



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Adaptace seniorů při vstupu do pobytové služby
domov pro seniory**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Jakub Frank

Vedoucí práce: PhDr. Olga Shivairová, Ph. D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Adaptace seniorů při vstupu do pobytové služby domov pro seniory* jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 29.04.2024

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat PhDr. Olze Shivairové, Ph. D. za poskytnuté rady a odborné vedení bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat své rodině za podporu při tvoření této bakalářské práce.

Adaptace seniorů při vstupu do pobytové služby domov pro seniory

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou stárnutí a adaptace starších osob při přechodu do pobytového zařízení domov pro seniory. Práce se ve své teoretické části zaměřuje na vymezení pojmů, charakteristiku a problematické aspekty související se stárnutím. V dalších kapitolách se práce zabývá sociálním prostředím, sociální péčí, poukazuje na cíle a priority geriatrické péče, zabývá se kvalitou života seniorů a identifikuje faktory ovlivňující tuto kvalitu, včetně přípravy na stáří. Důraz je kladen na faktory podporující adaptaci seniorů v pobytové službě domov pro seniory a možnosti adaptace pomocí aktivizačních činností.

Cílem práce bylo zjistit, jaké skutečnosti napomáhají seniorům v adaptačním procesu při vstupu do pobytové služby domov pro seniory a do jaké míry adaptační proces při přechodu z domácího prostředí do domova pro seniory ovlivňuje úspěšné zvládnutí adaptace ke spokojenosti seniora. Ve výzkumné části je použita kvantitativní výzkumná strategie prováděná technikou dotazování. Hlavní faktory adaptace jsou zkoumány při vstupu do pobytové služby domov pro seniory a je zkoumán i jejich vliv na změnu chování seniora v důsledku změny sociálního prostředí a zaběhlých návyků. K získání informací o zmíněných faktorech je použit dotazník s 29 otázkami, který byl položen 120 uživatelům domova pro seniory.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že faktory ovlivňující adaptační proces seniorů při vstupu do domova pro seniory, mohou být velmi rozmanité a jsou závislé na mnoha aspektech, mezi které patří individuální osobnostní rysy seniora, podmínky a prostředí samotného domova pro seniory, jakož i podpora ze strany rodiny a sociálního okolí. Tato práce přispívá k lepšímu porozumění procesu adaptace a poskytuje návrhy, jak proces adaptace usnadnit.

Klíčová slova

Adaptace; Seniori; Pobytová služba; Domov pro seniory; Stárnutí

The adaptation of seniors upon entry into a residential service for the elderly

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of aging and adaptation of elderly people during the transition to a residential facility for the elderly. The theoretical part of the thesis focuses on the definition of terms, characteristics and problematic aspects related to ageing. In the following chapters, the thesis deals with the social environment, social care, highlights the goals and priorities of geriatric care, deals with the quality of life of the elderly and identifies factors affecting this quality, including preparation for old age. Emphasis is placed on the factors supporting the adaptation of seniors in residential services for the elderly and the possibilities of adaptation through activation activities.

The aim of the study was to find out what factors help seniors in the adaptation process when entering a residential service home for the elderly and to what extent the adaptation process during the transition from the home environment to a home for the elderly affects the successful adaptation to the satisfaction of the elderly. In the research part, a quantitative research strategy conducted by interviewing technique is used. The main factors of adaptation are investigated when entering a residential service for the elderly home and their influence on the change in the elderly's behaviour as a result of the change in social environment and established habits is also examined. A 29 questionnaire is used to obtain information on the aforementioned factors, which was administered to 120 elderly home users.

Based on the research, it was found that the factors influencing the adaptation process of seniors when entering a home for the elderly can be very diverse and depend on many aspects, including the individual personality traits of the elderly, the conditions and environment of the home for the elderly itself, as well as support from the family and social environment. This paper contributes to a better understanding of the adaptation process and provides suggestions on how to facilitate the adaptation process.

Key words

Adaptation; Seniors; Residential service; Nursing home; Aging

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část.....	9
1.1 Vymezení pojmů stáří, gerontologie a geriatrie.....	9
1.2 Věk a charakteristika přirozeného stárnutí	10
1.3 Pojem senior a periodizace stáří	11
1.4 Strategie chápání vlastní role v senilním věku	12
1.5 Involuční procesy.....	13
1.5.1 Biologické projevy stáří.....	13
1.5.2 Psychologické projevy stáří.....	14
1.5.3 Sociální změny	15
2 Každodenní život a kvalita života	16
2.1 Sociální prostředí seniora	16
2.2 Sociální a zdravotní péče o seniory	17
2.3 Příprava na stáří a kvalita života.....	18
2.4 Cíle a priority geriatrické péče	19
2.5 Maslowova teorie hierarchie potřeb	20
3 Pobytová služba	21
3.1 Domovy pro seniory	21
3.1.1 Sociální práce v Domovech pro seniory	22
3.1.2 Přístup sociálních pracovníků.....	23
3.1.3 Žadatelé o pobytovou službu.....	23
3.1.4 Reakce seniorů na vstup do domova pro seniory	24
4 Adaptace	26
4.1 Adaptace na stáří.....	26
4.2 Adaptace na pobytová zařízení.....	28
4.2.1 Adaptační reakce	29

4.3	Fáze adaptace.....	30
4.4	Faktory podporující úspěšnou adaptaci	31
4.5	Adaptace seniora na dobrovolné přijetí	33
4.6	Adaptace seniora na nedobrovolné přijetí	34
4.7	Adaptace pomocí aktivizace.....	35
4.7.1	Virtuální realita jako aktivizační činnost	35
4.8	Maladaptace na pobytová zařízení.....	36
4.9	Validace.....	37
5	Výzkumná část	38
5.1	Cíl práce a stanovení výzkumné otázky	38
5.2	Stanovení hypotéz.....	38
6	Metodika	39
6.1	Strategie výzkumu	39
6.2	Výzkumný soubor.....	39
6.3	Etické aspekty výzkumu	40
6.4	Harmonogram sběru dat	40
6.5	Rizika výzkumu	40
6.6	Statistické vyhodnocení dotazníku	40
7	Výsledky výzkumu.....	42
7.1	Statistické zhodnocení hypotéz	60
8	Diskuse	62
9	Závěr	68
10	Seznam použité literatury a zdrojů.....	69
11	Seznam grafů, tabulek a obrázků.....	76
12	Seznam příloh.....	78

Úvod

Rozhodnutí zvolit téma "Adaptace seniorů při vstupu do pobytové služby domov pro seniory" pro mou bakalářskou práci vychází z mé vnitřní motivace a naléhavosti této problematiky. V dnešní společnosti je stárnutí populace jedním z nejvýznamnějších demografických trendů, který s sebou přináší nové výzvy v oblasti péče o seniory. Bylo pro mě důležité porozumět příběhům, emocím a potřebám seniorů v souvislosti s touto klíčovou životní změnou.

Toto téma mě zaujalo především proto, že adaptace seniorů na nové prostředí a životní podmínky při vstupu do domova pro seniory může mít zásadní vliv na jejich kvalitu života. Je pro mě důležité objasnit, jakým způsobem mohou být tito jedinci nejlépe podpořeni a jaký vliv má adaptace na jejich fyzické, sociální a psychologické zdraví.

Vstup do domova pro seniory představuje pro starší lidi zásadní životní změnu. Opouštějí své známé prostředí, rodinu a často i dlouhodobou samostatnost. Pobytové služby domovů pro seniory jsou zároveň konfrontovány s výzvou zajistit optimální podmínky pro tuto adaptaci.

Cílem této problematiky je porozumět tomuto procesu a identifikovat možnosti podpory seniorů během něj. Je nezbytné zjistit, jak starší lidé vnímají svůj přechod do domova pro seniory, jaká jsou často zmiňovaná témata nebo problémy a jaký vliv má tato adaptace na jejich kvalitu života.

Tato bakalářská práce si klade za cíl přispět k lepšímu porozumění procesu adaptace seniorů při vstupu do pobytové služby domov pro seniory a nabídnout praktické závěry, které mohou vést ke zlepšené poskytované péči a podpoře seniorů při jejich přechodu do pobytové služby.

1 Teoretická část

1.1 Vymezení pojmů stáří, gerontologie a geriatric

MPSV ve svém akčním plánu (2021) uvádí, že je třeba vnímat stáří jako součást celoživotního cyklu stárnutí. To vyžaduje, aby se v každé životní fázi dbalo na udržování vztahů, akceptaci nemocí, uvědomění si konečnosti existence a fakt, že smrtelnost je neoddělitelnou součástí života s hlubokým významem.

Dle Topinkové (2010) je stárnutí nevratný a všeobecný, i když druhově specifický biologický proces, který je stále obtížné přesně definovat. Postihuje různé orgány s různou rychlostí, což vede ke ztrátě funkční rezervy. Starší organismus se stává méně přizpůsobivým ke změnám ve vnitřním i vnějším prostředí, ztrácí své adaptivní schopnosti a může snadno ztratit schopnost kompenzovat i mírné podněty, což může vést k dekompenzaci funkce orgánů a organismu jako celku.

Dle Čeledové a Čevely (2017) lze stárnutí z pohledu sociologie chápat jako směsici biologických, psychologických a sociálních procesů, jejichž projevy se liší v rozmanitých kulturách. Je důležité stáří vnímat ve vztahu k celému průběhu života, neboť způsob, jakým žijeme, přímo ovlivňuje, jaké bude naše stáří. Stáří je také v jistém smyslu odrazem společnosti, protože odráží její charakter v dané době – hovoříme o tom jako o generaci definujícím stáří.

Kalvach a Mikeš (2004) označují stáří jako pozdní fázi ontogenetického vývoje v přirozeném průběhu života. Kalvach a Onderková (2006) definují stáří jako poslední fáze života, v níž se nápaditěji projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a přizpůsobení se organismu. V ekonomicky rozvinutých zemích se obvykle považuje za začátek seniorského věku věk 65 let.

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří, která získává poznatky z vlastní metodologie a také čerpá z jiných vědních disciplín (Pacovský, 1994). Pojem gerontologie pochází z řeckého slova gerón = starý člověk a logos = nauka, slovo (Kalvach & Onderková, 2006). Kalvach a Mikeš (2004) považují gerontologii za soubor vědomostí o stárnutí a života ve stáří.

Geriatric je medicínský obor, který se zabývá seniorskou problematikou týkající se zdravotního a funkčního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštností v jejich výskytu, klinickém obrazu, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci a sociálních souvislostech chorob ve stáří (Kalvach & Mikeš, 2004).

1.2 Věk a charakteristika přirozeného stárnutí

Věk je určen datem narození a má výhodu jasného stanovení. Existují různé konvence o tom, jaký věk je považován za stárnutí a stáří, které vycházejí z kalendářního věku. Malíková (2020) uvádí, že věkové kategorie můžeme členit několika možnými způsoby. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), usilující o sjednocení tzv. věkových kategorií založených na patnáctiletých obdobích lidského života, je můžeme rozdělit následovně:

- **30-44** - dospělost,
- **45-59 let** - střední věk,
- **60-74 let** - vyšší věk neboli začátek stáří,
- **75-89 let** - pokročilé stáří, tzv. sénium,
- **90 let** - dlouhověkost.

Věk funkční odpovídá skutečnému potenciálu člověka vzhledem k jeho funkčním schopnostem. Často se liší od kalendářního věku. Je určen kombinací biologických, psychologických a sociálních charakteristik (Pacovský 1994).

Fenotyp stáří představuje tělesné projevy a změny, které odlišují starší lidi od mladých. Dlouhodobě nové generace stárnou v lepší tělesné kondici, v lepším zdravotním stavu a mají sociálně ambicióznější přístup než generace starší. To vede k trvalému tlaku na rozvoj a zlepšování sociálních služeb pro seniory (Kalvach, 2004). Lidé ve vyšším věku a jejich rodiny často nepocítují postup času, dokud se neobjeví problémy spojené se zdravím. Starší věk často přináší zdravotní potíže, které následně vedou k uvědomění si vlastního stáří. Rostoucí počet seniorů je hlavně výsledkem prodlužující se průměrné délky života. Dle Sýkorové (2007) je stárnutí vysoce individuální proces, který ovlivňuje rozličné aspekty, a je proto možné pozorovat mnoho rozdílných forem stáří.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“, 2021) uvádí, že aktivní stárnutí by mělo znamenat kontinuální participaci na společenském, kulturním, ekonomickém, občanském i duchovním dění. Čeledová a Čevela (2017) tento koncept aktivního stárnutí nevztahují jen na jedince, ale na celé populace a uvádí, že klíčovým prvkem je podpora mezigenerační solidarity, která má pozitivní vliv na sociální a psychické aspekty jednotlivce.

Špatenková a Smékalová (2015) popisují, že v minulosti se názory ohledně vnímání stáří pravidelně měnily, přičemž vždy převažoval buď kladný, nebo záporný pohled. Pozitivní pohled považoval stáří za období pokoje a úcty k seniorům za jejich moudrost, dobrosrdečnost a trpělivost. Na druhé straně, negativní přístup viděl stáří jako čas zbytečnosti, utrpení, nesnází, nemoci a bolesti.

Individuální procesy stárnutí, zkoumané z pohledu medicíny a gerontologie, a měnící se demografické složení společnosti, posuzované z hlediska sociální politiky, musí být pojaty jako jeden souvislý problém a musí být řešeny v jejich vzájemných vztazích (Wysokińska, 2013).

Populace planety se postupně stává starší. Dle výzkumu World Population Prospect (2022) byl v roce 2020 počet osob starších šedesáti let odhadován na jednu miliardu. Předpokládá se, že tento počet naroste do roku 2030 na 1,4 miliardy, což znamená, že každý šestý člověk na Zemi bude mít šedesát let nebo více. Očekává se, že do roku 2050 se počet seniorů nad šedesát let více než zdvojnásobí a dosáhne 2,1 miliardy. Predikce od Českého statistického úřadu (2023) uvádí, že populace seniorů v České republice, která na začátku roku 2023 dosahovala 2,2 milionu osob, by mohla do konce padesátých let 21. století vzrůst na celkový počet 3,4 milionu jedinců.

1.3 Pojem senior a periodizace stáří

Špatenková a Smékalová (2015) uvádějí, že termín "senior" ve vědecké literatuře nebo právních předpisech není jasně definován. Často se používá jako synonymum pro označení starší osoby, konkrétně důchodce, což však může být nepřesné a matoucí.

Jaroševská a Roule (2013) poznamenávají, že výraz "senior" přebírá pozici slova "důchodce", které bylo dříve oficiálně používáno. Nyní je slovo důchodce v obecném

pochopení čím dál více omezeno na označení lidí pobírajících důchod a stává se postupně považováno za nevhodné.

Vágnerová (2007) charakterizuje starší dospělost jako období 50-60 let a rané stáří jako období 60 do 75 let. Michal Šerák (2009) uvádí, že termín senior se v posledních letech používá pro osoby starší 65 let.

1.4 Strategie chápání vlastní role v senilním věku

Dvořáčková (2012) uvádí, že je klíčové udržovat pozitivní postoj k malým potěšením v jakémkoliv věku, a zvláště pak v pokročilejším. S postupujícím věkem je nutné, aby si senior osvojil akceptaci omezení, která s ním přichází, a soustředil svou energii na jiné životní priority.

Charakter seniorů není ovlivněn jen jejich dosavadním rozvojem, ale také způsobem, jakým se vyrovnávají s problémy spojenými s pokročilým věkem. Vysoký věk přináší snížení psychické přizpůsobivosti, což může vést k obavám z nového okolí, situací nebo neznámých věcí, což způsobuje úzkost, nejistotu a nedůvěru. To, jak se jedinec s touto změnou vypořádá, závisí na jeho osobnosti (Dvořáčková, 2012). S pokročilým věkem organismus ztrácí svoji schopnost přizpůsobovat se okolním podmínkám, jeho adaptační schopnosti klesají. Individualita, genetické predispozice, životní podmínky, zdravotní stav, životní styl a interakce s okolím jsou všechno faktory označující proces stárnutí (Mühlpachr, 2004). Dle Dziechciaže a Filipa (2014) vstupuje každý do stáří s individuální vizí toho, co to znamená, i když toto období života je tvořeno mnoha aspekty, například bedlivým sledováním starých lidí, existujícími stereotypy stáří a vlastními očekáváními vyplývajícími z minulých zkušeností. Vize stáří vytvořená lidmi je jakýmsi vodítkem, podle kterého se formuje chování k procesu stárnutí.

Haškovcová (2010) uvádí, že seniorovo jednání nemusí být zcela omezeno na jednu specifickou strategii vypořádávání se se stárnutím; může zaujmout různé postupy podle situace.

1.5 Involuční procesy

Specifika nemocí ve stáří jsou charakterizována involučními změnami a současnou množinou orgánových patologií, které jsou klíčovými faktory geriatrické medicíny. S postupujícím věkem se mění spektrum onemocnění, a dochází k nárůstu chronických degenerativních chorob, jako je osteoartróza, osteoporóza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby a také postižení a demence. Orgánová postižení se navíc kombinují a jsou doprovázeny celkovým rizikem pro staršího jedince (Topinková, 2010). Drábková (2004) poukázala na to, že proces stárnutí zasahuje do funkční kondice jedince ve srovnání s obdobím středního věku a negativně ovlivňuje životně důležité funkce. Dle Topinkové (2010) vývojové stadium odkazuje na určitý stupeň ve vývoji, který se zkoumá ze tří následujících různých perspektiv či rovin.

1.5.1 Biologické projevy stáří

Regulační funkce se zpomalují a oslabují, což vede k omezení rezerv a snížení adaptabilních schopností a odolnosti vůči zátěžím. Imunitní mechanismy se mění, zejména dochází k poklesu imunity a zvýšené tvorbě autoprotilátek. Dochází ke snížené tvorbě nebo účinkům různých regulačních látek v těle, včetně hormonů, a tak i ke ztrátě sexuální apetence. Citlivost receptorů se mění. Dochází ke ztrátě aktivní tělesné hmoty (svalové hmoty) a poklesu svalové síly. Celkový obsah tělesné vody klesá a dochází k nárůstu tuku. Dochází ke ztrátě kostní hmoty, k involuci struktur a funkcí jednotlivých orgánů. Průtok krve důležitými orgány, jako je mozek, srdeční sval a ledviny, se snižuje a omezuje se schopnost jeho regulace. Nelze však jednoznačně určit, které zjištěné změny jsou příčinou a které jsou následkem stárnutí (Pacovský, 1994).

Malíková (2020) uvádí, že se zhoršuje vnímání vnějších smyslů a dochází tak k degeneraci smyslových funkcí, zejména zraku a sluchu. Zhoršení těchto smyslů souvisí se zhoršením přijímání informací, což má za následek rychlejší involuci kognitivních schopností. S narůstajícím věkem se u lidí objevují problémy se zrakovým a sluchovým aparátem. Hycl (2004) se zaměřuje na problémy se sluchem a uvádí, že tyto problémy jsou nejčastějším důvodem sluchového postižení v populaci a jsou způsobeny poškozením převodu zvuku, tj. vnějšího nebo středního ucha. Snížená schopnost těchto

smyslových vjemů výrazně ovlivňuje kvalitu života, psychické zdraví, pocit spokojenosti a schopnost účasti na domácích a společenských aktivitách.

Podle Schulera a Oстера (2010) komunikace s geriatrickými pacienty a jejich vrstevníky v rodině může být značně ztížena jejich zrakovými a sluchovými potížemi nebo problémy s kognitivními funkcemi.

Rodica & Marieta (2022) uvádí, že stárnutí je nevyhnutelné, ale rychlost stárnutí je různá, u různých pacientů je s věkem pozorována akcentace progresivních očních a systémových deficitů, přičemž ve většině sledovaných případů je potvrzena multifunkční degradace. Dle provedeného výzkumu se zrakový deficit s věkem zhoršoval u 85 % pacientů současně s poklesem zraku v důsledku oční patologie, spojeným s poklesem zrakového vnímání u jedinců se systémovou patologií.

1.5.2 Psychologické projevy stáří

Podle Pacovského (1994) je za důležitý faktor považována osobnost. Každá osobnost by měla být hodnocena jako celek. I když se mohou měnit určité dílčí funkční schopnosti osobnosti, jako například vnímání, paměť a myšlení, integrita osobnosti zůstává zachována. Charakteristické rysy osobnosti mohou získávat nebo ztrácet na intenzitě. Může docházet ke změnám v potřebách, hodnotách a cílech. Změny motivace mohou vysvětlit, proč starší člověk může jednat jinak, než se očekává, a proč se jeho zájmy mohou měnit. S postupujícím stárnutím dochází často ke změnám kognitivních schopností, jako je zpomalení psychomotorického tempa, obtíže s pamětí a učením.

Existují i výzkumné práce, které se věnují míře spokojenosti se životem ve stáří. Jedné z těchto prací se věnoval i Schilling (2006), který popisuje, že jedinci všech věkových kategorií vykazují silnou tendenci udržovat si relativní úroveň životní spokojenosti a nebyl nalezen žádný důkaz, že by se tato tendence ve stáří zvyšovala.

Změny, ke kterým s věkem dochází ve fungování jednotlivých orgánů, ovlivňují náladu, postoj k životnímu prostředí, fyzickou kondici a sociální aktivitu a určují místo seniorů v rodině a společnosti. Psychosociální stárnutí však do značné míry závisí na tom, jak je člověk na stáří připraven (Dziechciaż & Filip, 2014).

1.5.3 Sociální změny

Již v momentě, kdy si osoba poprvé uvědomí přibývající léta, začíná se potýkat s výzvou, jak na stárnutí reagovat a přizpůsobit se mu. Predikce, jak budou tyto reakce probíhat, není možná ani s použitím složitých testů, protože ji ovlivňuje řada rozličných faktorů. Zásadní je celkový průběh života člověka. Ti, kteří jsou schopni udržet si krok se životem, obvykle dokáží využívat svých dřívějších zkušeností k zvládnutí výzev, které stárnutí přináší. V kontrastu s tím stojí jedinci, kteří od mládí měli problémy s adaptací na změny jako například v pracovních procesech, sociálních interakcích nebo rodinném životě; ti se s adaptací ve stáří potýkají stejně tak obtížně (Pacovský, 1994).

Sociální stárnutí je spojeno se ztrátou sociálních rolí, omezením mezilidských vztahů a pocitem osamělosti. Důležitým faktorem pro zlepšení psychosociálního fungování ve stáří je akceptace životní spokojenosti a vlastní aktivity (Dziechciaż & Filip, 2014).

2 Každodenní život a kvalita života

Světová zdravotnická organizace nahlíží na kvalitu života jako na vyjádření toho, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu, zájmům a volnočasovým aktivitám (Příbyl, 2015).

Stav zdraví má zásadní vliv na kvalitu života. Poslední dekádu svého života jsou senioři často závislí na pomoci od jiných. Nedostatečná schopnost pečovat o sebe, známá jako disabilita, výrazně omezuje kvalitu života jedince (Čeledová & Čevela, 2017).

Špatenková a Smékalová (2015) označují termín "kvalita života" jako splnění životních potřeb, životního stylu, úrovně života, zdravotního stavu a spokojenosti starších lidí. Jde o vícedimenzionální koncept, který obsahuje jak subjektivní, tak objektivní hodnocení životní situace seniorů v rámci jejich sociálního, kulturního a ekonomického kontextu.

Kalvach (2004) uvádí, že staří lidé často považují život za naplňující i v podmínkách, které by mladší generace mohly považovat za těžko akceptovatelné.

Dle Pacovského (1994) je kvalita života klíčovým faktorem při hodnocení starších osob a nesmíme přehlížet, že ne všechny jejich problémy jsou výsledkem onemocnění. Neléčené nemoci a jejich důsledky rovněž způsobují obtíže. Kromě biologických aspektů hraje významnou roli také subjektivní pocit jedince ohledně stárnutí a jeho ztížení nemocemi. K hodnocení kvality života se využívají různé metody, včetně škál hodnocených pozorovatelem a sebehodnotících dotazníků, které zkoumají sociální interakce, subjektivní vnímání kvality života a spokojenost s životem.

Čeledová a Čevela (2017) uvádějí, že americký badatel Charles Murray určil čtyři nezbytné faktory pro to, aby člověk mohl svůj život považovat za dlouhodobě šťastný a plný smyslu. Těmito faktory jsou stabilní rodinné zázemí, přátelství nebo pevná komunita, duchovní či filozofické vyznání a práce, která člověka naplňuje.

2.1 Sociální prostředí seniora

Mezi různými vnějšími faktory, které ovlivňují život starého jedince jak v době zdraví, tak i onemocnění, představují nejvýznamnější vliv rodina a prostředí (Pacovský, 1994).

Senioři obzvláště v době, kdy je jejich samostatnost omezená kvůli vážným onemocněním nebo problémům s mobilitou, jsou ve velké míře závislí na podpůrném sociálním prostředí (Schuler & Oster, 2010). Při posouzení autonomie seniora je neméně důležitá otázka ochoty a schopnosti seniora vést domácnost a pečovat sám o sebe nebo svého partnera. Zjistit skutečný stav osobní hygieny, schopnost úklidu domácnosti, uvaření si, nakoupení si všech potřebných léků a zkontrolování si osobních pomůcek (Pacovský, 1994).

Každý jednatel, včetně starších lidí, preferuje být ve svém vlastním domově. Soukromí a pohodlí domova přináší pocit jistoty a bezpečí. Domácí péče umožňuje seniorům pokračovat ve svých koníčcích a aktivitách, aniž by se cítili odstrčeni od společenského života, který dosud vedli (Mühlpachr, 2004). Hong Teo et al. (2023) uvádí, že zvýšený počet starších dospělých žijících samostatně ukazuje na vyšší riziko sociálně izolovaných dospělých v komunitě. Sociální izolace a osamělost, které postihují asi čtvrtinu starších lidí, jsou klíčovými rizikovými faktory duševního zdraví v pozdějším věku.

Car a Utz (2020) zmiňují, že partnerství a mezigenerační sociální vazby jsou kritickými zdroji podpory v pozdějším věku, přičemž požadavky na rodinné pečovatele se zintenzivňují s tím, jak rostoucí počet starších dospělých přežívá do 80. a 90. let a zažívá fyzické a kognitivní úpadky, které často doprovázejí extrémní stáří.

2.2 Sociální a zdravotní péče o seniory

Sociální péče představuje klíčovou podporu pro ty, kteří žijí v obtížných životních podmínkách. Jednou z hlavních oblastí této péče je právě péče o starší generaci (Zavázalová et al., 2004).

Služby sociální péče dle § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

„napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“.

Medicína se často zaměřuje příliš na záchranné procedury a diagnostiku a léčbu nemocí, a nedostatečně si váží paliativní péče, ochrany důstojnosti a smyslu života, kdy tyto aspekty jsou u zranitelných geriatrických pacientů s chronickými zdravotními výzvami často důležitější (Kalvach & Onderková, 2006).

Kalvach a Holmerová (2004) uvádí, že lékařské aspekty léčby by měly být podřízeny sociálním cílům, jako jsou zachování či obnova sociální role, respektování důstojnosti, autonomie, participace a seberealizace starších lidí. Kvalitní ošetření a zabezpečení jsou sice důležité, ale nesmí bránit seniorské populaci v plnohodnotném zapojení do společnosti a skutečném užívání výhod společenských služeb.

2.3 Příprava na stáří a kvalita života

MPSV (2021) ve svém programu přípravy na stárnutí uvádí, že nelze účinně provést politiku připravenosti na stárnutí bez koordinovaného úsilí mnoha různých aktérů, jimiž jsou jednotlivá ministerstva, odborové organizace, státní správa, místní orgány, akademické sektory, veřejnost, komunity, zaměstnavatelé, neziskové organizace, pečující, rodiny a jednotlivci, a to jak v domácnostech, tak ve veřejném prostředí.

Aktivní stárnutí dle Čeledové a Čevely (2017) spočívá ve třech základních pilířích. Prvním pilířem je zdraví, jehož cílem je omezit vzestup chronických nemocí a snížit počet předčasných úmrtí prostřednictvím preventivních opatření. Druhým cílem je bezpečnost, která má zajistit důstojné stárnutí a bezpečnost seniorů. Posledním pilířem je participace, která pro zapojení starších osob do společnosti zdůrazňuje klíčovou podporu celoživotního učení a vzdělávání.

Cílem modelu aktivního stárnutí je tak zvýšit kvalitu života lidí v pokročilém věku tím, že se podporuje jejich zapojení do sociálního, ekonomického, kulturního a občanského života (Čeledová & Čevela, 2017).

Příprava na stáří je chápána jako součást osobního růstu. Prevencí soběstačnosti ve stáří je udržování aktivity, včetně tzv. náhradních aktivit. Je také důležité mít vytvořený program pro trávení volného času. Mluvíme o strategii úspěšného stárnutí a aktivního stáří. Celoživotní vzdělávání je klíčovou součástí přípravy na pozdní období života (Čeledová & Čevela, 2017). Volnočasové aktivity nabývají na významu v prožívání

kvality stáří a měly by vždy přinášet radost, naplnění a uvolnění a motivovat seniory k realizaci konceptu aktivního stárnutí (a to v tzv. čtvrtém věku seniorské populace 75+), což je nezbytnou podmínkou pro úspěšné prožití stáří (Svobodová & Pavelková, 2020).

Zaměření na péči o starší občany a přístupy ke stárnutí by mělo splňovat požadavky programu připraveného pro období stárnutí, který vytvořilo MPSV (2021). Národní akční plán k naplnění Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti na období let 2023 až 2025 předkládá hlavní a strategické cíle, jimiž jsou zajištění institucionální podpory přípravy na stárnutí, podpora aktivního a zdravého stárnutí, podpora zaměstnanosti a adaptability na trhu práce, podpora bezpečného života starších osob a podpora důstojného zajištění ve stáří.

2.4 Cíle a priority geriatrické péče

Do cílů geriatrické péče dle Topinkové (2010) řadíme zvýšení šance starších pacientů na zachování dobrého zdraví pomocí včasného rozpoznání a léčby akutních onemocnění, monitorováním a léčbou chronických chorob. Používání metody primární a sekundární prevence. Dále dosáhnout nejvyšší možné aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti ve známém prostředí pacienta. V neposlední řadě je cílem geriatrické péče přispívání k udržení kvality života, zejména ve vztahu ke zdravotnímu stavu seniora.

Jeden z hlavních cílů Evropské unie je prodloužení počtu let prožitých ve zdraví. Tento cíl by měl kladně ovlivnit jak jednotlivce, kteří mají přirozenou touhu po dlouhém a zdravém životě, tak i ekonomickou situaci, protože zdravější populace znamená menší nároky na zdravotnické prostředky státu. Navíc, pokud lidé zůstanou zdraví, je větší šance, že si udrží své pracovní pozice i v pozdějších letech života (MPSV, 2021).

Vycházejí z teorie potřeb, byly určeny univerzální priority v geriatrické péči a v přístupu k seniorům obecně. Tyto priority jsou zdůrazňovány celosvětově a aplikují se na širokou škálu situací. Od péče o pacienty v geriatrické péči, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko, až po programy pro aktivní a zdravé seniory žijící v domácím prostředí, a to bez ohledu na jejich zdravotní stav či fyzickou kondici se dle Kalvacha a Onderkové (2006) zdůrazňují principy zabezpečení, jež zajišťují základní potřeby, dále principy autonomie, které slouží k udržení schopnosti rozhodování, ovládnutí situace, a soukromí. Dále jsou to principy důstojnosti, které ctí individuální vlastnosti, soukromí a integritu

osoby. V neposlední řadě mezi tyto principy řadíme i smysluplnost, tj. asistence v objevování životního poslání a smyslu, nadřazení sociální role zdravotní péči, zcivilnění dlouhodobé péče, realizace animačních programů, které obzvláště v institucionální péči přinášejí dynamiku, a zabránění situacím, kdy by pacienti trpěli nedostatkem komunikace či smyslových podnětů.

Schuler a Oster (2010) zdůrazňují, že hlavním cílem geriatrické péče je maximálně podporovat a obnovovat samostatnost jedince. Tato soběstačnost, která je klíčovou složkou kvality života seniorů včetně těch v pokročilém věku, je více ovlivněna rozsahem funkčních omezení než počtem a závažností nemocí. Z tohoto důvodu je v geriatrii nezbytné kombinovat léčbu nemocí s identifikací funkčních deficitů a příslušnými podpůrnými opatřeními.

2.5 Maslowova teorie hierarchie potřeb

Mikšík (2007) uvádí, že Maslow podtrhoval těsnou spojitost psychologie a filosofického pohledu na člověka. Považoval člověka za jedinečnou bytost, kterou nelze porovnat s žádným jiným živočišným druhem. Člověk má vrozené charakteristiky, které jsou specifické jen pro něj. Jak uvádí Čeledová a Čevela (2017), každý jedinec usiluje o svoji seberealizaci. V hierarchii potřeb se řadí sebenaplnění a smysl průběhu života k těm nejvyšším.

Molek (2011) uvádí, že podle Maslowovy hierarchie potřeb existuje několik úrovní lidských potřeb, jimiž jsou fyziologické potřeby, potřeby bezpečnosti a jistoty, potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby sebeúcty a potřeby seberealizace.

3 Pobytová služba

Podstatou sociálních služeb je dle Molka (2011) poskytnout pomoc lidem a zajistit jejich fyzickou a duševní soběstačnost. Cílem je umožnit jim co nejvíce se zapojit do běžného života společnosti a v případech, kdy to jejich stav neumožňuje, poskytnout jim důstojné prostředí a zacházení.

Aby byly jakékoli sociální služby pro seniory účelné a úspěšné, je dle Kalvacha a Holmerové (2004) důležité respektovat heterogenitu populace seniorů a individualizovat služby v souladu s potřebami a osobností každého jednotlivého staršího občana. Adaptabilita starých lidí je křehká, takže je nutné přistupovat k nim s respektem a zachovávat jejich důstojnost. V případě institucionalizovaného prostředí je důležité vytvářet přirozené prostředí, které zachovává soukromí a osobnost seniorů, podporuje aktivitu a přirozenou komunikaci a předchází sociální a smyslové deprivaci.

Čeledová a Čevela (2017) uvádějí, že sociální služby mají za úkol udržovat důstojnost osob, které pomáhají, vycházet z konkrétních potřeb jednotlivých klientů, podporovat rozvoj jejich schopností, zlepšit nebo alespoň udržet jejich samostatnost a zajišťovat kvalitní služby v souladu s potřebami klientů.

V České republice je více než 85 % pobytových zařízení sociálních služeb založeno kraji nebo obcemi. Služby pro dlouhodobý pobyt nabízejí i nestátní neziskové subjekty, včetně občanských sdružení a církví. Financování sociálních služeb poskytovaných v těchto zařízeních pochází z několika zdrojů, včetně příspěvků od samotných klientů a státních příspěvků na péči, které jsou přímo určeny zařízení poskytujícímu tyto služby klientům (Malíková, 2020).

Pobytová zařízení, tj. zejména rezidenční sociální službu domov pro seniory, převážně využívají senioři ve věku 70 let a více (MPSV, 2015).

3.1 Domovy pro seniory

Dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách domov pro seniory poskytuje pobytové služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro seniory jsou pobytová zařízení poskytující zdravotní a sociální péči starším seniorům. Mají za cíl podporovat jejich nezávislost a poskytnout prostředí pro důstojný, aktivní a vysoce kvalitní život. Jsou určeny pro seniory, kteří už nemohou dostatečně využívat sociálních služeb v místě bydliště, a jejich zdravotní stav vyžaduje nepřetržitou ošetrovatelskou péči. Přitom cílem je podporovat individuální schopnosti každého seniora, zároveň zajišťovat jeho soukromí a dosahovat maximální možné spokojenosti (Matoušek, 2013). Klient je v individuálním přístupu chápán jako aktivní účastník, jehož specifické potřeby jsou klíčové pro určení formy a míry pomoci nebo péče. Tento přístup je založen na pohledu na klienta jako na unikátní a nezaměnitelnou bytost a klade důraz na dodržování lidských práv a základních svobod (Hátlová, 2010).

Domovy pro seniory jsou plně vybavené instituce, které jsou v souladu s pevně stanovenými provozními pravidly. Mohou se skládat ze státních, církevních a soukromých institucí. V případě státních institucí obyvatelé platí za svůj pobyt, který zahrnuje náklady na stravu, bydlení a služby (Zavázalová et al., 2004). Dle § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách musí osobě po úhradě při poskytování pobytové služby domov pro seniory zůstat alespoň 15 % jejího příjmu.

Soukromé domovy pro seniory nabízejí větší pohodlí a lepší podmínky, ale jsou nákladnější. V současné společnosti jsou domovy pro seniory málo oblíbené a pouze méně než 5 % seniorů o nich uvažuje jako o dlouhodobém řešení, přesto čekací doby na vstup mohou být velmi dlouhé (Zavázalová et al., 2004).

3.1.1 Sociální práce v Domovech pro seniory

Schuler a Oster (2010) uvádějí, že v oblasti geriatrické hraje sociální práce zásadní roli. Onemocnění nebo omezení funkčních schopností mohou vést pacienty k nutnosti provést značné změny ve svém životě. Proto sociální pracovníci svými specifickými dovednostmi poskytují důležitou podporu.

MPSV (2016) v Národní strategii rozvoje sociálních služeb uvádí, že potřeby a problémy klientů nejsou dostatečně adresovány, což vede k tomu, že aktivity v rámci sociálních služeb a sociální práce často neodpovídají přesně tomu, co klienti skutečně potřebují. V praxi se spíše opírá o tradiční přístupy a zaběhnuté postupy pro řešení problémů, než aby se hledala specifická řešení odpovídající individuálním potřebám klientů. Schuler

a Oster (2010) popisují sociální anamnézu jako klíčový a základní prvek sociální práce, na jejímž základě se formulují doporučení pro efektivní řešení problémů společně s pacientem, rodinnými příslušníky, nebo dalšími důvěryhodnými osobami.

3.1.2 Přístup sociálních pracovníků

Dle Böhma (2015) každý jedinec vnímá svůj svět a okolí na základě svých schopností vidět, rozlišovat a chápat. Toto vnímání si formuje na základě svých základních zkušeností (získaných v prostředí, ve kterém vyrůstal, z rodinného zázemí atd.). Pracovníci často uplatňují obranný mechanismus prostřednictvím somatizace a ošetření, protože žijí v kultivovaném "já" a nemohli by tolerovat nedostatek kultivovanosti u svých pacientů.

Podle Chloupkové (2013) se zpočátku odehrává komunikace se zájemci o služby, přičemž každý poskytovatel a zařízení má vytvořena interní pravidla, která jsou v souladu s praxí v konkrétním domově pro seniory a respektují jak legislativní požadavky, tak etické normy.

Během první fáze je potencionálnímu klientovi poskytnuta nejkomplexnější sada informací šitých na míru jeho potřebám. Tuto iniciativní informační roli zastává sociální pracovník, jehož úkolem je získat podrobné údaje o klientovi jak během prvního kontaktu, tak i během následujícího sociálního šetření po doručení žádosti o umístění do domova pro seniory, včetně posudku od lékaře (Chloupková, 2013).

3.1.3 Žadatelé o pobytovou službu

V České republice lze rozdělit žadatele o pobytovou službu do dvou hlavních skupin. Do první skupiny spadají urgentní zájemci, kteří často náhle potřebují ústavní péče. Jejich problémem je nedostatek volných míst, který vede k odložení jejich zajištění, nižší kvalitě života, nadměrnému trpění, úzkosti a také neefektivnímu využití společenských zdrojů, například v podobě blokování nemocničních lůžek jako alternativního řešení. Ve druhé skupině jsou potenciální zájemci, kteří podávají žádost o přijetí, především jako možnou prevenci pro budoucí zhoršení jejich zdravotního stavu nebo sociální situace kvůli potencionální dlouhodobé čekací době (Kalvach, et al., 2004).

Národní plán MPSV (2016) popisuje, že důsledkem současných demografických vývoje a absenci jiných možností řešení vzrůstá zájem o sociální služby, především ty, které nabízejí možnost pobytu. S tímto tvrzením koreluje i akční plán MPSV (2021) který uvádí, že kapacita lůžek v zařízeních pro seniory zůstává během let relativně stejná. Nicméně, v roce 2022 došlo k podstatnému nárůstu v počtu případů, kdy nebylo možné vyhovět žadatelům o umístění v pobytovém zařízení pro seniory ve srovnání s předchozím rokem.

Očekává se, že zájem o změnu bydliště u seniorů a tím i tlak na vybudování nových obytných kapacit poroste vzhledem ke zvětšujícímu se počtu starších lidí, delší průměrné délce života a vyšším nárokům na kvalitu stáří. Roli hraje také nesplňující kvalita stávajících bytů, především v panelových domácnostech (MPSV, 2015).

3.1.4 Reakce seniorů na vstup do domova pro seniory

Začátek pobytu klienta v sociálním zařízení představuje start nové a důležité fáze v životě seniora (Malíková, 2011).

Lidé v pokročilém věku se rozhodují pro pobyt v domově pro seniory z mnoha důvodů, často kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu. Ačkoliv se rodina snaží poskytnout péči potřebnou staršímu příbuznému, může dojít k takovému zhoršení zdraví, že je nutné vážně přemýšlet o dalším zajištění péče. Udělat krok k umístění do domova pro seniory je pro rodinné členy emocionálně velmi náročné, často se cítí viníci a tento pocit viny může vést až k negativním emocím, například agresi vůči personálu domova (Pichaud & Thareuová, 1998).

Pokud senior stojí před výběrem z různých rezidenčních zařízení, může společně s příbuznými zvažovat aspekty jako dostupnost, finanční možnosti a délku čekací doby. Pro seniora i jeho rodinné příslušníky znamená přechod do domova důležitý přelom. Ztráta domácího prostředí pro seniora není snadná. Setkávání s novými lidmi se může jevit jako velká výzva. Dochází k poklesu soukromí, zániku sociálních a rodinných vazeb, a dokonce i k úbytku motivace. Před stěhováním do zařízení si senior vedl svůj vlastní životní styl, na který bylo jeho okolí zvyklé (Vágnerová, 2000).

Jedním z faktorů, proč se někteří senioři rozhodují pro život v zařízení, mohou být dle Haškovcové (2010) neshody v rodině. Jsou situace, kdy se zdá, že starší rodiče nemají nárok na péči ze strany svých dospělých potomků. Vzniká tak otázka, zda by měla být péče o rodinné příslušníky podmíněna záslužností.

Opuštěnost a osamělost jsou dalšími důvody. Senioři často přicházeli do domova dobrovolně, a především v relativně zdravém stavu. Když je senior nucen se přestěhovat do pobytového zařízení proti své vůli, není překvapivé, že se cítí ublížen a má pocit nespravedlnosti (Kalvach et al., 2004). Podle současných výzkumů se jasně ukazuje, že velký počet seniorů si přeje zůstat ve svých domovech tak dlouho, jak je to možné. To je realizovatelné jen tehdy, pokud existuje dostatečná dostupnost terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora od neoficiálních pečujících (MPSV, 2021).

Většina seniorů nepovažuje stěhování z vlastního domova do zařízení pro seniory za příjemný krok v životě. Pobyt v domově může vyvolávat pocity, jako je pocit zbytečnosti, slabosti, závislosti na druhých a svědomí o blížícím se konci života, které nejsou pozitivně vnímány. Proto je úplně přirozené, že senioři mají tendenci vstup do domova pro seniory co nejdéle oddálit. Nový příchozí do domova pro seniory může cítit ohrožení z mnoha neznámých faktorů, a to i přesto, že jak rodina, tak personál se snaží usnadnit adaptační proces (Pichaud & Thareauová, 1998).

Pichaud a Thareuová (1998) definovali několik typů postojů a reakcí. První reakcí bývá šok, který často přechází v popírání události, jež mají traumatizující charakter. Pokud je událost očekávána, reakce šoku je méně intenzivní, protože jedinec ví, co ho čeká. Protest, vzpoura a hněv jsou reakce na náhlé narušení běžného života. Senior, který byl nucen přestěhovat se do pobytového zařízení, může pociťovat hněv vůči svým dětem, personálu nebo i návštěvám od přátel. Smutek, vzpomínky a deprese jsou časté u nových obyvatel v domově pro seniory, kteří procházejí obtížnou situací a tendenci uzavírat se. Jejich život ztrácí smysl a v tomto období je nesmírně důležitá citlivá podpora, empatie a porozumění. O přijetí a adaptaci lze hovořit tehdy, kdy se jedinec postupně přizpůsobuje novému prostředí a smutek pomalu mizí. Postupně objevuje novou radost ze života, navazuje nové kontakty a zapojuje se do nových aktivit. Přijímá realitu stárnutí a skutečnost, že do konce života zůstane v domově pro seniory.

4 Adaptace

Ondrušová (2011) uvádí, že zkušenosti s přechodem do domova pro seniory se liší od jedince k jedinci. To, jak senior tuto situaci zvládá, je ovlivněno jeho zdravotním stavem, přípravou na změnu životního prostředí a životního stylu a schopností přizpůsobit se novým okolnostem. Jak se senior přizpůsobí novému prostředí v domově pro seniory, závisí na důvodu, proč do něj nastoupil. Pochopení tohoto důvodu je prospěšné pro budoucí interakci s uživatelem a jeho rodinou.

Přechod do jiného prostředí může u starších lidí vyvolat významný stres. Proces adaptace je komplikovaný, trvá déle a může být vnímán negativně, i když se jedná o přesun do lepších životních podmínek. Délka období potřebná k adaptaci na nové místo je ovlivněna mnoha faktory, jako jsou osobnost jedince, jeho zdravotní stav, mentální kapacita, okolnosti přesídlení, pocit uspokojení v novém domově a složitost nového obytného prostoru. Proces adaptace může zabrat od několika měsíců až po několik let. S přestěhováním do nového prostředí je spojen také strach z neznáma a anticipační úzkost (Kalvach et al., 2004).

4.1 Adaptace na stáří

S věkem narůstají potíže s adaptací na nové situace, následují nepříznivé změny v kognitivní a intelektuální sféře, dochází ke změnám ve vývoji procesů vnímání, zpracování přijatých dojmů a myšlenkových procesů (Dziechciaż & Filip, 2014).

Ondrušová (2011) uvádí, že schopnost seniora přizpůsobit se je omezená, podobně jako jeho odolnost. Je postaven před výzvu adaptovat se na nepoznané okolnosti a vytvářet nové sociální vazby.

Obvykle potřebují senioři trochu více času, aby se dokázali přizpůsobit novým podmínkám bez pocitu tlaku. Často se o nich říká, že nejsou dostatečně přizpůsobiví, jelikož jsou pevně zakořenění ve svých zvyklostech a rutinách (Švancara, 2004).

Švancara (2004) také uvádí, že v kontextu adaptace je klíčové zvážit čtyři základní aspekty. „Kdo“ se má adaptovat, „v čem“ má docházet k adaptaci, „kdy“ a „jakým způsobem“. Toto jsou zásadní faktory, které je nutné brát v potaz pro diferencovaný přístup k tématu adaptace.

Hlavní úkol adaptace v pokročilém věku spočívá v nalezení optimální rovnováhy mezi zachováním vhodných forem aktivit a postupným uvolňováním se od nich. Společnost by měla vidět stáří jako samozřejmou součást života a starší obyvatelstvo jako integrální složku. Cílem je tedy integrace starých lidí do celého společenství (Pacovský, 1994).

Nově definovaná strategie pro adaptaci na stárnutí populace se dle MPSV (2021) soustředí na ocenění přínosu seniorů k společnosti a na vytváření příležitostí pro projev jejich schopností. Tato politika také podporuje mezigenerační solidaritu v rodinách a zdůrazňuje význam aktivního přístupu k životu. Cílem je podporovat seniory, aby byli co možná nejdéle zdraví, samostatní a nezávislí, a zajistit, aby byli schopni akceptovat případná omezení v důsledku stárnutí.

Švancara (2004) doporučuje pět základních principů pro udržení duševní pohody během stáří a pro úspěšné adaptaci na tento životní úsek. Prvním principem je perspektiva - mít životní plán, stanovit si cíle a usilovat o jejich dosažení, zachovat smysl života. Je důležité udržovat rovnováhu mezi vzpomínkami na minulost a očekáváními do budoucna. Druhým principem je pružnost - být aktivní a vědomě rozvíjet schopnost měnit své hodnocení, přístupy a názory. Je nutné projevovat zájem o aktuální události, nové zkušenosti a osobní růst. Mezi tyto principy patří také prozíravost - aktivně vytvářet podmínky, které podporují perspektivu, a uváženě je volit. Respektovat změny, vybírat si vhodné aktivity a kompenzovat nedostatky. Princip porozumění - být tolerantní, myslet pozitivně a pěstovat pozitivní vztahy s ostatními lidmi. Vyhnout se konfliktům a udržovat sociální vztahy. Posledním principem je princip potěšení - těšit se na budoucnost, ocenit malé radosti každodenního života a hodnotu radosti jako takovou.

Moderní společnost podporuje mládež, pokrok, rozvoj, efektivitu a nákladovou efektivitu. Pro starší lidi je proto často obtížné být v důchodu osobně naplněni, aktivní a mít právo na iniciativu, čímž se urychluje psychosociální stárnutí, které se projevuje jako deprese, apatie a lhostejnost k okolí (Dziechciaż & Filip, 2014).

4.2 *Adaptace na pobytová zařízení*

Kalvach et al. (2004) zdůrazňují jako hlavní obtíž, kterou je nutné řešit, konflikt mezi osobními potřebami a zájmy klienta a pravidly či požadavky, které jsou charakteristické pro skupinovou dynamiku a životní styl v rámci institucionální komunity.

Janečková a Hnilicová (1999) uvádějí, že lidé by měli vést stejný typ života jak ve svém domově, tak v institucionálním zařízení; rozdíly by neměly být patrné. Denní režim v institucích by měl být flexibilní a co nejvíce odpovídat osobním životním zvyklostem jednotlivců, které si přinesli ze svého domova a předešlého života.

Dle Böhma (2015) žádný domov pro seniory není schopen plně napodobit nebo kopírovat atmosféru domova, ani stavebně, ani s pomocí mladých zaměstnanců. Aktivity jako pečení vánočního cukroví, zavařování, tvořivé činnosti nebo zpěv mohou být přínosné pro klienty z měšťanského prostředí, avšak mohou působit odpudivě na ty, kteří pocházejí z prostředí dělnické třídy. Je důležité se seznámit s domovem a původním rodinným a sociálním prostředím klientů.

Janečková et al. (2004) uvádějí, že přestěhování a přizpůsobení se seniora v zařízení pro seniory je jednou z nejvíce rizikových životních změn. Podobný názor zastává i Mathai et al. (2022), kteří dle zjištěných studií naznačují, že potřeby a obavy mají vliv na adaptaci seniorů v domovech pro seniory. Nález ukazuje, že obyvatelé neradi zůstávají v domovech pro seniory, protože mají potíže s přizpůsobováním se lidem, prostředí, pravidlům, kultuře, a rutině. Mají problémy se zvládnutím emocí jako je hněv, smutek, smutek a osamělost.

Důležitým aspektem, který má vliv na proces adaptace, je vnímání domova pro seniory jako definitivního místa pobytu (Ondrušová, 2011).

Sun et al. (2021) uvádějí, že hodnoty kolektivnosti a harmonie slouží jako zásady pro budování vztahů. Mnoho starších dospělých to chápe a používá tyto principy v každodenním životě, aby se přizpůbili novému prostředí. Pokud jde o komunitní život, starší dospělí vyjadřovali, že při řešení různých problémů vyplývajících ze společného života chápou uspokojování kolektivních potřeb spíše než individuálních potřeb. Pokud je v koupelně volné místo, můžete se jít vykoupat. Pokud jsou koupelny

plně obsazené, musíte počkat, až ostatní skončí. Je to stejné jako žít doma – při koupání se také musíte střídat. Nyní žijete ve větším pokoji s více sousedy.

Podpora a péče prostřednictvím sociálních služeb často neodpovídají specifickým potřebám lidí. Zákon č 108/2006 Sb., o sociálních službách již ve svých prvních paragrafech zdůrazňuje, že „pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob“ (§ 2, odst. 2). K dosažení tohoto cíle je důležité shromáždit co nejvíce informací o osobě hledající pomoc při jejím vstupu do služby a na základě těchto informací vytvořit individuální plán péče (MPSV, 2016).

4.2.1 Adaptační reakce

Dobrá adaptace zahrnuje ochotu obyvatele aktivně spolupracovat s personálem, projevovat přátelské chování k ostatním obyvatelům, projevovat zájem o své okolí a udržovat klidný a vyrovnaný stav nálady. Optimismus, chuť k jídlu i samostatnost v pohybu bez nutnosti upozornění nebo povzbuzení od jiných je také klíčovým ukazatelem dobré adaptace (Pacovský, 1994).

Zhoršená adaptace se projevuje tehdy, kdy jedinec komunikuje s personálem pouze na jejich žádost a nezapojuje se aktivně do rozhovorů s ostatními obyvateli, ačkoli tráví čas v jejich blízkosti. Také neprojevuje aktivní zájem o své okolí a může být občas podrážděný, plačtivý nebo pesimistický. Mohou se objevit případy odmítání jídla a pohyb může být omezený na situace, kdy je personálem vyzván. Neprojevuje o činnosti nabízené ústavem zvláštní zájem, ale ani je explicitně neodmítá (Pacovský, 1994).

Nedostatečná adaptace zahrnuje nespolehlivou spolupráci s personálem, zaujímání negativistického chování a vyhýbání se ostatním obyvatelům. Klientovi ústavního zařízení chybí zájem o okolí a může trpět chronickou depresí a apatií. Časté nebo trvalé odmítání jídla, nedostatek zájmů a odmítání nového učení jsou další příznaky nedostatečné adaptace. Takový klient odmítá účast na rozličných akcích a často projevuje známky nespokojenosti různými způsoby. Tito lidé často trpí pocitem osamělosti a opuštěnosti. Může docházet k mnoha psychickým problémům, jež způsobují fyzické potíže, depresivní reakce různých stupňů, nepřátelství a agresivitu (Pacovský, 1994).

4.3 *Fáze adaptace*

Geriatrický maladaptivní syndrom, jehož rizikové faktory mohou být psychosociální nebo biologické, se projevuje prostřednictvím patologických změn v somatické a psychické sféře (Hegyí, 2001).

Dle Hegyího (2001) má tento syndrom obvykle následující klinický průběh:

Fáze rozvoje syndromu. Ve této fázi vývoje syndromu se vyskytují úzkosti, pithiatické reakce (hysterické stavy), zhoršení somatických problémů a selhání orgánů. Jevy jako úzkost, deprese, nepřátelství, agrese, apatie, sebevražedné myšlenky, srdeční selhání, infarkt myokardu, náhlá cévní mozková příhoda nebo infekce mohou být pozorovány.

Fáze adaptační reakce. Zde může dojít buď k postupnému zmírňování stresu a zlepšení stavu, nebo k prodloužené neschopnosti adaptace vedoucí k rezignaci a sociální izolaci, sebevražedným myšlenkám a dalšímu selhání orgánů.

Prevence zahrnuje eliminaci rizikových faktorů, včasnou diagnostiku a léčbu existujících nemocí, péči o duševní zdraví, léčbu deprese, prevenci bronchopneumonie a řešení negativních sociálních vlivů.

Geriatrický maladaptivní syndrom je charakteristický pro starší věkovou skupinu a má významný dopad na sociální a zdravotní aspekty, snižuje kvalitu života, zvyšuje míru nemocnosti a úmrtnosti a způsobuje růst nákladů na péči o seniory (Hegyí, 2001).

Nezbytné téma, je i téma pokročilých stavů této frustrace, kdy Tokovska et al. (2019) a Čeledová a Čevela (2017) uvádějí, že kvůli sociálním a zdravotním problémům, nízkým penzím a relativně vysokým výdajům za živobytí a léčbu fyzických i psychických onemocnění, dochází k suicidálním jednáním ze strany seniorů.

Anenshensel (2000) uvádí, že zvýšení míry úmrtí a časté docházení k nástupu nebo ke zhoršení chorob a symptomů s psychosomatickým původem bylo zaznamenáno v první etapě adaptačního procesu. Další důležité faktory vedoucí k sebevraždě zahrnují pocit sociálního vyloučení, osamocení, sníženou kvalitu života po smrti partnera, stejně jako zneužívání nebo zanedbávání ze strany rodiny.

Čeledová a Čevela (2017) dále uvádějí, že chybí jakákoli celonárodní strategie pro prevenci sebevražd, a také není zavedeno žádné komplexní opatření. Přístupy k prevenci jsou nicméně k dispozici skrze jednotlivé zdravotní a sociální projekty.

4.4 Faktory podporující úspěšnou adaptaci

Hegyí (2001) poukazuje na to, že adaptace v pozdním věku je ovlivněna několika faktory, mezi které patří změny ve funkčním stavu organismu, narušení adaptačních mechanismů u starších osob, výskyt více chorob současně (polymorbiditou) a častější komplikace a odlišné životní podmínky ve stáří.

Hegyí (2004) uvádí, že je celý soubor faktorů, které mohou usnadnit nebo zkomplikovat proces přizpůsobení se seniora novému prostředí. Na základě výzkumů Ray, Bernard a Phillips (2018) uvádějí, že je důležité se soustředit na následující aspekty: vytváření příznivého a stimulujícího prostředí, navazování a udržování sociálních kontaktů (vztahy sebou blízkými osobami, s partnerem, s personálem, s ostatními klienty atd.), podpora aktivního a smysluplného trávení času (práce s pamětí, udržování tradic, rituálů, organizace oslav atd.), naplňování duchovních potřeb a podpora udržení co nejlepšího zdravotního stavu.

Podpora adaptace může být vylepšena pomocí usnadnění orientace, úprav pro bezbariérový přístup, pečlivě řízeného procesu přijetí a psychoterapeutické asistence (Kalvach et al., 2004).

Janečková et al. (2004) nabízejí možnosti podpory úspěšné adaptace. První možností je poskytnout klientovi podrobné informace o jeho novém okolí ihned po jeho příchodu. Dále je důležité posoudit, jaké činnosti byl klient schopen vykonávat samostatně ve svém dřívějším domově, které činnosti vyžadovaly rodinnou asistenci, co si je schopen ještě plánovat a organizovat na vlastní pěst a při kterých úkonech si přeje pomoc nebo podporu. Úspěšná adaptace je podporována zejména zapojením rodiny do hledání řešení v takové míře, jak je klientovi příjemné. Je důležité informovat klienty o možnostech trávení volného času, o různých aktivitách a událostech, které probíhají jak v zařízení, tak v jeho blízkém okolí. Klienti by tak měli možnost navázat kontakty mimo zařízení a zapojit se do komunity. Další možností podpory úspěšné adaptace je se zaměřit se na vytvoření podpůrného materiálního a architektonického prostředí, které usnadní orientaci a umožní

kontrolu nad prostředím. Navíc je nezbytné vytvořit pozitivní psychosociální atmosféru, která podporuje zapojení do společenství a vytváření přátelského a přijímajícího mikroprostředí. Poskytnout programy, které stimulují, vzbuzují zájem a podněcují k objevování, nabídnout možnosti zdokonalení se v něčem novém a užitečném pro každodenní život. Zapojit aktivity do smlouvy s klientem a jeho osobního plánu. V neposlední řadě možností podpory úspěšné adaptace je pravidelné hodnocení jeho životní spokojenosti s klientem, zjišťování, jaký je jeho názor na aktivity, které provádí, zkoumání, co mu chybí a co je příliš, identifikování jeho příležitostí a zjišťování, kde potřebuje pomoc a podporu.

Začátek dlouhodobého pobytu v instituci je pro klienta zásadní a vyžaduje si zvláštní pozornost. Kalvach et al. (2004) také zkoumají problematiku usnadnění adaptačního procesu. Pro lepší adaptaci klienta je důležitý vhodně zpracovaný přijímací proces, který by měl obsahovat konkrétní prvky:

- **Dobrovolnost vstupu.** Vstup do domova je podmíněn svolením klienta vyjádřeným písemně. Klíčové je, aby se klient s rozhodnutím ztotožnil za předpokladu, že je dostatečně informován.
- **Poučenost, znalost prostředí.** Pro snazší aklimatizaci je prospěšné, když klient předem zná místo, kam se bude stěhovat.
- **Podpora orientace v realitě a bezbariérovost prostředí.** Je důležité zabránit situacím, kdy dochází k nežádoucím zážitkům spojených s blouděním nebo ztrátou orientace.
- **Zachování důvěrnosti, důstojnosti, lidské slušnosti.** Projevovat zájem a akceptaci, přistupovat k osobě takové, jaká je, bez zaujatosti a hodnotících soudů.
- **Přirozenost, citlivost, domáckost.** Vytvářet prostředí, které umožňuje stálý kontakt s okolním světem.
- **Informovanost o pravidlech života v zařízení.** Pravidla by měla být srozumitelná, ucelená a přijatelná pro klienty.
- **Důsledné aktivní eliminování šikany a nevhodného zacházení** - ať už ze strany zaměstnanců nebo ostatních klientů.

- **Animace, nabídka dostatečného spektra a aktivit.**
- **Cílevědomá práce s klientem po přijetí, například:**
 - **Vytvoření role "patrona"** – to je kontaktní osoba, ke které se může klient obracet s jakýmkoli problémem, a to zejména během prvotní adaptační fáze trvající 2-3 měsíce.
 - **Nástupní pohovor včetně komplexního geriatrického hodnocení** – určení potřeb, přání, možností i rizik klienta, jeho sociálního zázemí, očekávání a obav, a vytvoření individuálního plánu péče.
 - **Smysluplná neformální dokumentace** - vedená s respektem k ochraně osobních údajů a citlivých informací.
 - **Průběžné hodnocení adaptační fáze s modulováním nástupního programu** – systémové revize případů nových klientů v rámci multidisciplinárních setkání, jako jsou například geriatrické konference.

4.5 *Adaptace seniora na dobrovolné přijetí*

Přechod do domova pro seniory může být hladší, pokud si senior zvolí odchod dobrovolně než ve chvíli, kdy je rozhodnutí učiněno za něj někým jiným proti jeho přání. To však nezaručuje úplný nedostatek jakýchkoliv potíží (Vágnerová, 2007).

Podle Vágnerové (2007) probíhá tento proces adaptace ve dvou etapách. První etapou je fáze nejistoty a vytvoření nového stereotypu. Jedná se o poznávání nového prostředí, zjišťování zásad života v něm. Během této fáze, senior často projevuje zvýšenou citlivost a frekventovaně přemýšlí o své minulosti. Porovnává pozitivní a negativní aspekty svého předchozího a nynějšího životního stylu. V této fázi je klíčové minimalizovat nepříjemné zkušenosti, které by mohly narušit adaptaci na nový život. Druhou etapou je fáze adaptace a přijetí nového životního stylu. Po určitém čase, senior začíná přijímat ztrátu svého předešlého života a postupně se utváří nový životní režim a vytváří se nové sociální vazby.

4.6 Adaptace seniora na nedobrovolné přijetí

Pacovský (1994) popisuje nedobrovolného klienta ústavního zařízení, jako seniora, který nespolupracuje s personálem, zaujímá negativistické chování a vyhýbá se ostatním obyvatelům. Klient v zařízení péče často projevuje nepřítomnost zájmu o své okolí, což může vést k chronické depresi a apatii. Mezi další projevy nedobrovolné adaptace patří pravidelné odmítání stravy, absence zájmu o aktivity nebo neochota se učit nové věci. Tyto osoby také běžně odmítají zapojení do různých aktivit a často vyjadřují svou nespokojenost na mnoha frontách.

Je důležité poznamenat, že pro výskyt problémového chování je rozhodující, do jaké míry jsou naplněny základní potřeby jedince (Hauke, 2014).

Vágnerová (2007) srovnává proces adaptace na nedobrovolné umístění do instituce s dětským pocitem separační úzkosti, kdy starší osoba je nedobrovolně odloučena od svého obvyklého zdroje pohody a bezpečí, včetně jejího domova.

Vágnerová (2007) identifikuje tři fáze, kterými senioři při nedobrovolném zařazení do domova pro seniory procházejí:

- 1) **Fáze odporu.** V této fázi se u starších osob může objevit negativismus, agresivita a odpor vůči okolí, včetně zaměstnanců sociálního zařízení a dalších obyvatel, kteří mohou být vnímáni jako "náhradní viníci".
- 2) **Fáze zoufalství a apatie.** Tato fáze přichází, když starší člověk pocítí vyčerpání a uvědomí si neúčinnost svého odporu. Zpravidla dochází k úpadku aktivity a apatii, kdy osoba rezignuje a ztrácí zájem o okolní svět. Někteří zůstávají v tomto stavu až do konce života a snadno ztrácejí chuť k životu v náročných situacích.
- 3) **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby.** Někteří senioři jsou schopni vybudovat nové užitečné vztahy, ať už se jedná o další obyvatele zařízení, spolubydlící nebo zaměstnance (Vágnerová, 2007).

4.7 Adaptace pomoci aktivizace

Janečková et al. (2004) uvádějí, že aktivita, ať už v domácím prostředí nebo v rámci zařízení, by měla přirozeně navázat na aktivity, které byly přerušeny onemocněním nebo umístěním do instituce, nebo by měla rozvíjet skryté potenciály a nabízet příležitosti pro rozvoj. Okolí podporující osobní zapojení by mělo být co nejvíce přirozené, mělo by vyvolávat pozitivní vzpomínky a motivovat k činnostem, které jedinec považuje za příjemné a které mu přináší radost, posilují jeho sebeúctu, jsou spojeny s uznáním ze strany ostatních, a také evokují pocity sounáležitosti a soudržnosti se širším společenstvím.

Janečková et al. (2004) dále uvádí, že cílem je vytvořit podporující prostředí a klima, ve kterém se lidé cítí dobře a mohou žít aktivní a plný život podle svých přání a představ vždy s činnostmi, které je uspokojují a jsou pro ně hodnotné. Tyto principy by měly být adekvátně použity i v případech klientů s výrazným zdravotním postižením. Z Francie se k nám dostal termín animace, který znamená oživení nebo naplnění programem. Tento pojem je běžně spojován s veškerými aktivitami prováděnými v zařízeních sociální péče. Animace se vztahuje na celkový přístup ke klientům a na atmosféru daného zařízení. Klíčovými charakteristikami animace jsou nenásilnost a otevřenost.

Martinho (2020) hovoří o tzv. „gamifikaci“, kterou lze chápat jako proces, kdy se obyčejné nebo rutinní aktivity změni na hru tím, že se do nich vloží herní prvky. Pozorované technologické prvky zahrnují systémy samořízení, přenosná zařízení, fyzické roboty, konzole a nositelné technologie. Použití gamifikačních technik na podporu starších lidí se ukázalo jako prospěšné pro zlepšení pohody i fyzického, kognitivního, sociálního a emocionálního stavu starší osoby.

4.7.1 Virtuální realita jako aktivizační činnost

Suchomelová, Diallo a Vavrečka (2021) na základě výzkumu zjistili, že pokud je technologie virtuální reality (VR) použita správně, může pocitově obohatit stárnoucí populaci tím, že naplňuje jejich klíčové potřeby a vyvolává intenzivní pozitivní emoce. Avšak nevhodné užití VR nebo přílišné očekávání ze strany uživatelů může vést k tomu, že tuto technologii odmítnou jak pracovníci v oblasti aktivizačních činností, tak jejich klienti. Při tvorbě virtuální reality pro seniory je důležité přihlídnout k jejich

individuálním omezením, ale také k možnostem a dovednostem, kterými disponují. Důležité aspekty, jako jsou svoboda pohybu, schopnost volby a aktivní zasahování do průběhu virtuálního dění, tvoří klíčové přínosy, když se senior zapojí do aktivit ve virtuálním prostoru.

Suchomelová, Diallo a Vavrečka (2021) dále uvádějí, že design virtuálního zážitku by měl být navržen tak, aby co nejvíce podporoval nezávislost seniorů. Je důležité, aby byli schopni sami řídit dění ve virtuální realitě, a to i přes případné problémy s koordinací pohybu nebo jemnou motorikou. Podobně jako u ostatních druhů řízených činností, klíčová úloha v akceptaci virtuální reality připadá aktivizačnímu pracovníkovi. Ten by měl sloužit jako spolehlivý a pečlivý doprovod při zážitku, což znamená vhodně komunikovat se seniorem před začátkem, v průběhu i po ukončení akce ve virtuálním prostředí.

4.8 Maladaptace na pobytová zařízení

Někteří senioři udržují do vysokého věku samostatnost, zapojení do života, osobní cíle a kontrolu nad svými aktivitami, včetně společenského zapojení a osobního rozvoje. Avšak jiní se setkávají s problémy, neúspěchy a sociální izolací, což může vést k frustraci, emocionální deprivaci a selhání v řešení každodenních záležitostí. Často reagují stáhnutím se do sebe, rezignací a apatií, například po přestěhování do domova pro seniory nebo při objevení se kognitivních problémů. Jiní by se rádi zapojili do aktivního života, ale buď nemají možnost nebo nevědí, jak si vytvořit vhodné podmínky pro vykonávání zajímavých aktivit (Janečková et al., 2004).

Janečková et al. (2004) taktéž uvádí, že ideálním místem pro život seniorů je jejich vlastní domov. Ústavní péče by měla přicházet v úvahu skutečně jen jako alternativa poslední instance. V České republice se občané rozhodují požádat o přijetí do domova pro seniory obvykle až v pozdějším věku, a to, pokud žijí sami, trpí zdravotními problémy, jsou v těžké sociální situaci nebo vykazují vysoký stupeň závislosti na pomoci druhých. Rozhodnutí pro přestěhování do domova pro seniory je obvykle podmíněno situací, kdy "neexistuje jiné řešení".

4.9 Validace

Dle Pokorné a Soukupové (2014) metoda validace představuje nástroj, který odborníkům v oblasti péče nabízí možnost lépe porozumět seniorům, zlepšuje jejich schopnost komunikovat a poradit, jak získat důvěru seniorů, kteří se v pokročilém věku potýkají s nevyřešenými osobními problémy či konflikty z minulosti. Senior, který projevuje symptomy behaviorální a psychických problémů souvisejících s demencí, se často pokouší sdílet své přání a cíle, ale onemocnění demence mu klade překážky v sociální interakci, jako jsou jazykové a další bariéry. Cílem současné geriatrické péče je skrze validaci umožnit pečovatelům a seniorům vybudovat „komunikační most“, který ulehčí hlubokou a emocionálně bohatou výměnu zkušeností.

Dále dle Feilové (1993) je cílem validace obnova pocitu sebehodnoty, poskytnutí síly a podpory zdravé část osobnosti. Uvědomění si vlastního smysluplného "já" pomáhá redukovat stres, úzkost a depresivní stavy.

5 Výzkumná část

5.1 Cíl práce a stanovení výzkumné otázky

Cílem práce je zjistit, jaké skutečnosti napomáhají seniorům v adaptačním procesu při vstupu do pobytové služby domov pro seniory a do jaké míry adaptační proces při přechodu z domácího prostředí do domova pro seniory ovlivňuje úspěšné zvládnutí adaptace a přispívá ke spokojenosti seniora. Cílem výzkumu je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: **Jaké faktory ovlivňují adaptační proces seniora při vstupu do pobytové služby domov pro seniory?** Při odpovědi na tuto otázku jsem se snažil zjistit, jaké faktory adaptačního procesu ovlivňují spokojenost seniora při vstupu do pobytového zařízení domov pro seniory.

5.2 Stanovení hypotéz

Pro tento cíl výzkumu jsem stanovil tři následující hypotézy:

- H1:** Věk ovlivňuje délku adaptačního procesu.
- H2:** Vztah k prostředí, ve kterém je domov pro seniory umístěn, ovlivňuje délku adaptačního procesu.
- H3:** Spokojenost s nabízenými aktivizačními službami ovlivňuje adaptační proces uživatele.

6 Metodika

6.1 Strategie výzkumu

Pro shromáždění požadovaných dat pro studii byl použit kvantitativní výzkum za použití dotazníkové formy šetření, kde autor dotazníku nemá přímou interakci s účastníky výzkumu, což dle Gavory (2010) zajišťuje objektivní perspektivu na zkoumaný fenomén. Dotazníky byly nestandardizovaného typu, tedy jak uvádí Hricová et al. (2023), jedná se o dotazníky vlastní konstrukce. Informace jsou zjišťovány na základě polostrukturovaných otázek, které umožňují získat podrobnější odpovědi respondentů, jelikož obsahují jak uzavřené, polouzavřené, tak i otevřené otázky. Výhody i nevýhody těchto typů otázek uvádí např. Špaček (2019). Dotazník vlastní konstrukce byl použit především pro přímo se vztahující otázky ke sledovanému tématu.

Dotazníky byly předány v tištěné formě sociálním pracovníkům, kteří je následně předali uživatelům domova pro seniory. Uživatelé tyto dotazníky vyplnili sami a následně je předali sociálním pracovníkům, kteří je předali zpět autoru této bakalářské práce k dalšímu zpracování. Dotazníky byly určeny pro uživatele domova pro seniory, ve kterém byl výzkum prováděn. Celkem bylo správně vyplněno a předáno 120 dotazníků. Vzor informovaného souhlasu s účastí ve výzkumném šetření je přílohou č. 1, podepsaný informovaný souhlas má autor ve svém vlastnictví. Dotazník je přiložen k této práci jako příloha č. 2.

6.2 Výzkumný soubor

Základní skupinu zkoumaného vzorku tvořili uživatelé konkrétního domova pro seniory v Jihočeském kraji, ve kterém byl výzkum proveden. Dotazníkové šetření probíhalo od 16. listopadu roku 2023 do 16. února roku 2024. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Z důvodu chybného či neúplného vyplnění bylo následně vyřazeno 30 dotazníků. Konečný počet vrácených a správně vyplněných dotazníků je 120. Ve vyřazených dotaznících většinou nebyla zodpovězena většina otázek či u některých odpovědí byla označena více než jedna možnost. Návratnost dotazníků byla 80 %. Reprezentativní vzorek byl zjištěn na základě výročních zpráv domova pro seniory.

6.3 Etické aspekty výzkumu

Všechny zpracované osobní a citlivé údaje budou v rámci výzkumného projektu bakalářské práce zpracovány anonymně, a to v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Skrze sociální pracovníky domova byli uživatelé tohoto domova poučeni o naprosté dobrovolnosti. Dotazníkové šetření je sestaveno tak, aby byla zachována anonymita respondentů. V bakalářské práci nejsou zmíněna jména respondentů, místa jejich bydliště ani další citlivé údaje. Získaná data, jak uvádí Reichel (2009), slouží pouze pro výzkumné účely.

6.4 Harmonogram sběru dat

Dne 16.11.2023 bylo provedeno dotazníkové šetření v domově pro seniory, které bylo ukončeno dne 16.02.2024. Od tohoto dne byla průběžně zpracovávána získaná data. V únoru 2024 probíhalo vyhodnocování získaných dat od respondentů a v břenu 2024 byla tato data kompletována do výsledků proběhlého dotazníkového šetření.

6.5 Rizika výzkumu

Za riziko výzkumu považuji to, že dotazníkové šetření probíhalo pouze v konkrétním domově pro seniory a nelze tak zjištěné závěry zobecnit na všechny domovy pro seniory, přinášejí pouze dílčí zjištění konkrétního domova pro seniory. Ačkoliv bych to rád vyvrátil, jisté riziko může spočívat v přístupu sociálních pracovníků k uživatelům domova pro seniory a jejich možného vlivu na jednotlivé odpovědi.

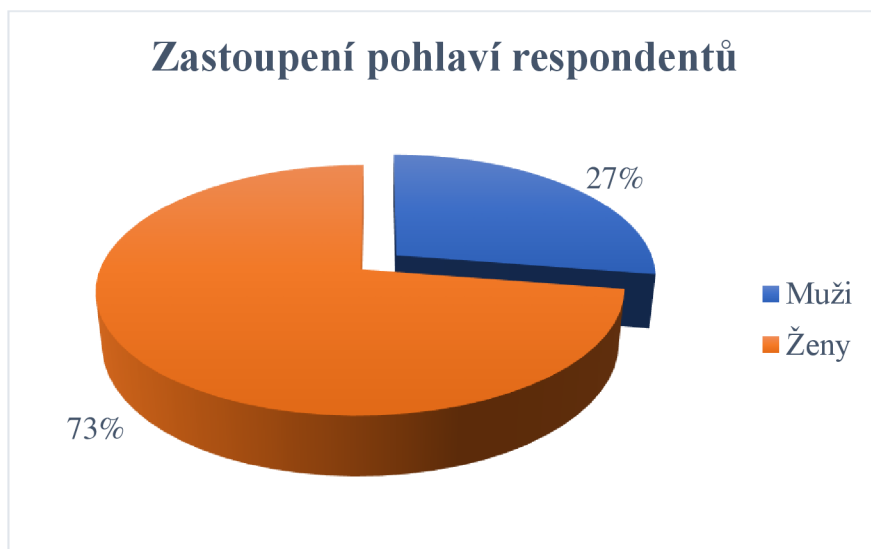
6.6 Statistické vyhodnocení dotazníku

Jednotlivé odpovědi jsou prezentovány na základě postupů popisné statistiky. Výstupem popisné statistiky jsou absolutní a relativní četnosti a grafy. V případě otázky na věk, je prezentován průměr, směrodatná odchylka, minimální věk, maximální věk a rozdělení do tří věkových kategorií.

Vzhledem k typu dat (ordinální) byly stanovené hypotézy hodnoceny na základě neparametrické Spearmanovy korelace, která zachycuje i nelineární, obecně rostoucí či klesající vztahy mezi proměnnými. Presentován je Spearmanův koeficient (r_s), stupně volnosti (df) a dosažená hladina významnosti (p). Zvolená hladina významnosti (α) byla 0,05 (5 %). Ke zpracování dat byly použity programy IBM SPSS Statistics verze 28.0 a MS Excel verze 2016.

7 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1



Graf č. 1: Zastoupení pohlaví respondentů, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Na grafu č. 1 je patrné, že z celkového počtu 120 respondentů je 27 % (33) mužů a 73 % (87) žen.

Otázka č. 2

Celkem bylo dotazováno 120 uživatelů domova. Tabulka č. 1 je zaměřená na věk respondentů. Průměrný věk respondentů je 80. Směrodatná odchylka je 8, tedy nejčastější věk respondentů se pohyboval od 72 do 88 let. Minimální věk dotazovaných byl 67 let a maximální věk dotazovaných 96 let.

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Věk respondentů	
Průměr	80
Směrodatná odchylka	8
Minimum	67
Maximum	96

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

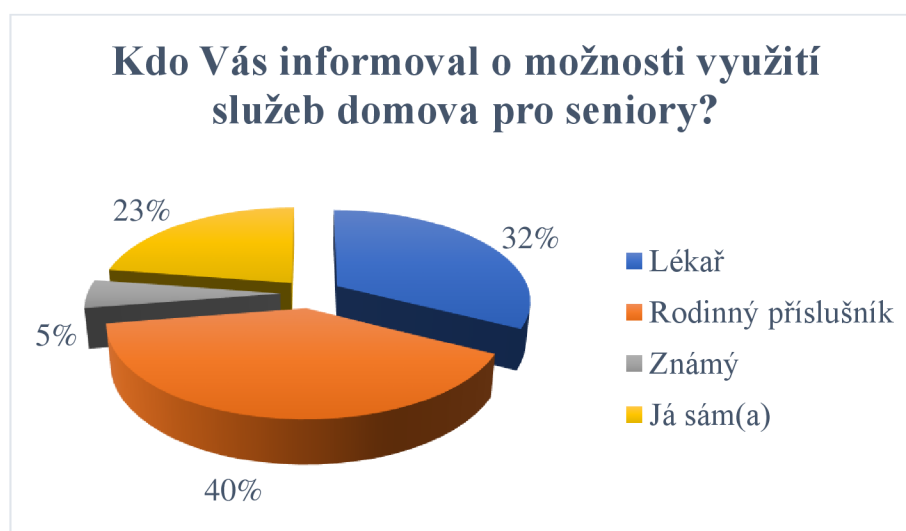
Pro lepší přehlednost byl věk uživatelů rozdělen do tří kategorií, které jsou uvedené v tabulce č. 2. Konkrétně první kategorie určuje věk uživatelů do 75 let. Do této kategorie spadá 38 % (45) dotazovaných. Druhá kategorie určuje věk uživatelů od 76 do 85 let, do které spadá 35 % (42) dotazovaných a třetí kategorie zahrnuje uživatele starší než 85 let, do které spadá 27 % (33) dotazovaných.

Tabulka č. 2: Věkové kategorie

Věkové kategorie	Četnost	Procenta (%)
do 75 let	45	38
76-85 let	42	35
více než 85 let	33	27
Celkem	120	100

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

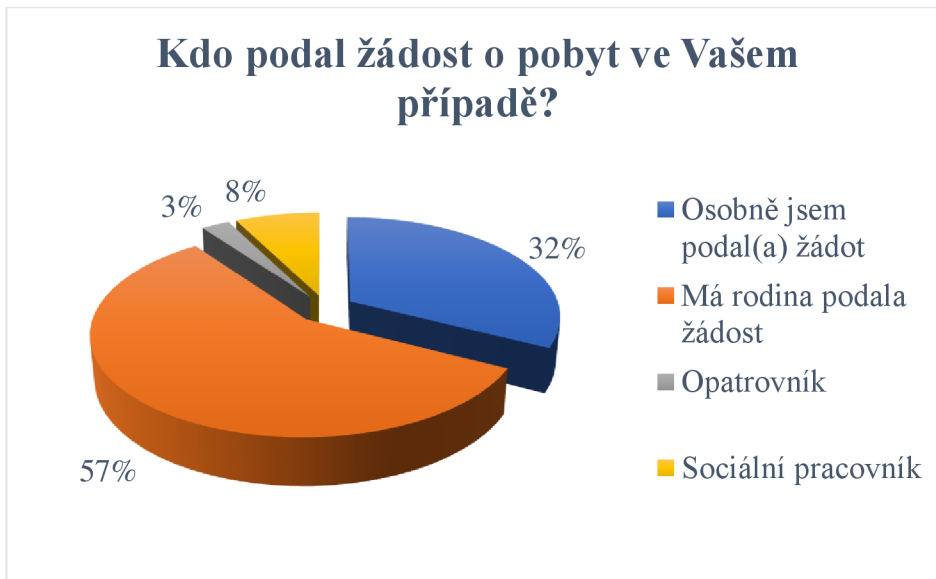
Otázka č. 3



Graf č. 2: Podání informací ohledně služby, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Na otázku „Kdo Vás informoval o možnosti využití služeb domova pro seniory?“, zvolilo dle grafu č. 2, 32 % (39) respondentů možnost „lékař“, 40 % (48) možnost „rodinný příslušník“, 5 % (6) zvolilo možnost „známý“ a 23 % (27) možnost „já sám(a)“.

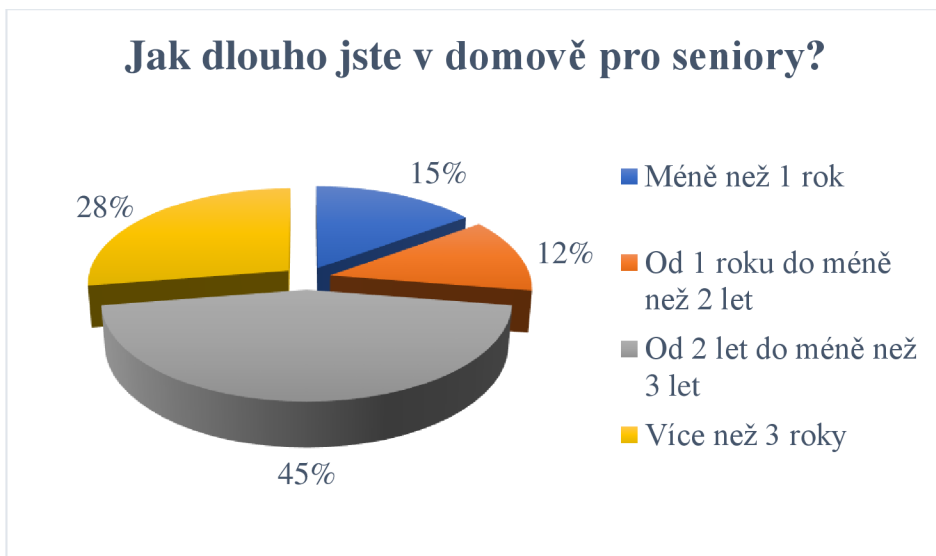
Otázka č. 4



Graf č. 3: Podání žádosti do domova pro seniory, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Graf č. 3 znázorňuje možnosti ohledně podání žádosti o pobyt do domova pro seniory. 32 % (39) respondentů uvedlo možnost, že jejich žádost o pobyt podali oni sami. 57 % (69) dotazovaných uvedlo, že žádost podali jejich rodinní příslušníci. Ve 3 % (3) respondenti uvedli, že jejich žádost podal opatrovník a v 8 % (9) za ně žádost vyřídil sociální pracovník.

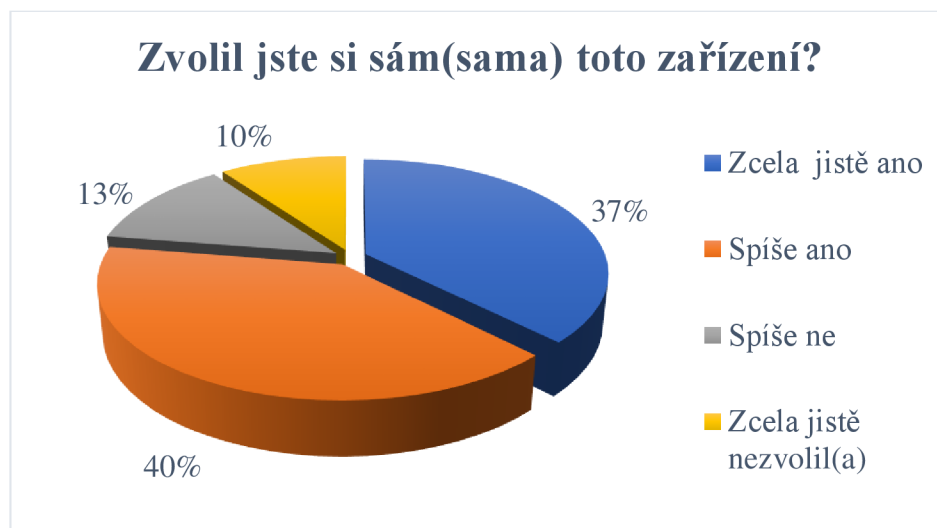
Otázka č. 5



Graf č. 4: Délka pobytu v domově pro seniory, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Dle znázornění grafu č. 4 můžeme vidět, že 15 % (18) uživatelů je v domově pro seniory méně než 1 rok, 12 % (15) dotazovaných využívá pobytové zařízení od 1 roku do méně než 2 let. Nejpočetnější kategorií obyvatel domova jsou dle výpočtu uživatelé, kteří jsou zde od 2 let do méně než 3 let, tuto kategorii tvoří 45 % (54) dotazovaných. 28 % (33) uživatelů obývá domov pro seniory více než 3 roky.

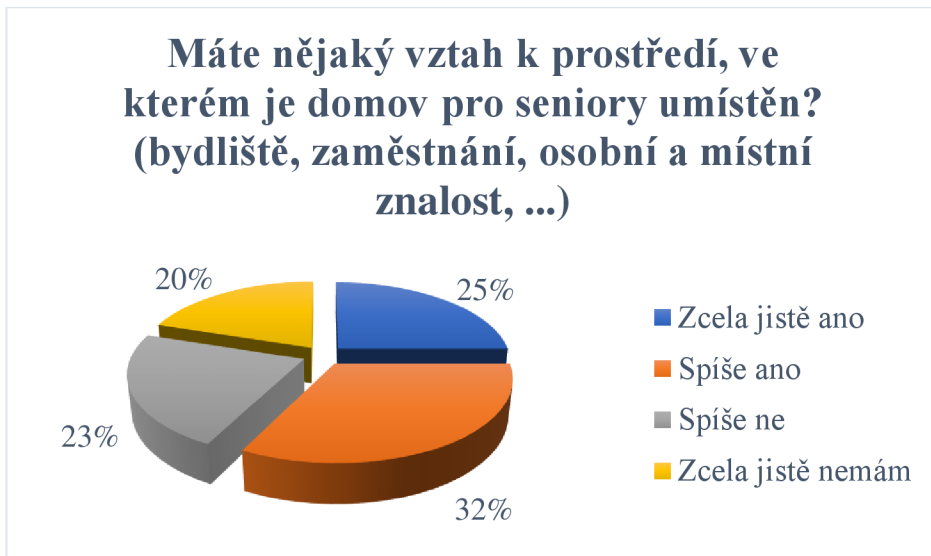
Otázka č. 6



Graf č. 5: Volba zařízení dle svého uvážení, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Na otázku, zdali jste si zvolil(a) sám(a) toto zařízení, 37 % (45) respondentů odpovědělo „zcela jistě ano“. Téměř srovnatelný počet, konkrétně 40 % (48) dotazovaných zvolilo možnost „spíše ano“. Menší zastání se dostalo odpovědím „spíše ne“ a „zcela jistě ne zvolil(a)“, kdy odpověď spíše ne zvolilo 13 % (15) dotazovaných a odpověď zcela jistě ne zvolilo 10 % (12) dotazovaných.

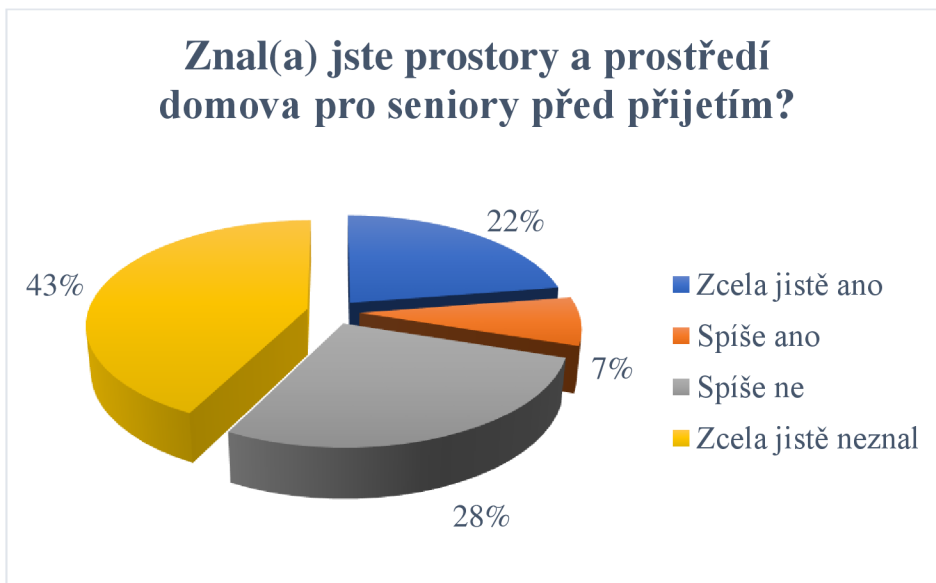
Otázka č. 7



Graf č. 6: Vztah k prostředí, ve kterém je domov pro seniory umístěn, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Vztah k prostředí, ve kterém je domov pro seniory umístěn zcela jistě mělo 25 % (30) dotazovaných. Nějaké jisté vazby k prostředí mělo 32 % (39) dotazovaných, spíše žádné vazby k prostředí mělo 23 % (27) respondentů a 20 % (24) respondentů okolní prostředí vůbec neznalo.

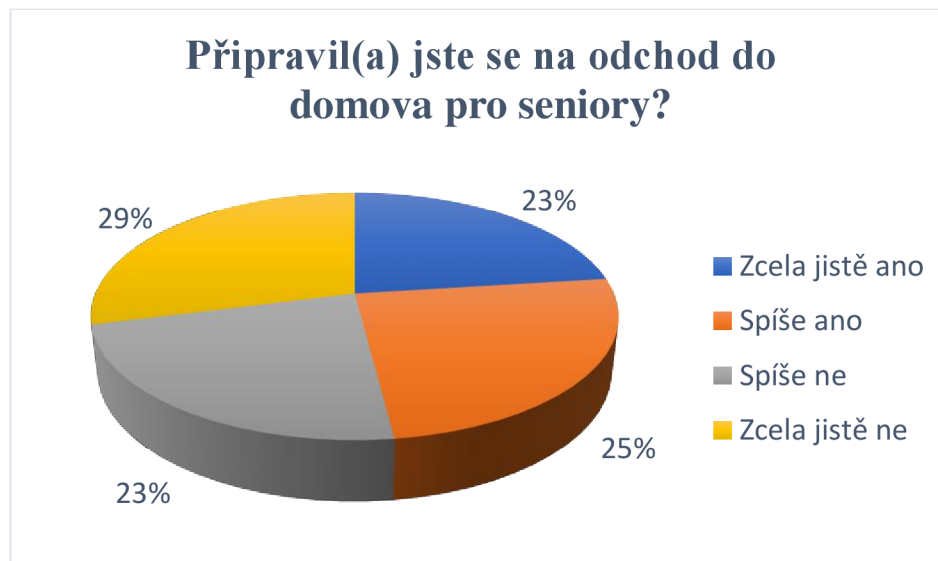
Otázka č. 8



Graf č. 7: Znalost prostor a prostředí, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Tato otázka v grafu č. 7 se zaměřovala na znalost vnitřních prostor a prostředí domova pro seniory. Odpověď „zcela jistě ano“ zvolilo 22 % (27) dotazovaných, odpověď „spíše ano“ zvolila nejméně početná část dotazovaných, tedy jen 7 % (9). Spíše menší znalost vnitřních prostor a prostředí mělo 28 % (33) dotazovaných a největší počet dotazovaných, 43 % (51) neznalo vnitřní prostory a prostředí vůbec.

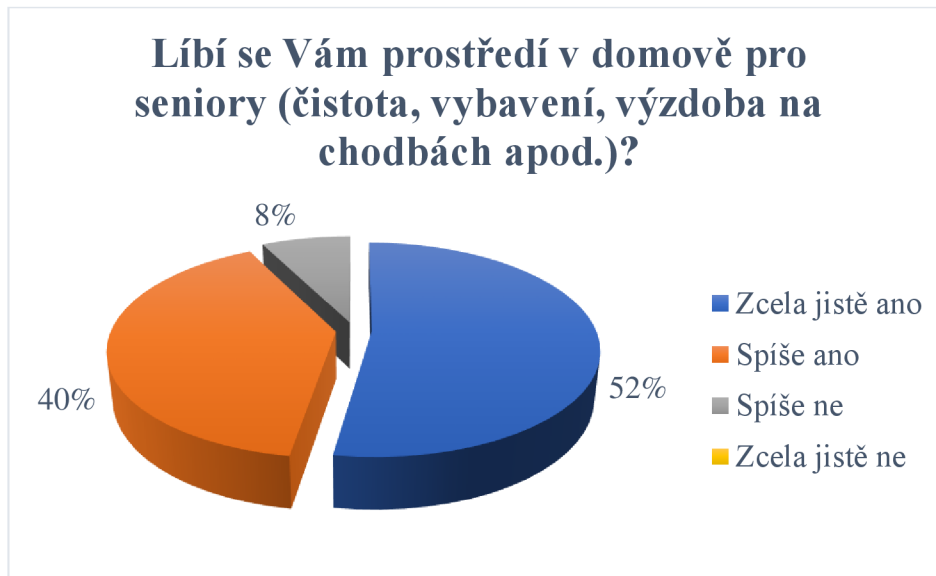
Otázka č. 9



Graf č. 8: Plánování odchodu do domova pro seniory, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Odpovědi na otázku ohledně plánování odchodu do domova pro seniory byly v celku vyrovnané. Na odchod se zcela jistě mělo možnost a připravilo se 23 % (27) respondentů. Přesně čtvrtina dotazovaných, tedy 25 % (30), zvolila možnost „spíše ano“. 23 % (27) dotazovaných spíše nemělo tu možnost připravit se na odchod a 29 % (36) se zcela jistě na odchod nepřipravilo.

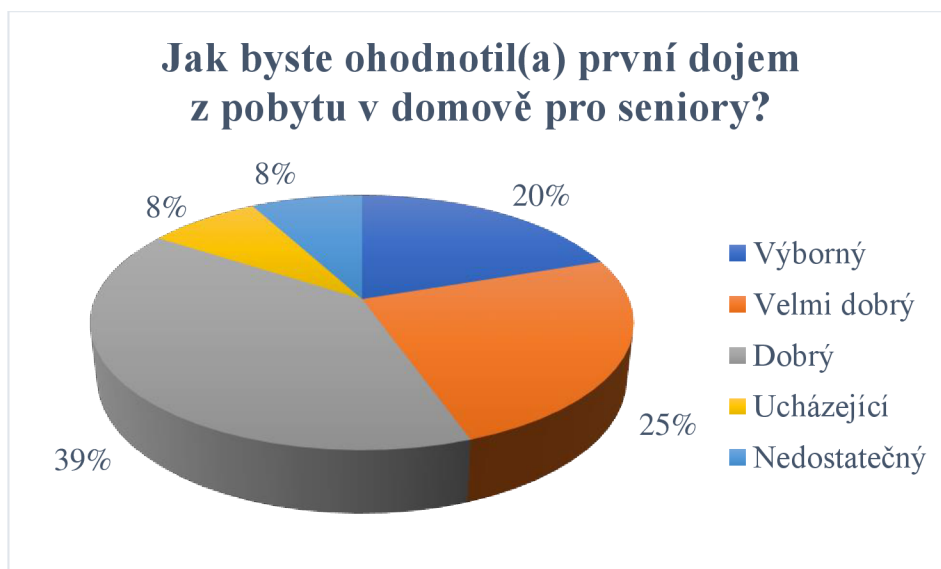
Otázka č. 10



Graf č. 9: Líbivost prostředí v domově pro seniory, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Odpovědi na otázku, zdali se uživatelům líbí prostředí v domově pro seniory, byly rozděleny dle grafu č. 9 na tři kategorie. Možnost „zcela jistě ne“ nevyužil žádný z dotazovaných. Nejpočetnější zvolenou možností byla odpověď „zcela jistě ano“, na kterou odpovědělo 52 % (63) respondentů. 40 % (48) respondentů zvolilo možnost „spíše ano“ a 8 % (9) dotazovaných se prostředí spíše nelíbí.

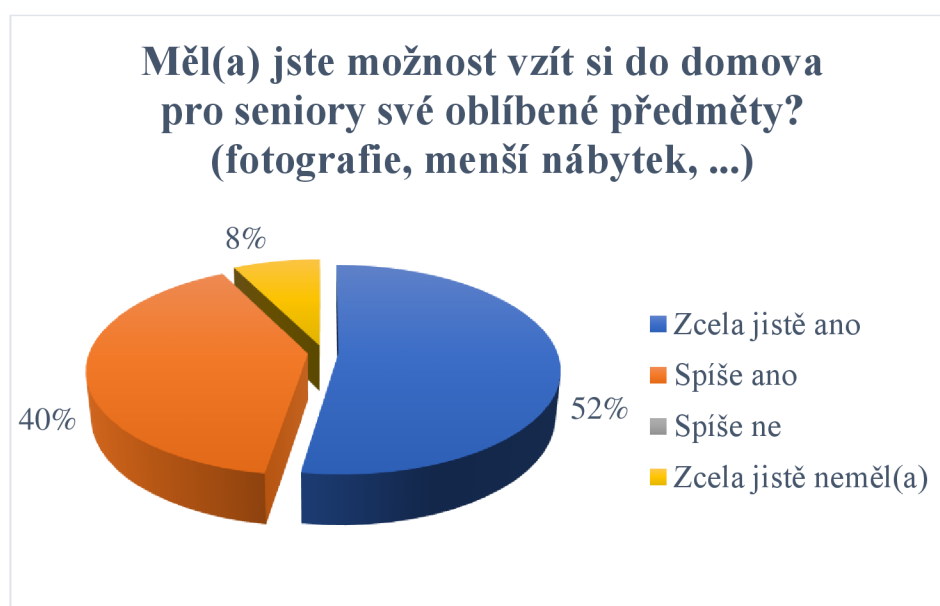
Otázka č. 11



Graf č. 10: První dojem, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Graf č. 10 popisuje výsledky odpovědí uživatelů ohledně hodnocení prvního dojmu z pobytu. Na 20 % (24) dotazovaných působil pobyt v domově pro seniory prvním dojmem výborně. 25 % (30) dotazovaných zvolilo možnost „velmi dobrý“. Nejpočetnější skupinou byli uživatelé, volící možnost „dobrý“, tuto možnost zvolilo 39 % (48). Ucházejícím prvním dojmem působil pobyt na 8 % (9) dotazovaných a 8 % (9) respondentů se absolutně dle prvního dojmu pobyt nelíbil.

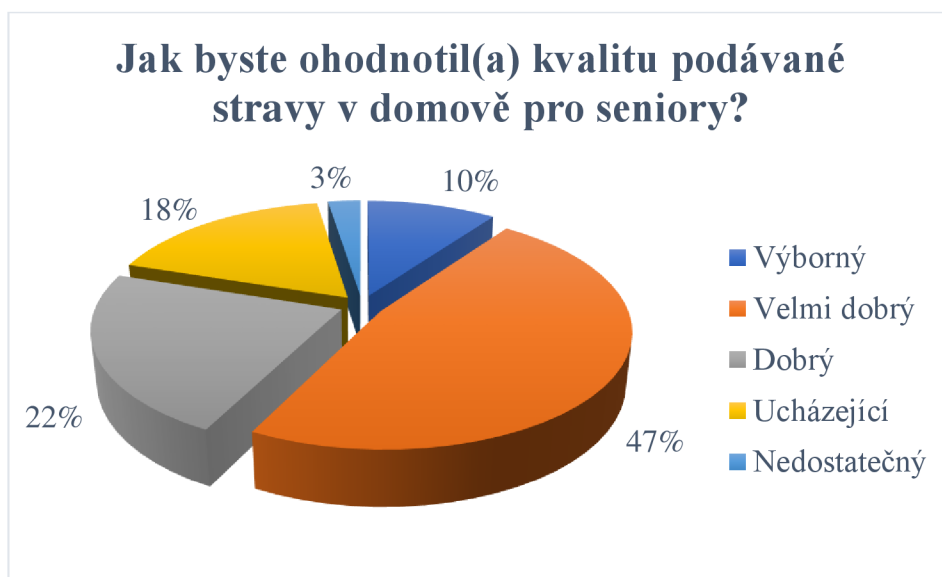
Otázka č. 12



Graf č. 11: Možnost vzetí si oblíbených předmětů, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Na tuto otázku, znázorňující v grafu č. 11, nejvíce respondentů, celkem 52 % (63), odpovídalo „zcela jistě ano“. Druhou nejpočetnější odpovědí byla odpověď „spíše ano“ se 40 % (48) odpovědí. Žádného zvolení se nedočkala odpověď „spíše ne“ a nejméně zvolenou částou možnost „zcela jistě ne“ zvolilo pouze 8 % (9) respondentů.

Otázka č. 13



Graf č. 12: Kvalita podávané stravy, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Z grafu č. 12 je patrné, že kvalita podávané stravy byla v dotazníkovém šetření navrhnutá hodnotící škálou. 10 % (12) dotazovaných odpovědělo, že kvalita stravy je výborná. Největší část z celkového počtu odpovědí zaujmula možnost „velmi dobrý“, kterou zvolilo 47 % (57) dotazovaných. 22 % (27) zvolilo možnost „dobrý“. Na kvalitu podávané stravy si zřejmě stěžovalo 18 % (21) dotazovaných, kteří uvedli možnost „ucházející“ a na nedostatečnou kvalitu poukázali 3 % (3) respondentů.

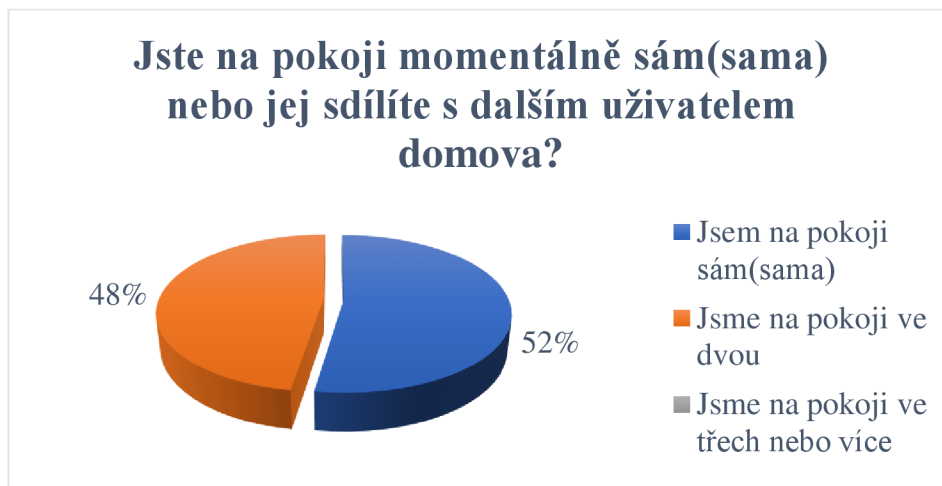
Otázka č. 14



Graf č. 13: Setkání se sociálními pracovníky, zdroj: vlastní výzkum, 2024

V grafu č. 13 jsou znázorněny odpovědi uživatelů, kdy 72 % (87) se před nástupem setkala se sociálními pracovníky a 28 % (33) uživatelů tu možnost nemělo.

Otázka č. 15



Graf č. 14: Počet lidí na pokoji, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Graf č. 14 znázorňuje odpovědi na otázku týkající se počtu uživatelů žijících o samotě a uživatelů, kteří sdílí pokoj s dalším uživatelem. Možnost „jsme na pokoji ve třech nebo více“ nezvolil žádný z dotazovaných. Možnosti „jsem na pokoji sám/sama“ a „jsme na pokoji ve dvou“ zvolil přibližně stejný počet uživatelů. 52 % (63) zvolilo možnost „jsem na pokoji sám(sama) a 48 % (57) zvolilo možnost „jsme na pokoji ve dvou“.

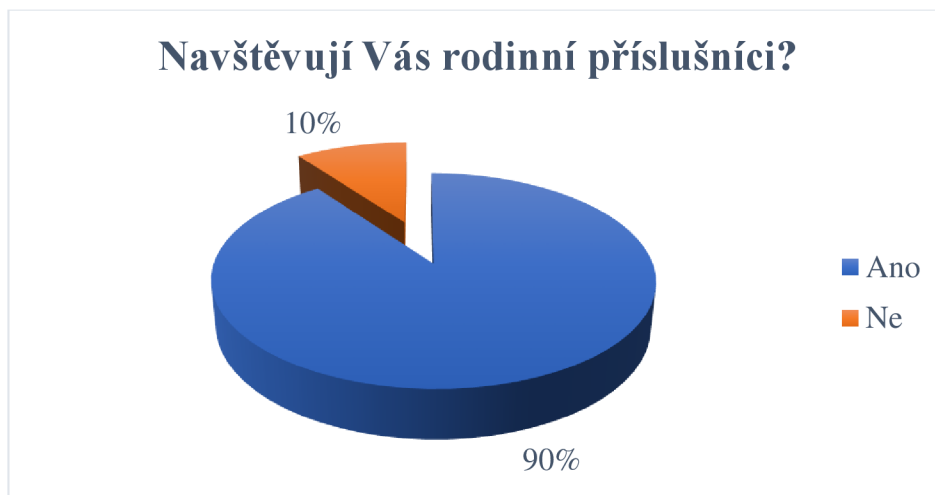
Otázka č. 16



Graf č. 15: Poskytnutí lékařského ošetření, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Graf č. 15 se věnuje možnosti lékařského či zdravotního ošetření. 47 % (57) dotazovaným dle odpovědi je zcela jistě poskytnuto lékařské či zdravotní ošetření. Toto vyšetření je spíše také poskytnuto 40 % (48) dotazovaným. 10 % (12) uvádí, že spíše jejich požadavek není vyslyšen a 3 % (3) uvádí, že zcela jistě tuto možnost ošetření nemají.

Otázka č. 17



Graf č. 16: Návštěva rodiny, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Dle grafu č. 16 je zřejmé, že dotazované navštěvují rodinní příslušníci v 90 % (108) případech, tedy dle tohoto šetření se dá říct, že každého desátého rodinní příslušníci pravidelně nenavštěvují. Možnost „ne“ zvolilo 10 % (12) dotazovaných.

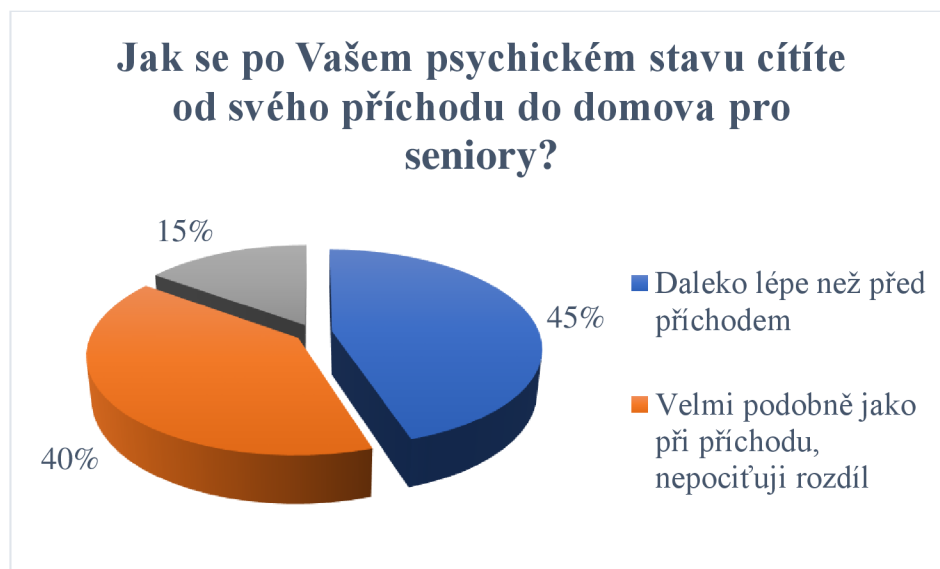
Otázka č. 18



Graf č. 17: Častota rodinných návštěv, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Otázka v grafu č. 17 směřovala k četosti rodinných návštěv, kdy 60 % (72) respondentů uvedlo, že je rodina navštěvuje nejméně jedenkrát za týden. 30 % (36) respondentů zvolilo možnost „nejméně jedenkrát za měsíc“. 2 % (3) respondenti uvedli, že je rodina navštěvuje nejméně jedenkrát za půl roku a 8 % (9) respondentů uvedlo, že je jejich rodinní příslušníci nenavštěvují vůbec.

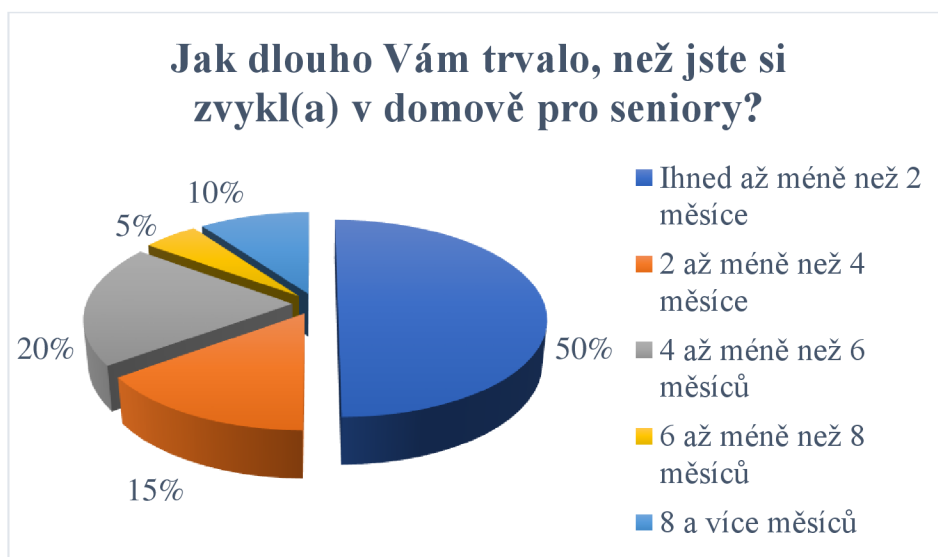
Otázka č. 19



Graf č. 18: Psychický stav od příchodu, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Otázka uvedená v grafu č. 18 směřovala k hladině psychického stavu uživatelů od příchodu. Na výběr dotazovaní měli z čtyř možností, kdy čtvrtá možnost byla ve formě otevřené odpovědi, kterou nezvolil žádný z respondentů. 45 % (54) dotazovaných zvolilo možnost „daleko lépe než před příchodem“, 40 % (48) zvolilo možnost, že nepocítují rozdíl na svém psychickém stavu a 15 % (18) se cítí hůře než před příchodem.

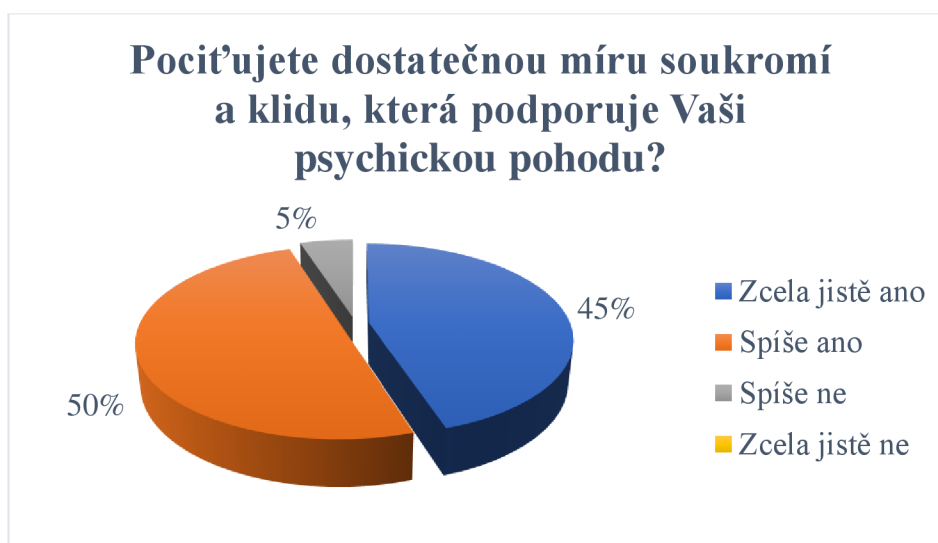
Otázka č. 20



Graf č. 19: Délka adaptačního procesu, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Otázka č. 20 uvedená v grafu č. 19 je pro tento výzkum stěžejní, neboť se k ní vztahují všechny zkoumané hypotézy. 50 % (60) respondentů uvedlo, že si v domově pro seniory zvykli ihned nebo do dvou měsíců, 15 % (18) dotazovaných si v domově zvyklo během 2 až 4 měsíců, 20 % (24) dotazovaných si zvyklo během 4 až 6 měsíců, 5 % (6) respondentů si zvyklo až od půl roka do 8 měsíců pobytu v domově a 10 % (12) respondentů s zvyklo až od osmého měsíce či si stále na pobyt zvykají.

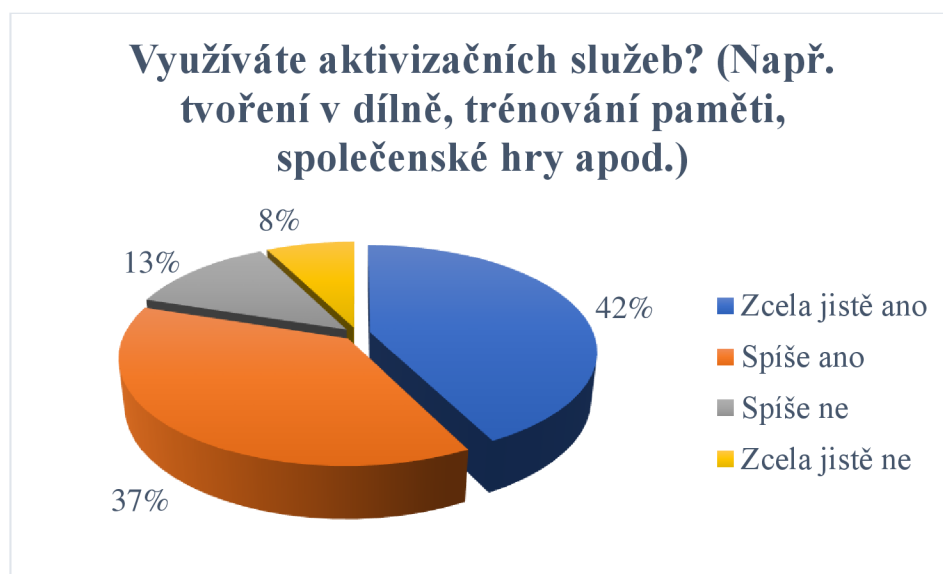
Otázka č. 21



Graf č. 20: Dostatečná míra soukromí a klidu, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Odpovědi uvedené v grafu č. 20 představují míru soukromí a klidu uživatelů v domově, kdy absolutní soukromí a klid pociťuje 45 % (54) dotazovaných, 50 % (60) respondentů spíše pociťuje klid a soukromí, 5 % (6) respondentů uvádí, že spíše soukromí a klid nepociťují a žádný z respondentů neoznačil možnost, že zcela jistě nepociťuje klid a soukromí v domově pro seniory.

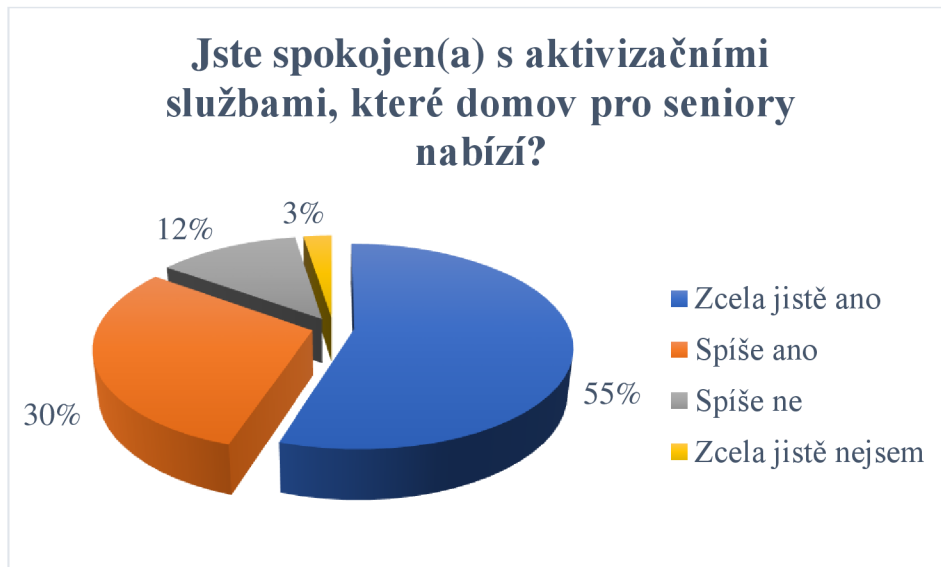
Otázka č. 22



Graf č. 21: Využití aktivizačních služeb, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Graf č. 21 ukazuje, kolik uživatelů využívá aktivizační služby. 42 % (51) respondentů v dotazníku označilo, že zcela využívají těchto služeb. 37 % (45) respondentů uvedlo, že spíše těchto služeb využívají. Menší část je uživatelů, kteří tyto služby nevyužívají, kdy 13 % (15) uživatelů těchto služeb spíše nevyužívají a 8 % (9) uživatelů těchto služeb nevyužívají vůbec.

Otázka č. 23



Graf č. 22: Spokojenost s aktivizačními službami, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Na grafu č. 22 je vidno, že 55 % (66) dotazovaných je zcela spokojeno s aktivizačními službami, které domov nabízí, 30 % (36) dotazovaných je s těmito službami spíše spokojených nežli nespokojených, 12 % (15) respondentů je naopak spíše nespokojených a 3 % (3) respondenti jsou zcela nespokojeni s nabízenými aktivizačními službami v domově.

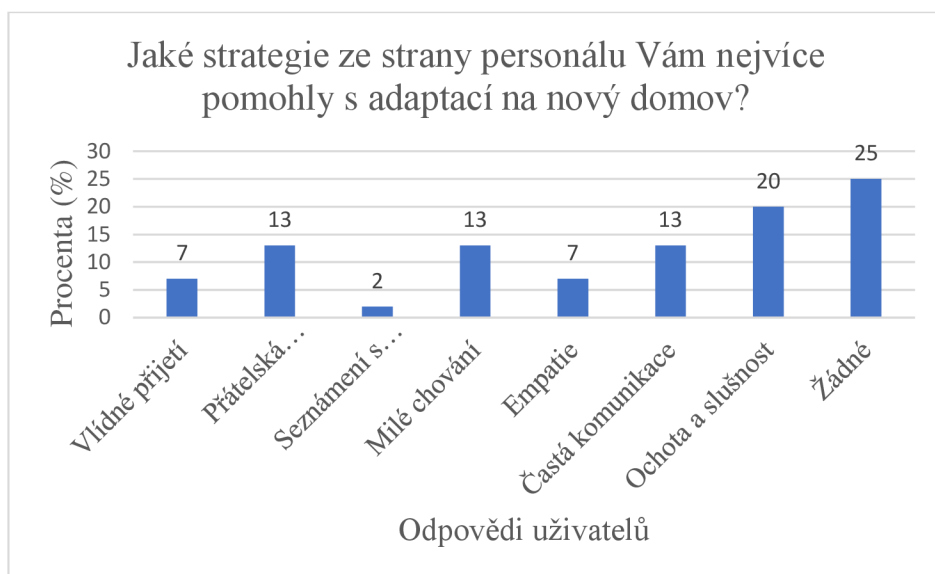
Otázka č. 24



Graf č. 23: Poskytnutí podpory, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Výše uvedený graf č. 23 odkazuje na emocionální podporu, kterou pracovníci domova pro seniory poskytují uživatelům. Přesně polovina, tedy 50 % (60) dotazovaných odpovědělo, že se cítí zcela podporováni, druhá nejpočetnější skupina dle výsledků je skupina uživatelů, kteří zvolili, že se spíše cítí být podporováni pracovníky, těchto dotazovaných je 42 % (51), možnost „spíše ne“ zvolilo 5 % (6) dotazovaných a žádná podpora od pracovníků dle výsledků se nedostává 3 % (3) uživatelům.

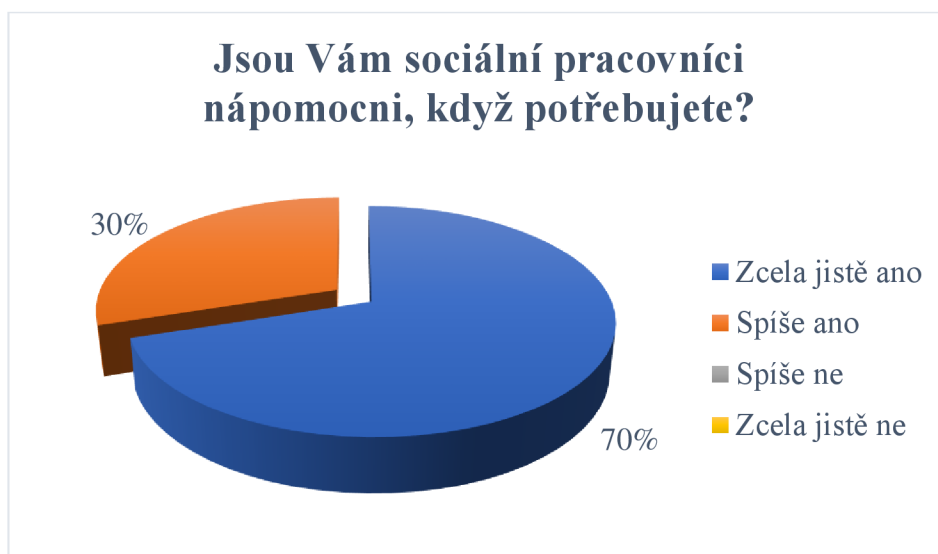
Otázka č. 25



Graf č. 24: Strategie personálu, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Vzhledem k otevřené otázce č. 25 jsem pro lepší přehlednost a prezentaci výsledku zvolil sloupcový graf č. 24, na kterém můžeme vidět, že nejčastější odpovědí bylo „žádné“. Tuto odpověď napsalo 25 % (30) respondentů, druhou nejčastější odpovědí byla „ochota a slušnost“, kterou zastává 20 % (24) respondentů. Na třetím místě jsou zcela shodně strategie „přátelská atmosféra“, kterou napsalo 13 % (15) dotazovaných, dále strategie milého chování personálu, kterou uvedlo taktéž 13 % (15) dotazovaných a stejně tak i strategie časté komunikace, kterou uvedlo rovněž 13 % (15) dotazovaných. 7 % (9) dotazovaných napsalo, že jim nejvíce pomohla strategie vlídného přijetí a rovněž 7 % (9) dotazovaných uvedlo, že jim pomáhá s adaptací empatické vcítění personálu. Pouhé 2 % (3) dotazovaných odpovědělo, že jim pomáhá personál se seznámením se s režimem.

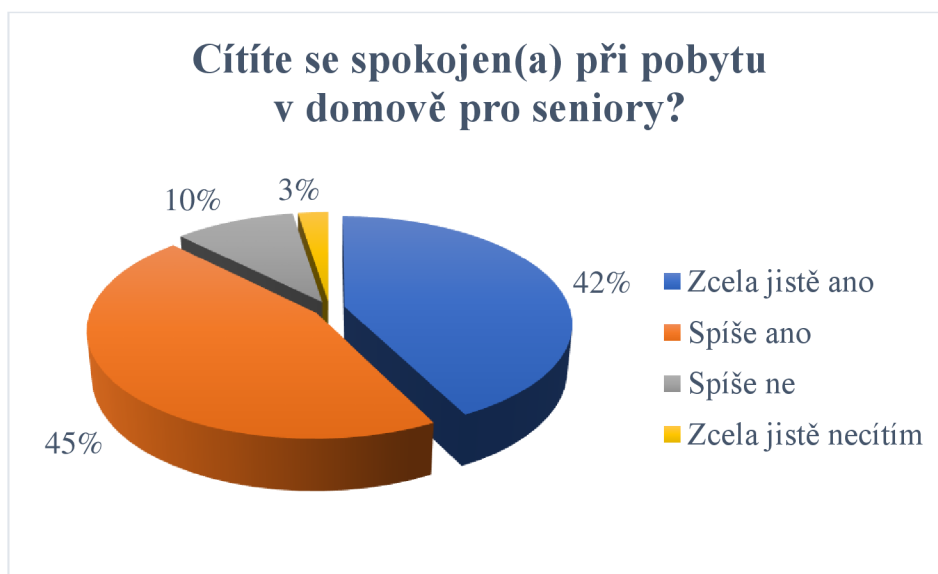
Otázka č. 26



Graf č. 25: Nápomocnost soc. pracovníků, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Dle výše znázorněného grafu č. 25 můžeme vidět, že nápomocnost sociálních a aktivizačních pracovníků hodnotilo všech 120 dotazovaných pozitivně a žádný z respondentů neuvedl, že jim sociální či aktivizační pracovníci spíše nejsou nápomocni nebo jim nejsou zcela nápomocni. Možnost „zcela jistě ano“ zvolilo 70 % (84) respondentů a možnost „spíše ano“ zvolilo 30 % (36) respondentů.

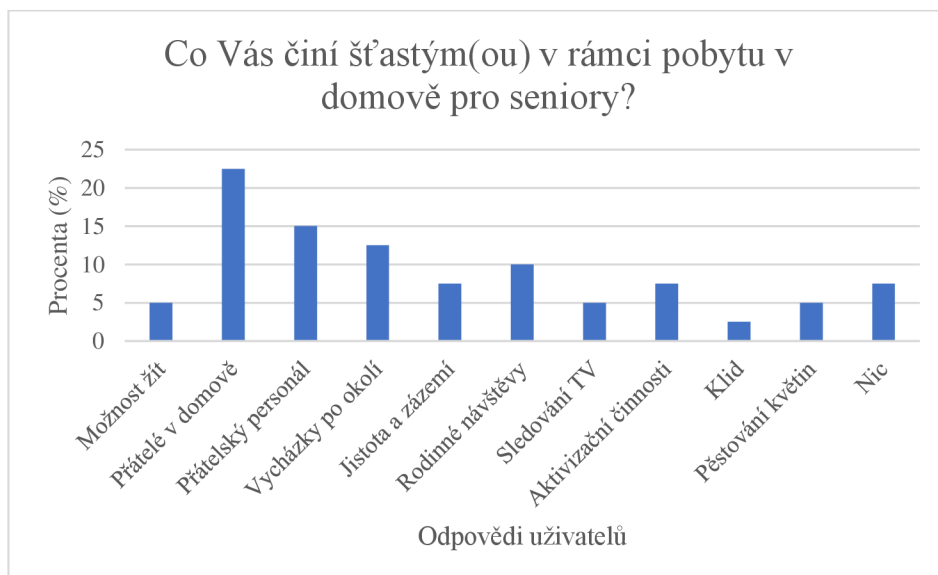
Otázka č. 27



Graf č. 26: Spokojnost při pobytu, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Graf spokojenosti č.26 nám znázorňuje, že většina uživatelů je zcela jistě (42 %, 51) nebo spíše spokojena (45 %, 54) s pobytem. 10 % (12) uživatelů je spíše nespokojena s pobytem a 3 % (3) uživatelé jsou zcela nespokojeni s pobytem v domově pro seniory.

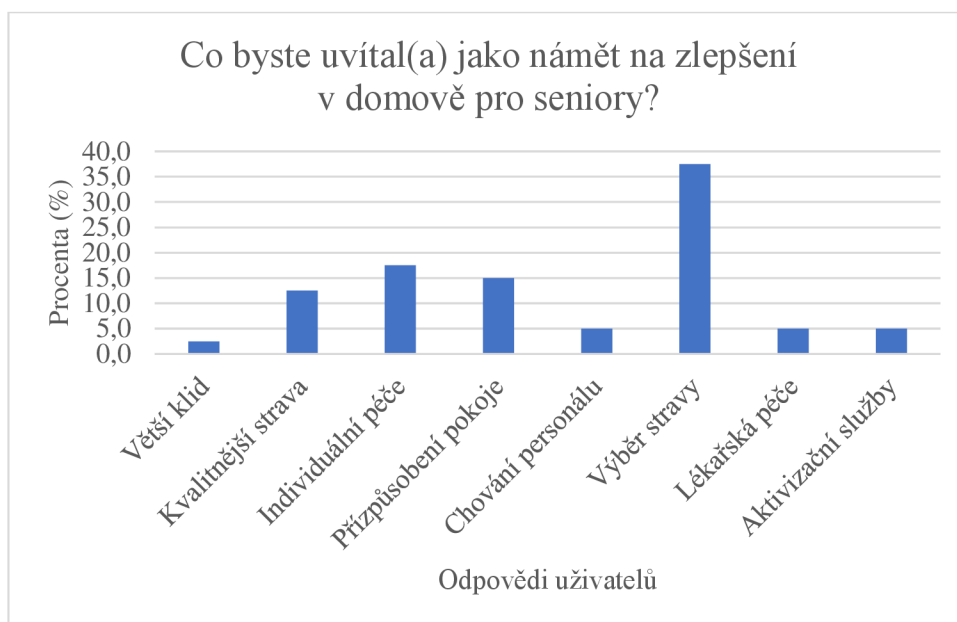
Otázka č. 28



Graf č. 27: Co činí uživatele šťastnými, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Vzhledem k otevřeně položené otázce a větším množstvím druhů odpovědí, jsem zvolil graf č. 27, který znázorňuje činnosti, které činí uživatele šťastnými. Nejvíce uživatelů (23 %, 27) odpovědělo, že jsou šťastní kvůli přátelům v domově. 15 % (18) respondentů uvedlo, že jsou šťastní kvůli přátelskému personálu, který je v domově. 13 % (15) dotazovaných napsalo, že jsou šťastní, protože mohou chodit na vycházky po okolí. 10 % (12) respondentů uvedlo, že je činí šťastnými rodinné návštěvy. Možnosti jako „jistota a zázemí“, „aktivizační činnosti“ a „nic“ uvedlo shodně 8 % (celkem 27) dotazovaných. Možnost „žít“, „sledovat TV“ a „pěstovat květiny“ napsalo shodně 5 % (celkem 18) dotazovaných a 3 % (3) dotazovaných napsalo, že je činí šťastnými „klid“.

Otázka č. 29



Graf č. 28: Náměty na zlepšení, zdroj: vlastní výzkum, 2024

Na poslední otázku mohli respondenti otevřeně reagovat jakýmkoliv námětem na zlepšení. Nejvíce respondentů (38 %, 45) jako námět na zlepšení uvedlo „výběr stravy“. 18 % (21) respondentů navrhuje zlepšit individuální péči. 15 % (18) dotazovaných uvedlo, že by si přáli více přizpůsobit pokoj svým vlastním představám. 13 % (15) uživatelů domova navrhuje zlepšit kvalitu podávané stravy. Shodně po 5 % (celkem 18) dotazovaných navrhuje zlepšit „chování personálu“, „poskytnutí lékařské péče“ a „aktivizační služby“. 3 % (3) dotazovaní by byli rádi za větší míru klidu.

7.1 Statistické zhodnocení hypotéz

Tabulka č. 3: Vztah délky adaptačního procesu a věku, vztahu k prostředí a spokojenosti se službami

Vztah délky adaptačního procesu	Korelační koeficient (r ₀)	df	p
Věk	0,058	118	0,529
Vztah k prostředí domova pro seniory	0,108	118	0,239
Spokojenost se službami	0,054	118	0,555

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024.

Pozn.: df = degrees of freedom (stupně volnosti); p = dosažená hladina významnosti.

Hypotéza č. 1 - Věk ovlivňuje délku adaptačního procesu.

Dle výsledků Spearmanovy korelace lze stanovit, že vztah délky adaptačního procesu a věku je kladný. Korelační koeficient r se rovná 0,058. Z toho vyplývá, že délka adaptačního procesu pozitivně koreluje s věkem, tj. u starších respondentů byl zaznamenán delší adaptační proces. Dosažená hladina významnosti $p=0,529$. Však ukazuje, že (při zvolené hladině významnosti $\alpha=0,05$) výsledek není statisticky významný.

Hypotéza č. 2 - Vztah k prostředí, ve kterém je domov pro seniory umístěn, ovlivňuje délku adaptačního procesu.

Pro zhodnocení H2 byly odpovědi hodnotící vztah k prostředí překódovány tak, aby odpověď vyššího pořadí znamenala lepší hodnocení vztahu. Korelační koeficient u této hypotézy je $r=0,108$ a dosažená hladina významnosti je $p=0,529$. Z těchto výsledků můžeme usoudit, že vztah k prostředí, ve kterém je domov pro seniory umístěn, pozitivně koreluje s délkou adaptace. Ovšem vzhledem ke zvolené hladině významnosti $\alpha=0,05$ nelze tvrdit, že je statisticky významný.

Hypotéza č. 3 - Spokojenost s nabízenými aktivizačními službami ovlivňuje adaptační proces uživatele.

Pro zhodnocení H3 byly odpovědi hodnotící spokojenost s aktivizačními službami překódovány tak, aby odpověď vyššího pořadí znamenala větší spokojenost. Výsledky hodnocení jsou korelační koeficient $r=0,054$ a dosažená hladina významnosti $p=0,555$. Spokojenost nabízenými aktivizačními službami pozitivně koreluje s délkou adaptačního procesu, avšak vzhledem ke zvolené hladině významnosti $\alpha=0,05$ není tato závislost statisticky významná.

8 Diskuse

Cílem této práce bylo zjistit, jaké skutečnosti napomáhají seniorům v adaptačním procesu při přechodu do domova pro seniory a do jaké míry tento proces ovlivňuje úspěšnou adaptaci ke spokojenosti seniora. V této části bakalářské práce jsou diskutovány výsledky získané z dotazníkového šetření a komparovány s teoretickou částí.

V současné době patří stárnoucí populace k hlavním demografickým charakteristikám, které vedou k řadě nových výzev ve sféře péče o starší osoby. Dle Projekce obyvatelstva České republiky 2023-2100 prezentované Českým statistickým úřadem (2023) se očekává, že nejmarkantnější změny v početnosti a věkovém rozložení se projeví zejména u nejstarších věkových kategorií, tedy u lidí starších 65 let. Demografická křivka dle Českého statistického úřadu (2023) udává větší počet žen v seniorském věku nad muži v seniorském věku a koreluje tak s podílem žen a mužů ve výzkumu této práce, ve které muži tvořili 27 % s počtem 33 a ženy 73 % s počtem 87. Věkové rozdělení bylo v této práci rozděleno na tři kategorie v rozmezí do 75 let, od 76 do 85 let a nad 85 let. V případě seniorů v České republice ve věku 65 let, je podíl žen 57,9 % vůči mužům, avšak ve věku od 90-94 let, je tento podíl žen na 72,9 % vůči mužům (Český statistický úřad, 2023).

Podle výsledků dotazníkového šetření lze usoudit, že vyšší věk při vstupu do domova pro seniory znamená delší dobu potřebnou pro adaptaci. Tuto skutečnost potvrzuje i Topinková (2010) a Mühlpachr (2004), kteří uvádí, že starší organismus se stává méně přizpůsobivým a ztrácí své adaptivní schopnosti. Snížení psychické přizpůsobivosti důsledkem vysokého věku, jenž může vést k obavám z nového okolí, situací nebo neznámých věcí zdůrazňuje i Dvořáčková (2012).

Co se týče přístupu rodinných vztahů, tak Pichaud a Thareuová (1998) uvádí, že pro rodinné členy je emocionálně velmi náročné udělat krok k umístění seniora do pobytového zařízení. Otázkou ovšem zůstává, zdali rodina podá žádost o pobyt do pobytového zařízení za účelem „zbavení se“ seniora, či za účelem nemožnosti pokračování v neformální péči, v nemožnosti poskytnutí pobytových prostor pro seniora, nemožnosti využití terénních služeb či jiných důvodů. Odpověď na to, kdo podal žádost do konkrétního domova pro seniory, jsem hledal u otázky č. 4, kdy 57 % dotazovaných uvedlo, že právě rodina podala žádost o pobyt. Dle názoru Haškovcové (2010) může být

žádost o pobyt zapříčiněna taktéž neshodami v rodině. Dále jsem tuto otázku zvolil, jelikož dle MPSV (2021) si velký počet seniorů přeje zůstat ve svých domovech tak dlouho, jak je to jen možné. Touto otázkou jsem chtěl tedy zjistit, kolik seniorů si podalo žádost osobně. Tuto možnost označilo 32 % dotazovaných. Dle výzkumu Vávrové (2015) však senioři považují přestěhování se do domova pro seniory za nutnost, jelikož nemají jinou možnost. Cítí se omezeni ve svém rozhodování vzhledem ke své sociální situaci, zdravotnímu stavu nebo potřebě intenzivní péče od jiných osob. Pobytové zařízení nepovažují za svůj domov a rozhodnutí přestěhovat se do domova pro seniory je pro ně jedno z nejtěžších rozhodnutí v životě. Janečková et al. (2004) dodávají, že ideálním místem pro seniory je jejich vlastní domov a možnost využití pobytové péče by měla být na posledním místě.

Nezbytná otázka je otázka týkající se délky pobytu v domově, jelikož v průběhu času dle Pacovského (1994) může docházet ke změnám v potřebách, hodnotách a cílech a starší člověk tak může jednat jinak, než se očekává. Dle výsledků jsou nejpočetnější skupinou senioři, kteří využívají pobytovou službu od 2 do méně než 3 let.

Otázka znalosti prostředí, do kterého senior bude adaptován, je dle Kalvacha et al. (2004) jedním z prvků úspěšného adaptačního procesu. Podle Reeda (1997) tato znalost prostředí hraje zásadní roli v adaptačním procesu nejen pro uživatele, ale i pro jeho rodinu. 71 % (84) dotazovaných spíše neznalo nebo zcela jistě neznalo prostředí a prostory domova, do kterého měli nastoupit. Navzdory tomu, polovina dotazovaných z celkového počtu 120 uvedla, že se na nový domov adaptovali do 2 měsíců od přijetí.

Janečková et al. (2004) uvádí, že cílem je vytvořit podporující prostředí a klima, ve kterém se lidé cítí dobře a mohou žít aktivní a plný život podle svých přání a představ, i proto byla do dotazníkového šetření zahrnuta otázka ohledně líbivosti prostředí v domově pro seniory. Na tuto otázku více než polovina (52 %) dotazovaných uvedla, že jsou zcela spokojeni s prostředím domova, s jeho vybavením a výzdobou.

Pojem uživatel domova je dle Hátlové (2010) chápán jako aktivní účastník a jeho specifické potřeby by měly být klíčové pro určení formy a míry pomoci nebo péče, z toho důvodu jsem respondentům položil otázku, zdali si mohli vzít své oblíbené předměty do

domova pro seniory. Předměty byly myšlené fotografie, menší nábytek apod. 92 % respondentů odpovědělo, že tuto možnost mělo nebo ji mělo částečně.

Jednou ze základních životních potřeb je dle Kalvacha a Onderkové (2006) i jídlo. Nezaměřil jsem se na otázku dostatku či nedostatku, ale na hodnotu kvality podávané stravy a výsledky byly dle mého vcelku překvapivé. Zastoupeny byly všechny kategorie, od výborné kvality až po nedostatečnou. Nejpočetnější kategorií byla kategorie s hodnocením kvality stravy jako výborná, kterou zvolilo 47 % dotazovaných.

Otázka ohledně setkání se sociálními pracovníky před přijetím do domova pro seniory je velmi významná pro budoucího uživatele v tom smyslu, že se od pracovníků dozví potřebné informace o nabízených službách v domově pro seniory, o režimu v domově a může se doptávat na potřebné informace. Jak popisuje Chloupková (2013), sociální pracovníci s klientem mohou pracovat již před nástupem a tzv. jej připravit na nástup do domova a pomoci mu s náročností adaptačního procesu. 72 % dotazovaných tuto možnost mělo a se sociálním pracovníkem se před přijetím setkali.

Důležitým faktorem ovlivňující adaptační proces je i mezigenerační solidarita, která má dle Čeledové a Čevely (2017) pozitivní vliv na sociální a psychické aspekty seniora a dle Car a Utz (2020) jsou partnerství a mezigenerační sociální vazby v pozdějším věku kritickými zdroji podpory. Z tohoto důvodu byla zkoumána i otázka č. 17 ohledně návštěvy rodinných příslušníků, kdy 90 % respondentů odpovědělo, že je pravidelně rodinní příslušníci navštěvují. K této otázce navazuje i další otázka, která zkoumá četost rodinných návštěv, kdy 60 % dotazovaných uvedlo, že je členové rodiny navštěvují alespoň jedenkrát za týden.

Naplnění potřeb seniorů je alfou a omegou spokojenosti na obou stranách. Suchomelová, Diallo a Vavrečka (2021) se zabývají technologií virtuální reality a uvádějí, že v případě správného použití této technologie, mohou u uživatelů vyvolat intenzivní pozitivní emoce. Tato problematika by výrazně mohla pomoci psychickému stavu uživatelů, kteří by se mohli, byť jen na okamžik přenést do virtuálního světa, který by mohl být uzpůsoben jen a pouze jim.

Otázka adaptačního procesu je klíčová v této práci, proto jsem nemohl vynechat dotaz, za jak dlouho si uživatel zvykl v domově pro seniory. Ovšem jak se senior přizpůsobí

novému prostředí v domově pro seniory, závisí dle Ondrušové (2011) na důvodu, proč do něj nastoupil. Kalvach et al. (2004) uvádí, že proces adaptace může zabrat od několika měsíců až po několik let. Na výběr měli respondenti z 5 možností. Možnost, že proces adaptace trval do dvou měsíců, zvolila přesně polovina dotazovaných (50 %, 60). 15 % (18) uživatelů uvedlo, že jejich adaptační proces trval od dvou do čtyř měsíců. 20 % (24) dotazovaných zvolilo možnost od čtyř do šesti měsíců. Nejmenší početní část respondentů zvolila možnost od šesti do osmi měsíců, tedy 5 % (6) a 10 % (12) dotazovaných si stále na svůj nový domov zvyká.

Soukromí je dle Kalvacha a Onderkové (2006) důležitým aspektem autonomie. V rámci lidského přístupu je soukromí klíčové nejen v domácím prostředí, ale také v ústavní péči. Při přijetí seniora do institucionalizovaného prostředí je důležité dle Kalvacha a Holmerové (2004) mu vytvořit přirozené prostředí, které mu zachová soukromí a jeho osobnost. Proto jsem otázku ohledně soukromí zařadil na dotazníkový seznam otázek. I z těchto výsledků jsem byl příjemně překvapen. 95 % označilo, že pociťují míru soukromí a klidu a „pouhých“ 5 % respondentů odpovědělo, že soukromí spíše nepociťují. S otázkou ohledně soukromí úzce souvisí i riziko sociální izolace a osamělosti, jež je dle Hong Teo et al. (2023) rizikovým faktorem duševního zdraví. I proto jsem zvolil otázku, zdali respondent bydlí sám nebo zdali je s někým na pokoji. Dotazovaní početně téměř ve stejné míře uváděli, že bydlí sami nebo s jedním dalším uživatelem.

Vzhledem k měnícímu se spektru onemocnění a nárůstu degenerativních chorob, které popisuje Topinková (2010), jsem do dotazníku zahrnul i otázku ohledně poskytnutí lékařského či zdravotního ošetření. Jak uvádí Drábková (2004), proces stárnutí negativně ovlivňuje životně důležité funkce a zejména seniory, kteří jsou závislí na pomoci od jiných lidí, tak potřebují častěji lékařskou péči či zdravotní ošetření.

V dotazníkovém šetření je uvedena i otázka směřující k aktivizacím v domově pro seniory a zdali je uživatelé využívají, neboť jak uvádí Dziechciaz a Filip (2014), i vlastní aktivita je důležitým faktorem pro zlepšení psychosociálního fungování. V tomto případě 42 % respondentů zcela aktivizačních služeb využívá, 37 % dotazovaných je spíše využívá, 13 % je spíše nevyužívá a 8 % aktivizačních služeb zcela nevyužívá.

I přes hojný počet dotazovaných, kteří aktivizační služby využívají, se nabízí otázka ohledně spokojenosti s těmito službami, kdy 85 % (102) uživatelů je spokojeno s nabídkou aktivizačních služeb, které domov pro seniory nabízí. Pro ostatní uživatele, kteří tolik aktivizační služby nevyužívají či s nimi nejsou spokojeni, bych se snažil do aktivit zařadit tzv. „gamifikaci“, o které píše Martinho (2020), a která do rutinní aktivity vkládá herní prvky. Klíčová je ovšem vlastní aktivita uživatele, která dle Dziechciaz a Filip (2014) zlepšuje psychosociální fungování ve stáří. Tuto strategii aktivního přístupu k životu zdůrazňuje taktéž MPSV (2021).

Dle Maslowovy teorie hierarchie potřeb, kterou popisoval i Molek (2011), vyplývá, že sounáležitost a láska je nezanedbatelná lidská potřeba, do které řadíme i emocionální podporu. Vzhledem k náročnému procesu adaptace při přechodu do pobytové služby je poskytnutí emocionální podpory uživateli více než potřebné a je odrazem kvality sociálních pracovníků v pobytové službě. Schuler a Oster (2010) uvádějí, že sociální pracovníci svými specifickými dovednostmi poskytují důležitou podporu. Na dostatek této podpory jsem se ptal v otázce č. 24, dle které se 92 % dotazovaných cítí emocionálně podporováno. Důležitost a význam vztahů s personálem v procesu adaptačního procesu zdůrazňuje i Reed (1997).

Janečková a Hnilicová (1999) uvádějí, že rozdíl ve vedení typu života ve svém domově a v institucionálním zařízení by neměl být patrný. Denní režim by měl co nejvíce odpovídat osobním životním zvyklostem jednotlivců, a i z toho důvodu bylo důležité položit si otázku přístupu personálu domova pro seniory k jednotlivým „přijímacím“ strategiím. Překvapivě největší počet respondentů, celkem 25 % (30) uvedlo, že jim nepomohla žádná strategie. Z toho usuzuji, že tito jedinci nemají problém se změnou prostředí a nepotřebují žádné strategie k adaptaci na nový domov, jelikož i délka adaptačního procesu byla u těchto respondentů převážně minimální.

Nedostatečná schopnost pečovat o sebe sama a častá závislost na pomoci od jiných značně omezuje kvalitu života seniorů, říká Čeledová a Čevela (2017). Snažil jsem se proto zjistit, zdali jsou sociální a aktivizační pracovníci nápomocni seniorům v případě jejich potřeby. Ačkoliv dotazovaní měli na výběr ze čtyř odpovědí, příjemně mě překvapilo, že zde zvolili jen pozitivní možnosti.

Přátelé v domově. To je to, co činí nejpočetnější část respondentů šťastnými. Můžeme to popsat jako fázi vytvoření nové pozitivní vazby, kterou blíže popisuje Vágnerová (2007). Objevovaly se ale i odpovědi jako „vycházky po okolí“ či „pěstování květin na balkóně“. Tento pozitivní přístup považuji stejně jako Dvořáčková (2012) za klíčový, jelikož v pokročilejším věku je důležité udržovat si pozitivní postoj k malým potěšením. Tuto otázku jsem zvolil i proto, abych zjistil, jaké faktory dle Murrayho rozdělení považují respondenti za nezbytné a potřebné k šťastnému životu (Čeledová & Čevela, 2017). Dle výsledků tito uživatelé přikládají největší váhu přátelství.

Jako námět na zlepšení dotazování uváděli především výběr stravy. Ačkoliv domov pro seniory, ve kterém byl výzkum prováděn, nabízí uživatelům u oběda výběr ze dvou hlavních jídel, připisují tento námět uživatelům buďto nižší kvalitě obou nabízených hlavních jídel či nemožnosti výběru snídaně či večeře. 18 % (21) respondentů uvedlo, že by přivítali větší míru individuální péče. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je zřejmé, že pomoc musí vycházet z individuálních potřeb a na základě shromážděných informací o osobě vytvořit individuální plán péče (MPSV, 2016). Janečková a Hnilicová (1999) tvrdí, že denní režim v institucích by měl být flexibilní a co nejvíce odpovídat osobním životním zvyklostem jednotlivců, které si přinesli ze svého domova.

Tato poznání upozorňují na důležitost rozumění a aplikace stávajících informací a prostředků dostupných v domově pro starší osoby, aby se podpořil a zjednodušil jejich proces adaptace.

Výzkum probíhal pouze v jednom zařízení, tudíž není možné výsledky práce zobecňovat na všechny pobytové služby domova pro seniory.

9 Závěr

Na základě provedeného výzkumu a analýzy shromážděných dat je možno konstatovat, že adaptace seniorů při vstupu do pobytové služby domov pro seniory je komplexním procesem, který je ovlivněn mnoha faktory. Tato práce prokázala, že mezi klíčové faktory, jež napomáhají seniorům v adaptaci, patří kvalita a rozmanitost nabízených služeb, včetně přístupu personálu, sociální podpora jak ze strany personálu, tak ze strany ostatních obyvatel domova, dostatečné informace o chodu a pravidlech domova pro seniory předem, možnost zapojení do různých aktivit a zachování osobní samostatnosti a částečné kontroly nad vlastním životem.

Zároveň bylo identifikováno několik faktorů, které mohou adaptaci seniorů komplikovat. Tyto zahrnují obavy z neznámého prostředí, ztráta domova, pocit osamělosti, obavy z nedostatečné péče a ztráta běžné denní rutiny a samostatnosti. Tyto negativní aspekty je možné zmírnit prostřednictvím individuálního přístupu a podpory ze strany personálu, poskytováním dostatečných informací před příchodem do domova a budováním důvěry mezi seniory a personálem.

Výsledky této práce potvrzují, že úspěšná adaptace seniora v novém prostředí je ovlivněna řadou vzájemně propojených faktorů a zdůrazňují význam profesionálního přístupu a empatie ze strany personálu, který hraje klíčovou roli v adaptaci seniorů. Pro zajištění hladkého přechodu do domova pro seniory a maximalizaci spokojenosti seniorů je tedy nezbytné věnovat pozornost těmto klíčovým faktorům a vytvořit prostředí, které působí podpůrně a přátelsky.

Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí populace se zdá být otázka adaptace seniorů do pobytových zařízení stále aktuálnější. Tato práce přispívá k lepšímu porozumění procesu adaptace a poskytuje návrhy, jak proces adaptace usnadnit, což může být pro provozovatele a personál domovů pro seniory přínosné při plánování a realizaci adaptačního procesu. Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na specifické strategie a intervence, které by mohly dále zlepšit adaptační proces pro seniory.

10 Seznam použité literatury a zdrojů

Anenshensel, C., Pearlin, L. I., Levy-Storms, L., & Schuler, R. H. (2000). The transition from home to nursing home mortality among people with dementia. *Journal of Gerontology: Social sciences*, 55(3), 152-162. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.3.S152>

Böhm, E. (2015). *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Mladá fronta.

Car, D., & Utz, R., L. (2020). Families in Later Life: A Decade in Review. *Journal of Marriage and Family*, 82, 346-363. <https://doi.org/10.1111/jomf.12609>

Chloupková, S. (2013). *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Grada

Čeledová, L., Čevela, R., Kasal, E., Kasl, Z., Kos, S., Kotrba, J., Koudela, K., Křížková, V., Lejčko, J., Malotín, T., Merglová, V., Mikoláš, P., Motáň, J., Novák, J., Nováková, J., Pizinger, K., Polívka, J., Rosolová, H., Beran, J., & Buňatová, P. (Eds.). (2017). *Člověk ve zdraví i v nemoci*. Karolinum.

Český statistický úřad. (2023, 30. listopadu). *Projekce obyvatelstva České republiky 2023-2100*. <https://www.czso.cz/documents/10180/191186777/13013923.pdf/2cf4ca35-38fa-46a9-9c37-eeadde18a4ea?version=1.1>

Český statistický úřad. (2023, 5. prosince). *Seniori v ČR v datech – 2023*. <https://www.czso.cz/documents/10180/190537086/31003423.pdf/51b9a00e-39f9-4829-a535-20080aa9d71f?version=1.0>

Drábková, J. (2004). Starý člověk a zátěž operačního výkonu a kritického stavu. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Závazalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 382-393). Grada.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Grada.

Dziechciaż, D. & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2014, 21(4), 835-838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>

- Feil, N. (1993). *The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People with „Alzheimer’s-Type Dementia“*. Health Professions Press.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. (2. přepracované a doplněné vydání). Havlíček Brain Team.
- Hátlová, B. (2010). *Psychologie seniorského věku*. Univerzita J. E. Purkyně.
- Hauke, M. (2014). *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Grada.
- Hegyí, L. (2001). *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starých ľudí*. Slovak Academic Press.
- Hegyí, L. (2004). Geriatrický maladaptivní syndróm. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 362-363). Grada.
- Hong Teo, R., Hui Cheng, W., Jie Cheng, L., Lau, Y., & Tiang Lau, S. (2023). Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 107(104904), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>
- Hricová, A., Ondrášek, S., & Urban, D. (2023). *Metodologie v sociální práci*. Grada
- Hycl, J. (2004). Oční problematika senia. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 783-792). Grada.
- Janečková, H., & Hnilicová, H. (1999). Spokojenost seniorů s institucionální péčí. *Zdravotnické noviny*, 33, 16.
- Janečková, H., Kalvach, Z., & Holmerová, I. (2004). Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 436-451). Grada.

Jaroševská, E., & Roule, R. (2013). Podpora seniorů v seberozvíjení a vztazích v Domově sociální péče. In R. Kocianová, & M. Dvořáková (Eds.), *Vzdělávání a rozvoj seniorů*. (pp. 66-70). Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.

Kalvach, Z. (2004). Tělesné projevy stáří. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 99-103). Grada.

Kalvach, Z., & Holmerová, I. (2004). Obecná východiska ke zdravotně-sociálním službám pro seniory. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 465-467). Grada.

Kalvach, Z., & Onderková, A. (2006). *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén.

Kalvach, Z., Janečková, H., Bureš, I., Hegyi, L., Koval, Š., & Přehnal, J. (2004). Dlouhodobá zdravotní a sociální ústavní péče. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 490-502). Grada.

Kalvach, Z., Mikeš, Z. (2004). Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatric. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 47-49). Grada.

Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P., Bureš, I., Drábková, J., Hegyi, L., Janečková, H., Mikeš, Z., Radvanský, J., Zaremba, V., Zikmundová, K., Živný, J., Vrablík, M., Tesař, V., Šonka, K., Šamánková, J., Malík, J., & Línek V. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Grada.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada.

Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. (2. aktualizované a doplněné vydání). Grada.

Martinho, D., Carneiro, J., Corchado, J., M., & Marreiros, G. (2020). A systematic review of gamification techniques applied to elderly care. *Artificial Intelligence Review*, 53, 4863–4901. <https://doi.org/10.1007/s10462-020-09809-6>

Mathai, A., Antona, S., & Sivakumar, P. T. (2022). Adaptation Needs and Concerns of Senior Citizens Living in Old Age Homes. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*, 18, 113-7. https://doi.org/10.4103/jiag.jiag_2_22

Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce* (3., aktualizované a doplněné vydání). Portál.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (2015). *Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015-2025*.

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce_socialniho_bydleni_CR_2015-2025.pdf/4f243307-649b-ecf3-a191-3d89d33717c4

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (2016, 21. března). *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*.

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (2021, 13. září). *Akční plán k naplnění Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti na období 2023-2025*.

<https://www.mpsv.cz/akcni-plan-k-naplneni-strategickeho-ramce-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-na-obdobi-2023-2025>

Molek, J. (2011). *Řízení organizací sociálních služeb*. VÚPSV. https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_332.pdf

Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Masarykova univerzita v Brně.

Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Karolinum.

Pacovský, V. (1994). *Geriatric*. Scienta Medica.

Pichaud, C., & Thareauová, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi – praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky*. (2. vydání). Portál.

Pokorná, A., & Sukupová M. (2014). Naomi Feil validation® in geriatric care. *Kontakt*, 16(2), 71–78. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.004>

Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf.

Ray, M., Bernard, M., & Phillips, J. (2018). *Critical Issues in Social Work with Older People*. Bloomsbury Publishing.

Reed, J. (1997). Understanding the dynamics of life in care homes for older people: implications for de-institutionalizing practice. *Health and Social Care in the Community*, 5(4), 261-268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1997.tb00122.x>

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.

Rodica, L., & Marieta, D. (2022). Peculiarities of Ocular and Systemic Pathology in the Elderly. *Journal of Ophthalmology and Advance Research*, 3(2), 1-11. <https://doi.org/10.46889/JOAR.2022.3206>

Schilling, O. (2006). Development of Life Satisfaction in Old Age: Another View on the „Paradox. *Social Indicators Research*, 75, 241–271. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5297-2>

Schuler, M., & Oster, P. (2010). *Geriatricie od A do Z*. Grada.

Suchomelová, V., Diallo, K., & Vavrečka, M. (2021). Virtuální realita jako prostředek k naplnění specifických potřeb seniorů. *Sociální práce*, 21, 14-16. https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2023/12/SP6_2021-web-1.pdf

Sun, C., Ding, Y., Cui, Y., Zhu, S., Li, X., Chen, S., Zhou, R., & Yu, Y. (2021). The adaptation of older adults' transition to residential care facilities and cultural factors: a meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 21(64), 2-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01987-w>

Svobodová, S., & Pavelková, J. (2020). Education of Seniors in Residential Facilities in the Framework of Activation Activities in the Form of the University of the Fourth Age (Minireview). *Clinical Social Work and Health Intervention*, 11(3), 51–56. https://doi.org/10.22359/cswhi_11_3_08

Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří*. Sociologické nakladatelství.

Šerák, M. (2009). *Zájmové vzdělávání dospělých*. Portál.

Špaček, O. (2019). Dotazník. In H. Novotná, O. Špaček & M. Jantulová, *Metody výzkumu ve společenských vědách* (pp.141-168). FHS UK.

Špatenková, N., & Smékalová, L. (2015). *Edukace seniorů*. Grada.

Švancara, J. (2004). Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Závazalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 103-114). Grada.

Tokovská, M., Kozubík, M., & Jusko, P. (2019). How can suicidal behaviour in the elderly be prevented? A scoping review of the visegrad group countries. *Czech and Slovak social work*, 19, 24-25. https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2021/01/SP4-2019_web.pdf

Topinková, E. (2010). *Geriatric pro praxi*. Galén.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Portál.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Karolinum.

Vávrová, S. (2015). Decision-making in seniors regarding residential social services. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 174(2015), 908-915. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.711>

World Population Prospect 2022. (2022). *Release note about major differences in total population estimates for mid-2021 between 2019 and 2022 revisions*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2022_Release-Note-rev1.pdf

Wysokińska, Z. (2013). Active ageing and its implementation by the EU. In E. Kryńska, P. Szukalski, Z. Wysokińska, E. Kowalska-Dubas, A. Jawor-Joniewicz, I. Kołodziejczyk-Olczak, J. Kornecki, M. Smusz-Kulesza, Z. Szweda-Lewandowska, & J. Wiktorowicz, *Active ageing measures in selected European Union countries. Final Report* (pp. 45-56). Lodz.

Zákon č. 108/2006 Sb., *zákon o sociálních službách* (2023).
https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

Zavázalová, H., Zikmundová, K., & Zaremba, V. (2004). Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. In Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, & P. Sucharda (Eds.), *Geriatric a gerontologie* (pp. 467-473). Grada.

11 Seznam grafů, tabulek a obrázků

Graf č. 1: Zastoupení pohlaví respondentů

Graf č. 2: Podání informací ohledně služby

Graf č. 3: Podání žádosti do domova pro seniory

Graf č. 4: Délka pobytu v domově pro seniory

Graf č. 5: Volba zařízení dle svého uvážení

Graf č. 6: Vztah k prostředí, ve kterém je domov pro seniory umístěn

Graf č. 7: Znalost prostor a prostředí

Graf č. 8: Plánování odchodu do domova pro seniory

Graf č. 9: Líbivost prostředí v domově pro seniory

Graf č. 10: První dojem

Graf č. 11: Možnost vzetí si oblíbených předmětů

Graf č. 12: Kvalita podávané stravy

Graf č. 13: Setkání se sociálními pracovníky

Graf č. 14: Počet lidí na pokoji

Graf č. 15: Poskytnutí lékařského ošetření

Graf č. 16: Návštěva rodiny

Graf č. 17: Častost rodinných návštěv

Graf č. 18: Psychický stav od příchodu

Graf č. 19: Délka adaptačního procesu

Graf č. 20: Dostatečná míra soukromí a klidu

Graf č. 21: Využití aktivizačních služeb

Graf č. 22: Spokojenost s aktivizačními službami

Graf č. 23: Poskytnutí podpory

Graf č. 24: Strategie personálu

Graf č. 25: Nápomocnost soc. a akt. pracovníků

Graf č. 26: Spokojnost při pobytu

Graf č. 27: Co činí uživatele šťastnými

Graf č. 28: Náměty na zlepšení

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Tabulka č. 2: Věkové kategorie

Tabulka č. 3: Vztah délky adaptačního procesu a věku, prostředí a spokojenosti

12 Seznam příloh

Příloha č. 1 – informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření v bakalářské práci

název práce: Adaptace seniorů při vstupu do pobytové služby domov pro seniory

držitel souhlasu: Jakub Frank, Lannova tř. 93/55, 370 01 České Budějovice

email: ja.tibitanzl@gmail.com

předmět a provedení:

Výzkum je zaměřen na adaptační proces seniorů při vstupu do pobytové služby domov pro seniory a na pozitivní či negativní faktory tohoto procesu. Hlavním cílem je zjistit, jaké faktory ovlivňují adaptační proces seniora. Výzkum je prováděn v rámci zpracování bakalářské práce na ústavu Humanitních studií v pomáhajících profesích Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích.

Výzkum bude veden formou šetření za pomoci nestandardizovaných dotazníků. Výzkum je zcela anonymní, získané informace budou sloužit pouze pro účely zmiňované bakalářské práce. Dotazníky budou předány sociálním pracovníkům domova pro seniory, kteří následně zajistí jejich předání klientům. Vyplněné dotazníky si sociální pracovníci vyberou od klientů a předají je zpět do rukou Jakubu Frankovi za účelem zpracování výzkumu.

Prohlášení:

- Rozumím výše uvedenému textu a souhlasím s jeho obsahem.
- Souhlasím s předáním dotazníků sociálním pracovníkům, kteří zajistí jejich předání klientům domova a následného převzetí od klientů.
- Souhlasím s tím, že dotazníky podléhají anonymitě dotazovaných.

Jméno a příjmení:

Datum a podpis:

DOTAZNÍK

Dobrý den, jsem student Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a v rámci bakalářské práce jsem se zaměřil na vliv adaptačního procesu na seniora při vstupu do pobytové služby domov pro seniory a na pozitivní či negativní faktory tohoto procesu. Touto cestou bych chtěl zjistit, jestli poskytované služby odpovídají Vaším potřebám a navrhnout případná možná zlepšení. Dotazník je zcela anonymní a obsahuje 29 otázek. Vaše odpovědi budou sloužit výhradně pro výzkum mé bakalářské práce.

Otázka č. 1

Jste:

- Muž
- Žena

Otázka č. 2

Jaký je Váš věk? let

Otázka č. 3

Kdo Vás informoval o možnosti využití služeb domova pro seniory?

- Lékař
- Rodinný příslušník
- Znamý
- Já sám(a)
-

Otázka č. 4

Kdo podal žádost o pobyt ve Vašem případě?

- Osobně jsem podal(a) žádost
- Má rodina podala žádost
- Opatrovník
- Sociální pracovník
-

Otázka č. 5

Jak dlouho jste v domově pro seniory?

- Méně než 1 rok
- Od 1 roku do méně než 2 let
- Od 2 let do méně než 3 let
- 3 roky a více

Otázka č. 6

Zvolil jste si sám(sama) toto zařízení?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě nezvolil(a)

Otázka č. 7

Máte nějaký vztah k prostředí, ve kterém je domov pro seniory umístěn? (bydliště, zaměstnání, místní a osobní znalost, bydliště příbuzných, ...)

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě nemám

Otázka č. 8

Znal(a) jste prostory a prostředí domova pro seniory před přijetím?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě neznal

Otázka č. 9

Připravil(a) jste se na odchod do domova pro seniory?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě neplánoval(a)

Otázka č. 10

Líbí se Vám prostředí v domově pro seniory (čistota, vybavení, výzdoba na chodbách apod.)?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Nelíbí

Otázka č. 11

Jak byste ohodnotil(a) první dojem z pobytu v domově pro seniory?

- 1 - výborný
- 2 – velmi dobrý
- 3 - dobrý
- 4 - ucházející
- 5 – nedostatečný

Otázka č. 12

Měl(a) jste možnost vzít si do domova pro seniory své oblíbené předměty? (fotografie, menší nábytek, ...)

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě neměl(a)

Otázka č. 13

Jak byste ohodnotil(a) kvalitu podávané stravy v domově pro seniory?

- Výborná
- Velmi dobrá
- Dobrá
- Ucházející
- Nedostatečná

Otázka č. 14

Setkal(a) jste se před přijetím a ubytováním se sociálními pracovníky, kteří Vás informovali o pobytu a poskytovaných službách v domově?

- Ano
- Ne

Otázka č. 15

Jste na pokoji momentálně sám(sama) nebo jej sdílíte s dalším uživatelem domova?

- Jsem na pokoji sám(sama)
- Jsme na pokoji ve dvou
- Jsme na pokoji ve třech

Otázka č. 16

Je Vám poskytnuto lékařské či zdravotní ošetření v případě Vašeho požadavku?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě není

Otázka č. 17

Navštěvují Vás rodinní příslušníci?

- Ano
- Ne

Otázka č. 18

Jak často Vás navštěvují rodinní příslušníci?

- Nejméně 1x za týden
- Nejméně 1x za měsíc
- Nejméně 1x za půl roku
- Nejméně 1x za rok
- Nenavštěvují

Otázka č. 19

Jak se po Vašem psychickém stavu cítíte od svého příchodu do domova pro seniory?

- Daleko lépe než před příchodem.
- Velmi podobně jako při příchodu, nepocítuji rozdíl.
- Hůře než před příchodem.
-

Otázka č. 20

Jak dlouho Vám trvalo, než jste si zvykl(a) v domově pro seniory?

- 1 až méně než 2 měsíce
- 2 až méně než 4 měsíce
- 4 až méně než 6 měsíců
- 6 až méně než 8 měsíců
- 8 měsíců a více

Otázka č. 21

Pocítujete dostatečnou míru soukromí a klidu, která podporuje Vaši psychickou pohodu?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě nenavštěvuji a nenavštěvují

Otázka č. 22

Využíváte aktivizačních služeb? (Např. tvoření v dílně, trénování paměti, společenské hry apod.)

- Zcela jistě
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě nevyužívám

Otázka č. 23

Jste spokojen(a) s aktivizačními službami, které domov pro seniory nabízí?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě nejsem

Otázka č. 24

Cítil jste se podporován(a) a byla Vám poskytována dostatečná emocionální podpora ze strany personálu po přijetí?

- Zcela jistě
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě necítím

Otázka č. 25

Jaké strategie ze strany personálu Vám nejvíce pomohly s adaptací na nový domov?

-

Otázka č. 26

Jsou Vám sociální pracovníci nápomocni, když potřebujete?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě nejsou

Otázka č. 27

Cítíte se spokojen(á) při pobytu v domově pro seniory?

- Zcela jistě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Zcela jistě necítím

Otázka č. 28

Co Vás činí šťastným(ou) v rámci pobytu v domově pro seniory?

.....

Otázka č. 29

Co byste uvítal/a jako námět na zlepšení v domově pro seniory?

.....