní nápad a vlastní rozhodnutí?

Příčinou byla nemoc manželky. Léčí se na onkologii a ještě má pořád nějaké problémy se zubama. Asi jí to pomáhání mi hodně zmáhalo. Byla dost nervózní a někdy pěkně nevrlá.

Napadlo to manželku. Jak jsem reagoval? No co sem měl dělat. Nejdřív mi to přišlo líto, říkal jsem si, že se mě chce zbavit po tolika letech a že já bych jí to nikdy neudělal. Přišlo mi, že toho od ní zas tak moc nepotřebuju. I jsme se kvůli tomu pohádali, řekl jsem jí to. To ona se pak rozbřečela, že už nemá sílu a spočítala mi, co všechno pro mě dělá. Tak jsem o tom přemýšlel a uznal jsem, že to takhle dál nejde, a že ani já už jí nechci viset na krku. A pak jsem si i říkal, že vlastně aspoň budu mít klid a že by nám to mohlo pomoci.

Jaké představy jste měl o životě v domově pro seniory v době, kdy jste si podával žádost? (o péči, volném čase, seberealizaci, vztazích, spirituálních potřebách)

Představy jsem nějaký měl, hlavně z hovorů s jinými lidmi. Říkali, že mi tu musejí pomáhat, přinést oběd a tak. Já jsem doma dřív pro obědy chodil do školy, ale teď už to nezvládnou a manželka mě ani nechtěla pouštět samotného, že bych někde upadnul.

O tom, že se v domově důchodců dělá taky něco jiného, než jenom to, že vám donesou oběd a pomůžou vám s koupáním, že jsou tam nějaké aktivity ve volném čase jsem nevěděl, to jsem se dozvěděl, až když za mnou přišli ty sociální pracovnice těsně před nastoupením. Myslel jsem si,

že mi tu jen pomůžou, tak to jsem byl překvapený. Netušil jsem, co všechno se tu pro starý lidi dá dělá.

Čeho jste se bál, na co jste se těšil?

Částečně jsem se bál všeho, přece jenom jsem nikdy v domově důchodců nebyl, nikdy jsem v žádném nežil. Nevěděl jsem jaké to bude, co tu bude, kdo tu pracuje, jaký bude můj spolubydlicí. Jak se sžiju s režimem, který tady určitě bude. Pořád jsem se utěšoval tím, že když se mi tu nebude líbit, tak mě manželka vezme zpátky domů.

A na co jsem se těšil? Že tu budu mít klid, svůj klid a že se manželce uleví a bude z ní zase ta milá holka, co jsem si vzal.

Měl jste nějaká přání nebo očekávání? (v oblasti faktické péče, potřeby jistoty a bezpečí, oblasti vztahů s druhými lidmi, oblasti seberealizace a naplnění volného času, oblasti spirituálních potřeb)

Doma má člověk svůj zaběhnutý režim, své jistoty, na které je zvyklý. Ne vždycky mi ten náš domácí režim vyhovoval. V poslední době skoro spíš nevyhovoval, protože manželka chodila po doktorech a byla nervózní. Jídlo v pravidelnou dobu jsme poslední dobou už nemívali, musel jsem počkat, až se manželka vrátí. Tak jsem se těšil, že bude jiný režim a hlavně že tu budu mít klid. Že tu bude někdo, kdo mi pomůže, že jídlo bude v pravidelnou dobu a že mne vzbudí bez výčitek, když budu mět jet na dialýzu. A očekával jsem, že když upadnu, jako se mi doma několikrát stalo, že někdo přijde a zvedne mě hned a bez potíží a řečí jaké mívala manželka. To jsem musel někdy i počkat na zemi až přijede syn z Písku z práce, někdy i přes hodinu. Ostatní jsem si neuměl představit, takže jsem v nic nedoufal a nyní je to příjemné překvapení.

Naplnila se Vaše očekávání?

Všechna očekávání se mi naplnila a je tady ještě spousta věcí navíc, které jsou pro mne velmi příjemným překvapením. Všechny ty akce, které se tu pořádají a ochota s jakou vám je nabízejí a pak vás tam bez problémů a řečí dovezou. Možnost jít ven, a když nemůžu sám, tak mě prostě naloží do vozíku a odvezou ... Můžu říct, že jsem tu spokojený.

Jak byste poskytovanou péči subjektivně zhodnotil?

Vždycky jsem si myslel, že doma je to nejlepší, protože tam je člověk zvyklý, má tam všechny svoje oblíbené a milé věci. Ale péče se mi zdá lepší tady než doma. Jsou tu ochotný sestřičky, nemusím se o nic starat, vyhovuje mi tu klid a jídlo. Jídlo je tu moc dobré a je ho až moc, ani to nesním. A pořád se tu něco děje, to se mi moc líbí. V březnu se slavilo MDŽ, byli tu harmonikáři, chodí sem paní s pejskama ...

Jaké jsou dle Vás rozdíly mezi domácí péčí a péčí v domově pro seniory?

Hlavní rozdíl je v tom, že si nelezeme vzájemně na nervy jako s manželkou. Ona je hodná, ale teď jak je nemocná, tak je to s ní těžký. A tady se sestřičkama nejsme spolu celé dny, takže přijdou vždy odpočínuté a usměvavé. Navíc ví, jak co mají udělat, mají na to své grify. A pokaždé tu mají muže, takže když jsem upadl, sestřička ho zavolala, on přišel a zvedl mě bez nějakých potíží. Doma je prostě doma, ale péči a všechno to okolo dělají líp tady.

Kde vidíte pozitiva a kde negativa těchto dvou typů péče?

Pozitiva být doma je hlavně prostředí, na které je člověk zvyklý, kde si může dělat, co chce, má manželku nablízku, syna a vnuka, který přicházejí taky domů. I když jsem sám na pokoji, stejně nikdy se tu nebude rodina cítit jako doma, nemůžeme se sesednout, protože tu je málo místa a nikdy nevíte, kdo přijde, nebo kdo je za dveřmi. Pozitivem domova pro seniory je péče, kterou poskytují, to že tady pořád jsou a hned přijdou a jejich ochota. Pozitivem je i to, že se tady pořád něco děje a že tu mám klid, který jsem si přál.

Negativa domova bylo to, že jsme si lezli na nervy, že manželka byla unavená a nedělala to ráda a já si neuvědomoval, co všechno pro mě dělá a jak jí to obtěžuje. A když jsem si to uvědomil, tak mi nebylo milé, že jsem na manželce závislý a že jí potřebuju na tolik věcí.

Negativum domova pro seniory je zase to, že člověk se tu necítí jako doma. Pořád je to ústav a musí se tu poslouchat. Ale to není zas tak hrozné, doma jsem taky poslouchal a podřizoval se manželce.

Záznamový list č. 2

Identifikace

Paní Božena, 85 let

Nástupu do DS říjen 2017

Které oblasti jsou důležité pro Vaši spokojenost? (oblast faktické péče, potřeba jistoty a bezpečí, oblast vztahů s druhými lidmi, oblast seberealizace a naplnění volného času, oblast spirituálních potřeb)

Pro mne je nejdůležitější mít klid a své blízké kolem sebe. To ale není, že by museli být nadosah, ale že vím, co s nimi je, že jim můžu zavolat, že si s vnukem můžeme „zaskajpovat“. Potřebuju se mít kam schovat, kde si v klidu můžu přečíst knížku, koukat na televizi. To že mi někdo pomůže, je samozřejmě také důležité, ale platím si za to a ne zrovna málo. Ale ten klid a pohoda je k nezaplacení.

Jaká péče Vám byla poskytována před nástupem do DS? Kdo Vám péči poskytoval a v jakém rozsahu? Jak by jste poskytovanou péči subjektivně zhodnotila?

Byla jsem doma a chodily ke mně tři pečovatelky, jeden den jedna přišla uklidit, druhý den druhá mě přišla okoupat a třetí den jsme cvičili, ale tak aby mi to pomáhalo. Taky dyž jsem odcházela, tak mě připomínala „Nezapomínejte cvičit!“ No a vozili mi obědy každý den a když jsem potřebovala, tak mě odvezli k lékaři a pokoupili mi, co bylo potřeba. Co mně vadilo, že měli málo času. Přiběhli, udělali co měli a už koukali na hodinky, protože za chvíli už je čekal další klient. To teď v domově je lepší. I když děvčata taky mají spoustu práce, tak si ale najdou chvílku a pobydou se mnou povykládají.

Každý měsíc jezdila za mnou na pár dní dcera ze Strakoníc. Ta trochu poklidila a pak oběhla kamarádky. Ale snažila se, abych se měla dobře. Aj byt mě přestavěli a sprchový kout udělali.

No a další týden jezdil můj milovaný vnuk. Tomu jsem se snažila já navařit, ale on mě raději vzal do restaurace a pak jsme hodně moc povídali.

Jak bych to zhodnotila? Bylo to moc krásné, hlavně s vnukem. To je můj miláček. My jsme spolu i cestovali, on mi dělal garde místo manžela. Je pravda, že chápu dcery obavy z toho mého padání a že když se podívám zpátky, tak teď se mi žije pohodlněji, protože mi tu má kdo pomoci kdykoliv i v noci. Proto jsem nakonec souhlasila s nástupem do domova pro seniory.

Jaké byly hlavní příčiny pro Váš odchod do domova pro seniory? Byl to Váš vlastní nápad a vlastní rozhodnutí?

Hlavní příčinou byly časté a opakované pády, protože se mi podlamují z ničeho nic nohy, najednou jako bych je neměla. Sousedí sice měli klíče, ale nechodili tak často na kontrolu, bývali aj v práci, takže dyž sem padla, tak jsem musela počkat, až dojdou. No a tak jsem si stáhla na zem peřinu, abych neležela na studeným, a počkala. Někdy jsem tam ležela až do druhého dne, než mne našli.

S nápadem přišla dcera. Sousedí co měli klíče, tak jí po každém mém pádu volali. Jenže ona ze Strakoníc nemohla pomoci a tak začala vyřizovat žádost, urgovat až jsem se sem dostala. Konečné rozhodnutí bylo moje, uznala jsem její argumenty.

Jaké představy jste měla o životě v domově pro seniory v době, kdy jste si podávala žádost? (o péči, volném čase, vztazích, spirituálních potřebách)

Ani žádné. Sestřenice ve Zlíně s manželem byli v domově s pečovatelskou službou, a když jsme je byli ještě s manželem navštívit, viděli jsme na chodbě ženy, které tam seděly. A já drblala do manžela a řekla: „Hele dívej se, čekárna na smrt.“

Myslela jsem si, že tu budou děvčata, které mi pomůžou, že udělají, co potřebuji jako pečovatelky, co ke mne chodili. Hlavně že budu pod dohledem, že vždy někdo přijde. To se naplnilo.

Upřímně mne vztahy moc nezajímají, jsem introvert a tady je to čekárna na smrt. Víím, že odsud už neodejdu, že tady umřu. A ostatní jsou na tom stejně. S personálem jsou vztahy dobré, i když tak jako všude, jsou tu dobré sestřičky, milé, ochotné a jsou tu i horší. O těch raději nemluvit.

Myslela jsem si, že se do aktivit budu zapojovat, ale jelikož jsem introvert, tak mne to nyní neláká. Je tady skupinka lidí, kteří musí být všude a tak se i povyšují, že jsou tu dlouho. Mají vždycky svůj stůl, ke kterému nikoho nepustí a pomlouvají ostatní. Já mám ráda knížky, svoji knihovnu jsem darovala pedagogické škole, tak tady hodně čtu, ale vybírám si. Na akce se občas chodím podívat z galerie.

Vzhledem k tomu, že jsem nevěřící, mě žádné představy nenapadají. Víím, že je tu kaple, kde se slouží každý týden mše, ale já se jich nezúčastňuji. Nyní tu byla za mnou paní si popovídat, jen tak přišla, ani nevím, kdo to byl, ale jsem ráda.

Čeho jste se bála, na co jste se těšila?

Nepřipouštěla jsem si žádné obavy, brala jsem to jako fakt. Doma být už nemožu, dcera měla neustále obavy a tak jsem šla.

Měla jste nějaká přání nebo očekávání? (v oblasti faktické péče, potřeby jistoty a bezpečí, oblasti vztahů s druhými lidmi, oblasti seberealizace a naplnění volného času, oblasti spirituálních potřeb)

Jediné mé přání byl samostatný pokoj, jsem jedináček. Já jsem zůstávala doma, i když rodiče jeli na chatu. Připravili mi jídlo a já jsem celé dny četla. A v oblasti péče jsem si přála, aby byla zajištěná lépe než dyž jsem byla doma.

A očekávání? Očekávala jsem to, co tu je. Že se o mne postarají, že když upadnu, tam mne brzy najdou a zvednou. O vztahy s druhými lidmi nestojím, i když jsem si představovala, že bych mohla udělat třeba přednášku o místech a zážitcích, kde jsme byli s manželem a pak s vnukem. Ale nemyslím si, že by o toto téma tady byl zájem, takže jsem se o to ani nepokusila.

Naplnila se Vaše očekávání?

Asi ano, jen v oblasti péče je tu špatná organizace. Mám již několik dní průjem, i jsem to ohlásila a chtěla, jestli by mi na něj nemohli něco dát. Sestřička odešla a pak se vrátila, že nic nemají. Dala jsem jí i ústřížek od běžně prodejného léku, který jsem mívala ve své lékárnice, aby věděli, co mi pomáhá. Myslela jsem, že v takovémto zařízení budou mít nějaké běžné léky, jako bych měla doma. Dále jsem chtěla místo běžného jídla dietní, ale bylo mi řečeno, že pro jednoho nebudou vyvažovat. Přitom ale se tedy plýtvá, protože já to jíst nemožu a oni to pak musí vyhodit.

Jak byste poskytovanou péči subjektivně zhodnotila?

Musí to být. Pravdou je, že víím, co tady mohu očekávat, je o mne postaráno a já se nemosím bát, že upadnu a nezvednu se.

Jaké jsou dle Vás rozdíly mezi domácí péčí a péčí v domově pro seniory?

Rozdíly? Doma je prostě doma. Vnuk za mnou jezdil, pobyl u mne, nyní přijede k dceři, se mnou pobyde chvílku, ale i když delší chvílku, už to není ono. Doma to bylo jinak, tam byl prostě můj, navařila jsem mu, popovídali jsme si ... Jo, jo to už nikdo nevrátí ...

Ale na druhou stranu je pravdou, že tady je o mně líp postaráno, dohlíží na mě několikrát za den a i já můžu zazvonit, když něco potřebuju, nebo mi něco je.

Kde vidíte pozitiva a kde negativa těchto dvou typů péče?

Domov pro seniory – pozitiva jsou jistě neustálý dosah pomoci, který tu je, milé sestřičky

Negativa – špatná organizace práce

Domácí péče – doma je prostě doma. Můžete si tam dělat, co chcete, je to vaše, vaše věci, váš prostor, vaše návštěva. Negativa? Snad jen, že té péče, když ju potřebujete je málo.

Záznamový list č. 3

Identifikace

Paní Cecílie, 92 let
Nástupu do DS listopad 2017

Které oblasti jsou důležité pro Vaši spokojenost? (oblast faktické péče, potřeba jistoty a bezpečí, oblast vztahů s druhými lidmi, oblast seberealizace a naplnění volného času, oblast spirituálních potřeb)

Tak asi hlavně zajištění pomoci s tím, co sama nezvládnou si udělat, aby o mě bylo postaráno a nemusela jsem se bát, že se mi něco stane.

Jaká péče Vám byla poskytována před nástupem do DS? Kdo Vám péči poskytoval a v jakém rozsahu? Jak by jste poskytovanou péči subjektivně zhodnotila?

Než jsem nastoupila sem do domova důchodců, žila jsem 5 let v pečovatelském domě. Měli jsme s manželem chalupu se záhumnou, ale nebyla tam koupelna a všude schody. Manžel zemřel a já už jsem tam být nemohla, protože mi začali hroznout nohy. Kolikrát jsem nemohla ani přejít z kuchyně na záchod. No a stejně jsem už ani na hospodářství nestačila, ani mě to nebavilo, a tak jsem požádala do pečováku a i do domova důchodců.

V pečováku to bylo ze začátku dobré, byly tam babky, který na tom byly podobně jako já. Scházeli jsme se venku na lavičce a poklábosili. Jenže pak se ty moje nohy začaly zhoršovat a já nemohla chodit tolik ven. Babky někdy zašli na návštěvu, ale já jim nemohla ani kafe uvařit, protože jsem nemohla vstát z postele.

Pečovatelky ke mně chodily každý den třikrát, nosily mi obědy, připravovali na talířky jídlo na snídani a večeri, vařili čaj do konvičky, uklízeli, prali prádlo, chodili nakoupit, vynášeli gramofon, kterej jsem měla u postele. Stálo to kopci peněz a furt to bylo málo, vždycky jsem něco potřebovala, když zrovna nikdo nebyl. Tak jsem musela volat sestře nebo bratrovi do Strakonic, a když mohli, tak přijeli.

Nejhorší bylo, když jsem upadla. To jsem musela počkat až do rána, než přijdou pečovatelky, protože jsem ani k telefonu nemohla.

Jaké byly hlavní příčiny pro Váš odchod do domova pro seniory? Byl to Váš vlastní nápad a vlastní rozhodnutí?

Určitě to bylo hlavně to, že jsem se nemohla zvednout, když jsem upadla a ani se dovolat pomoci. Vedle bydlí hluchá babka, tak jsem mohla volat, jak chtěla. No a jak nemůžu chodit, tak jsem potřebovala hodně pomoci a i jindy, než je pracovní doba pečovatelek.

Žádost jsem si podávala sama, když umřel manžel. To jsem to ještě nepotřebovala, tak jen pro jistotu. Sama jsem poslední dobou i volala, jestli už pro mě mají místo. Do domova důchodců jsem chtěla, byla jsem v pečováku furt sama a ven jsem vůbec nemohla.

Jaké představy jste měla o životě v domově pro seniory v době, kdy jste si podávala žádost? (o péči, volném čase, vztazích, spirituálních potřebách)

Říkala jsem si, že horší než tady to být nemůže, naopak, že to tam musí být dobré, že mi tam pomůžou, s čím budu potřebovat, nebudu sama a hlavně se dovolám pomoci, když spadnu. A od jedny pani, která jezdila do pečováku za matkou a v domově důchodců měla tchýni, jsem slyšela, že je to tam dobré, že tam pořád něco organizují, že tchýně na ně ani nemá čas. Jo a taky, že je tam kaple. Já totiž chodím od dětství do kostela, tak to se mi moc líbilo.

Čeho jste se bála, na co jste se těšila?

Bála jsem se jen, jaký tam bude režim, kdy se bude chodit spát, s kým budu na pokoji a jaký budou sestřičky. Taky jsem nevěděla, jak se to dělá s doktorem, tak to jsem se bála, že s každým prdem budou posílat do nemocnice.

A na co jsem se těšila? Hlavně, že nebudu sama, na kostel a na všechny ty akce, který v domově pořádají, na ostatní babky.

Měla jste nějaká přání nebo očekávání? (v oblasti faktické péče, potřeby jistoty a bezpečí, oblasti vztahů s druhými lidmi, oblasti seberealizace a naplnění volného času, oblasti spirituálních potřeb)

Přání ještě jedno mám, to se mi ještě nesplnilo - jednolůžkový pokoj. Jsem sice na pokoji s hodnou paní, ale přeci jenom bych chtěla být sama. Ráda koukám na televizi a tak si jí hodně tluším, abych paní nerušila.

Jinak všechno, co jsem čekala, pomoc sestřiček při koupání, při chození, nosení jídla, úklidu, že mě najdou, když spadnu, že si mám s kým popovídat, to se všechno splnilo. No a to že můžu každý týden do kostela, tak to je nejlepší. Čekala jsem, že to bude tak jednou za měsíc na svatý přijímání, ale sem chodí pan farář každý týden ve středu a slouží poctivý mše. Tak to mi dělá velkou radost.

Naplnila se Vaše očekávání?

Ano naplnila, jsem se vším opravdu spokojená.

Jak byste poskytovanou péči subjektivně zhodnotil?

Já jsem opravdu velmi spokojená se vším. Od jídla, který tu vaří dobrý a v dost velkých porcích, tak i sestřičky jsou tu hodný, usměvavý a nejvíc se mi líbí ten kluk, co tu pracuje. Ten si s námi zažertuje a to je hned člověku veselejc. Jo a ta sociálka z ředitelství, ta je taky moc fajn. Ta nedělá s ničím problém. Za ní přijdete, že něco potřebujete, ona se zasměje a prostě to zařídí. Taky mám od ní slíbenej ten samostatnej pokoj.

Jaké jsou dle Vás rozdíly mezi domácí péčí a péčí v domově pro seniory?

No kdybych byla před tím, než jsem šla do domova důchodců doma, v naší chalupě, tak by se mi asi nechtělo. Ale jak jsem byla v pečováku, tak už jsem domov opustila a smířila se s tím. Takže jsem do domova důchodců šla úplně klidně a ráda. Největší rozdíl vidím v tom, že tady pořád někdo je a když spadnete nebo se vám jenom nechce spát, tak máte za kým dojít, nebo koho zavolat.

Kde vidíte pozitiva a kde negativa těchto dvou typů péče?

Domov pro seniory – pozitiva já vidím ve všem co se tu děje od rána až do večera. A negativa? Snad jen když přijde ta jedna sestra do práce, ta mívá pořád špatnou náladu a všechno chce, aby bylo honem honem, tak to vidím jako negativum. Ale ona tu tak často není a ostatní jsou hodný.

Domácí péče – v pečováku mi chyběli lidi kolem sebe, sestra přijela jednou, dvakrát do týdne, brácha taky a pečovatelky neměli čas. Udělali, co bylo potřeba a utíkali jinam. A to že opravdu když jsem spadla, tak jsem ležela až do rána na zemi a musela počkat, až někdo přijde. A taky jsem nemohla ven a to tady už jsem byla mockrát i když byla zima. Sestřička mě zabalila do deky a jeli jsme se podívat na chvílku do zahrady. A teď na jaře už máme zase naplánováno.

Záznamový list č. 4

Identifikace

Paní Dana, 89 let

Nástupu do DS prosinec 2017

Které oblasti jsou důležité pro Vaši spokojenost? (oblast faktické péče, potřeba jistoty a bezpečí, oblast vztahů s druhými lidmi, oblast seberealizace a naplnění volného času, oblast spirituálních potřeb)

Prosím Vás, pro mne je nejdůležitější mít svůj klid, kde se mohu věnovat studiu literatury ze svého oboru, mít u sebe počítač a připojení k internetu, abych mohla být ve spojení se svou rodinou a se svými kolegy k potřebným konzultacím z mojí či jejich strany. Důležité je pro mne i soukromé místo, kde se mohu setkávat se svými blízkými. A potřebuji solidní péči, která je poskytována důstojným způsobem. Není mi milé, že musím žádat pomoc při intimních činnostech, bohužel si sama již neporadím, a tak přístup pečovatelek je pro mne velmi důležitý.

Pokud mám toto všechno zajištěno, a to nyní mám, tak jsem spokojená.

Jaká péče Vám byla poskytována před nástupem do DS? Kdo Vám péči poskytoval a v jakém rozsahu? Jak byste poskytovanou péči subjektivně zhodnotila?

Prosím vás, než jsem v prosinci nastoupila sem, tak jsem žila sama, protože manžel je nemocný Alzheimerovou demencí a v domově důchodců už žije. Byt mi sehnal synovec v lokalitě blízko domova důchodců, abych mohla co nejčastěji za manželem. V této lokalitě má postaveno i bratr a nyní již i synovec.

Takže jsem žila tedy sama. Protože ale již nejsem plně samostatná, pomáhal mi ze začátku bratr a hlavně synovec, který mi nosil obědy, co uvařila jeho manželka, vozili mě k lékařům, přivázeli mi nákupy a obstarávali různé záležitosti.

V loňském létě jsem ale onemocněla těžkou angínou, nebyla jsem schopna vstát z postele a najednou jsem potřebovala pomoc i s mytím a koupáním. To jsem ale nemohla dopustit, aby mi pomáhal bratr nebo synovec, mytí a koupání je velmi intimní záležitost, tak jsem zjišťovala možnosti a objednala si pečovatelskou službu. Po domluvě se synovcem jsem si nechala dovážet ve všední dny i obědy. Ostatní jsem se snažila si zařídit sama, i když trochu hůř chodím. Jenže po nemoci jsem zůstala trochu zesláblá a stalo se, že jsem několikrát upadla. Proto jsme s pečovatelkami domluvili i úklidy v týdnu, ráno pomoci se snídaní a hygienou. Když jsem potřebovala někam odvést, tak to zajistil synovec nebo bratr. No a synovec se začal zajímat o místo v domově důchodců, kde mám manžela, a když se uvolnilo místo a nabídli mi ho, bez oholky jsem přijala.

Jak bych tuto část svého života subjektivně zhodnotila? Prosím Vás, nestěžuji si, ale už péče nestačila a připadala jsem si závislá na synovci a svém bratru, nechtěla jsem je obtěžovat a proto jsem neváhala nad nabídkou domova důchodců.

Jaké byly hlavní příčiny pro Váš odchod do domova pro seniory? Byl to Váš vlastní nápad a vlastní rozhodnutí?

Prosím vás, to by vám lépe zodpověděl můj synovec, který se o to postaral. Jak jsem říkala, cítila jsem, že dlouho být sama již nezvládnou, a že jsem čím dál víc závislá na péči mého synovce a bratra. Přece jenom ty nohy mne zlobily a občas jsem upadla a natloukla si, takže jsem ven chodila jen v doprovodu. K tomu měli začít mrazy a já bych se nedostala za manželem, byť jsem to neměla daleko, ale strach z pádu a následného zranění mi nedovolil riskovat.

Žádost do domova jsem podávala společně s manželem. Žádost byla jen pro jistotu a tak když nastal čas, volal synovec sociální pracovníci, zda bych mohla nastoupit. Samozřejmě, že to nakonec bylo, prosím vás, jen a jen moje rozhodnutí.

Jaké představy jste měla o životě v domově pro seniory v době, kdy jste si podávala žádost? (o péči, volném čase, vztazích, spirituálních potřebách)

Prosím vás, já chodila do domova pro seniory ob den za manželem, který, jak jsem již říkala, zde bydlí, takže já jsem měla představy naprosto přesné. Viděla jsem, jak se k manželovi chovají, jakou péčí a jakým způsobem mu poskytují a jaké možnosti tu nabízejí. O vztahy s jinými lidmi ani já ani manžel jsme nikdy nikterak nestáli, většinu života jsme se pohybovali v akademických kruzích, kde jsou lidé spíše uzavření a nenavazují přátelství mezi sebou. Manžel nyní v důsledku nemoci nemůže navazovat vztahy a já jsem typický vědec, takže bych zde asi rovného člověka se společnými zájmy nenašla. A jsem už dlouho zvyklá být sama a vystačit si s knihami, počítačem a vztahy udržovat jen v rovině rodiny.

Čeho jste se bála, na co jste se těšila?

Prosím vás, jak už jsem řekla, věděla jsem, co mě čeká, takže jsem žádné obavy neměla. A na co jsem se těšila? Především na klid, který v domově důchodců panuje, na milý a ochotný personál, který jsem již znala. A největší radost jsem měla, že ani nepřítel počasí už mi nezabrání jít za manželem.

Měla jste nějaká přání nebo očekávání? (v oblasti faktické péče, potřeby jistoty a bezpečí, oblastí vztahů s druhými lidmi, oblastí seberealizace a naplnění volného času, oblastí spirituálních potřeb)

Já jsem si hlavně přála mít samostatný pokoj a očekávala jsem, že to synovec zařídí. Jinak samozřejmě jsem očekávala, že toho co se dostává manželovi, se dostane i mne a že budu moct žít dál v klidu, bezpečí a v blízkosti bratra a synovce a věnovat svým zájmům.

Naplnila se Vaše očekávání?

Ano moje očekávání se naplnila, s péčí v domově jsem spokojená. Žiji v samostatném pokoji, k manželovi mám blízko, jen na druhou chodbu, nikdo mne tu neobtěžuje, personál se chová s úctou a ohledem, poskytují mi dostatečnou péči, kterou přizpůsobují mým požadavkům a zvyklostem a já se mohu věnovat svým zájmům a dělat jen to, co chci a kdy chci.

Jak byste poskytovanou péči subjektivně zhodnotil?

Prosím vás, péče je tu poskytovaná na vynikající odborné úrovni, včetně lékařské. Zdravotní sestry jsou kvalifikované odbornice se zkušenostmi, takže často vědí jak mi pomoc, ještě než mne navštíví lékařka. Pečovatelky ví, co mají dělat a jak, nevnučují se, jen nabízejí a je na mne zda jejich pomoc přijmu, nebo ne.

Aktivizace, které zde probíhají, nenavštěvuji, připadají mi trochu infantilní, ale to je dáno úrovní lidí, kteří zde žijí. Stejně tak je tomu u akcí, které se zde pořádají. Vystoupení dětí a harmonikářů opravdu není pro mě. Mě by zajímali spíše odborné přednášky, nebo poslech vážné hudby. Ale to prosím vás není stížnost, vím, že jsem jiná, než ostatní klienti a rozhodně se nad ně nepovyšuji. Své potřeby v této oblasti si uspokojuji se synovcem, který mě vozí na výstavy nebo na koncert.

Jaké jsou dle Vás rozdíly mezi domácí péčí a péčí v domově pro seniory?

Podle mého je prosím vás největší rozdíl mezi péčí poskytovanou doma a tady v čase, který pečovatelky vám mohou věnovat. Doma pečovatelka přiběhla, rychle udělala, co jsme měli domluveno a už koukala na hodinky, protože za pár minut musela být u jiného klienta.

V domově důchodců si sestřičky vždy čas najdou. No a samozřejmě v zajištění bezpečnosti. Každý dostane při nástupu tlačítko a poučení, že kdyby se mu cokoliv nemilého přihodilo, má zazvonit, a sestřičky přijdou na pomoc. A opravdu přijdou během malé chvilky a ochotně pomohou.

Kde vidíte pozitiva a kde negativa těchto dvou typů péče?

Každý styl péče má svá pozitiva a negativa. Pro mne je pozitivem domova pro seniory, že tu mohu žít tak, jak jsem byla zvyklá doma a navíc mám potřebnou profesionální péči nadosah.

A negativum? Prosím vás, já, i když usilovně přemýšlím, tak nyní žádná nevidím.

A doma? Jak jsem říkala. Pečovatelky neměli čas a nebyly v dosahu, když se člověku přihodila nehoda. No a stále žádat někoho z rodiny mi nebylo milé, měla jsem pocit, že je obtěžují, i když mi to nikdy nedali najevo. Navíc s intimními věcmi bych nedovolila aby mi pomáhali.

Záznamový list č. 5

Identifikace

Paní Eva, 81 let

Nástupu do DS leden 2018

Které oblasti jsou důležité pro Vaši spokojenost? (oblast faktické péče, potřeba jistoty a bezpečí, oblast vztahů s druhými lidmi, oblast seberealizace a naplnění volného času, oblast spirituálních potřeb)

Pro moji spokojenost je nejdůležitější mít nablízku svoji rodinu a kolem sebe milé lidi. Z toho, co říkáte vy, je asi nejdůležitější to bezpečí a jistota. Vědět, že se můžu na lidi kolem sebe spolehnout, že mi pomůžou, když budu potřebovat a nebudou se ofrňovat a říkat, že to nejde.

Jaká péče Vám byla poskytována před nástupem do DS? Kdo Vám péči poskytoval a v jakém rozsahu? Jak byste poskytovanou péči subjektivně zhodnotila?

My jsme žili s manželem v penzionu v Horažďovicích. Tam jsme se přestěhovali, když manžel onemocněl z domku, kde byly schody a on je nemohl vyjít a já jsem neměla sílu mu pomoci. Pořád se to s ním horšilo a nakonec přestal skoro chodit. Pak ještě onemocněla dcera, má rakovinu lymfatických uzlin a v podstatě nemůže pořádně hýbat rukama po všem tom ozařování. A syn jezdí s autem po republice, tak taky nemohl pomáhat. Takže manžel musel být zavřený jen doma a nikam se nedostal.

Dcera zařídila, že jsme dostali byt v tom penzionu, kam nám chodily pomáhat pečovatelky. Protože ale ten penzion nebyl uzpůsobený na pomoc odpoledne a v noci, tak pečovatelky nám nosily jen obědy a pomáhaly s úklidem. Manžel se před nimi navíc styděl, takže koupání a umývání jsem musela dělat sama. Manželovo nemoc se ale zhoršovala, takže s náma musela zůstat dcera i v noci, pomáhala nám s koupáním, nakupovala, prala prádlo a nakonec i manžela přebalovala a v noci otáčela v posteli. Kvůli tomu začala u nás přespávat, ale jak tam bylo málo místa, tak spala na zemi na matraci, což jí zase nedělalo dobře na léčení její nemoci. Navíc ta psychika taky u ní nebyla dobrá. Já jsem těžká diabetička, a jak jsem byla pořád nervózní a měla jsem starosti jak o dceru, tak o manžela, začal mi lítat cukr a nakonec jsme s manželem oba skončili v nemocnici. Je pravda, že poslední dobou už mi opravdu docházeli síly.

Jaké byly hlavní příčiny pro Váš odchod do domova pro seniory? Byl to Váš vlastní nápad a vlastní rozhodnutí?

Hlavním a jediným důvodem byla nemoc manžela. On byl úplně bezmocný, sám se už ani nenajedl a já už na to nestačila. No a dcera jak je nemocná, tak u nás přespávala na zemi, takže se jí nemoc znovu začala zhoršovat. Věděli jsme ale, že do domova důchodců chceme nastoupit spolu, byli jsme na sebe hodně fixovaní, celý život jsme prožili spolu, 64 let a za celou dobu jsme snad nebyly jediný den od sebe. V nemocnici jsem pak už byla taky jen kvůli manželovi, aby nebyl sám, protože jak jsem si odpočinula, tak se mi srovnal cukr a i další potíže přestaly.

Poprvé s nápadem odejít do domova důchodců přišla sestřička v nemocnici. Nejdříve jsem to za nás za oba odmítla, ale pak jsme to rozebírali s dcerou a já viděla, jak je chudinka unavená, jak nás sice nechtěla do ničeho nutit, ale přitom se bojí co bude, až budeme zase doma a tak jsme vyplnili žádosti a když nám ta fajn sociální pracovnice zavolala, že by pro nás oba měla místo, tak jsem se i těšila.

Jaké představy jste měla o životě v domově pro seniory v době, kdy jste si podávala žádost? (o péči, volném čase, vztazích, spirituálních potřebách)

Tak nejdříve moje představy nebyly hezký, byla jsem se jednou, kdysi dávno v jednom domově důchodců podívat. Seděly tam starý, sešlý ženský, měly poslintaný brady a koukaly tak nějak nepřítomně a hrozně smutně. A kolem nich chodila taková divná ženská, ve špinavých šatech

a strkala jim do ruky skleničky a pořád hučela: „Napijte, napijte, musíte pít ...“ Tak jsem si říkala, tam nikdy nechci skončit, to je jen odkladiště starých lidí a jen se tam čeká na smrt.

Pak mi dcera ale ukázala na internetu domov důchodců ve Strakonících a přečetla, co všechno na tom domově je a co se tam dělá. Ten domov se mi líbil, bylo tam světlo, čisto, všude kytky a babičky se usmívaly a na všech obrázcích něco dělaly. No a na tom internetu jsme se taky dočetli, kdo všechno tam je a co se tam koná, včetně mší. A i ty babičky, co seděly na fotkách vedle sebe, tak vypadaly, že jsou spokojené. Tak jsme si řekli, že to zkusíme.

Čeho jste se bála, na co jste se těšila?

Nejdříve jsem se bála úplně všeho, proto jsem to hned odmítla. Ale po prohlídce na internetu už to bylo lepší. Obavy jsem samozřejmě měla. Je to nová věc, nikdy nevíte úplně přesně, co vás čeká. Nejvíce jsem měla strach, jestli sestřičky budou hodný, ne tak jako v nemocnici, nebo jako ta, co jsem si jí pamatovala.

No a na co jsem se těšila? Že mi pomůžou s manželem a nebudu muset využívat dceru.

Měla jste nějaká přání nebo očekávání? (v oblasti faktické péče, potřeby jistoty a bezpečí, oblasti vztahů s druhými lidmi, oblasti seberealizace a naplnění volného času, oblasti spirituálních potřeb)

Přála jsem si mít pokoj s manželem, a aby o něj bylo dobře postaráno.

A očekávala jsem, že když to bude stát tolik peněz, jak jsme si zjistili, tak že nám opravdu pomůžou, že opravdu když zavolám, tak někdo přijde a že nakonec budu moct i na chvíli od manžela odejít ven a trochu se rozptýlit nebudu se muset bát, že se mu něco stane, než se vrátím.

Naplnila se Vaše očekávání?

Stoprocentně ano. Vůbec nelituju peněz, které každý měsíc platím. O manžela se sestřičky opravdu postarali výborně, přebalovali ho, když potřeboval, koupali ho, i když nemohl pomoci a muselo to být vleže, dokonce ho vzali na harmonikáře, který on měl tolik rád.

A mě jak pomohli? Nenechali mě s ním samotnou, abych se starala, nabízeli mi aktivity, ať se rozptýlím a přijdu na jiné myšlenky. Vždy byli a samozřejmě dál jsou velmi ochotný a milý, pohladí po ruce, nebo i obejmou, když vidí, že je člověku úzko. Nejvíce mi pomohli, když manžel zemřel a já jsem nechtěla být sama v tom pokoji, všude jsem ho viděla, i když dcera pokoj s nimi hned přestavěla. Domluvili jsme se, že můžu jít domů do penzionu na nějakou dobu, i když je nějaký limit, myslím, že říkala dcera 60 dnů, kterej se může být mimo domov, a že až budou mít jednolůžkový pokoj, tak se vrátím. No a asi po měsíci mi zařídili, že jsem dostala jiný pokojíček, samostatný, v jiném patře, takže jsem se vrátila a jsem zase tady.

Co mě jen mrzí, že těsně před tím než umřel, ho odvezli do nemocnice, i když my jsme s dcerou nechtěli. Dneska už je chápu, oni se musí chránit, aby je někdo nenařkl, že neposkytli pomoc. Ale my bysme to neudělali, chtěli jsme být jen spolu, ale je pravda, že nás v tu chvíli nenapadlo, že je na tom tak špatně.

Jak byste poskytovanou péči subjektivně zhodnotil?

Péči bych zhodnotila jako vynikající, sestřičky ví, co mají dělat a jak to mají dělat. K tomu ta ochota, jejich dobrotu, úsměv a dobrá nálada ... Není co dodat. Zaslouží jen obdiv, protože jejich práce je opravdu hodně těžká. Měli by být placení zlatem.

Jaké jsou dle Vás rozdíly mezi domácí péčí a péčí v domově pro seniory?

Péči v domově důchodců už jsem popsala, a když bych měla srovnat s domácí péčí? Tam jsem na všechno byla sama jen s dcerou, kdežto tady vždycky najdete ochotnou sestřičku, která vám jednak pomůže a jednak vás i vyslechne a i utěší, protože manžel umřel před nedávnem a je to

pořád hodně bolavý. Nechci pořád zatěžovat dceru, má spoustu starostí se sebou a svou nemocí. Ale všimla jsem si, že je klidnější, tak snad je jí líp, když ví, že je o mě postaráno. Samozřejmě jsou tu některé sestřičky milejší a hodnější, ale žádná vás nikdy neodmítne a nestalo se mi, ani když ještě žil manžel, že by byla některá protivná, nebo nepříjemná.

Kde vidíte pozitiva a kde negativa těchto dvou typů péče?

Být doma je fajn, máte tam svoje místa, svůj koutek, můžete si dělat, co chcete a kdy chcete. V domově trošku omezení je, musí tu panovat nějaký režim, ale není to nijak hrozný, sestřičky se opravdu snaží zachovávat vaše soukromí, nikdy nevstoupí do pokoje bez zaklepání a vyzvání. Negativem je, že pokoje jsou malé, takže když přijde na návštěvu víc lidí, musíme shánět židle po chodbách a jsem dost natěsnaný.

Výhodou domova důchodců je ale hlavně péče, kterou oni umí poskytovat a to že tam člověk nikdy není na nic sám na rozdíl od domova, že ho vždycky někdo vyslechne, usměje se na něj, vezme za ruku, nebo pohladí.