

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2019

Veronika Danková

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Vyrovnávací strategie seniorů při adaptaci na
život v domově pro seniory**

Diplomová práce

Autor: Bc. Veronika Danková

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce – magisterský navazující

Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Hradec Králové

2019



Zadání diplomové práce

Autor:	Veronika Danková
Studium:	U16033
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Vyrovňovací strategie seniorů při adaptaci na život v domově pro seniory
Název diplomové práce AJ:	The compensatory strategies of seniors during their adaptation to living in the retirement home

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tato diplomová práce se bude zabývat schopností seniorů adaptovat se na život v domově pro seniory a prostředky, které jsou k této adaptaci využívají. Hlavním záměrem bude tedy zjistit, jakým způsobem se senioři vyrovnávají s touto formou institucionalizovaného způsobu života. Pozornost zde bude konkrétně zaměřena na copingové strategie seniorů, možnosti sociální opory a institucionalizovanou pomoc. Použit bude kvalitativní výzkum, založený na dotazování a analýze dokumentů.

PELCÁK, Stanislav. Osobnostní nezdolnost a zdraví. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 206 s. ISBN 978-80-7435-342-0. MIKŠÍK Oldřich. Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn. Praha: Karolinum, 2009. 301 s. ISBN 978-80-246-1600-1. HUDÁKOVÁ Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství. Praha: Grada, 2013. 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Martin Smutek, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Ivana Příhonská
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 10. 12. 2019

Bc. Veronika Danková

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Martinu Smutkovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, trpělivost a ochotu při konzultacích nad tvorbou této diplomové práce.

Abstrakt

Danková, Veronika. Vyrovnávací strategie seniorů při adaptaci na život v domově pro seniory. Hradec Králové, 2019. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Tato diplomová práce se bude zabývat schopností seniorů adaptovat se na život v domově pro seniory a prostředky, které jsou k této adaptaci využívány. Hlavním záměrem bude tedy zjistit, jakým způsobem se senioři vyrovnávají s touto formou institucionalizovaného způsobu života. Pozornost zde bude konkrétně zaměřena na copingové strategie seniorů, možnosti sociální opory a institucionalizovanou pomoc. Použit bude kvalitativní výzkum, založený na dotazování a analýze dokumentů.

Klíčová slova: vyrovnávací strategie, senior, adaptace, domov pro seniory.

Abstract

Danková, Veronika. The compensatory strategies of seniors during their adaptation to living in the retirement home. Hradec Králové, 2017. Diploma thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts. Leader of dissertation: PhDr. Martin Smutek, PhD.

This dissertation is dealing with the ability of seniors to adapt to life in a retirement home and the means which are used to adapt to it. So the main intention is to find out how the elderly cope with this form of institutionalized way of life. The attention is concretely focusing on the coping strategies of seniors, the possibilities of the social support and the institutionalized aid. The qualitative research will be used, based on questioning and document analysis.

Key words: coping strategies, senior, adaptation, retirement home.

Obsah

Úvod.....	10
1 Senioři jako věková skupina.....	13
1.1 Sociální změny u jedince v seniorském věku.....	14
1.2 Biologické změny u jedince v seniui	15
1.3 Psychické změny u seniorů	15
1.4 Senioři, jejich potřeby a hodnoty.....	17
1.5 Senioři s demencí a problematika péče o ně	18
1.5.1 Demence a její symptomy	19
1.5.2 Rozčlenění demence do stádií a jejich specifikace.....	20
1.5.3 Péče o osobu trpící demencí.....	22
1.6 Shrnutí.....	23
2 Od tradiční rodiny k té současné	25
2.1 Sendvičová generace.....	28
2.2 Institucionalizovaná péče	29
2.3 Pobytová zařízení sociálních služeb	30
2.3.1 Příklady pobytových zařízení sociálních služeb.....	33
2.4 Shrnutí.....	34
3 Adaptace.....	36
3.1 Stres a jeho působení na člověka.....	38
3.2 Zvládání zátěžové situace.....	39
3.3 Shrnutí.....	42
4 Domov pro seniory se zvláštním režimem ve Svobodě nad Úpou.....	44
4.1 Struktura zařízení.....	44
4.2 Personální zajištění	46
4.3 Péče o klienty	47

4.4	Shrnutí.....	48
5	Metodologická část.....	51
5.2	Metoda.....	53
5.3	Výzkumný soubor.....	54
5.4	Rizika výzkumu.....	55
6	Interpretace dat.....	56
6.1	Dílčí cíl č. 1.....	56
6.2	Dílčí cíl č. 2.....	63
6.3	Dílčí cíl č. 3.....	67
6.4	Diskuze.....	72
	Závěr.....	75
	Seznam příloh.....	I
	Příloha I.....	II
	Příloha II.....	III
	Příloha III.....	IV

Úvod

S obrazem současné společnosti je spojen nárůst počtu seniorské populace. Prodlužující se délka života je ovlivněna nejen kvalitnější zdravotní péčí, ale i lepším životním stylem člověka spojeným se zdravější životosprávou a aktivním způsobem života. Se skutečností, že se senioři dožívají vyššího věku, je však spojen i fakt, že se s přibývajícimi léty stávají závislími na svém okolí, a potřebují proto pomoc druhé osoby.

Zatímco v dřívější společnosti bylo běžné, že péči o seniora v rodině přejímal jeden či více z jejich členů. Dnes je z části tato péče zajišťována prostřednictvím institucí sociálních služeb. Příčin, proč jsou senioři odkázáni na institucionalizovanou pomoc, je spousta. Mnoho rodin se o nemocného seniora neumí či nemůže postarat, ať už z důvodů materiálních či časových, nebo je to zkrátka nad jejich síly.

Senior může využívat pomoc terénních sociálních služeb, které klientovi nabízejí podporu a péči v jeho přirozeném prostředí – ovšem pouze za předpokladu, odpovídá-li této formě služby zdravotní stav a možnosti seniora. V případě, že již o sebe a svou domácnost není schopen dostatečným způsobem pečovat, je senior umístěn do pobytového zařízení sociálních služeb, kde je mu k dispozici čtyřicetihodinová péče zdravotnického personálu a pracovníků sociálních služeb.

Této formě pomoci se v mé práci budu věnovat z důvodu, že se jedná o téma blízké sociální práci, a zároveň i velmi aktuální, neboť je pravděpodobné, že se poptávka po umístění do pobytových zařízení bude zvyšovat v důsledku nárůstu množství dlouhodobých seniorů vyžadujících péči druhé osoby i z důvodu změny pečovatelské funkce rodiny.

Aktuálnost výběru tohoto tématu je dále dána faktem, že současným trendem sociálních služeb je ponechání seniora v jeho přirozeném prostředí po co nejdelší dobu za pomoci pravidelné péče terénní sociální služby. Takováto forma pomoci je z hlediska společnosti méně ekonomicky náročná a snaží se vést rodinu k větší odpovědnosti za závislého seniora.

Sociálních služeb pobytového charakteru je více druhů, senioři mohou být umístěni do domů s pečovatelskou službou, léčeben dlouhodobě nemocných, domovů

pro seniory či domovů pro seniory se zvláštním režimem. Já se v této práci zaměřím právě na domov pro seniory se zvláštním režimem, který poskytuje své služby klientům trpícím různými druhy demence, a to konkrétně na Alzheimer Care Centrum spokojeného stáří, které se nachází ve Svobodě nad Úpou.

Volba tohoto zařízení byla ovlivněna tím, jak již bylo výše uvedeno, že v důsledku prodlužující se délky života narůstá počet seniorů v naší populaci, a to je příčinou, proč se zvyšuje množství jedinců trpících demencí, která je spojena právě zejména s vyšším věkem. Ale zároveň i faktem, že zde již dva roky pracuji na pozici pracovnice v sociálních službách vykonávající základní výchovnou nepedagogickou činnost – tedy jinak aktivizační pracovnice. Výstupem této práce pak může být i určité doporučení pro toto zařízení, jak efektivněji pracovat s klientem a usnadnit mu adaptaci na život v novém prostředí. Ale zároveň i možná reflexe mé práce a možnost proniknout ještě hlouběji do problematiky péče o dementní osoby.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jakým způsobem se senioři, kteří trpí demencí, adaptují na nové prostředí domova, tedy jaké mechanismy k tomuto přizpůsobení využívají. Dílčím cílem je pak nejen odhalit, jakými prostředky se zařízení do této adaptace zapojuje, a ulehčuje tak klientovi v nastalé situaci. Ale zároveň i zjistit to, za jakých okolností jsou senioři do zařízení umístěni. Včasné umístění je totiž jednou z podmínek úspěšné adaptace, neboť v čím vyšším stádiu demence se jedinec nachází, tím obtížnější je jeho přizpůsobení se novému prostředí, respektive tím pravděpodobněji se nebude schopen na nové podmínky aklimatizovat. Na základě výše uvedených faktů se domnívám, že práce patří mezi aktuální a důležitá témata pro sociální práci.

V první části textu se zaměřím na vymezení specifík seniorské populace, konkrétně pak na hodnoty této generace a její charakteristiku, v souvislosti s touto kapitolou se budu ještě věnovat problematice demence a jejího vlivu na jedince, který jí trpí. Následovat bude kapitola zaměřená na institucionalizaci péče, kde charakterizuji jednotlivé typy pobytových sociálních služeb a zaměřím se na vývoj rodiny, neboť se domnívám, že její proměna do dnešní podoby je pro pochopení tohoto tématu důležitá. Třetí kapitola pak bude zaměřená na samotný adaptační proces a copingové mechanismy. V poslední kapitole se pak budu věnovat faktografii konkrétního zařízení.

Druhá část textu se bude v první řadě zabývat popisem metodologie a následně i samotnými výstupy výzkumu.

1 Senioři jako věková skupina

Senioři jsou v současné době velmi početnou skupinou naší populace. Štilec (2004, s. 12) uvádí, že lidí starších 60 let je v České republice 21% a toto číslo bude nadále růst vzhledem k tomu, že dnes dochází ke stárnutí populace. „Senioři a seniorky jsou mnohem zdravější a vitálnější než v minulosti.“ (Nadace Open Society Fund Praha, 2008, s. 134) To je způsobeno zdravějším životním stylem a lepším stravováním, ale i lepší zdravotní péčí či vyšší aktivitou jedince. Důležitou roli však sehrávají i genetické dispozice či prostředí, v němž člověk žije a pohybuje se.

Čevela (2014, s. 28 - 29) rozděluje staré lidi dle jejich věku do tří skupin, a to na počínající stáří trvající mezi 60. a 75. rokem života, kdy se jedinec snaží v co možná nejvyšší míře seberealizovat, vlastní stáří začínající 75. a končící 90. rokem života, které je spojené s horším zdravotním stavem a zvyšující se potřebou odpočinku, a dlouhověkost, která trvá od 90 let dále a je spojena s nesoběstačností jedince a potřebou pomoci ze strany jeho okolí. „Organizace spojených národů uvádí jako „vstup do stárnutí“ věk 65 let.“ (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 25) Autorky dále uvádějí, že ty největší změny nastávají až od 75. roku života. Každý člověk však stárne odlišně a dochází u něj k odlišným změnám. Je zde proto nutné u jedince rozlišovat mezi věkem kalendářním a biologickým. (Ondrušová, 2011, s. 16 – 17) Kalendářní věk je pouze číslo, tedy počet roků, kolik je danému člověku. Problémem však je, že nerespektuje individualitu jedince, nevypovídá nic o jeho schopnostech či sociální roli seniora. Zato biologický věk ukazuje na konkrétní involuční změny ve stavu člověka, vliv na něj mají zejména nemoci. Ovlivňuje to, jak je senior vnímán okolím a jak se vnímá on sám. S tvrzením, že každý stárne svým vlastním odlišným způsobem, souhlasí i Ondrušová (2011, s. 13): „Stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec).“ Senior se mění nejen po stránce sociální, tak i po té biologické či psychické, různé oblasti stárnou v různém tempu. Dochází u něj k úbytku jeho funkčního potenciálu, najednou už není tak výkonný, jak kdysi býval a musí se s tím smířit. „Úkolem pro člověka a jeho mozek je získat ve stáří něco víc při menší námaze.“ (Gruss, Simonová, 2009, s. 29) Proto je důležité, aby si byl senior vědom svých omezení, aby znal svoje možnosti a uměl je efektivně využívat.

1.1 Sociální změny u jedince v seniorském věku

„U seniorů přibývá mnoho sociálních změn a ztrát, které jsou často obtížně přijímány.“ (Dvořáčková, 2012, s. 46) Ze sociálního hlediska jsou bezesporu největšími změnami, se kterými se senioři musí potýkat, odchod do důchodu a ztráta blízkých. Vzhledem k tomu, že pro současnou společnost je důležitá výkonnost člověka a jeho účast v pracovním procesu, znamená penzionování pro starého člověka velký převrat, neboť tak ztrácí svoji společenskou prestiž. (Pondělíček, 1981, s. 61) Okolím je pak senior většinou negativně hodnocen, neboť již pro společnost není užitečný vzhledem ke skutečnosti, že už není produktivní. Nikdo najednou nehledí na to, že starší člověk má ještě mnoho zkušeností a trpělivosti, okolí se soustředí pouze na fakt, že je zmaten zaváděním nejrůznějších inovací, a délku doby potřebné k tomu, aby se s nimi dokázal sžít. „Proces učení je sice proměnlivý, ale bezpochyby platí, že člověk je schopen učit se až do velmi vysokého věku.“ (Gruss, Simonová, 2009, s. 156) Odchod do důchodu navíc způsobuje, že jedinec přichází o velké množství sociálních kontaktů, a může tak trpět osamělostí. Najednou neví, co dělat s volným časem a samotná výše důchodu jej vede k větší opatrnosti při utrácení a znemožňuje se věnovat nákladnějším aktivitám, dochází u něj tedy i ke snížení životní úrovně. „Stáří neznamena ukončení potřeby být užitečný společnosti a nepředstavuje ani konec produktivity či tvůrčích a organizačních schopností.“ (Pondělíček, 1981, s. 19) Nadbytek volného času jej pak vede mnohdy k tomu, že se zaobírá pouze sám sebou, svými problémy, které zbytečně zveličuje. „...nejenom lidé ve stáří, ale i v mladém věku bez práce začnou rychle upadat.“ (Šramo, 2012, s. 82) Je zcela nezbytné, aby si senior našel nějakou činnost, která povede k uspokojení jeho potřeb a zabrání možnému úpadku jeho osobnosti.

Velkým zásahem do psychiky starého člověka je ztráta blízkého člověka, ať už jde o smrt partnera, příbuzného či blízkého přítele. Ta jedinci způsobuje velkou frustraci a může jej dovést až k sociální izolaci (Pondělíček, 1981, s. 61) Čevela (2014, s. 93) uvádí, že celých 25% starých lidí žije osamělý život bez kontaktu s okolím. Senior smrtí blízkého ztrácí možnost dožít po boku milované osoby. „Výsledkem je nevábný, často zapáchající zevnějšek, nedbaný a nečistý byt apod.“ (Haškovcová, 2010, s. 155) Jedinec pocítuje negativní emoce, nechápe, proč on musí dál zůstat na světě, odcizuje se svému okolí. Problémem může být i tzv. syndrom prázdného hnízda (Haškovcová,

2010, s. 154), kdy děti odcházejí z rodného domu. Tento stav je spojen se smutkem, ale zároveň i s vidinou nových možností seberealizace.

1.2 Biologické změny u jedince v seni

Z biologického pohledu je stáří spojeno s celou škálou změn, které mohou u seniora nastat. Starý člověk má většinou problém s několika nemocemi zároveň, což je zdrojem stresu, tyto choroby jsou mnohdy chronické a ohrožují život seniora (jeho mobilitu či autonomii). Hudáková a Majerníková (2013, s. 26) uvádějí, že senior se obtížně vyrovnává nikoli s nemocí, která ho trápí, ale s tím, že se postupem času stává závislým na okolí. I Čevela (2014, s. 125) uvádí, že spokojenost seniora je ovlivněna tím, zdali má možnost dožívat v pocitu důstojnosti. Pro starého člověka je velmi důležité, zdali je v dostatečné míře autonomní (schopný kontrolovat, co se s ním děje), jestli má možnost se seberealizovat (i nadále mít nějaký životní cíl, ke kterému může směřovat), zdali se participuje ve společnosti (má zde své místo, kam patří a je zde přijímán se všemi svými klady i zápory) a je dostatečným způsobem zabezpečený. To všechno má vliv na kvalitu jeho života.

Mezi další biologické faktory stárnutí patří zejména slábnutí smyslů, ať už zraku či sluchu. To v jedinci vyvolává úzkost, senior navíc může mít i problém s tím, že „se necítí“. „Stárnutí postihuje celý pohybový aparát.“ (Štilec, 2004, s. 17) Dochází k zasažení kloubů, k úbytku svalů či jejich ochabnutí a odvápnění kostí, senior se stává méně pohyblivým, rychleji se unaví a je celkově slabší, a proto je při chůzi i činnostech celkově pomalejší. Problém má i s koordinací pohybů a rovnováhou spojenou s možností pádu. Přesto je potřeba, aby se staří lidé snažili hýbat do co možná nejvyššího věku, aby u nich nehrozilo zhoršení jejich stavu vedoucí až k jejich nesoběstačnosti. Dalšími biologickými problémy mohou být ubývání vlasů a chrupu, přibývání vrásek, zadýchávání se či slabá imunita. Přesto je však důležité zmínit, že 60% lidí jdoucích do důchodu jsou ti zdraví (Šramo, 2012, s. 28), kteří mají dostatek energie a zkušeností, chtějí i nadále pracovat a vyrovnat se mladým.

1.3 Psychické změny u seniorů

Velkým problémem z hlediska změn psychických, se kterým se seniori potýkají, je změna jejich kognitivních schopností, kdy dochází k zapomínání, a to v menší či větší

míře, či poruše vstřípivosti nových informací. Z tohoto důvodu je jeho rozhodování pomalejší a jeho reakce též. Postižená je zejména epizodická paměť (Štilec, 2004, s. 16), kdy si starý člověk není schopen vybavit dobu či místo nějakého faktu. Naproti tomu paměť sémantická je ve stavu velmi dobrém, senior si bez problémů vybavuje informace z dávné minulosti, neboť jsou dobře uloženy. Rád se baví o svých zkušenostech a předává je dál. (Šramo, 2012, s. 25) „...rychlost myšlení a vnímání se s přibývajícím věkem zpravidla snižuje, naopak schopnosti založené na vědomostech a životních zkušenostech vykazují stabilitu a za určitých podmínek se mohou až do velmi vysokého věku zlepšovat.“ (Gruss, Simonová, 2009, s. 154) Je důležité si uvědomit, že jeho vědomosti jsou strukturované a celistvé, což mu umožňuje, že se dokáže rovnat mladému člověku. (Gruss, Simonová, 2009, s. 156) Ovlivněna je i komunikace se seniorem, kdy nerozumí složitým sdělením a nenachází potřebná slova, či jeho orientace, a to zejména v neznámém prostředí, kdy bloudí, je zmatený a to u něj vede to k pocitům úzkosti. Negativní změny týkající se paměti je možné částečně regulovat prostřednictvím paměťového tréninku. Tím dochází nejen k rozšiřování obzorů seniora, ale i k posilování jeho paměti.

„Ve stáří je snižena schopnost adaptace.“ (Ondrušová, 2011, s. 14) Vzhledem k tomu, že člověku ubývá sil a horší se jeho zdravotní stav (zejména poruchy smyslů u něj navozují pocit úzkosti), dochází ke snížení jeho tolerance vůči různým vlivům, obtížně se adaptuje na změny. Ty ostatně staří lidé všeobecně nemají rádi, neboť nerozumí novotám, a proto jsou hodně konzervativní. „Proto senioři kladou důraz na stabilní prostředí, kde se cítí dobře, dokážou se v něm orientovat a zvládat vše kolem.“ (Klvetová, 2008, s. 22) Senioři jsou zvyklí na své přirozené prostředí, mají své stereotypy, které neradi mění.

Štilec (2004, s. 15) dále uvádí, že u seniorů dochází ke zpomalení psychické činnosti. Starý člověk se pomaleji rozhoduje, déle vyhodnocuje situaci (čím je složitější, tím delší dobu to trvá). „Rychlé adaptační efekty, bystrost a pohotovost jsou nahrazeny krystalizovanou inteligencí, navrstvenou zkušeností a zážitkovou základnou osobnosti.“ (Pondělíček, 1981, s. 56) Seniorovi sice ubývají síly, na druhou stranu je ale při činnosti přesnější a více rozvažuje. Starý člověk má hodně trpělivosti a je tolerantní vůči druhým lidem, dokáže si udržet nad věcí nadhled, dělá vše poctivě. City seniorů již nejsou tak

intenzivní, a proto nejsou afektivní (jsou stálí v názorech i hodnotách). Vidí totiž, co je a není důležité. Neradi se dostávají do vypjatých situací, chtějí mít svůj klid.

1.4 Senioři, jejich potřeby a hodnoty

„Senioři mají obdobné potřeby jako ostatní lidé.“ (Ondrušová, 2011, s. 41) Klevetová (2008, s. 72 – 73) uvádí čtyři základní potřeby, a to konkrétně potřebu místa, bezpečí a ochrany, výživy a péče, hranic a limitů.

Potřeba místa je spojena s tím, že je zde člověk přijat, cítí se tu bezpečně a chráněný. Pro seniora jsou celkově velmi důležité vztahy. Cítit, že někomu na něm záleží. To pak podporuje dobré vnímání sebe samého. Problémem je skutečnost, že staří lidé mají někdy tendenci izolovat se od společnosti (Dvořáčková, 2012, s. 16)

Potřeba bezpečí a ochrany vede seniora k nalezení tolik důležité jistoty, kdy je schopen věřit sám sobě, svým schopnostem. „Starý člověk potřebuje jistotu, že se o něho dokážeme dobře postarat a že ho přijímáme bez hodnocení jeho nedostatků, že chápeme jeho možnosti.“ (Klevetová, 2008, s. 73) Starý člověk je v důsledku svého věku a zdravotního stavu v určitých oblastech omezen a potřebuje pomoc ze strany svého okolí, rodiny a blízkých. Požádat o pomoc, a také ji skutečně přijmout, to považuje mnoho dnešních seniorů za nedůstojné a ponižující. Nechtějí si totiž připadat, že jsou druhým na obtíž. Jak uvádí Ondrušová (2011, s. 27), soběstačnost je pro staré lidi vysokou hodnotou. Stejně jako zdraví, které seniorovi umožňuje, aby byl do co možná nejvyššího věku nezávislý a schopný pečovat o sebe i svou domácnost.

Potřeba výživy a péče je spojena se zajištěním jídla, ale i podnětů vedoucích jedince k dalšímu vývoji. Ten pak vede k pocitu naplnění. Je velmi důležité, aby měl senior určitý cíl, nějaké plány do budoucna, které mu dají možnost na něco se těšit. Problémem je, že: „Ve stáří člověk ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života.“ (Ondrušová, 2011, s. 43)

Potřeba hranic a limitů pak seniorovi pomáhá definovat sebe samého, tedy kam až mohou zajít, aby to nezpůsobilo negativní následky druhým. Je k tomu zapotřebí znát své možnosti a mít dostatek času k činnosti. „Častým opakováním nových postupů a

zvládnutím používání kompenzačních pomůcek vzniká důvěra ve vlastní schopnosti, pocit vyrovnanosti a spokojenosti.“ (Kleťová, 2008, s. 73)

Kromě výše zmíněných potřeb je tu ještě řada dalších, mezi nimi například potřeba materiálního zabezpečení (mít dostatek financí, které jedinci umožní se seberealizovat), domova (a s ním spojeného soukromí a pocitu bezpečí), dávat i dostávat lásku (mít oporu v rodině, ale zároveň přinášet užitek i jí), cítit svou užitečnost (tedy, že je senior součástí společnosti) či pociťovat smysluplnost své existence. Pro seniora je též velmi důležité vést aktivní život s možností věnovat se svým zájmům, což mu umožní udržovat se v kondici a dobrém zdravotním stavu. Některé potřeby jsou ve stáří uspokojovány málo (bezpečí), jiné nadměrně (volný čas). Navíc jsou naplňovány odlišným způsobem, senior se najednou seberealizuje jinak, než tomu bylo dříve.

1.5 Seniori s demencí a problematika péče o ně

Demence je degenerativní onemocnění mozku, které je v současné době velmi diskutovaným tématem, neboť osob s touto nemocí neustále přibývá. „Celosvětový počet lidí s demencí podle ADI přesahuje 44 miliónů, v roce 2030 se tento počet pravděpodobně zvýší na téměř 76 miliónů,...“ (Alzheimer.cz, 2015) K tomuto stavu vede fakt, že demence je spojena zejména s vyšším věkem, a vzhledem k tomu, že dnes dochází ke stárnutí populace, dochází i k nárůstu počtu jedinců s tímto onemocněním.

Demencí trpí jedinci z různých prostředí, s různým stupněm dosaženého vzdělání ad., vzniká z neznámých příčin a není možné zabránit jejímu vzniku u daného člověka. Haškovcová, 2010, s. 262) Ačkoli demence postupuje ve většině případů pomalu, postupně dochází ke změně osobnosti postiženého, snížení jeho samostatnosti a nakonec až k jeho úplné závislosti na péči druhých, neboť není schopen zvládat každodenní činnosti, péči o sebe samého ani domácnost. „Říká se, že nepohyblivost odděluje od událostí, slepota od světa, hluchota od lidí a demence od sebe sama.“ (Čevela, 2014, s. 126) Dementní osoba je totiž ošizená i o možnost vyprávět své zážitky a zkušenosti lidem okolo sebe, a předávat jim tak určité poselství.

1.5.1 Demence a její symptomy

Demence vyvolává u postiženého jedince několik typů symptomů (Venglářová, 2007, s. 29 – 31), a to konkrétně ty kognitivní, behaviorální a poruchy emotivity.

Mezi kognitivní symptomy patří zejména:

- poruchy paměti - senior si obtížně osvojuje nové informace, což mu znemožňuje přizpůsobit se novým podmínkám, později má problém i s vybavováním si starých faktů - „Dlouhodobá paměť zůstává obvykle zachována dosti dlouho po vypuknutí nemoci.“ (Zgola, 2003, s. 73); demenční má problém s orientací, a to nejenom v prostoru, ale i v čase, navíc má problémy poznávat lidi ze svého okolí; senior fabuluje, je třeba jej na to vhodně upozornit; opakuje se a je celkově úzkostlivý
- poruchy řeči - komunikace by měla být jednoduchá (to odbourá strach), měla by probíhat pravidelně a v příjemném prostředí; senior nemá náhled na situaci, nezvládá se rozhodovat, a proto jedná neúčelně; demenční mnohdy nerozumí myšlence, je třeba dojít k věci opisem, sám pak má problém, neboť nenachází slova; v komunikaci je dobré uvádět příklady a gestikulovat pro správné pochopení
- poruchy pozornosti - demenční jedinec nevydrží u úkolu (nedodělá ho); fixuje se na jednu věc, mnohdy navíc zbytečnou, a ostatní opomíjí; i maličkost jej může rušit (hluk, rozhovory ad.) - „Televize a rozhlas zapnuté jako hudební kulisa nemají v prostorách určených pro lidi s demencí co dělat.“ (Zgola, 2007, s. 76), je zmatený, neklidný a podrážděný; senior obtížně reaguje (podněty na něj však vždy nějak působí, nemusí ale reagovat, protože se necítí bezpečně); při práci je třeba vhodná motivace, činnost je třeba rozdělovat do kroků a nepřerušovat demenčního při práci, jednoduchost zabrání stresu a přetížení, postupně se pak dojde k cíli
- poruchy vnímání - senior nepoznává okolní prostředí ani osoby v něm; mnohdy trpí iluzemi, kdy si mylně vykládá skutečné podněty (Zgola, 2007, s. 39); demenční neodhadne vzdálenost, není schopen najít cestu, což je opět zdrojem úzkosti - „Nejlépe můžeme takovým problémům

zabránit tím, že zjednodušíme prostředí a odstraníme matoucí a zavádějící pokyny.“ (Zgola, 2007, s. 141); je nutné prostředí vhodně zařídit, aby nedocházelo k problémovým situacím, a udržovat jeho neměnnost; dementní potřebuje možnost pohybu, aby se zbavil nadměrné energie (důležité je bezpečí prostor)

- poruchy úsudku - senior lpí na svých zvycích a starých vzorcích chování, neboť se domnívá, že jsou efektivní, nevidí důsledky svého počínání; dementní si nechce nechat od druhého pomoci, nevidí zhoršení svého stavu, nechápe, proč se někdo vměšuje; nechápe ironii a abstrakci (vše bere doslova); nemá zábrany, jedná impulzivně, nevidí možné následky svého chování, což může vést až k jeho izolaci - „Porucha deformuje obraz, který osoba o světě získává, a také způsob, kterým vyjadřuje své reakce.“ (Zgola, 2007, s. 27)

Mezi behaviorální symptomy se řadí agresivita (k té vede pocit úzkosti, kdy dementní není schopen důvěřovat svému okolí, má strach z jeho reakcí), opakování, nadměrná aktivita/nezájem a pomalost, bez hygieny (kdy se dementní senior „necítí“) a ztráta zábran v chování (postižený jedinec se odhaluje, sexuálně se projevuje k cizím lidem či na veřejnosti ad.).

Mezi poruchy emotivity pak spadají poruchy nálad (deprese), oploštěná emotivita (senior nemá o nic zájem, přestává komunikovat se svým okolím), emoční labilita (senior pláče, hned nato se směje) a ztráta vyšších citů (senior nemá zábrany, bere druhým věci ad.).

1.5.2 Rozčlenění demence do stádií a jejich specifikace

Kalvach (2005, s. 32 – 33) rozděluje demenci do tří stádií, a to na počáteční, středně pokročilou a těžkou. U počínající demence je jedinec nadále schopen samostatného života, neboť příznaky jsou zde prozatím mírné. „V počátcích nemoci si jsou pacienti vědomi nepříznivých změn, které se jim „dělají“, a stydí se za ně.“ (Haškovcová, 2010, s. 263) Dochází zde k mírnému zhoršování paměti (senior neví, co je za den, kam si něco odložil ad.), senior má problém s plynulostí komunikace (může si i vymýšlet), nerozumí požadavkům okolí, což u něj navozuje pocity úzkosti až apatie

(kdy se najednou začne svým problémům „vzdávat“). Jedinci je třeba pomoci s orientací, aby se zmírnil jeho strach z neznámého. Pokud u postiženého dochází ke změně chování, je třeba jej informovat o této skutečnosti. V tomto stádiu je z hlediska péče důležitý paměťový trénink a podávání léků podporujících paměť, což může alespoň na čas zabránit zhoršování nemoci a přibývání dalších negativních příznaků. „Léčba kterékoliv demence je obtížná. Je-li diagnostikována včas, lze její vývoj zpomalit a obávaná závěrečná stádia oddálit.“ (Haškovcová, 2010, s. 266)

Středně pokročilá demence je spojena s výpadky paměti (jména ad.) a ztrátou schopnosti orientovat se v prostoru a čase, dementní je odkázán na celodenní péči ze strany svého okolí (s mytím, oblékáním ad.). „Nejprve ztrácí přehled o čase, pak o prostoru a nakonec o sobě.“ (Haškovcová, 2010, s. 263) Nutná je úprava domácího prostředí, aby bylo bezpečné, dále je třeba se věnovat věcem a činnostem, které jsou dobře zvladatelné, to vyvolává kladné emoce. Je nezbytné se seniorem dále pracovat, aby byla do co nejdelší možné doby zachována jeho autonomie, byť pouze v částečné míře. Senior se opakuje, jeho slovní zásoba chudne.

Stádium těžké demence je spojeno s neschopností zpracovat informace a poznávat blízké osoby, dementní přestává komunikovat. Senior je zcela odkázán na pomoc druhého – rodiny či sociálních služeb. Důraz při péči je kladen na naplnění základních potřeb, nutný je vstřícný přístup, ten vyvolává pozitivní emoce. Těžká demence je spojena s postupnou imobilitou a inkontinencí.

Zhoršující se příznaky demence, jak už bylo výše řečeno, vedou k tomu, že se postižený jedinec stává postupně závislým na péči druhé osoby. Pomoc může dementní člověk získat jak ze strany rodiny, tak i institucionální, je-li umístěn do pobytového zařízení sociálních služeb. Venglářová (2007, s. 24) uvádí, že v takovém případě u seniora mnohdy dochází k propuknutí tzv. adaptačního syndromu. U jedince dochází ke zhoršení příznaků nemoci, neboť se v neznámém prostředí neorientuje, je zvyklý na své a najednou je zmatený z toho, co se okolo něj děje. V dobrých podmínkách je fungování jedince lepší (v tichu, v menším počtu lidí ad.), prostředí by navíc mělo být upraveno a vybaveno tak, jak byl jedinec zvyklý, novota je zdrojem neznáma a nejistoty.

1.5.3 Péče o osobu trpící demencí

Při péči o dementní osobu, ať už v prostředí rodinném či institucionálním, je třeba k nemocnému přistupovat s pochopením. Důležité je také brát v potaz schopnosti postiženému a dle toho nastavit požadavky, které vůči němu máme. Ty by neměly být nadměrné, ale ani nedostatečné, neboť by vedly k pocitu, že pečující osoba dementního pokládá za neschopného a nevěří v jeho potenciál. Nedostatečná aktivita postižené osoby by navíc mohla postupně vést ke zhoršení jeho zdravotního stavu. Péči by navíc neměla být direktivní, pak má jedinec tendenci reagovat na ni nepříznivým způsobem, tedy stáhnutím se či agresí. (Zgola, 2007, s. 19) Dementní osoba má právo rozhodovat o dění okolo sebe, pakliže je toho schopna. V případě potřeby je dobré ji vhodně navést, a ukázat jí tak cestu jak dokončovat činnosti. Vhodné je využívat zautomatizované činnosti (podání rukávu k oblečení se ad.), využívat opakování, nátlak je naproti tomu zdrojem frustrace. Pečovat o takto nemocného jedince je však každopádně velmi náročné, neboť se pečující mnohdy cítí nedoceneně. Dementní totiž nevidí, že okolí potřebuje projev vděku. (Zgola, 2007, s. 37)

Při péči o osobu trpící demencí je vhodné využívat rutinu, ta: „poskytuje člověku jistotu, že ví, co bude následovat. Nabízí pocit kontroly a je také jedním z nejsilnějších prostředků orientace.“ (Zgola, 2007, s. 200) Pravidelný režim totiž u jedince navozuje pocit bezpečí, najednou není vystaven takovému stresu, který je jinak způsoben neznámem. Zgola (2007, s. 95) dále uvádí, že je při péči o dementního vhodné zaměřit se na paměť procedurální, kdy se jedinec učí prostřednictvím zkušenosti. „Jestliže je něco opakováno dostatečně často, stále stejným způsobem, postupně to pronikne mezi vzorce našeho chování.“ (Zgola, 2007, s. 95) Opakování činnosti vede k jejímu zdokonalení a navození pocitu uspokojení. Dementní si tak postupně činnost zautomatizuje, je schopen se naučit něco nového. Vede jej to k aktivitě, neboť vidí, že je schopný, že je v něčem dobrý, zvyšuje mu to sebevědomí. „...osoby, které jsou v časném nebo středním stupni nemoci, se budou moci naučit novým funkčním dovednostem.“ (Zgola, 2007, s. 96)

1.6 Shrnutí

V současné době dochází ke stárnutí populace a tím i přibývá počet seniorů v naší společnosti. Přejchod do seniorského věku je spojen s mnoha změnami, ať už v oblasti biologické, psychické či sociální. Mnoho seniorů je vzhledem ke svému zhoršujícímu se zdravotnímu stavu odkázáno na pomoc druhého člověka, ta je zajišťována rodinou či, což je v dnešní době čím dál tím více rozšířené, institucemi sociálních služeb. Problém umístění jedince do takového zařízení je však fakt, že se obtížně smiřuje s přemístěním a má problém se adaptovat na nové prostředí. Vysokou hodnotou v seniorském věku totiž zastává možnost vést samostatný život v přirozeném prostředí, kde se o sebe jedinec může starat sám či s dopomocí rodiny či terénní sociální služby.

S prodlužující se délkou života je pak spojen i fakt, že v naší populaci dochází k nárůstu množství jedinců trpících demencí. Ta je totiž spojena zejména s vyšším věkem. Demence je spojena s řadou příznaků, problémem je zejména postupná ztráta paměti, která nemocnému znemožňuje získávat nové informace, a tím pádem i přizpůsobovat se novým podmínkám.

Demenci dělíme do tří stádií, v prvním počátečním je jedinec ještě schopen se o sebe starat sám. Ve dvou dalších, stádiu středně pokročilé a těžké demence již potřebuje pomoc ze strany svého okolí, nakonec se stává plně závislým na péči druhého člověka. I proto je třeba se ve výzkumu soustředit na otázku: Jaké prostředky sloužící k snadnějšímu orientování se klienta jsou v zařízení využity? Vzhledem ke svému handicapu má dementní jedinec problém aklimatizovat se na nové podmínky, je proto důležité při péči využívat rutinu a řád, které u jedince navozují pocit bezpečí a prostřednictvím zautomatizovaných činností je schopen se ještě něčemu přiučit. Při umístění dementního seniora do ústavní péče je třeba myslet na to, že by sem měl být umístěn zavčas, aby zde nadále byla možnost, že se s tímto prostředím dokáže sžít.

Otázka týkající se stávajících schopností seniora je nasnadě, a to konkrétně: V jakém zdravotním stavu jsou klienti do zařízení nejčastěji umístováni? Pokud tedy rodina spolu s postiženým seniorem dojdou k závěru, že je vhodné jej do domova umístit, měli by respektovat zásadu včasnosti tohoto přesunu. V čím lepším stavu klient

při této změně bude, tím snazší pro něj bude se na nové, pro něj neznámé místo adaptovat. Pokročilé stádium demence je totiž spjato s mnoha negativními symptomy, které mají zásadní dopad na zhoršenou schopnost jeho adaptace. Ať už jde například o postižení paměti, které seniorovi znemožňuje orientaci v prostředí, neschopnost soustředit pozornost k určité činnosti, nadměrnou aktivitu či naopak pasivitu, emoční nestálost ad.

2 Od tradiční rodiny k té současné

Rodina, základní jednotka lidské společnosti, prošla za posledních sto let výraznou změnou. Haškovcová (2010, s. 53 - 79) ji rozděluje dle jednotlivých fází vývoje na našem území na tradiční evropskou, socialistickou a současnou.

Tradiční rodina se zaměřovala na naplnění své ekonomické funkce. Její členové žili na jednom místě, společně hospodařili a své slabší tolerovali – dítě proto, že v něm viděli budoucí kapitál, a seniora za odvedenou péči a práci v minulosti, ten „...neztrácel svoji rodinnou roli, že stále někam patřil a stále byl buď kladně přijímán, nebo alespoň tolerován.“ (Haškovcová, 2010, s. 55) Členové rodiny si cenili zejména jeho zkušeností a moudrosti, ze kterých se snažili čerpat. Stáří bylo mladšími bráno jako součást životního cyklu, kterou nelze odvrátit, a je třeba o seniory pečovat. „Stáří bylo považováno za přirozený vývoj, proto lidé v dávnějších dobách byli připraveni postarat se o staré lidi.“ (Šramo, 2012, s. 27) Starý člověk pak s postupujícím věkem a ubývajícím schopnostmi přecházel od složitější práce k jednodušší, aby byl i nadále rodině k užítku. „Nutno dodat, že tehdejší staří lidé stonávali zřídka a když už, tak krátce.“ (Haškovcová, 2010, s. 55) Vzhledem k tomu, že zdravotní péče nebyla na takové úrovni, jako je dnes, docházelo mnohdy při nemoci seniora k jeho úmrtí. Možná i proto nebylo vztahy v rodinách v té době tak emotivní, jako je tomu v dnešní době. V tradiční rodině se mimo jiné uplatňoval tzv. výměnkářský systém (Haškovcová, 2010, s. 55), kdy senioři na základě smlouvy dožívali u svých rodin s tím, že jim přepsali svůj majetek.

Změna přišla v 19. století s průmyslovou revolucí a výrobou, která se soustředila do měst. Sem se začali stěhovat zejména mladí lidé, kteří byli v práci výkonnější a měli pro výrobu větší perspektivu. „...stárnoucí a staří lidé se ocitli mimo hlavní vývojový proud.“ (Haškovcová, 2010, s. 59) Pro práci v továrnách nebyli dostatečně rychlí a v důsledku odchodu jejich dětí do měst žili osamoceným životem.

Pro socialistickou rodinu byl typický tlak na ženu, která musela docházet do zaměstnání a zároveň se starat o domácnost, zatímco „...muži setrvali v pozici „hlavy rodiny“ a na chodu domácnosti se většinou nepodíleli...“ (Haškovcová, 2010, s. 60) Charakteristický byl též odchod do důchodu, který umožňoval, aby prarodiče

vypomáhali s hlídání vnoučat (pokud rodina neměla takovou babičku či dědečka, bylo dítě umístěno do jeslí či školky), ale i materiálně. Na Západě však bylo běžné, že se senioři v tomto věku snažili seberealizovat jinak než rodinným životem. Socialističtí prarodiče však na cestování či další aktivity většinou neměli dostatek financí. (Haškovcová, 2010, s. 61)

V 60. letech začalo docházet k nárůstu počtu rozvedených manželství a postupně se začala snižovat i porodnost. (Haškovcová, 2010, s. 63) V návaznosti na tyto jevy a snaze jim bránit došlo k prodloužení mateřské dovolené, zavedení placeného volna při nemoci dítěte či zřízení manželských poraden ad.

„V těch dobách většina lidí považovala za své morální selhání „dát“ staré rodiče či prarodiče do domovů důchodců a raději se o ně starala sama.“ (Haškovcová, 2010, s. 64) V této době se začal rozvíjet tzv. sendvičový fenomén, o kterém se zmíním v následující kapitole. Tlak zde byl kladen zejména na ženu, která se musela starat nejen o své nemocné rodiče, ale pomáhala i dětem tím, že mladé rodině pomáhala s hlídáním vnoučat.

S rokem 1989 a pádem socialistického režimu došlo k výrazným změnám v naší společnosti, která se z industriální přeměnila v tu postindustriální. Hojně se rozšířilo soukromé podnikání a zájem se začal upínat k co nejvyšší efektivitě práce a neustálému zvyšování kvalifikace zaměstnanců. Postupně se začala posouvat hranice vstupu do manželství i mateřství, které vedlo ženu k volbě, zdali se chce věnovat rodině či profesnímu uplatnění. Mnoho mladých lidí se dnes nechce seberealizovat tím, že vstoupí do zaměstnání, vezmou se a založí rodinu, nýbrž tak, že se budou moci vzdělávat a poznávat svět.

Výrazně se dnes změnilo postavení dítěte v rodině. „Zatímco dříve jich bylo v rodinách více a bývaly jejím perspektivním ekonomickým přínosem, nyní je jich málo, jsou vzácné a pro rodiče představují nemalé „finanční břemeno“.“ (Haškovcová, 2010, s. 70) I pozice seniora v rodině je dnes odlišná, než tomu bylo dříve. „Životní moudrost a dobře míněné rady starších osob nejsou přijímány tak jako dříve, a tak ubývá sociální prestiž starých, zejména ve vyspělých zemích.“ (Klevetová, 2008, s. 82) Zatímco v minulosti byli staří zdrojem zkušeností, ze kterých se mladí mohli poučit,

dnes je zde technický pokrok, kterému senioři mnohdy vůbec nerozumějí a „nestíhají“ jej, mladým to naopak nečiní problémy. Staří jsou tedy najednou odsunuti stranou, neboť o jejich poučení nikdo nejeví zájem. Tím, jak postupuje věda a technika kupředu, jsou znalosti seniorů najednou zastaralé a pro dnešní mladé generace nemají užitek a mladí je ani nechápou, respektive ani chápat nechtějí.

Odsouvá se hranice odchodu do důchodu, navíc mnoho seniorů chce i dále pracovat, jak uvádí Haškovcová: „...v kategorii 65 – 70 let jich stále ještě pracuje 70%.“ (2010, s. 78). Jsou to totiž lidé, kteří mají stále dostatek energie a zkušeností, a není tedy třeba je z pracovního procesu vyčleňovat. S penzionováním je totiž spojena ztráta společenské prestiže (Pondělíček, 1981, s. 61) Dnešní společnost se totiž orientuje na výkon (Štílec, 2004, s. 14), ale i schopnost vést soběstačný život (Ondrušová, 2011, s. 38). To je důvod, proč staré lidi považuje za neschopné, neboť nejsou produktivní, podceňuje jejich zkušenosti a vyčleňuje je na svůj okraj. Senioři se také snaží mít možnost se v tomto věku seberealizovat. „...prameny uvádějí, že asi třetina seniorek a seniorů starších 65 let pomáhá rodinám svých dcer a synů s hlídáním vnoučat.“ (Haškovcová, 2010, s. 71) Důvodem tohoto stavu je i fakt, že mezigenerační soužití pro dnešní není typické a většina rodin ho neuplatňuje. „Preference odděleného bydlení převládá i za cenu toho, že děti z důvodu velké vzdálenosti místa svého bydliště rodičům potřebnou pomoc poskytovat nebudou.“ (Čevela, 2014, s. 101) K tomuto názoru se přiklání i Dvořáčková (2012, s. 53), která uvádí, že: „Společné třígenerační soužití, a především soužití manželských párů či jedinců střední generace s některým z jejich rodičů se vyskytuje výjimečně a není většinou pokládáno za žádoucí.“ I když v rámci rodiny funguje vzájemná pomoc, není neustálá. Je závislá na tom, jak často může jedinec do rodiny docházet a pomáhat zde, ať už s péčí o děti či o nemocného seniora. Vztahy mezi jednotlivými členy rodiny fungují na dálku a jsou v mnoha případech zprostředkovány prostřednictvím komunikačních technologií (Sýkorová, Chytil, 2004, s. 29). Ty sice člověku umožňují snadno se s druhým zkontaktovat, ale ze vztahů postupně mizí blízkost. Současná rodina je velmi křehká, neboť je založená zejména na intenzivních citech a při jejich vytracení dochází k rozpadům manželství.

Do popředí se dnes dostává model, kdy je senior namísto péče v rodině svěřen do služeb profesionálních, které mu zajišťují potřebnou pomoc. Rodina je proto stává

objektem sociální práce (Laan, 1998, s. 43), neboť dochází k výrazné změně její pečovatelské funkce, kdy její členové svou odpovědnost za seniora raději předají do rukou sociálních služeb. „...stát v minulosti převzal na sebe v minulosti nemalou část z rodinných funkcí a rodiny se naučily na jeho pomoc spoléhat, takže staří s úlevou osvobozují své děti ze závazků vůči nim...“ (Ondrušová, 2011, s. 35)

2.1 Sendvičová generace

S odsouváním rodičovství je spojeno i v současnosti velmi diskutované téma tzv. sendvičového fenoménu (Čevela, 2014, s. 93). V takové situaci střední generace pečuje nejen o své nezletilé děti, ale zároveň i o své staré rodiče. Jak uvádí Hudáková a Majerníková (2013, s. 27) 80% o seniora totiž probíhá právě v rodině. Takový stav je samozřejmě velmi náročný a pro střední generaci je to velká zátěž. „Podíl žen, které se věnují péči, ať už v neformální nebo ve formální sféře, výrazně převyšují počet mužů.“ (Dudová, 2015, s. 11) Ženy jsou tak pod velkým tlakem, neboť musejí zvládat nejen práci na plný úvazek, ale i péči o děti, nemocné rodiče a chod domácnosti.

V dřívějších bylo typické, že ženy nepracovaly a staraly se pouze o domácnost. Pokud pak byly zaměstnané, odcházely do důchodu ve středním věku. V takovém případě zvládaly i péči o seniora, jehož zdravotní stav se postupem času zhoršoval. V dnešní však vzhledem k vzrůstajícím se nárokům na finanční zabezpečení rodiny se musejí ženy účastnit pracovního procesu a přinášet do rodiny potřebný výdělek.

Rodina se tak dostává do velmi svízelné situace, neboť cítí odpovědnost za nemocného rodiče a chce mu vrátit péči a pomoc, které se mu od něj dostalo. Funguje tu určitá mezigenerační solidarita. Členové rodiny, ale hlavně osoba pečovatele, však podléhají negativním pocitům spojených s touto péčí. Pečovatel nemá dostatek času na to, aby se stíhal věnovat nemocnému seniorovi a partnerovi a dětem zároveň, nemá čas na další aktivity a záliby. Problémem je, že celých 50% rodin, které pečují o nemocné seniory, nevyužívají žádné pomocné sociální služby. (Dudová, 2015, s. 70) Tzv. teorie pečovatelského břemene (Dudová, 2015, s. 21) jasně ukazuje, že je péče nejen fyzicky i psychicky velmi náročná, ale také značně nedocenená a mnohdy pečující nabývá dojmu, že jí dostatečně nezvládá, neboť se stav nemocného postupem času zhoršuje.

Velkým problémem je pak stav, kdy pečující vlivem tlaku péče o nemocného rodiče podléhá různým psychosomatickým problémům, které se mohou odrážet na jeho výkonu v zaměstnání a vést jej až k odchodu z práce. Taková situace je finančně neúnosná pro rodinu, neboť je zodpovědná také za péči o své děti, které ještě studii a toto studium stojí další finance. I proto mnoho rodin, v nichž se vyskytuje nemocný senior, volí možnost umístit jej do institucionalizované péče, kde je o něj profesionálně postaráno.

2.2 Institucionalizovaná péče

V současné době dochází k prodlužování délky života. (Ondrušová, 2011, s. 211) Glosová (2006, s. 9) uvádí, že se za posledních 120 let délka života protáhla z 36 roků na dvojnásobek. Tento jev je zapříčiněn nejen vyšší úrovní zdravotní péče, kvalitnějším životním stylem spojeným s lepší životosprávou i větší fyzickou aktivitou jedince, ale i tím, že je člověk při namáhavé práci zastoupen stroji a nedochází k poškozování jeho zdraví. S tímto fenoménem je spojen i nárůst počtu seniorů v populaci, a to i těch dlouhověkých. Čevela (2014, s. 90) uvádí, že lidí starších 80 let je v České republice 3,6% populace, ale roku 2065 předpokládá nárůst na celých 15,3%. S rostoucím věkem je pak samozřejmě spojeno i postupné ubývání schopností jedince a zhoršování jeho zdravotního stavu, čímž se stává v menší či větší míře závislým na svém okolí.

Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, 80% péče o seniora probíhá v rodině. „V institucionálních zařízeních určených pro péči o staré lidi žije pouhých 5% celkového počtu seniorů.“ (Reidl, 2012, s. 236) Současným trendem v dnešní společnosti je ponechání seniora v jeho přirozeném prostředí a zabezpečení jeho potřeb prostřednictvím pomoci ze strany rodiny či terénních sociálních služeb. „V rámci komunity by měly být k dispozici služby, které by umožnily starším osobám zůstat co nejdéle ve vlastních domovech.“ (Doporučení Rady Evropy o podpoře lidských práv starších osob, 2014, s. 9) Jak uvádí Dudová (2015, s. 23) „... rodinná neformální péče je jednoznačně kvalitnější a sociálně žádoucí – péče je poskytována úměrně rostoucím potřebám těch, o které je pečováno, ...“ Většina seniorů touží po možnosti dožít ve svém domově, neboť jsou zde zvyklí a mají k němu vytvořené určité citové pouto. I Dudová (2015, s. 69) vidí přirozené prostředí jako nejlepší možné pro život starého člověka, je

však třeba domácnost upravit tak, aby odpovídala možnostem seniora a ten se zde mohl cítit bezpečně. V domácnostech se totiž mnohdy objevují nejrůznější překážky, které narážejí na zdravotní stav seniora spojený s nejrůznějšími nemocemi typu postižení smyslů či chůze, degenerace mozku ad. „V nemnoha případech se stěhují do ústavů lidé, kteří jsou ještě schopni se o sebe postarat, ale byt, ve kterém celý život žili, jim samostatný život neumožní.“ (Glosová, 2006, s. 78) Dudová dále uvádí, že: „...veřejné služby péče mají nastoupit teprve v okamžiku, kdy rodina ve své úloze selže.“ (2015, s. 60)

Rodinám, které v současné době pečují o seniora v domácím prostředí, pomáhá příspěvek na péči o osobu blízkou. Ten je určen osobám, které potřebují v každodenním životě pomoc jiné osoby. Je to vlastně jakási odměna a ohodnocení za poskytnuté služby, ať už formálnímu nebo neformálnímu pečovateli. Výše příspěvku je stanovena na základě stupně bezmocnosti daného jedince a pohybuje se v rozmezí od 800 do 13200 korun. Mnoho rodin je na základě této dávky schopno se o seniora postarat a nemusejí jej, ať už z důvodů finančních či časových (spojených s výkonem zaměstnání) svěřit do péče profesionálních služeb. Dochází tak k posílení neformální péče.

Někdy je však nutné, aby byla péče v domácím prostředí nahrazena tou institucionalizovanou, která zajistí, aby byly seniorovy potřeby naplněny odpovídajícím způsobem a v dostatečné míře. „Při větších zdravotních problémech, osamělosti, nemožnosti pomoci ze strany blízkých teprve nastupuje varianta institucionální péče.“ (Venglářová, 2007, s. 14) K tomuto názoru se přiklání i Čevela: „...samostatný život ve vlastním prostředí je žádoucí tehdy, pokud jej daný člověk nepovažuje za nedůstojný mírou nejistoty, úzkosti, obtíží při sebeobsluze apod.“ (2014, s. 126)

2.3 Pobytová zařízení sociálních služeb

Ačkoli je stárnutí populace spojeno s nárůstem počtu seniorů ve společnosti a se zvyšujícím se zastoupením těch dlouhověkých, kteří jsou mnohdy v souvislosti se svým věkem odkázáni na pomoc druhých, tak pouze 20% lidí potřebujících pomoc se základními úkony v každodenních činnostech žije v ústavní péči. (Dudová, 2015, s. 34) Dudová (2015, s. 157) dále uvádí, že v současné společnosti je velkým trendem

institucionalizace posledních stádií péče a umírání, kdy pouze 21% starých lidí umírá ve svém přirozeném prostředí.

Život v zařízeních ústavní péče je spojen zejména se ztrátou soběstačnosti. Tu Dvořáčková (2012, s. 49) definuje jako „schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost.“ Se ztrátou soběstačnosti je pak spojena závislost na okolí, na péči druhé osoby, která nemohoucímu seniorovi pomůže při výkonu běžných každodenních činností. Taková pomoc by však měla být důstojná a měla by seniorovi umožňovat, aby se zapojoval do rozhodování o dění okolo sebe a zůstat alespoň částečně autonomní. V opačném případě dochází ke zhoršování schopností klienta i jeho zdravotního stavu.

Ondrušová (2011, s. 29 - 30) uvádí, že s institucionalizací seniora je spojeno několik typu syndromů, které vedou k jeho závislosti na pomoci druhých. Ty mohou být somatické (např. imobilita, dekonidice, problémy s příjmem potravy ad.), psychické (např. demence, deprese, poruchy chování spojené s úzkostí, poruchy adaptace ad.) a sociální vycházející zejména z imobility jedince (např. závislost na pomoci druhých, sociální izolace, ztráta soběstačnosti ad.). Zdraví seniora není spojeno pouze s chronicitou jeho nemocí, ale zároveň i s pocity, které jsou spojeny s jeho nemocemi. Mnohdy se senior cítí nespokojeně, neboť si je vědom toho, že mu ubývá sil, nebude se o sebe schopen samostatně postarat a obává se, zdali bude moci dožít v důstojnosti.

S životem v pobytovém zařízení sociálních služeb je spojena řada pozitiv i úskalí. Nevýhodou je zejména fakt, že se senior novému prostředí obtížně přizpůsobuje. „Řada klientů se na pobyt v DD obtížně adaptuje. Přispívá k tomu např. silná vazba na původní domácí prostředí, nesmířenost s odchodem do ústavní péče, pocit zásadního životního zlomu apod.“ (Kalvach, 2005, s. 51) Z tohoto důvodu je důležité, aby byl odchod seniora do ústavního zařízení dobrovolný. Pakliže je toho senior schopen, měl by si on sám vybrat, do jakého centra by rád nastoupil. To by se pak mělo nacházet v blízkosti bydliště jeho rodiny a známých, aby zde byla pravděpodobnost častějších návštěv. Je-li senior již ve velmi špatném zdravotním stavu (imobilita, pokročilá stádia demence ad.), je pravděpodobné, že si na pobyt v novém a pro něj neznámém prostředí nezvykne, neboť na to není vybaven potřebnými dovednostmi a není to v jeho

možnostech. I proto je důležité dodržovat při umístění seniora do zařízení zásadu včasnosti. (Čevela, 2014, s. 102)

Dalším velkým problémem je pak zejména ztráta intimity, neboť dochází k tomu, že je senior umístěn na pokoji s dalším člověkem, kterého většinou ani nezná. To je mnohdy zdrojem stresu. „V domě, kde je pouze třetina až čtvrtina plochy určena k bydlení, se těžko můžeme cítit jako doma,...“ (Glosová, 2006, s. 57) Umístění seniora do samostatného pokoje je však obtížné, neboť si za něj klient či jeho rodina musí připlatit.

Glosová (2006, s. 32) dále uvádí, že by péče v ústavním zařízení měla zahrnovat několik složek, a to individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. Pomoc pracovníků je zde individuálně nastavena dle potřeb a schopností seniora, kdy má klient právo spolurozhodovat o dění kolem sebe a pracovníci respektují jeho přání a do ničeho jej nenutí. Rizikem však může být i fakt, že péče o klienta uspokojuje pouze jeho biologické potřeby, ty další jsou pak mnohdy opomenuty. (Čevela, 2014, s. 214) Ze sociálního hlediska je výhodou, že jsou zde klienti v kontaktu s jedinci stejné generace a nedochází k jejich sociální izolaci. Zdravotní složka má také velký význam, neboť je jejím cílem zachování či zlepšení seniorova zdravotního stavu. Důraz by ale měl být kladen zejména na složku hmotnou, tedy vybavenost zařízení, senior potřebuje nejen jeho technologickou složku, ale zejména najít zde místo pro sebe samého, kde nalezne pocit bezpečí a bude se zde cítit doma. (Glosová, 2006, s. 43 – 44) Pakliže takového pocitu nenabude, mohou se u něj projevovat různé psychosomatické obtíže (např. nespavost, úzkost ad.)

V České republice existuje velké množství ústavních zařízení, které zajišťují každodenní péči o seniora. Dudová (2015, s. 69) uvádí, že velkým problémem je fakt, že jsou zde mnohdy umístěni jedinci, jejichž zdravotní stav není natolik vážný, aby nemohli zůstat ve svém přirozeném prostředí, kde by se o ně starala rodina ve spolupráci s terénní sociální službou. V centrech pak není dostatek míst pro seniory, kteří žijí v nevyhovujících domácích podmínkách a pro ty, jejichž zdravotní stav se natolik zhoršil, že rodina již péči o ně nemůže nadále zvládat. Čevela (2014, s. 105) zmiňuje, že v České republice v současné době chybí v ústavních zařízeních zhruba 15000 lůžek. Dále zmiňuje, že by péče neměla být zaměřena pouze na klienty těžce

postižené, ale měla by se zajímat i o ty s drobnými deficity, aby nedocházelo ke zhoršování jejich zdravotního stavu a schopností. (Čevela, 2014, s. 214)

2.3.1 Příklady pobytových zařízení sociálních služeb

Z pobytových zařízení sociálních služeb si uvedeme čtyři typy, a to dům s pečovatelskou služkou, léčebnu dlouhodobě nemocných, domov pro seniory a domov pro seniory se zvláštním režimem, na který se zaměřuje výzkumná část této diplomové práce.

Domy s pečovatelskou službou jsou zřízeny pro ty seniory, kteří jsou ještě natolik samostatní, že nepotřebují celodenní péči jiné osoby, trpí však určitým znevýhodněním a je třeba jim pomoci ke zkvalitnění jejich života. Klienti zde mají dostatek soukromí a zároveň je pro ně výhodou blízkost poskytovaných služeb (např. zajištění nákupu, dovoz stravy, pomoc při osobní hygieně ad.)

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou určeny těm, kteří jsou ve stabilizovaném stavu a nemusejí dále pobývat v nemocnici, ale zároveň se nemohou vrátit do svého přirozeného prostředí, aby zde byli ošetřováni. Většinou se jedná o pacienty v pokročilém věku, kteří zde během několika týdnů až měsíců umírají.

Domov pro seniory je místem, kde: „...se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (Dvořáčková, 2012, s. 85) V České republice je pro tuto klientelu dostupných přibližně 38000 míst. Cílem péče je zajistit, aby nedocházelo ke zhoršování zdravotního stavu klientů a jejich soběstačnosti, vést je k aktivitě a účasti na každodenních činnostech v rámci jejich možností. „...v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“ (Čevela, 2014, s. 157)

Domov pro seniory se zvláštním režimem je posledním typem pobytové sociální služby. Dvořáčková jej charakterizuje následovně: „V těchto domovech se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost

z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (2012, s. 85) V České republice je přibližně 8000 lůžek vyčleněno pro tyto osoby. Ty potřebují každodenní pomoc profesionálního personálu a péče by měla být přizpůsobena na míru jejich potřebám. Ve svém přirozeném prostředí by tyto osoby nebyly schopny fungovat.

2.4 Shrnutí

Během několika posledních desetiletí došlo k výrazným změnám ve struktuře i funkcích rodiny. Senioři jsou vzhledem ke svému věku, trvalosti hodnot a názorů mnohdy terčem negativních předsudků. Zároveň si sami uvědomují, jak rychle život utíká a snaží se v tomto věku ještě seberealizovat. Své uplatnění však již dnes mnohdy nespátřují ve snaze pomoci svým dětem s péčí o vnoučata, spíše se orientují na různé koníčky či cestování. I nadále však mladší generaci pomáhají po finanční stránce, a pakliže jim to umožňuje čas, tráví je i s vnoučaty.

Tlak je však kladen i na mladé rodiny, které potřebují, aby se muž i žena účastnili pracovního procesu, tedy aby v dostatečné míře zajistili rodinu. Pokud se pak v rodině objeví nemocný senior, dostávají se do tlaku, zdali se o něj mají postarat či nikoliv. U mnoha rodin se nadále uplatňuje tendence pečovat o staré členy rodiny, a to i za cenu toho, že je to fyzicky i psychicky velmi náročné. Některé rodiny se však z různých příčin rozhodnou k tomu, že bude jednodušší a lepší seniora umístit do zařízení ústavní péče.

Jak již bylo výše uvedeno, jedna část seniorů žije samostatně, druhá pak ve společné domácnosti, kde mohou využívat možnost pomoci a podpory ze strany ostatních členů rodiny a jsou-li v dobrém fyzickém stavu, mohou i sami senioři napomáhat optimálnímu chodu domácnosti vlastní prací, ať už v podobě hlídání vnoučat, péče o domácnost ad. Přirozené prostředí, ze kterého senior vychází, se stalo terčem otázky výzkumu této práce, a to konkrétně: V jakém prostředí klienti nejčastěji žijí předtím, než jsou umístěni do tohoto centra? Obývají byt, kde jsou sami a jejich zdravotní stav jim čím dál tím více znemožňuje se o sebe postarat? Nebo žijí ve společné domácnosti s některým členem rodiny? Z jakého důvodu je toto soužití již nadále nevýhodné?

V tomto směru je pak důležité klást si následující otázku: Vychází přestěhování klienta do tohoto zařízení z iniciativy jeho samého nebo jde o nápad někoho jiného (člena rodiny ad.)? Kdo je tedy vlastně iniciátorem přesunu seniora do domova, je to on sám nebo za něj rozhodla rodina? Je velmi důležité si uvědomit, že je-li odchod klienta z jeho přirozeného prostředí nedobrovolný, odrazí se to i na jeho pobytu v novém prostředí. Ohrožena bude schopnost seniora zvyknout si na nové místo, přizpůsobit se jeho podmínkám, neboť o to sám nebude mít tendenci usilovat.

Zajímavá je i otázka volby konkrétního zařízení, konkrétně: Z jakého důvodu si myslíte, že klienti volí umístění právě do tohoto zařízení? Na trhu služeb je velmi široká nabídka center, do nichž je možné klienta umístit. Některá zařízení se vyznačují důrazem na intimitu prostředí, kdy jeden senior obývá vždy jednu bytovou jednotku či pokoj. Jiná se zaměřují na co nejširší spektrum nabízených služeb ad. Při rozhodování se, kam klienta umístit se mnohdy, ať už senior sám či jeho rodina, soustředí na to, aby se zařízení, které bude obývat, nacházelo co nejbližší původnímu prostředí, v němž klient žil, či ostatním členům rodiny, kteří tak budou mít lepší podmínky k tomu, aby mohli seniora pravidelně navštěvovat.

Ačkoli je zde dnes tendence seniora ponechat, co nejdéle je to jen možné v jeho přirozeném prostředí, 20% z nich jich přesto žije v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ty se snaží o maximální aktivizaci klienta, aby nedocházelo ke zhoršování jeho stavu a jeho schopnosti byly nadále zachovány. Problémem však zůstává fakt, že mnoho seniorů tuto změnu špatně nese, neboť jsou navyklí na svůj původní domov a na nové prostředí si obtížně zvykají. Z tohoto důvodu je třeba maximální snaha personálu a pomoc rodiny při adaptaci klienta v domově.

3 Adaptace

Člověk je nucen se během svého života vyrovnávat s mnoha situacemi, které jsou pro něj různě obtížné, s novinkami, kterým se najednou musí nějak přizpůsobit. K výrazným změnám, které zasahují do lidského života, dochází i ve stáří. Ať už se jedná o odchod do důchodu, ztrátu blízkého člověka či změnu bydliště spojenou s umístěním seniora do ústavní péče. „K základním a vedoucím vlastnostem živé hmoty patří také to, že se dovede přizpůsobit různým vlivům zevního prostředí, i když jsou nepříznivé.“ (Charvát, 1969, s. 48)

Starý člověk je jakoukoli změnou většinou silně zasažen. „Stárnutí lze považovat za přirozený a biologicky zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv.“ (Štilec, 2004, s. 14) Adaptací zde rozumíme schopnost člověka přizpůsobit se změněným podmínkám prostředí, naučit se v nich žít a normálně fungovat. Schopnost adaptace je individuální, každý člověk se nastalé situaci přizpůsobuje různým způsobem a s různými obtížemi. Vliv na to mají nejenom geny, ale i výchova a vzdělání, aktuální stav daného jedince, ale i celkové ladění jeho osobnosti. Změna vnějších podmínek pak u jedince přirozeně navozuje pocit stresu, se kterým je nucen bojovat.

U seniorů je pak situace ještě o něco složitější vzhledem k jejich věku a zvyklostem. „...čím je člověk starší, tím hůře se aklimatizuje ve smyslu přizpůsobení se novým podmínkám, novému místu, novému městu atd.“ (Šramo, 2012, s. 76) Staří lidé jsou zvyklí na své prostředí, mají své zaběhlé stereotypy. Na nové věci (ať už místa, nové tváře ad.) si obtížně zvykají. Vzhledem k tomu, že věkem u nich dochází k problémům s pamětí, kdy si obtížně ukládají nové informace, jsou pro ně velkým zdrojem nabyté zkušenosti. Ty však mnohdy nejsou schopni aplikovat v neznámém prostředí. „Proto senioři kladou důraz na stabilní prostředí, kde se cítí dobře, dokážou se v něm orientovat a zvládat vše kolem.“ (Klevetová, 2008, s. 22) Z tohoto důvodu je ideální život seniora v jeho domově, v přirozeném prostředí, kde je zvyklý a cítí se zde bezpečně.

Život ve vlastním bytě je možný pouze za předpokladu, že bude toto prostředí vhodným způsobem upraveno, aby bylo pro seniora dostatečně bezpečné, odpovídalo

jeho potřebám a možnostem. Dalším aspektem takového fungování je dosažitelnost potřebné pomoci, ať už ze strany rodiny či terénních sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že mnoho seniorů se však v současné době dožívá vyššího věku, narůstá i pravděpodobnost, že dojde k takovému zhoršení zdravotního stavu starého člověka, že nebude mít dostatek sil, aby mohl ve svém přirozeném prostředí fungovat. Následkem takové situace je pak umístění seniora do ústavní péče.

„Umiestenie do ústavného zariadenia predstavuje pre seniora zásadnú zmenu jej životného štýlu, záťažovú situáciu rôznej intenzity, ktorá je závislá od mnohých okolností a je spojená so stratou zázemí, známého teritoria a s ním spojenej identity.“ (Sýkorová, Chytil, 2004, s. 234) Starý člověk se najednou dostává do neznámého prostředí, to v něm vyvolává strach a úzkost. Najednou se zde musí přizpůsobovat určitému řádu, na který doma nebyl zvyklý. Při umístění do pobytových zařízení sociálních služeb je velmi důležitá smířenost seniora s touto změnou, ale i včasnost přesunu. „Starší člověk se ještě v době, kdy je více aktivní a tedy i schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní styl, „zabydlí“ v nové lokalitě, seznámí se s pracovníky i dalšími klienty.“ (Venglářová, 2007, s. 14) Zde by měl být co nejdelší dobu podporován v samostatnosti, aby nedocházelo k prudkému zhoršování jeho stavu. „Nečinný, pasivní člověk snáze podléhá působení nepříznivých okolností, úzkosti, napětí, ...“ (Čáp, 1968, s. 57) Ideální jsou pak zejména činnosti, které jedinec zvládá sám, a nabývá tak pocitu sebeuspokojení, neboť vidí, že je v něčem úspěšný.

Problematická může být i adaptace seniora, který trpí poruchami smyslů (zraku či sluchu). Když starý člověk špatně vidí či slyší a dostane se do nového prostředí, je pro něj přirozeně složitější se zde zorientovat. Všechno je pro něj neznámé. Když špatně vidí, jakákoli překážka může přivodit jeho úraz, nepomáhají ani ukazatele a označení místností ad. „...staří lidé čtou pomaleji než mladí lidé a s nižší schopností porozumění.“ (Pokorná, 2010, s. 59) Veškeré popisky musí být napsány tak, aby byly srozumitelné. Neměly by obsahovat žádné překlepy, měly by být jasné a stručné, dostatečně velké. Když senior špatně slyší, má problémy s komunikací, obtížně rozumí instrukcím personálu. Vždy je tedy třeba přistupovat k jedinci individuálně a snažit se mu v maximální možné míře pomoci.

Ještě složitější je situace, kdy je do ústavního zařízení umístěn senior trpící demencí. „Lidé trpící demencí jsou velmi citliví na změny prostředí, a proto každé umístění do instituce vede ke zhoršení příznaků.“ (Venglářová, 2007, s. 24) Takto postižený jedinec je zvyklý na své přirozené prostředí a v novém se nedokáže vůbec orientovat. Ve svém domově fungoval na základě zautomatizovaných vzorců chování, které najednou v novém prostředí nefungují. Proto je třeba i zde, po umístění do ústavní péče u dementní osoby využívat tzv. perseveraci (Zgola, 2003, s. 95), kdy dementní opakuje dokola tutéž činnost, aby si jí zautomatizoval a mohl se naučit alespoň částečně fungovat i v novém prostředí. Stěhování ve stáří způsobuje stres, a to i u aktivního seniora, který si to přeje. Adaptace v takové případě trvá měsíce i roky (Čevela, 2012, s. 102). Pokud je stěhování nechtěné či je narušena kognice jedince, člověk se mnohdy nepřizpůsobí nikdy (dochází k bloudění, úrazům ad.).

Pokud chceme starému člověka pomoci s adaptací na nové podmínky, je třeba mu věnovat dostatek času a trpělivosti. Poradit mu v případě potřeby, přistupovat k němu individuálně dle jeho potřeb a možností. Využívat orientačních tabulí, ale také udržovat stálé prostředí, které jedince nebude mást a umožní mu cítit se bezpečně. (Zgola, 2003, s. 79)

3.1 Stres a jeho působení na člověka

Každý den svého života se jedinec setkává se stresem, ten na každého člověka působí odlišným způsobem. Tyto mimořádné podmínky vedou k tomu, že jedinec na toto působení nějak reaguje (aktivizuje jej to k výkonu), aby zabránil možným negativním důsledkům. „Běžné životní situace jsou příznačné takovou povahou nároků na psychiku, pro jejichž řešení je daný jedinec vyzbrojen.“ (Mikšík, 2009, s. 33) Reakce vede buď k rozvoji (adaptace, zvládnutí problému, získání nových zkušeností a rozvoj potenciálu) nebo k úpadku osobnosti (selhání zejména působením chronického stresu) člověka. „Osobnost není sto být trvaleji v nerovnovážném vnitřním stavu či vztahu s prostředím, s podmínkami své existence.“ (Mikšík, 2009, s. 35) Jedinec potřebuje situaci nějak vyřešit (přizpůsobením se prostředí, přizpůsobením si prostředí či nalezením nového způsobu interakce s prostředím) a najít rovnováhu.

Jedinec má vlivem zkušenosti určité postoje, které naráží na nové požadavky z okolí. Působí zde tedy tlak na osobnost jedince (jeho vlastnosti a postoje). „Zvýšené riziko je spojeno zejména s událostmi, které přicházejí nečekaně, jsou nežádoucí, neovlivnitelné a jsou subjektivně negativně prožívány.“ (Pelcák, 2013, s. 38) Jedinec pocítuje nejistotu, neboť se bojí, že nad situací ztratí kontrolu, nemá možnost se na daný problém dopředu připravit. Důsledkem životní situace je změna perspektivy (pohledu na svět), hodnot či smyslu života (priorit). Dlouhodobý stres pak může mít negativní dopad i na lidské zdraví, pokud jedinec není schopen reálně zhodnotit své zdroje potřebné k vyrovnání se s nastalou situací.

Pelcák dělí reakci na stres do tří stádií (2013, s. 47):

- nejprve dochází k poplachové reakci, kdy jedinec mobilizuje své obranné síly, připravuje se na to, zdali zvolí útok/útek (zhodnocuje zátěž i své zdroje), tato fáze je provázena sníženou úrovní odolnosti
- následně dochází k fázi adaptační, kdy je jedinec maximálně rezistentní, a tedy i schopný zdat působící stres, snižují se negativní pocity,
- poslední fází je vyčerpání, kdy jedinec usiloval o zdoání ve velké míře, nakonec podlehl, je dlouhodobé

3.2 Zvládání zátěžové situace

Resistence (Pelcák, 2013, s. 62), neboli odolnost, je schopnost jedince vstřebat nebo nějakým způsobem zvládnout hrozbu (čelit jí, zvládnout, a nabýt tak pocitu rostoucí sebedůvěry). Jedinec má ke zvládnutí určité zdroje (sílu a sociální dovednosti), ty mu umožňují se nastalým podmínkám přizpůsobit, překonat je. Jedinec bere zátěž jako výzvu a cítí se být dostatečně schopný na to, aby ji zvládnul překonat.

Pelcák (2013, s. 63) jmenuje několik zdrojů rezistence na několika úrovních. Na úrovni jednotlivce je to inteligence (potřebná pro zhodnocení hrozby a volbu vhodné strategie řešení problému), konstituce (temperament či funkční CNS, je-li člověk nemocný, problém se zvládá hůře), osobnostní charakteristiky (sebevědomí, naděje, strategie zvládání stresu, pružnost, odhodlání, trvalé hodnoty ad.) ad. Na úrovni rodiny je to zejména podporující rodina (pomoc, soudržnost, přijetí) či socioekonomický status (prostředky jedince). Poslední jsou pak zdroje na úrovni kultury, kam spadá kupříkladu jazyk či medicína ad.

Významnou roli při zvládnání zátěže sehrává sociální opora. Jde o blízké osoby, které si navzájem projevují lásku a péči. „Pozitivní sociální vazby ulehčují přežití, adaptaci na nepříznivé prostředí a mají vliv na udržení celkového zdraví.“ (Pelcák, 2013, s. 81-82) Sociální opora je jedinci nablízku a případně potřebu mu zprostředkuje pomoc při řešení problému. Je zdrojem pohody a správné úrovně sebepojetí, které je ovlivněno tím, že jedinec někam patří. U seniorů může být problémem fakt, že se vzhledem ke svému penzionování či ztráty blízkých dostávají do sociální izolace. Ubývá jim sociálních kontaktů a dostávají se do situace, kdy mohou potřebovat pomoc, ale nebude jim nabídnuta. „Vzhledem k ubývajícím prvkům sociální sítě a menší tendenci navazovat nové vztahy mají s postupujícím věkem v sociální opoře objektivně více problémů starší lidé.“ (Pelcák 2013, s. 87) Gruss a Simonová (2009, s. 159) uvádějí, že: „Lidé jsou schopni vypořádat se s obtížnými situacemi až do vysokého věku.“ Senioři mají již zkušenosti z minulosti, ze kterých mohou čerpat. Pokud mají dostatečné kognitivní schopnosti a na základě nich se dovedou správně rozhodovat, pak jsou i oni schopni se zátěžové situaci postavit. Pelcák (2013, s. 270) sám zmiňuje, že schopnost přizpůsobit se novým podmínkám je z části ovlivněna vrozenými dispozicemi, ale významnou roli zde sehrávají právě i zkušenosti, kterých člověk během svého života nabývá prostřednictvím interakce s okolím.

Pelcák (2013, s. 269) rozlišuje dva druhy osobnosti, které mají odlišný způsob interakce s realitou. Prvním typem je osobnost, která se obtížně vyrovnává s novou realitou. Změny jedinci přináší negativní pocity, depresi a úzkost. Člověk je nejistý, nedokáže se adaptovat, potřebuje proto nutně pomoc okolí. Takový jedinec má své ustálené postoje a nechce je měnit, vše chce přizpůsobit sobě. Druhým je pak osobnost, která se bezproblémově orientuje v nové realitě, dokáže se bez problémů seberealizovat v nových podmínkách.

Copingové, neboli zvládací, mechanismy jsou: „...behaviorální, kognitivní nebo sociální snahy osoby regulovat, omezovat nebo překonávat vnitřní či vnější napětí plynoucí z interakce osoby a prostředí.“ (Wikisofia.cz, 2013) Je to snaha řešit nastalou stresovou situaci, ať už přehodnocením situace, její přeměnou či snahou udržet stres ve zvládnutelné míře.

Lazarus (1966, s. 152 – 155) přichází se třemi fázemi vyrovnání se se stresovou situací, a to primární posouzení (kdy jedinec zhodnocuje, jaké nebezpečí daná situace představuje, je to spojeno s kladnými i negativními emocemi – strach, sebedůvěra ad.), sekundární posouzení (kdy zvažuje, jaká jsou možná řešení situace, aby ji dokázal překonat), výsledkem těchto dvou fází je pak volba copingové strategie. Poslední fází je přehodnocení, kdy jedinec zpětně získává nový náhled na situaci.

Při výběru strategie zvládání je důležité rozhodování, kterou pro kterou z nich se jedinec rozhodne. Důležitou roli zde sehrává to, jak jedinec situaci a působící podnět zhodnotí. V tomto zhodnocení se odráží jeho vlastnosti, to, jak jedinec stav zvládá, jeho hodnoty a postoje. „Důležitou roli sehrávají vnitřní faktory, osobnost jedince, jeho vrozené dispozice, zkušenost a dovednosti, které získal v průběhu zvládání stresových situací.“ (Pelcák, 2013, s. 70)

Pelcák (2013, s. 66 – 68) vymezuje tři typy strategií zvládání stresu, ty se mezi sebou navzájem prolínají a jejich výběr je spojen s tím, jak jedinec vnímá své individuální schopnosti:

- zaměřené na problém – na jedince působí podnět z prostředí a vede jej k určité reakci, jednání, takováto situace je řešitelná, dá se změnit a ovlivnit, důležité je zde nalézt optimální řešení, které odstraní stresor (nároky okolí)
- zaměřené na zvládání emocí – využívají se, je-li problém neřešitelný, jedinec se snaží odstranit pocit tísně, změnit vnímání dané situace, jde o regulaci chování a kognice (vyhýbáme se stresoru)
- poslední jsou psychické obranné mechanismy - ty se uplatňují při negativních zkušenostech, které by mohly ohrozit to, jak člověk vnímá sám sebe, člověk si upravuje realitu, a nabývá tak pozitivní emoce - „...čím je jedinec zralejší, stabilnější a harmoničtější a čím příznivější jsou sociální vztahy, kterými žije, tím méně a tím adekvátněji psychických obranných mechanismů využívá. Přijímá skutečnost nezkreslenou a přímo se s ní vyrovnává rozumem a na základě předchozích zkušeností.“ (Pelcák, 2013, s. 69)

Obranné mechanismy tedy nevedou ke změně situace, která jedinci způsobuje stres, nýbrž mění to, jak člověk situaci vnímá. Zkreslují realitu tak, aby jedinec nepocítoval negativní emoce. Mezi hlavní obranné mechanismy pak patří projekce (kdy jedinec připisuje druhým své vlastní negativní emoce, chování či vlastnosti), popření (nějaké nepříjemné vnější skutečnosti), sublimace (či přesunutí, jde o zaměření na náhradní cíl, což snižuje napětí), regrese (či vývoj dozadu, kdy jedinec jedná nezralým způsobem, který je nepřiměřený jeho věku, schopnostem ad.), útek do fantazie (kdy jedinec sní o něčem, čeho nemůže dosáhnout), racionalizace (kdy si jedinec snaží obhájit něco, co je jinak absolutně nepřijatelné), fixace (kdy jedinec lpí na chování, které se svým účinkem neosvědčilo, chce dokázat, že je jeho jednání správné), resignace (člověk ztrácí zájem o kontakt s okolím), agrese (kdy se jedinec snaží dosáhnout svého prostřednictvím násilí, může být zaměřena i vůči sobě samému, čímž se jedinec trestá a zároveň k sobě přitahuje pozornost a pomoc ze strany svého okolí) ad. Psychických obranných mechanismů je celá řada, každý jedinec pak na základě předchozích zkušeností má tendenci některý z těchto typů uplatňovat více, neboť mu již dříve pomohl.

3.3 Shrnutí

Člověk je každodenně vystaven zátěžovým situacím, se kterými se musí vyrovnat. I na seniory působí mnoho vnějších vlivů, kterým se musejí přizpůsobit, byť je schopnost adaptace v jejich věku a vzhledem k jejich zdravotnímu stavu snižena. K tomu, aby se takovým situacím přizpůsobili je tedy zapotřebí nejen užití jejich zachovalých schopností, ale i podpora ze strany jejich rodiny či zaměstnanců sociálních služeb. Senior se totiž mnohdy nachází v ústavní péči, kde se musí sžívat s místním řádem a s novým prostředím. To by mělo být co nejvíce stabilní a stálé, aby zde starý člověk mohl pocítovat jistotu, která mu pomůže sžít se s novými podmínkami.

Velkou roli při přizpůsobování se novému prostředí u starého člověka sehrává rodina a její ochota podpořit seniora při této adaptaci. Při umístění klienta do domova pro seniory se zvláštním režimem je totiž velmi důležitá právě podpora ze strany jeho rodiny, neboť v zařízení většinou není dostatek personálu na to, aby se zaměstnanci mohli věnovat jednomu klientovi v individuálních aktivitách, provázeli jej během každé procházky po zařízení a znovu a znovu mu pomáhali se zde zorientovat. Samozřejmě,

že úkolem personálu je klienta po zařízení provést, doprovodit jej na různé aktivity v zařízení a při dezorientaci jej nasměrovat tak, aby se dostal tam, kam potřebuje. Na každém kroku však každého klienta není možné doprovázet.

I proto při adaptaci seniora na ústavní prostředí sehrává významnou roli rodina a její podpora v zorientování se v novém prostředí a snaha umožnit klientovi cítit se zde doma. Důležitou roli sehrává frekvence návštěv ze strany rodiny a náplň společně stráveného času. Jak často navštěvují klienty v zařízení rodinní příslušníci? Jak rodinní příslušníci tráví s klienty čas v zařízení, jakým aktivitám se věnují? Zapojují se členové rodiny do činností zajišťujících klientovi potřebnou péči?

Při návštěvách klienta rodinnými příslušníky však není důležitý pouze samotný kontakt se seniorem, ale zároveň i spolupráce s personálem, který zajišťuje každodenní péči o klienta. Rodina by se měla zajímat o zdravotní stav člena rodiny, o zlepšení či zhoršení, ke kterým u něj dochází. Zároveň by měla umožnit personálu zpětnou vazbu, zdali je senior s jejich péčí spokojený či nikoli, jaké jsou jeho potřeby a návyky. Je tedy důležité zaměřit se na to: Jak často a z jakých důvodů dochází ke kontaktu mezi personálem a rodinou klienta?

Dalším úkolem rodiny při návštěvách může být i samotné zapojení se do péče o nemocného seniora, ať je to již zmíněné doprovázení klienta po zařízení, které mu umožňuje se zde zorientovat, nebo to jsou činnosti spojené s hygienickou péčí či stravováním.

I příjemné prostředí, ať už ústavní či domácí, je pro seniora zdrojem stresu, se kterým se musí vypořádat. Starý člověk má totiž své zaběhlé stereotypy a způsoby chování, které se mnohdy dostávají do rozporu s požadavky okolí. V takovém případě je třeba zhodnotit nastalou situaci a přijít s jejím vhodným řešením, aby se odstranil působící stres a jedinec zde mohl nadále v klidu fungovat. Je-li jedinec dostatečně silnou osobností, na novou situaci se adaptuje, v případě potřeby za pomoci sociální opory svého okolí. Někteří lidé však nemají dostatek zdrojů na to, aby se zátěžové situaci postavili, což vede k úpadku jejich osobnosti či využití obranných mechanismů, které jedinci umožní, aby se situaci vyhnul, aniž by ji překonal.

4 Domov pro seniory se zvláštním režimem ve Svobodě nad Úpou

Zařízením, na které jsem se konkrétně ve své práci zaměřila, je domov důchodců se zvláštním režimem, který se nachází ve Svobodě nad Úpou. Jedná se o Alzheimer Care Centrum spokojeného stáří, které zde funguje od roku 2013 a spadá pod Léčebné lázně Bohdaneč. Toto zařízení se zaměřuje na péči o osoby trpící různými formami demence. „Poskytujeme pobytovou službu v nepřetržitém provozu ženám i mužům ve věku od 45 let, kteří mají z důvodu chronického duševního onemocnění (stařecká, Alzheimerova a ostatní typy demencí) sníženou soběstačnost, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc, soustavnou péči a dohled jiné fyzické osoby.“ (Alzheimercare.cz, 2018)

Důvodem výběru tohoto zařízení je fakt, že dochází k prodlužování délky života, nárůstu množství dlouhověkých seniorů, a tím i zvýšení počtu těch, kteří trpí demencí, neboť ta je spojena zejména s vyšším věkem. (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 až 2017, s. 40) Další příčinou výběru této konkrétní instituce je pak skutečnost, že zde již dva roky pracuji na pozici aktivizační pracovnice, a proto je mi problematika seniorů a péče o ně velmi blízká.

4.1 Struktura zařízení

Objekt Alzheimer Care Centra se skládá ze dvou budov, které jsou navzájem propojeny vstupní halou, v níž se nachází recepce a kancelář vedoucího provozního úseku. Ze vstupní haly je možné vyjít ven na zahradu, kde se nachází zastřešená pergola, prostranství k sezení a procházkám a trocha zeleně. Venkovní prostor je bezbariérově upraven, je celkově menší, přesto jeho rozloha dostačuje k tomu, aby zde bylo možné pořádat společné aktivity pro klienty typu opékání, hraní kuželek, společného cvičení ad. Vzhledem k tomu, že se jedná o domov důchodců se zvláštním režimem, celá zahrada je obehnaná plotem, který znemožňuje nenahlášený odchod seniora postiženého demencí.

Z haly je dále možné vstoupit do jednotlivých budov, které nesou označení A a B. V budově A se nacházejí první dvě ze čtyř oddělení – konkrétně oddělení 1A (na 1. a

2. podlaží) a 3A (na 3. a 4. podlaží), dále pak prádelna, kancelář aktivizačních pracovníků, kancelář sociálních pracovníků, vyšetřovna (ta slouží zároveň jako kancelář ředitele zařízení), dva inspekční pokoje (z toho první na 1A a druhý na 3A, sídlí tu zdravotnický personál, jsou zde uloženy záznamy klientů a léky), dvě prostorné místnosti, kde se odehrávají aktivity s klienty, a ti se zde také stravují (opět první na oddělení 1A a druhá na 3A), pokoje a koupelny pro klienty a provozní zázemí zařízení.

V budově B jsou pak umístěna dvě zbývající oddělení, a to 1B (opět na 1. a 2. podlaží) a 3B (na 3. a 4. podlaží), dále se zde nachází kuchyň s prostornou jídelnou, v níž mohou klienti využít i posezení s promítacím plátnem, také je tu kancelář vrchní sestry, opět dva inspekční pokoje a dvě místnosti pro aktivity s klienty (vždy po jednom na každém oddělení), relaxační a fyzioterapeutická místnost, pokoje a koupelny klientů a další provozní zázemí.

Zařízení disponuje 120 lůžky, z toho vždy 31 jich je umístěno na odděleních 1A a 1B a 29 na odděleních 3A a 3B. Kapacita je běžně téměř zcela naplněna. Seniori jsou do zařízení většinou umístováni v již pokročilém stádiu demence a mnohdy i velmi dezolátním fyzickém stavu, odcházejí sem dožít své poslední měsíce, v některých případech dokonce pouze týdny. Vzhledem k tomuto faktu je fluktuace klientů poměrně častá.

Neměla bych opomenout zmínit, že na budově A jsou ubytováni klienti v počátečních stádiích demence, kdežto na budově B v těch pokročilých. Vzhledem k tomu, že délka pobytu klientů v zařízení je různorodá (někdy trvá i několik let), dochází postupně ke zhoršování jejich stavu. Proto i na budově A najdeme několik klientů s těžkou demencí či upoutaných na lůžko.

Klienti jsou ubytováni na pokojích jednolůžkových, dvoulůžkových, třílůžkových či čtyřlůžkových, ty jsou zařízeny televizí a rádiem a jednoduchým moderním nábytkem – každý klient má svou vlastní skříň, noční stolek a polohovací postel, součástí pokoje je dále stolek s příslušným počtem židlí (dle počtu klientů na pokoji). Klienti mají možnost umístit si do pokoje i svůj vlastní nábytek, který jim pomáhá lépe navodit pocit domova – je však třeba přihlížet k velikosti dané místnosti.

Pokoje jsou rozděleny na mužské a ženské, pouze v případě, že v zařízení ubytován manželský pár, tak jsou smíšené.

Na každém patře budovy nalezneme šest pokojů (pouze v podkroví jich je pouze pět, jeden je využit jako místnost sloužící k provozním účelům) a tři koupelny, tedy vždy jedna pro dva pokoje (pouze v podkroví má jeden pokoj vlastní koupelnu, neboť je zde pokojů pouze 5, jak jsem nastínila výše). Jednotlivá patra budov jsou spojena schodištěm i výtahem, který je zde zcela nezbytný, protože je zde velké množství klientů upoutaných na invalidní vozík.

4.2 Personální zajištění

Vzhledem k tomu, že zařízení při maximálním obsazení pečuje až o 120 klientů, je zde třeba velké množství personálu. V samotném čele zařízení, stojí ředitelka, která je v každodenním kontaktu se zaměstnanci a dvakrát týdně dojíždí do Léčebných lázní Bohdaneč, což je zřizovatel Alzheimer Care Centra. Zde předkládá informace o aktuálním dění v zařízení. Ředitelce je pak podřízena vedoucí zdravotního (vrchní sestra), sociálního a provozního úseku.

Vrchní sestra vede veškerý zdravotnický personál – zdravotní sestry a pracovníky v sociálních službách. Zatímco sestry mají na starosti zdravotní záznamy a obstarávají výdej léků klientům, pracovníci v sociálních službách zajišťují přímou péči o klienty, starají se o jejich celodenní hygienu, stravování i čistotu pokojů, zároveň je doprovázejí na aktivity, které se odehrávají v zařízení, a sami se jim ve volných chvílích věnují – rozhovory, předčítání, stolní hry ad. Času na aktivity s klienty však pracovníkům v sociálních službách ubývá, neboť mají na starosti vykazování práce v programu Cygnus. Sem zapisují nejen každodenní program všech klientů zařízení, ale vytvářejí i plány péče jednotlivých klientů.

Pod vedoucí sociálního úseku spadá jedna sociální pracovnice a čtyři aktivizační pracovnice. Sociální pracovníci mají na starosti správu financí klientů, kontakt s rodinami, dohled na plánování v programu Cygnus, ale zejména se účastní sociálního šetření, které probíhá v přirozeném prostředí klienta a na jehož základě je následně do zařízení přijat. Aktivizační pracovnice jsou přiděleny každá na jedno oddělení, kde pomáhají pracovníkům v sociálních službách s péčí o klienty – pomoc se stravováním,

ale hlavně zajišťují program klientských aktivit. Ty mohou být individuální (na pokoji či procházky venku) nebo skupinové, tyto aktivity pak probíhají buď v denní místnosti klientů, která se nachází vždy na daném oddělení (kulinářské aktivity, předčítání, rozvoj jemné motoriky, cvičení ad.), nebo v jídelně (promítání filmů, cvičení, „kavárnička“, ad.) či na zahradě (kuželky, opékání ad.). Aktivizační pracovnice klienty o těchto aktivitách informují a spolu s pracovníky v sociálních služba je na ně zároveň doprovázejí – vzhledem k jejich časté dezorientaci, zapomínání ad. „Klienta podrobně seznamujeme se všemi činnostmi a aktivitami.“ (Alzheimercare.cz, 2018)

Vedoucímu provozního úseku jsou podřízeny zaměstnanci kuchyně, úklidu i recepce, kteří se starají o celkovou údržbu a dobrý stav objektu, v němž probíhá péče o klienty. I když to tak možná nevypadá, všichni tito zaměstnanci se zároveň podílí na péči o klienty, neboť jsou s nimi v každodenním kontaktu. Povídají si s klienty o dění mimo zařízení, poradí jim, nevědí-li klienti, jak se mají kam dostat ad. Tím zaměstnanci provozního úseku vlastně klientům pomáhají při jejich adaptaci na život v novém a pro ně neznámém prostředí.

4.3 Péče o klienty

V zařízení jsou ubytováni klienti převážně postižení stařeckou demencí či Alzheimerovou chorobou, nachází se zde i několik jedinců s demencí alkoholovou. Personál zde o klienty pečuje v nepřetržitém provozu, neboť jde o klienty se sníženou soběstačností, kteří by v přirozeném prostředí nemohli samostatně fungovat a nutně potřebují pomoc druhé osoby.

„Zaměstnáváme kvalifikovaný tým pracovníků sestavený z odborných lékařů, středního zdravotnického personálu, pracovníků v sociálních službách, aktivizačních pracovníků, sociálních pracovníků a dalších.“ (Alzheimercare.cz, 2018) Z lékařů zařízení pravidelně (většinou jednou týdně) navštěvuje praktický lékař a neurolog. Ti na základě zpráv zdravotních sester konzultují zdravotní stav klientů a uzpůsobují mu potřebnou léčbu.

Vzhledem k tomu, že jde o zařízení se čtyřadvacetihodinovou péčí, je dohled pracovníků nad klienty nepřetržitý. Na denní směně je na oddělení každý den vždy jedna zdravotní sestra podávající klientům léky, tři až čtyři pracovníci v sociálních

službách (pečovatelé) a ve všední den navíc i aktivizační pracovníce. Na noční směně je pak opět jedna sestra a jedna pečovatelka (vzhledem k tomu, že klienti většinou spí, není zde zapotřebí větší množství personálu). V tomto rozložení sil pak dohlížejí na klienty a starají se o chod na oddělení.

Kromě každodenních aktivit, které s klienty realizují aktivizační pracovníce či pracovníci v sociálních službách, probíhají v zařízení i akce hromadné. Do domova pravidelně docházejí mateřské či základní školy, které si v průběhu roku (k příležitostem různých svátků – Dni matek, svátku svatého Mikuláše ad.) pro klienty připravují hudební či taneční vystoupení, navštěvují klienty na odděleních a jsou pro ně určitým milým a netradičním rozptýlením.

Každou středu se pak v zařízení koná „kavárnička“, kde aktivizační pracovníce klientům připravují kávu, servírují zákusky a klienti zde poslouchají hudbu a povídají si. Tato aktivita je velmi oblíbená a hojně navštěvovaná. Aktivizační pracovníce dále klienty nejméně jednou za dva týdny berou na výlety po okolí, na procházky, na kávu ad. Vzhledem k tomu, že jsou v zařízení tyto pracovníce pouze čtyři a mají k dispozici tři služební vozy, jsou schopné vyjet maximálně s deseti klienty, které proto musí pravidelně obměňovat.

Zajímavou aktivitou je i bohoslužba, která se v zařízení koná každý pátek. Klienti zde zpívají písně s náboženskou tematikou a účastní se mše. Je však pravdou, že se této aktivitě zúčastňuje stále menší množství klientů, a to v důsledku zhoršujícího se stavu či neochoty na mši docházet. „Dodržujeme a respektujeme právo svobodné volby klienta.“ (Alzheimercare.cz, 2018)

4.4 Shrnutí

Alzheimer Care Centrum spokojeného stáří je jedním z dvanácti poskytovatelů pobytové sociální služby pro klienty trpící demencí v královéhradeckém kraji. Personál se v maximální možné míře snaží zabezpečit „komplexní dostupnou ošetrovatelskou péči a nepřetržitý odborný dohled nad zdravotním stavem a potřebami klienta.“ (Alzheimercare.cz, 2018)

Z vlastní zkušenosti mohou říci, že každodenní péče o klienta a jeho kontakt s personálem mu pomáhají sžít se s místním prostředím a co nejvíce u něj navodit pocit domova. Nasnadě je tedy otázka: Jak velký prostor vyčleňuje zařízení svým zaměstnancům, aby se mohli věnovat klientům v individuálních aktivitách, a pomáhali tak k jejich lepší adaptaci?

Je nasnadě říci, že vzhledem k častému nedostatku personálu (ať už z důvodu nemoci či odchodu ze zaměstnání) a zvyšujícím se nárokům na vedení dokumentace péče o klienta, ubývá čas, který by personál – zdravotní sestry, pečovatelé i aktivizační pracovníce ad., jinak mohli trávit s klientem. Zajištění hygienické péče a stravování klientů zabere pracovníkům velké množství času, neboť klienti potřebují jejich asistenci při vykonávání těchto činností a zachovávání potřebných návyků. „Snažíme se co nejdéle udržet stávající soběstačnost klienta, jeho schopnosti a dovednosti, které vedou k zachování jeho kvalitního života.“ (Alzheimercare.cz, 2018) Vzhledem k tomu, že stav klientů je na odděleních značně individuální, je třeba, aby se jim personál věnoval v menší či větší míře. Například některým klientům stačí, když je pečovatelé doprovodí do denní místnosti a podají jim snídaní, jiným je však třeba při stravování asistovat (krájet ad.). Pokud je pak na oddělení klientů v plném počtu až 31 zabere i běžná snídaně velké množství času.

Zaměstnanci, kteří o klienta během dne pečují (zdravotní sestry, pečovatelé, aktivizační pracovníce či masérka), pak mají povinnost o těchto aktivitách sepsat záznam do programu Cygnus, kde je veškerá dokumentace týkající se klienta. Zapisují sem denní činnosti klienta a aktivity, jichž se zúčastnil, ale také nezvyklosti v jeho chování (nespavost, agresivita ad.). Pracovníci v sociálních službách pak mají na starosti ještě sepsání individuálního plánu péče klienta, kam uvádějí postup jak s klientem pracovat, jeho potřeby a schopnosti. Plán je navíc nutné po půlroce přehodnotit, a pakliže došlo ke změnám také upravit. Všechna tato dokumentace zabere personálu velké množství času, který by jinak mohli věnovat klientovi.

Dostávám se tak k otázce, co je vlastně v péči o klienta prioritou? Zdali je to vedení kvalitní dokumentace, která umožňuje (novým) pracovníkům seznámit se s klientem a jeho potřebami a je předmětem kontrol z Ministerstva práce a sociálních věcí, či je to čas, který zaměstnanci na to, aby jej strávili s klientem? V praxi se

setkáváme s tím, že velké množství obyvatel domovů pro seniory jsou lidé spíše osamělí, které jejich rodiny a blízcí sice navštěvují, ale kontakt je jen zřídka dostatečný. Právě tito senioři pak potřebují ve svém okolí někoho, kdo si s nimi popovídá, vyslechne jejich trápení, a komu mohou i oni naslouchat. Přijmout další personál, který by se mohl v neomezené míře věnovat individuálním aktivitám s klienty, by pro zařízení bylo ekonomicky neúnosné. Takováto situace však vede k tomu, že jsou pracovníci nadměrně vytíženi, neboť musejí zvládat nejen péči o klienta, ale i potřebnou dokumentaci a zajišťování individuálních či skupinových aktivit. Možná i proto mnoho z nich ze zaměstnání odchází či se začínou vůči klientům chovat nevhodným způsobem a podlehnou syndromu vyhoření.

5 Metodologická část

V této části textu bych ráda přiblížila způsob a cíle, s jakými jsem prováděla výzkumnou část diplomové práce. Nejdříve uvedu hlavní cíl práce, a také její dílčí cíle, které vlastně hlavní cíl rozvíjejí a zároveň jej naplňují. Následně blíže specifikuji strategii a metodu, kterou jsem zvolila pro naplnění cíle této diplomové práce. Poté představím výběr výzkumného souboru, tedy kdo je jeho součástí. V závěru rozeberu analýzu dat a možná rizika, která s tímto výzkumem souvisejí.

5.1 Hlavní a dílčí cíle práce

Jak jsem již uvedla v úvodu této diplomové práce, tak jejím hlavním cílem je zjistit, jakým způsobem se senioři, kteří trpí demencí, adaptují na nové prostředí domova, tedy jaké mechanismy k tomuto přizpůsobení využívají. V rámci tohoto výzkumného cíle jsem se v dílčích cílech zaměřila na to, jakými prostředky se zařízení do této adaptace zapojuje, a ulehčuje tak klientovi v nastalé situaci, a za jakých okolností jsou senioři do zařízení umístěni. Posledním dílčím cílem pak bylo zjištění, zdali se do adaptačního procesu zapojuje i rodina klienta, a pakliže ano, tak jakým způsobem mu s vyrovnáním se s novým prostředím pomáhá.

Hlavní výzkumné otázka

Jakým způsobem se senioři, kteří trpí demencí, adaptují na nové prostředí domova, tedy jaké mechanismy k tomuto přizpůsobení využívají?

Dílčí cíl 1

Zjistit, jakými prostředky se zařízení do této adaptace zapojuje, a ulehčuje tak klientovi v nastalé situaci.

Pokud je senior trpící demencí umístěn do zařízení institucionální péče, je nutné, aby bylo nové prostředí pro něj vhodně uzpůsobeno, a to nejen po stránce materiální, ale i po stránce poskytování opory ze strany personálu. Senior s demencí má totiž problémy v mnoha různých oblastech, ať už jde o kognici, pozornost či komunikaci. Proto je zde bezesporu potřeba, aby vůči němu zaměstnanci přistupovali individuálně

s ohledem na jeho potřeby a schopnosti, aby se mohl postupem času s novým prostředím seznámit a naučil se v něm v co možná nejvyšší míře fungovat.

Dílčí cíl 2

Zjistit, za jakých okolností jsou senioři do zařízení umístěni.

Otázku podmínek umístění jsem zvolila z toho důvodu, neboť jeho včasnost je jednou z podmínek úspěšné adaptace. V čím vyšším stádiu demence se jedinec nachází, tím obtížnější je jeho přizpůsobení se novému prostředí, respektive tím pravděpodobněji se nebude schopen na nové podmínky aklimatizovat. Postupující demence je spojena s mnoha negativními dopady na jedince, který je jí zasažen. Ten má tak problémy v mnoha oblastech, ať už z hlediska zhoršující se paměti a pozornosti, což mu znemožňuje vstřebávat nové informace a orientovat se v novém prostředí. Dementní senior má navíc problémy s komunikací a jedná v naučených schématech, kterých se obtížně vzdává.

Dílčí cíl 3

Zjistit, zdali se do adaptačního procesu zapojuje i rodina klienta, a pakliže ano, tak jakým způsobem mu s vyrovnáním se s novým prostředím pomáhá.

Posledním dílčím cílem pak bylo zodpovědět si otázku, jak dementnímu v adaptaci pomáhají rodinní příslušníci a zdali se do tohoto procesu vůbec nějak zapojují. V teoretické části jsem uvedla, že zhruba 80% péče o seniory, kteří jsou omezeni v soběstačnosti, probíhá v rámci jejich rodiny. Ta jim umožňuje kontakt s každodenním světem, zajišťuje jim uspokojení jejich potřeb, a je pro ně tedy významným zdrojem sociální opory. Pakliže již péče o seniora není v možnostech rodiny, bývá dementní umístěn do zařízení institucionalizovaného charakteru, kde se o jeho potřeby starají profesionálové. I zde je však významným zdrojem pocitu klidu a bezpečí kontakt s rodinou, která za klientem dochází a věnuje mu svůj volný čas, ať už prostřednictvím volnočasových aktivit typu povídání, procházek apod. či péčí o něj.

Transformace

Jakými prostředky se zařízení do této adaptace zapojuje, a ulehčuje tak klientovi v nastalé situaci?

- Z jakého důvodu si myslíte, že klienti volí umístění právě do tohoto zařízení?
- Jaké prostředky sloužící k snadnějšímu orientování se klienta jsou v zařízení využity?
- Jak velký prostor vyčleňuje zařízení svým zaměstnancům, aby se mohli věnovat klientům v individuálních aktivitách, a pomáhali tak k jejich lepší adaptaci?

Za jakých okolností jsou senioři do zařízení umístěni?

- V jakém zdravotním stavu jsou klienti do zařízení nejčastěji umísťováni?
- V jakém prostředí klienti nejčastěji žijí předtím, než jsou umístěni do tohoto centra?
- Vychází přestěhování klienta do tohoto zařízení z iniciativy jeho samého nebo jde o nápad někoho jiného (člena rodiny ad.)?

Zapojuje se do adaptačního procesu i rodina klienta, a pakliže ano, tak jakým způsobem mu s vyrovnáním se s novým prostředím pomáhá?

- Jak často navštěvují klienty v zařízení rodinní příslušníci?
- Zapojují se členové rodiny do činností zajišťujících klientovi potřebnou péči?
- Jak rodinní příslušníci tráví s klienty čas v zařízení, jakým aktivitám se věnují?
- Jak často a z jakých důvodů dochází ke kontaktu mezi personálem a rodinnou klienta?

5.2 Metoda

K naplnění výzkumného cíle jsem se rozhodla využít kvalitativní strategii. Volba tohoto výzkumného postupu mi totiž umožnila hlouběji se seznámit s názory personálu o daném zařízení, lépe poznat péči v něm probíhající. S vybranými zaměstnanci jsem

vedla polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval deset otevřených otázek, jež museli účastníci zodpovědět. Pořadí otázek bylo možné dle potřeby měnit, popřípadě se na nějaké tvrzení doptat a tím dostat konkrétnější a ucelenější informace o zkoumaném prostředí.

První dílčí cíl jsem se rozhodla doplnit o studium analýzy dokumentů, konkrétně standardů zařízení – zdravotnických a sociálních. Ty mi měly umožnit nahlédnout do postupů zařízení, tedy do strategií, ať už materiálních či těch, které ukazují zaměstnancům, jak mají s klienty pracovat, aby jim umožnili se zde snáze zorientovat a vyrovnat se s životem v novém prostředí.

5.3 Výzkumný soubor

Výběr výzkumného souboru nebyl náhodný. O účast na mém empirickém šetření jsem požádala šest kolegů, konkrétně dvě aktivizační pracovnice, dva pečovatele (z toho jeden muž a jedna žena), jednu sociální pracovníci a jednu zdravotní sestru, která v minulosti v zařízení vykonávala funkci sestry staniční. Po prvotním uvážení jsem se do rozhovorů rozhodla nezačlenit klienty samotné, neboť by vzhledem k jejich diagnóze, a tedy velmi špatném zdravotním stavu spojeném s dezorientací, poruchou pozornosti ad., bylo obtížné získat relevantní a objektivní data.

Tyto zaměstnance jsem zvolila z toho důvodu, neboť jsou mezi klienty velmi oblíbení a snaží se jim věnovat v maximální míře. Informanty jsem pak vybírala tak, aby vždy jedna aktivizační pracovnice a jeden pečovatel působili na budově A a druhí dva na budově B. Tím byly do výzkumu začleněny všechny typy klientů, se kterými se můžeme v zařízení setkat (na budově A jsou to klienti v lepším zdravotním stavu, kteří nejsou v tak pokročilém stádiu demence, na budově B jsou to pak většinou klienti imobilní, v pokročilém stádiu demence) a o něž se zde zaměstnanci musejí starat.

Sociální pracovníci jsem do výzkumu začlenila z toho důvodu, že je to právě ona, která vede sociální šetření v přirozeném prostředí klienta. Jako první zde posuzuje míru jeho postižení a setkává se s jeho návyky a většinou i se členy jeho rodiny, kteří se pak v zařízení objevují, ať už z důvodu návštěvy klienta či při akcích probíhajících v zařízení. Pohled bývalé staniční sestry je pak dle mého názoru zajímavý v tom, že je to ona, která organizuje chod na jednotlivých odděleních, rozděluje práci pečovatelům

či ostatním zdravotním sestřám a denně se účastní porad o chodu zařízení, problematiky péče o klienty a možných inovacích.

Rozhovory probíhaly u informantů doma, v jejich volném čase. Zamezila jsem tak hrozbě, aby se při svých výpovědích nějak ovlivňovali, a zároveň jsme měli na šetření dostatek času a klidu. K zodpovězení otázek jsem jim věnovala dostatečné množství času, aby se k dané problematice mohli plně vyjádřit.

Přístup všech informantů k šetření byl vstřícný, ačkoli byli možná trochu nervózní, neboť si nebyli jisti, zdali budou schopni všechny mé otázky zodpovědět.

5.4 Rizika výzkumu

Toto výzkumné šetření může být spojeno hned s několika možnými riziky. Prvním je výběr výzkumného souboru, konkrétně pouze šesti osob. Toto riziko je však možné eliminovat tím, že v případě nedostatečného množství nasbíraných dat bude do výzkumu zapojen další informant, který šetření obohatí o potřebná data.

Dalším rizikem může být i oblast analýzy dokumentů, konkrétně zdravotnických a sociálních standardů zařízení. Tyto spisy se ke mně dostaly v červenci 2018, kdy se v zařízení měnilo personální obsazení a docházelo i k úpravě těchto dokumentů. Zatímco zdravotnické standardy byly čerstvě dokončeny, ty sociální byly teprve v přípravné fázi, a do výzkumného šetření jsem tak musela zařadit ty stávající, které ještě nebyly nově upraveny. Riziko spatřuji i v, z mého úhlu pohledu, nedostatečné obsáhlosti obou typů standardů, které se právě adaptačnímu procesu věnují jen velmi okrajově.

Posledním rizikem je pak interpretace nasbíraných dat, kde může dojít k nepochopení tvrzení informanta výzkumníkem. Problém může nastat i v případě, nebude-li informant ochoten sdělit, ať už záměrně či nechtěně, svůj názor na danou problematiku, a zatají tak před výzkumníkem některá fakta týkající se daného zařízení. Toto riziko je možné eliminovat kladením doplňujících otázek a reflektováním tvrzení informanta tak, aby se mohl k danému výroku blíže vyjádřit, a umožnil tak výzkumníkovi upřesnit si nasbírané informace.

6 Interpretace dat

V této části diplomové práce bych ráda přiblížila data, která jsem nasbírala při realizaci výzkumu. Kapitulu jsem rozdělila do čtyř úseků, přičemž první tři se zabývají jednotlivými dílčími cíli, které jsem nastínila v předchozí kapitole. Podkapitoly pak kopírují otázky a shrnují nasbíraná data k jednotlivým otázkám. Poslední částí této kapitoly je pak samotné shrnutí výzkumu.

6.1 Dílčí cíl č. 1

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jakými prostředky se zařízení do adaptace seniora zapojuje, a ulehčuje tak klientovi v nastalé situaci. Ambicí této podkapitoly je nastínit nejen to, jak se zařízení uzpůsobeno po stránce materiálního zázemí a prostor, ale zároveň ukázat, jak velké množství času má personál na to, aby se mohl ať už individuálně či skupinově věnovat klientům v jejich volném čase pro usnadnění jejich adaptace.

Chceme-li si zodpovědět otázku, **proč klienti a jejich rodiny volí právě Alzheimer Care Centrum**, je třeba nahlédnout do standardů zařízení (zde jsem pracovala konkrétně se standardy sociálními, neboť v těch zdravotnických jsem v této oblasti nenalezla jedinou zmínku). Nejdůležitějším faktorem je zacílení na konkrétní klientelu, tedy na osoby, které trpí určitým typem demence, a potřebují proto pobývat v prostředí, které je jim přizpůsobeno nejen svou strukturou, ale i možnostmi péče. V sekci *Cílová skupina* je konkrétně uvedeno: „*Poskytujeme pobytovou službu v nepřetržitém provozu ženám i mužům ve věku od 45 let, kteří mají z důvodu chronického duševního onemocnění ... sníženou soběstačnost, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc, soustavnou péči a dohled jiné fyzické osoby. Poskytované služby v našem Centru jsou přizpůsobeny specifickým potřebám těchto osob.*“

Zejména otázka péče o klienta je zde velmi důležitá, neboť klienti většinou přicházejí z vlastních domovů nebo od svých rodin ve chvíli, kdy už péči o ně nezvládají oni sami ani jejich rodinní příslušníci. V takovém případě pak pomoc hledají právě ve specializovaných sociálních službách, respektive konkrétně v Alzheimer Care Centru. Zde jsou klienti pod neustálým dohledem zdravotnického a sociálního

personálu, který má na starost zajistit uspokojení jejich každodenních potřeb a zabránit možným rizikům, které vyplývají z jejich zdravotního stavu (pády ad.). „...poskytujeme služby, které jsou charakteristické nejen péčí na vysoké odborné úrovni, doprovázenou příjemným prostředím důstojným pro život, ale také laskavým přístupem, ochotou a úsměvem.“ Prostředím pak nejsou myšleny pouze vnitřní části zařízení, které jsou v rámci možností uzpůsobeny potřebám klientů, ale i okolí Centra. To se nachází v horské oblasti, konkrétně ve Svobodě nad Úpou, městečka, které je součástí Krkonoš. I tento fakt je pro některé klienty či jejich rodiny lákadlem při umísťování seniora. „Alzheimer Care - Centrum spokojeného stáří ve Svobodě nad Úpou leží v idylické krajině východní části Krkonoš, pod Černou horou...“

Dále je důležité si zde uvést cíle zařízení, které jsou také uvedeny v jeho sociálních standardech, konkrétně v části Cíle:

- „Zabezpečujeme komplexní dostupnou ošetrovatelskou péči a nepřetržitý odborný dohled nad zdravotním stavem a potřebami klienta.
- Snažíme se co nejdéle udržet stávající soběstačnost klienta, jeho schopnosti a dovednosti, které vedou k zachování jeho kvalitního života.
- Respektujeme individuální charakter každého klienta, podporujeme jeho důstojnost a sociální začleňování.
- Snažíme se individuálním přístupem přiblížit způsob života klienta co nejvíce k jeho prožitému životnímu standardu, podporujeme jeho zájmy a záliby.
- Podporujeme přirozené vztahy s rodinou a přáteli a navazujeme prostřednictvím společných setkání nové sociální kontakty.
- Zajišťujeme pro naše klienty bezpečné prostředí plné pohody a porozumění.“

Ačkoli jsou obdobně definované cíle součástí standardů i dalších sociálních zařízení, je důležité je zde jmenovat, neboť pro mnohé rodiny jsou prostředkem k tomu, jak se orientovat ve službě, kterou chtějí vybrat právě pro jejich člena rodiny.

Otázka **orientace klienta v zařízení** je zmíněna v obou dokumentech jen velmi okrajově. Zdravotnické standardy v prvé řadě v části Cíl zohledňují stav, v němž se klient nachází ve chvíli, kdy do Centra nastupuje: „...klienta zajistit za podmínek co nejmenší psychické a sociální zátěže pacienta a rodinných příslušníků.“ V případě, je-li

klient z nějakého důvodu neklidný, dochází většinou ke snížení jeho schopnosti adaptace (ta je již sama ztížená v důsledku jeho diagnózy). Pakliže je klient na přemístění připraven a přichází sem v dobré náladě, respektive s vidinou, že zde bude dále pobývat, je schopen lépe vnímat instrukce ze strany personálu týkající se prostor, zaměstnanců i ostatních klientů.

Zdravotnické standardy ve svém obsahu pak dále zohledňují pouze den nástupu klienta do zařízení, respektive povinnosti personálu ve vztahu ke klientovi. *„Přivítejte klienta na oddělení, představte se a seznamte klienta a jeho doprovod s organizací oddělení. ... Doprovodte klienta na pokoj, ukažte mu jeho lůžko, noční stolek, umístění a funkčnost signalizace. Představte jej ostatním klientům. ... Umístěte štítek se jménem na orientační tabuli. ... Seznamte klienta a jeho doprovod s vnitřním řádem, etickým kodexem a možností přivolat zdravotnického pracovníka. ... Během příjmu sledujte celkový stav klienta, vhodně pokládejte otázky a trpělivě naslouchejte odpovědím. Veškeré informace pečlivě zaznamenejte.“* Tyto úkony se tedy soustředí nejen na klienta samotného, ale i na jeho doprovod (tedy zejména další rodinné příslušníky), který bude klienta v zařízení následně navštěvovat, a bude-li dostatečně informován o zázemí Centra, může klientovi pomoci lépe se zde zorientovat. Vyjma samotného příjmu však v tomto dokumentu nenalezneme další postupy, jak s klientem pracovat, a usnadnit mu tak jeho přizpůsobení se novým podmínkám.

Z hlediska sociálních standardů je situace obdobná. Obsah dokumentu, který by se měl zabírat adaptací klienta, není dostatečně propracovaný. Ačkoli hned v úvodu samotného dokumentu v části Kritérium nalezneme: *„Poskytovatel má písemně zpracovány postupy zaručující řádný průběh poskytování služby a podle nich postupuje.“*, další sekce se soustředí zejména na pracovní postupy zaměstnanců, ať už pracovníků v sociálních službách či zdravotnického personálu, při péči o klienta. Podrobně je zde rozpracováno, jak zajistit klientovi odpovídající hygienickou péči, oblékání či stravování, samotné adaptaci se však dokument týká jen velmi okrajově a není jí vyčleněna žádná samostatná kapitola.

Konkrétně je adaptace částečně zohledněna v sekci Pracovních postupů zajišťujících řádný průběh sociální služby v části Orientace v prostoru, chůze. *„PSS, zdravotní sestra klienta slovně navede nebo mu ukáže směr k požadovanému místu nebo*

doprovodí klienta na invalidním vozíku do koupelny, na aktivity, ven na nádvoří, ... vede slovně klienta k cílovému místu, během chůze ho upozorňuje na případné překážky.“

At' vezmeme v úvahu standardy zdravotnické či sociální, věnují se pouze tomu, jak klientovi v adaptaci pomáhá personál, a to pouze velmi okrajově. Další aspekty umožňující seniorovi snáze se přizpůsobit novému prostředí, tedy zejména z hlediska prostor a materiálního zázemí zařízení, ve standardech nenalezneme vůbec.

Posledním bodem je pak **prostor, který je zařízením zprostředkován personálu (zdravotnickému či sociálnímu) pro práci s klientem, zejména na úrovni individuálních volnočasových aktivit**. I tato oblast je v obou dokumentech zohledněna jen velmi okrajově.

Zdravotnické standardy svůj obsah soustředí pouze na samotný příjem (respektive případné propuštění) klienta, kdy dochází k prvotnímu kontaktu personálu s klientem a získání údajů o seniorovi a jeho diagnóze. *„Po vyhodnocení informací získaných při příjmu stanovte ošetřovatelský plán s ohledem na biopsychosociální potřeby klienta a seznamte s ním klienta.“* Tento dokument tedy zohledňuje ve svém obsahu pouze čas věnovaný klientovi při seznámení, kdy dochází k vytvoření individuálního plánu, na jehož základě se se seniorem dále pracuje. Personál, ať už zdravotnický či sociální, tedy musí být s tímto plánem u každého klienta seznámen, a mohl dle něj při péči o seniora postupovat.

Co se sociálních standardů týče, i ty se této oblasti věnují pouze okrajově. Většina jejich obsahu se soustřeďuje na zajištění potřebné péče o klienta, respektive jak se postupuje při jednotlivých úkonech, ať už jde o oblast hygieny, oblékání, stravování ad. Ačkoli v části Etický kodex nalezneme: *„S klientem aktivně pracujeme, podporujeme ho v navazování kontaktů s okolím.“*, není zde uvedeno, kdy a jak často k této spolupráci dochází. Jedinou další zmínkou týkající se volnočasových aktivit klienta a personálu nalezneme v části Účast na aktivitách, kulturních akcích: *„Klienta informují PSS nebo aktivizační pracovnice osobně a rovněž vyvěšením na nástěnkách. Před začátkem akce je klient upozorněn, případně je mu nabídnut doprovod, odvoz. Po celou dobu konání akce je u klienta doprovod.“* Více se standardy této oblasti nevěnují, a nijak tedy tuto oblast ve svém obsahu nezohledňují.

Informace získané z rozhovorů:

Z jakého důvodu si myslíte, že klienti volí umístění právě do tohoto zařízení?

- **Z hlediska poskytovaných služeb a péče**

Na tuto otázku odpovědělo všech 6 informantů shodně tak, že hlavním důvodem umístění klienta je jeho specializace právě na klientelu trpící demencí a přizpůsobení služeb a péče takto nemocným. Informant 4 uvedl: *„V normálních domovech pro seniory nejsou s touto problematikou zaměstnanci natolik seznámeni, a také není dostatek zaměstnanců, kteří by mohli s klienty pracovat. V AC jsou zaměstnanci odborně školeni, a proto jsou schopni podat klientům odbornou a kvalitní péči. A také počet zaměstnanců je zde navýšen.“* Obdobný názor má i informant 6: *„...máme proškolené odborníky, kteří vědí, jak s takovými lidmi zacházet a jak o ně pečovat.“*

- **Jiné důvody**

3 z informantů při zodpovězení této otázky uvedli ještě několik dalších důvodů, proč jsou senioři trpící demencí umísťováni právě do tohoto zařízení. Informant 1 zmínil prostředí, ve kterém se centrum nachází. *„Zařízení je v nádherném prostředí – klid, lesy kolem, kousek do centra vesnice.“* I tento fakt může sehrávat při umísťování roli, neboť část aktivit (zejména v létě) se odehrává ve venkovních prostorách, kde tak klienti pobývají na čerstvém vzduchu, v obklopení přírodou Krkonoš. Informant 2 a 5 uvedli, že příčinou výběru tohoto centra může být i přijatelná cena poskytovaných služeb či dostupnost zařízení pro návštěvy ze strany rodiny. Informant 5 odpověď shrnul takto: *„...z důvodu dostupnosti a blízkosti rodiny a také určitě hrají roli reference a cena.“*

Jaké prostředky sloužící k snadnějšímu orientování se klienta jsou v zařízení využity?

- Značení prostor

Jak vypověděly všechny dotazované subjekty, v zařízení se využívá hned několik prostředků (značení pomocí barev, orientační tabule, cedulky ad.), které umožňují klientům snáze se orientovat v prostředí. Informant 4 je shrnuje takto: *„V centru jsou barevně rozlišená patra, po stěnách jsou barevné šipky a ve výtazích barevně označená tlačítka, která korespondují s barvou jednotlivých pater, na dveřích jsou pak cedulky s popisky místností nebo se jmény klientů, kteří v daném pokoji bydlí.“* Obdobnou odpověď jsem získala i od informanta 6: *„Vše je uzpůsobeno jednoduše, což znamená, že každá chodba má svou barvu, tak je to znázorněno i ve výtahu, aby se klienti lépe orientovali, ve kterém jsou patře. Každé dveře v našem zařízení jsou označené, podle toho, co v nich klienti najdou.“*

- Pomoc ze strany personálu

Důležitou roli v orientaci klienta však nesehrávají pouze senzoričné prostředky, ale také sami zaměstnanci zařízení. Jejich počet je v zařízení oproti jiným zařízením vyšší, jak uvedl informant číslo 4: *„...počet zaměstnanců je zde navýšen.“* Nejde pouze o samotné pečovatele či zdravotnický personál, ale i o další pracovníky, jako jsou kuchaři, recepční, pradelny ad., které se v zařízení neustále pohybují a v případě potřeby mohou dezorientovanému klientovi pomoci dostat se na cílené místo. To vyplývá i z výpovědi informanta číslo 4: *„...vždy klienta správně nasměrují anebo doprovodí na místo, které chce nebo potřebuje navštívit.“*

- Nedostatečné označení prostor vedoucí k dezorientaci

Ačkoli všichni informanté vypověděli, že je v zařízení značení prostor dostatečné, informant číslo 5 uvedl, že i přesto je orientace klientů v centru velmi náročná. *„Samo zařízení je velmi spleťtité množstvím chodeb a orientace je velmi náročná. Klientů pomáhá barevné odlišení pater. ... Zařízení má však dvě totožné budovy, ve kterých jsou patra*

označena stejnou barvou. První žluté, druhé červené, třetí zelené a čtvrté modré, což si myslím orientaci stěžuje.“ Pakliže se klient dostane na jinou budovu, může se domnívat, že se nachází na svém oddělení či patře, které obývá. V takové situaci je jediným východiskem pomoc personálu, který jej správně nasměruje, problémem však může být fakt, že zaměstnanci tráví čím dál tím více času administrativou a na klienta samotného jim mnohdy nezbyvá dostatek času. S tím koresponduje i výpověď informanta 2: *„Zaměstnanci se věnovat klientovi mohou akorát krátký čas, protože stále přibývá administrativy.“*

Jak velký prostor vyčleňuje zařízení svým zaměstnancům, aby se mohli věnovat klientům v individuálních aktivitách, a pomáhali tak k jejich lepší adaptaci?

- **Nedostatečné množství času a prostor pro realizaci aktivit**

Jak vypovídá z odpovědi informanta 6: *„Prostory tu bohužel nejsou tak velké. Místnost, kde se klienti na oddělení scházejí je neprostorná, tudíž je těžké s klienty realizovat nějaké větší plány. Využívá se tedy prostoru v jídelně, ...“*, věnovat se klientům ve skupinových aktivitách je z hlediska prostor velmi náročné. Informant 1 pak uvedl: *„Prostředí jídelny je zase nešikovně řešené (sloupy, tvar do L) a pro společenské využití proto nevyhovující.“* Odborně vypověděli i další 2 informanti. Ať už aktivizační pracovnice či pečovatelé, kteří se klientům věnují v jejich volném čase, narážejí při aktivitách na mnohá úskalí. Tím největším je zejména neodpovídající velikost prostor zařízení, které jsou buď nedostatečně velké, nebo nevhodně řešené. Denní místnosti na jednotlivých odděleních jsou opatřeny většinou 2 až 3 stoly, u kterých může usednout maximálně 16 klientů. Problémem však je fakt, že pečovatelé se snaží sem dovést klientů co nejvíce (jedno oddělení jich čítá až 31), v takovém případě je na denní místnosti doslova k nehnutí (někteří jsou zde na invalidních vozíčkách) a realizovat nějakou aktivitu je velmi obtížné. To vyplývá i z tvrzení informanta 5: *„Jedna aktivizační pracovnice má na starosti téměř 30 klientů v různém zdravotním stavu a*

různém stupni demence. ... Pečovatelský a zdravotnický personál se o adaptaci také snaží, ale vzhledem k množství klientů, co mají na starosti, není příliš prostoru.“ Čas na to věnovat se klientům v rámci individuálních aktivit je tedy značně omezen nejen tím, že je aktivizačních pracovníků málo a seniorů je zde naopak velké množství, ale jde tu zejména o stav, v němž se klienti nacházejí. Řada z nich je upoutána na invalidní vozík, ti, co chodí, jsou pak vlivem své diagnózy z nového prostředí dezorientovaní a potřebují při přemísťování nějaký doprovod.

S tvrzením, že je zde personálu nedostatek, je však v rozporu odpověď informanta 4: *„... je navýšen počet aktivizačních pracovníků, které vyplňují volný čas klientů. Ty se snaží individuálně s nimi pracovat, rozvíjet jejich jemnou motoriku anebo pracovat na trénování paměti.“*

Pokud má dojít k tomu, aby se klient na nové prostředí správně adaptoval, zvykl si na něj a vyznal se v něm, je třeba mu k tomu dopomoci a věnovat mu k tomu dostatek volného času. Nedostatky z hlediska prostředí a času však vynahrazuje ochota personálu. Jak uvádí informant 5: *„Prostor pro individuální aktivity by měl být rozhodně větší. ... Nicméně musím říct, že i přes časovou tíseň dělají zaměstnanci v rámci svých možností, co mohou.“* Obdobnou odpověď jsem získala i od informanta 3: *„Časově to je dosti náročné, aby se vše stihlo (hygiena, krmení, volnočasové aktivity), ale myslím si, že se všichni snaží dělat to nejlepší pro každého klienta.“*

6.2 Dílčí cíl č. 2

Druhým dílčím cílem je zjistit, za jakých okolností jsou seniori do zařízení umísťováni. Tuto otázku je důležité si položit, neboť včasnost umístění je jedním z hlavních prvků úspěšné adaptace. V čím horším stavu je klient do zařízení umístěn (problémy s pohybem, komunikací, pozorností ad.), tím obtížněji si na nové prostředí zvykne a bude se v něm orientovat. Důležité je si také uvědomit, z jakého prostředí senior do zařízení přichází, zdali žil sám, s rodinou či v jiném ústavě, a kdo odchod seniora do ústavního zařízení iniciuje, zdali je to on sám či tento impulz vychází z jeho

okolí. Pokud je to z jeho vlastní iniciativy a s jeho souhlasem, je pravděpodobné, že si na nové prostředí snadněji zvykne, neboť je smířený s tím, že zde bude pobývat.

V jakém zdravotním stavu jsou klienti do zařízení nejčastěji umísťováni?

- Špatný zdravotní stav

Všech 6 informantů vypovědělo, že vlivem demence je ve většině případů zdravotní stav klientů špatný. Informant 4 uvedl: *„Zdravotní stav klientů, v kterém přicházejí do zařízení je čím dál tím horší.“* Informant 1 odpověděl takto: *„Klienti jsou dost často dezorientovaní v prostoru a čase, rodina už péči o ně v domácím prostředí nezvládá a stávají se nebezpečnými sami sobě i okolí.“* Informant 5 pak situaci shrnul následujícím způsobem: *„Pokud klient přichází z domova většinou je ještě schopný se o sebe částečně nebo pod dohledem postarat. Pokud přichází z jiného zařízení následné péče, jde o klienty ležící.“*

Dle 2 informantů má velký vliv na stav zdraví umístěného klienta pak samozřejmě i rodina, která ve většině případů pečuje o postiženého seniora nebo za ním alespoň příležitostně dochází. Informant 6 konkrétně uvedl: *„Záleží taky na rodině, jak daleko tuto nemoc nechá zajít, než svého příbuzného umístí do takového zařízení.“* Informant 4 celou situaci shrnul takto: *„V dnešní době se setkáváme s trendem, kdy si rodiny nechávají své rodinné příslušníky co nejdéle doma, což ale není úplně dobré, jelikož doma s nimi nepracují tak, jak by se mělo, a jejich zdravotní stav se proto zhoršuje. V případě, kdy se Alzheimerova nemoc podchytí co nejdříve, dá se s touto diagnózou pracovat. Toto onemocnění není sice léčitelné, ale se správným přístupem, aktivizováním a speciálními cvičeními se dá zdravotní stav klienta udržet v přijatelné fázi daleko déle, než když člověk pouze sedí u televize nebo poslouchá rádio. V takovém případě klient velmi rychle zakrní a jeho zdravotní stav se zhoršuje. Nejčastěji se setkávám s větou typu „Dědeček celý život tvrdě pracoval, a tak mu dopřáváme klid, a tak děda sedí celé dny v křesle a kouká na televizi.“ V tomto případě si rodina myslí, že svému dědečkovi pomáhá, ale opak je pravdou.“* Velkým rizikem neaktivizování klientů a

jejich pozdního umístění do specializovaného zařízení je pak fakt, že dojde k výraznému zhoršení jejich zdravotního stavu, a tím pádem i neschopnosti adaptovat se na nové prostředí.

V jakém prostředí klienti nejčastěji žijí předtím, než jsou umístěni do tohoto centra?

- **Domácí prostředí**

Všech 6 informantů vypovědělo, že klienti do zařízení většinou přicházejí z domácího prostředí, ať už z domácností, kde žili sami nebo se svými rodinami. Informant 4 uvádí: *„Nejčastěji k nám klienti chodí právě z domácího prostředí, a to v momentu, kdy už rodina není schopná se o seniora postarat. Začíná to být náročné jak po fyzické stránce, ale hlavně po té psychické.“* Informant 6 odpověděl obdobně: *„U každého klienta je to individuální. Hodně jich žilo ve svých domech, bytech, kde trávili celý život.“*

- **Jiná zařízení**

4 informanti pak uvedli, že někteří klienti do zařízení nastupují po předchozím pobytu v nějakém jiném zařízení, ať už zdravotnickém či sociálních služeb. Informant 4 konkrétně uvedl: *„Ale také k nám nastupují klienti z domovů pro seniory, kde jim nebyla poskytnuta dostatečná péče vzhledem k jejich diagnóze.“* Informant 5 pak odpověděl takto: *„Pokud klient přichází z domova, většinou je ještě schopný se o sebe částečně nebo pod dohledem postarat. Pokud přichází z jiného zařízení následné péče, jde většinou o klienty ležící.“* Je tedy patrné, že je zde značný rozdíl ve zdravotním stavu klienta. Senior přicházející z domácího prostředí je v lepší kondici, než ten z jiného zařízení, a má tak větší šanci k tomu, aby se na nové podmínky lépe adaptoval.

Vychází přestěhování klienta do tohoto zařízení z iniciativy jeho samého nebo jde o nápad někoho jiného (člena rodiny ad.)?

- Rodina

Všech 6 informantů uvedlo, že umístění do zařízení většinou iniciuje rodina, která o klienta pečuje, ať už v rámci jedné či oddělené domácnosti. Informant 4 situaci popsal takto: „*Dovoluji si říct, že tak z 80 % je to iniciativa rodiny. Jsou to opravdu ty stavy, kdy už rodina není schopná se o klienta postarat. ... Rodiny se s tímto faktem těžce srovnávají, ale poté, co se klient v zařízení adaptuje, samy vidí, že pro svého rodinného příslušníka udělaly to správné.*“ Informant 3 uvedl obdobnou odpověď: „*Většinou jde o rodinu. Klient se nezvládá o sebe už sám postarat, a proto potřebuje 24 hodinový dohled.*“ Informant 5 pak vypověděl takto: „*Vždy o umístění klienta rozhoduje rodina... Klient s diagnózou demence není většinou schopen zhodnotit okolnosti a rozhodnout se.*“ Informant 1 pak shrnul negativní aspekty toho, že o svém umístění nerozhoduje sám klient. „*Klient se změnou často nesouhlasí, bojí se, nerozumí tomu a na zařízení si těžce zvyká. Často je použita lež, že jde o dočasné opatření (lázeňský pobyt, krátkou rekreaci), po které se klient vrátí do rodinného prostředí, což se již nikdy nestane.*“ Problematické je nejen to, že přesun neinicuje sám klient, ale i fakt, že senior se do zařízení dostává ve špatném zdravotním stavu, kdy jsou jeho možnosti pro to, aby se adaptoval na nové prostředí, značně omezené.

- Ošetřující lékař

2 informanti pak uvedli, že k umístění do zařízení v některých případech podává podnět ošetřující lékař vzhledem ke zhoršujícímu se zdravotnímu stavu klienta. Informant 4 uvedl: „*V tomto stavu začne také lékař doporučovat umístění do zařízení, jelikož ví, že zde jsou na takové klienty vyškolení pracovníci, kteří mu poskytnou odbornou péči.*“ Lékař tak doporučí buď klientovi samotnému, nebo jeho rodině, jak dále postupovat, aby mohl být senior do zařízení umístěn.

6.3 Dílčí cíl č. 3

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zdali se do adaptačního procesu zapojuje i rodina klienta, a pakliže ano, tak jakým způsobem mu s vyrovnáním se s novým prostředím pomáhá. Jak vyplynulo z teoretické části, v celých 80 % případů o klienty pečují právě další rodinní příslušníci, ať už v jedné společné domácnosti či prostřednictvím docházení do seniorovy domácnosti. Každodenní kontakt pak u klienta vede k tomu, že se právě se svou rodinou cítí jistý a bezpečný. A tento pocit nemizí ani po umístění do specializovaného zařízení. Právě při adaptaci na nové prostředí je pak důležité, zdali a jak často rodina za seniorem dochází, kolik času mu během své návštěvy věnuje a jakým způsobem s ním tento čas tráví.

Jak často navštěvují klienty v zařízení rodinní příslušníci?

- Všech 6 informantů vypovědělo, že frekvenci návštěv ze strany rodiny je těžké blíže specifikovat, respektive že je to u každé rodiny velice individuální. Důvody pro to jsou různé, informant 5 uvedl: *„Záleží na rodinných vztazích v rodině klienta a na vzdálenosti kde rodina žije.“* Informant 6 odpověděl: *„U každého klienta je to individuální, někteří klienti rodinu už třeba ani nemají nebo bydlí mnoho kilometrů daleko.“* Informant 2 situaci týkající se návštěv ze stran rodiny shrnul takto: *„... někteří rodinní příslušníci chodí na návštěvy každý druhý den, někteří jednou za týden, za měsíc nebo dokonce jednou za rok na narozeniny. V některých případech je to kvůli dálce, práci nebo jiným povinnostem.“* Obdobnou odpověď jsem získala i od informanta 4: *„Tato otázka je velmi individuální. Máme tu rodinné příslušníky, kteří dochází denně, obden nebo každý víkend, a také máme rodinné příslušníky, které jsme viděli pouze při přijímání klienta do zařízení. A poté je tu ještě třetí skupina rodinných příslušníků, a to ti, kteří se objeví pouze v den důchodu...“* I informant 2 při rozhovoru vypověděl, že mají někdy návštěvy klienta ze strany rodiny ne zcela pozitivní příčiny: *„Některé rodiny sem svoje choré členy prostě odloží a chodí je zkontrolovat jednou za čas, stráví s nimi krátkou chvíli, chtějí jen vědět, jestli jsou ještě naživu. Takových rodin je ale naštěstí jen málo.“*

Zajímavým zjištěním týkajícím se této otázky byl fakt, jak rozporuplně jednotliví zaměstnanci vnímají frekvenci návštěvnosti klientů ze strany rodin. Informanti 2 a 6 ve svých výpovědích uvedli, že jsou návštěvy dostatečně časté. Informant 2: *„Jak která rodina. Ale řekla bych, že je to většinou docela často.“* Informant 6: *„Někteří však klienty navštěvují velmi často. Většinou to bývá 2x až 3x do týdne.“* Zcela odlišnou odpověď jsem získala od informanta 1: *„Nejčastěji jsou návštěvy jen párkrát do roka, na narozeniny, na Vánoce, v létě během dovolené.“* Příčinnou tohoto rozporu může být fakt, že každý respondent pracuje na jiném oddělení, ale samozřejmě také to, jak se oni sami staví k tomu, jak často je třeba se v rámci rodiny vídat, aby nedošlo k ochabnutí rodinných vazeb.

Zapojují se členové rodiny do činností zajišťujících klientovi potřebnou péči?

- Angažovanost rodiny

3 informanti ve svých odpovědích uvedli, že se část rodin snaží o to, aby se způsobem, který je pro ni přijatelný, zapojila do péče o postiženého seniora. Informant 4 uvedl: *„Opět se najde rodina, která pro svého rodinného příslušníka udělá vše. Starají se, jestli má všechno potřebné, kupují mu dobroty, pochutiny, drogerii.“* Jak informanti dále uvedli, angažovanost rodiny je závislá na tom, jaký mezi jejími členy a daným klientem panuje vztah, jak k sobě mají blízko a jsou-li vůbec ochotní se do péče o něj nějak zapojit. Informant 2 na otázku odpověděl takto: *„To je individuální. Někteří nedokážou svému rodinnému příslušníkovi ani podat stravu, někteří ho ale zvládnou i vykoupat.“* Obdobnou odpověď jsem získala i od informanta 5: *„Záleží na vztazích v rodinách. Jsou rodiny, které si klienty pravidelně berou domů nebo na vycházky, a jsou i rodiny, které přijedou jednou za rok na návštěvu, i když je zdravotní stav klienta dobrý.“*

- **Nezájem rodiny**

3 informanti vypověděli, že je zájem rodin z hlediska péče o jejich rodinné příslušníky umístěné v zařízení minimální. Informant 1 uvedl: *„Ne, členové se nijak nezapojují, přestože mají různé možnosti.“* Informant 3: *„Většinou se bohužel nijak nezapojují.“* Informant 6 pak odpověděl takto: *„Tohle je individuální, někteří mají zájem o své seniory a někdy se třeba snaží zapojit. Ostatní nemají. Ale spíše je to tak, že se rodiny v tomto ohledu nijak nezapojují.“* Informant 4 situaci nastínil takto: *„Ale pak tu máme také rodiny, kterým musíme opakovaně volat a prosit je, aby klientovi potřebné věci buď přinesli, anebo zda můžeme potřebné věci zakoupit z klientových financí sami.“*

Jak rodinní příslušníci tráví s klienty čas v zařízení, jakým aktivitám se věnují?

- **Aktivity uvnitř zařízení**

Všech 6 informantů vypovědělo, že pokud za klientem do zařízení přijede na návštěvu někdo z rodiny, tráví společný čas v rámci střediska. Způsobů vyplňování společného času bylo uvedeno hned několik. Informant 1 uvedl: *„Většinou si společně dají kafe a zákusky nebo jiný oblíbený pokrm klienta, v létě tráví společný čas posezením v zahradě, v zimě v jídelně. Povídají si, respektive rodina povídá, jak se kdo má a co dělají známí, které klient kdysi znal. Někdy si prohlížejí fotky.“* Téměř shodnou výpověď jsem získala i od dalších 4 informantů. Informant 2 odpověděl takto: *„Většinou s nimi sedí v jídelně nebo venku na zahradě, pokud je hezky, a také u recepce na gaučích, kde je automat na kávu a nějaké pochutiny.“* Informant 3: *„Většinou je to procházka na zahradě, sedí a povídají si.“* Dále informant 5: *„Většinou přinesou nějaké občerstvení a posedí si s klientem dole v jídelně nebo na zahradě.“* Informant 6 pak odpověděl takto: *„Většinou, když je hezké počasí a teplo, sedí na zahradě a užívají si sluníčka, tam tráví většinu času.“* Informant 4 ve své výpovědi nezapomněl připomenout i vliv klientovy nemoci na frekvenci návštěvnosti ze strany ostatních členů rodiny. „...“

ale také máme rodinné příslušníky, kteří bohužel neunesou stav svého rodinného příslušníka. Z důvodu nemoci, kdy klient zapomíná, poznává spíše personál kolem sebe, který se o něj stará dennodenně, zná je podle obličejů. A potom, když přijde jeho rodina, a klient nepoznává svou vlastní dceru nebo manželku, z toho jsou rodiny dosti nešťastné a zklamané, a pak tu moc času netráví. Anebo naopak se mu snaží připomenout, kdo jsou, přivezou s sebou fotky a společně vzpomínají.“ A právě fakt, že někteří klienti svou rodinu již nepoznávají, vede k tomu, že ta seniora navštěvuje pouze ojedinele, v den narozenin či během vánočních svátků.

- **Aktivity mimo zařízení**

2 informanti vypověděli, že u některých klientů dochází k tomu, že s nimi rodina tráví společný čas nejen při návštěvách v rámci zařízení, ale zároveň si svého seniora odváží i mimo středisko, ať už na nějaký výlet, nebo do vlastního domova. Informant 6 uvedl: *„Někteří si klienta vezmou mimo zařízení a jedou na různé výlety, do kaváren apod.“* Informant 4 pak situaci shrnul takto: *„Takže, když přijedou, vezmou si svého rodinného příslušníka třeba někam na výlet, na oběd, na procházku, ... A také si rodiny berou hodně své příslušníky domů, a to zejména na svátky, a tráví tak společný čas.“*

Jak často a z jakých důvodů dochází ke kontaktu mezi personálem a rodinou klienta?

- **Zdravotní stav**

Všech 6 informantů uvedlo, že ke kontaktu personálu, ať už ze sekce sociální či zdravotnické, dochází v případě změny zdravotního stavu klienta. Informant 1 uvedl: *„S rodinou je v kontaktu staniční sestra, která může konzultovat klientův zdravotní stav (např. pokud klient upadá do deprese, je rodina požádána o častější návštěvy ad.).“* Informant 4 situaci popsal takto: *„Ke kontaktu také dochází při konzultaci zdravotního stavu (při zhoršení). Rodiny si také často volají sami, když se nemohou dostavit, pak zavolají a informují se, jak je na tom jejich babička, tatínek, maminka. Tyto informace o zdravotním stavu může*

sdělit pouze zdravotní sestra. A také se i zde chrání soukromí klientů, a proto mají rodiny speciální kód, který při telefonátu nahlásí, a až poté jim zdravotní sestra může říct více o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka.“ Pokud pak rodina žije ve větší vzdálenosti od zařízení, v němž je klient umístěn, či nemá dostatek času, aby se zde mohla osobně zastavit, i tak může zjistit, jaké jsou momentální potřeby člena jejich rodiny a jakým směrem se vyvíjí jeho zdravotní stav.

- **Péče**

3 informanti pak uvedli, že dalším důvodem kontaktu personálu zařízení s rodinou klienta jsou otázky týkající se péče o klienta, zejména pak nákupu pro něj důležitých věcí. Informant 4 na otázku odpověděl takto: *„Kontakt s rodinou nastává nejčastěji při řešení péče o klienta, například právě při nákupuch drogerie, pochutin a dalších potřebných věcí.“* Informant 1 pak uvedl: *„Sociální pracovnice spravující klientův účet a individuální požadavky klienta i rodiny (např. přístup k cigaretám, kadeřník ad.) je také v kontaktu s rodinou, je-li potřeba uskutečnit nákup potřebných věcí, ať už ho zajistí zařízení nebo rodina sama.“*

- **Aktivity**

2 informanti pak v rozhovoru uvedli, že jsou rodiny ve vzájemné interakci s personálem i z důvodu aktivit. Ty mohou být nejen individuálního (např. rodina bere klienta na vycházku ad.), ale i skupinového charakteru (např. čarodějnice, kdy se v zařízení opékají buřty za účasti klientů, rodinných příslušníků a personálu ad.). Informant 6 uvedl: *„Rodina klienta přichází do styku s personálem velmi často. Už jen díky aktivitám, které v zařízení probíhají, nebo různým výletům, do kterých se zapojuje i rodina“* Informant 1 se pak k této otázce vyjádřil takto: *„Ke kontaktu dochází při každé návštěvě, kdy personál (pečovatelky) klienta pro rodinu vhodně připraví (např. obleče v zimě, natře opalovacím krémem a přidá kšiltovku, pokud je léto ad.) a rodina vezme klienta do zahrady, eventuálně personál zajistí přesun z lůžka na vozík ad.“*

6.4 Diskuze

Nejprve bych zde ráda shrnula jednotlivé dílčí cíle. Úkolem prvního dílčího cíle bylo zjistit, jak se do adaptace seniora zapojuje samo zařízení, respektive jaké prostředky, ať už materiální či personální, vyčleňuje pro své klienty. Všichni informanti v rozhovoru sdělili, že se v zařízení využívá řada vizuálních prvků, které mají usnadnit seniorovu orientaci – ať už se jedná o barevné značení, orientační tabule, štítky na dveřích ad. 1 informant uvedl, že významnou roli zde sehrává i personál, který v případě potřeby klientovi poradí a ukáže mu cestu na dané místo. Zajímavým zjištěním byl fakt, že se 1 informant domnívá, že barevné značení (shodné na obou budovách) může seniora ve výsledku mást. Ostatní respondenti na tento problém nepoukázali. 4 informanti pak uvedli, že je prostředí zařízení pro aktivizaci klientů nevhodné, ať už z důvodu nedostatečně velkých prostor či jejich špatného půdorysového řešení. 2 informanti vypověděli, že je v zařízení vzhledem k počtu klientů a náročnosti péče o ně nedostatek personálu. V rozporu s tímto tvrzením byla výpověď 1 informanta, který uvedl, že je v zařízení počet zaměstnanců dostatečně navýšen.

Druhým dílčím cílem je zjistit, za jakých okolností jsou senioři do zařízení umísťováni. Všechny 6 informantů vypovědělo, že jsou klienti do zařízení umísťováni ve velmi špatném zdravotním stavu, většinou ve chvíli, kdy se o ně již jejich rodina nedokáže postarat. Všichni informanti uvedli, že většina klientů přichází do zařízení z domácího prostředí, ať už z domovů, kde žili sami nebo s rodinou. 4 informanti pak vypověděli, že část klientů přichází i z jiných zařízení. Ta však nejsou zaměřena primárně na klienty s demencí, a proto se o tyto seniory nemohou dále starat. 1 informant uvedl, že pakliže přichází klient z prostředí domácího, je ještě schopen se o sebe částečně starat, klient z prostředí ústavního je většinou již imobilní. Všechny 6 informantů dále vypovědělo, že přesun do zařízení iniciuje rodina klienta, která se o něj stará. 2 informanti uvedli, že podnět rodině může podat lékař na základě posouzení zhoršujícího se zdravotního stavu klienta.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jestli a jakým způsobem se do adaptace klienta zapojuje jeho rodina. Frekvence návštěv ze strany rodiny je různorodá, jak uvedli všichni informanti. Někteří členové rodiny navštěvují klienty často, jiní naopak jen jednou do roka. 2 informanti vypověděli, že jsou klienti svou rodinou navštěvováni

často. 1 informant však podal výpověď zcela odlišnou, a tedy že frekvence návštěv je většinou jen párkrát do roka. 3 informanti uvedli, že se rodiny snaží zapojit do péče o nemocného člena rodiny, a to prostřednictvím nákupů potřebných věcí, vycházek, hygienou ad. 1 informant z této skupiny však zároveň vypověděl, že jsou i rodiny, které o klienty projevují zájem zcela minimální. S tímto tvrzením souhlasí i výpověď 3 dalších informantů, kteří uvedli, že se rodiny do procesu péče nesnaží zapojit žádným způsobem. Všechny 6 informantů vypovědělo, že rodiny většinou tráví čas se svými rodinnými příslušníky v rámci zařízení, ať už procházkou, posezením na zahradě, rozhovorem, prohlížením fotek či občerstvením. 2 informanti uvedli, že některé rodiny si své seniory berou i „ven“, mimo zařízení, na výlet, někdy i domů, kde klient přespí. Všichni respondenti dále vypověděli, že ke kontaktu mezi rodinou a personálem dochází z důvodu změn zdravotního stavu klienta, ať už telefonicky nebo přímo. Dalším důvodem kontaktu, jak uvedli 3 informanti, je otázka péče o klienty, tedy je-li třeba zajistit jim nákup něčeho potřebného a jaký je stav jeho financí v rámci zařízení. 2 informanti pak dále uvedli, že ke komunikaci rodin s personálem dochází i v důsledku aktivit, ať už těch v rámci zařízení, kterých se může účastnit právě i rodina klienta, či individuálních, na které musí zaměstnanci klienta připravit – obléci jej a sbalit mu potřebné věci.

Z rozhovorů pro mě vyplynulo hned několik zajímavých zjištění. Hned prvním z nich byl fakt, že 4 informanti hodnotili prostředí zařízení pro práci s klientem jako nevhodné. Vzhledem k tomu, že jsem zde sama pracovala, jsem si vědoma, že má Centrum v tomto ohledu značné mezery. Z pohledu aktivizační pracovnice Vám nezbyvá nic jiného, než se s tímto vypořádat. Ovšem zajímavým zjištěním bylo, že tento fakt ve své výpovědi uvedla pouze 1 z aktivizačních pracovnic, z dalších 3 tak vypověděl i 1 z pečovatелů. Ale jsou to právě pečovatелé, kteří aktivizačním pracovnícím na aktivity navázejí co největší možný počet klientů i na úkor toho, že pro takové množství zde není dostatek prostoru.

Dalším zajímavým východiskem výzkumu byl fakt, že všichni členové výzkumu vypověděli, že jsou klienti do zařízení umísťováni nikoli z vlastní iniciativy, ale na základě rozhodnutí svých rodin. Pouze 2 informanti pak uvedli, že rozhodnutí rodiny vychází z předchozího doporučení lékaře. Další důležitou skutečností pak bylo to, že do

Centra přicházejí klienti v čím dál tím horším zdravotním stavu, který se vyznačuje dezorientací v čase i prostoru, problémy s komunikací a pozorností, ale třeba i imobilitou. Zde je důležité si uvědomit, že pouze klient, který je ještě dostatečně uvědomělý a souhlasí se svým umístěním do zařízení má předpoklady k tomu, aby se na ústavní prostředí adaptoval a mohl zde fungovat v co největší shodě s tím, jak tomu bylo i v jeho přirozeném prostředí.

Posledním zajímavým zjištěním pro mě byl fakt, jak různorodě jednotlivý členové výzkumu nahlíží na participace rodin při péči o klienta a frekvenci jejich návštěv. V tomto bodě se informanti rozdělili na dva tábory, přičemž 3 uvedli, že se část rodin snaží do péče zapojit, a 3 zbylí, že se na ní nepodílí žádným způsobem. Upoutal mě i fakt, že pouze 2 z informantů se setkávají s tím, že si rodiny berou klienty i mimo zařízení, ať už na výlet či do vlastních domovů. Právě v takovém případě totiž mají senioři možnost dostat se i mimo zdi zařízení, navštívit známá místa, setkat se se známými tvářemi.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku vyplývající z výše uvedeného šetření bych zformulovala následovně. Schopnost seniorů adaptovat se na život v novém – institucionalizovaném prostředí je individuální. Velkou roli zde sehrává zejména fakt, v jakém zdravotním stavu rodina daného klienta do zařízení umístí. Vzhledem k tomu, že v současné době se ve většině případů uplatňuje trend, kdy jsou do Centra umísťováni senioři ve velmi špatné kondici a jejichž diagnóza je už v pokročilém stádiu, jsou jejich možnosti adaptace na nové podmínky značně sníženy. Důležitou roli při jejich přivykání si na ústavní prostředí proto sehrávají podmínky, které vytváří dané zařízení, zde tedy konkrétně materiální zázemí zahrnující vizuální prvky umožňující seniorovi lépe se orientovat, a pak také personál, který by si měl pro daného klienta vyhradit potřebný čas v závislosti na jeho schopnostech a potřebách. V neposlední řadě bychom zde měli uvést i významnou úlohu rodiny, která by se měla do celého procesu adaptace zapojit, a pomoci tak svému seniorovi se v nových podmínkách co nejvíce aklimatizovat, a to kupříkladu formou pravidelných návštěv, tréninkem orientace v prostorách střediska či seznamování se s ostatními klienty.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zabývat se tématem schopnosti adaptace seniorů na život v domově pro seniory. Text se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. Mojí snahou bylo v práci tyto dvě části propojit tak, aby ta teoretická byla užitečným výchozím teoretickým odrazovým můstkem pro část výzkumnou, a poskytovala tak podklad pro práci s tématem adaptace seniorů na život v domově pro seniory.

Hlavní výzkumnou otázkou této práce bylo: Jakým způsobem se senioři, kteří trpí demencí, adaptují na nové prostředí domova, tedy jaké mechanismy k tomuto přizpůsobení využívají? Výzkumu se zúčastnili zaměstnanci Alzheimer Care Centra spokojeného stáří ve Svobodě nad Úpou, a to konkrétně dvě aktivizační pracovnice, dva pečovatelé, jedna zdravotní sestra a jedna sociální pracovnice.

Myslím si, že na tuto výzkumnou otázku se mi podařilo najít odpověď. Vzhledem k tomu, že byla hlavní výzkumná otázka velmi rozsáhlá, stanovila jsem si tři dílčí výzkumné cíle a k nim se vztahující otázky, prostřednictvím kterých jsem se snažila najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku, tu jsem formulovala ve výzkumné části v diskuzi.

K získání údajů jsem použila kvalitativní výzkumnou strategii, sběr dat probíhal metodou polostrukturovaných rozhovorů, u prvního dílčího cíle pak doplněnou o studium analýzy dokumentů. Tato výzkumná strategie byla dle mého názoru vybrána vhodně, neboť mým cílem bylo zjistit názory a zkušenosti zaměstnanců Centra týkající se adaptace seniorů na prostředí domova v závislosti na podpůrné prostředky ze strany zařízení a rodiny. Tuto metodu jsem si vybrala proto, neboť umožňuje získat rozsáhlé množství dat, hloubkově prozkoumat dané téma a v případě zajímavých poznatků pružně reagovat s cílem získat co nejlepší možná data.

Kvantitativní výzkumná strategie by v tomto případě nebyla vhodná, neboť by nebylo možné vzhledem k neochotě spolupracovat a časté obměně personálu sehnat dostatečný počet informantů, téma by tak nebylo možné dostatečným způsobem rozebrat a zpracovat.

Možný problém spatřuji v tom, že odpověď na hlavní výzkumnou otázku se může zdát do jisté míry ne zcela jasná. Při zpracovávání této práce jsem zjistila, že i přes mé úsilí co nejvíce šetření zacílit prostřednictvím dílčích výzkumných cílů je toto téma velmi individuální, proto nelze stanovit jednoznačnou odpověď. Každý klient přicházející do zařízení se totiž nachází v jiném zdravotním stavu souvisejícím s jeho diagnózou. Najdeme zde klienty s různými typy demence, z různých věkových kategorií. Někteří vzhledem ke své nemoci nejsou schopni pohybu, jiní udržet pozornost či komunikovat. Všechny však spojuje jeden fakt, a to že trpí demencí vyžadující každodenní péči a vhodné zázemí. Většina z nich je pak do zařízení umístěna až ve velmi pokročilé fázi nemoci, která adaptaci do značné míry ztěžuje. V takovém případě jsou možnosti samotného seniora do značné míry omezeny a je zde nutné počítat s pomocí ze strany zařízení, personálu, a pokud možno i rodiny.

Praktický přínos práce spatřuji hned ve dvou bodech. Prvním z nich je doporučení pro rodiny klientů, které, jak vyplývá z výzkumu, své seniory do zařízení umísťují ve velmi špatném zdravotním stavu. Tito klienti pobývali nejčastěji ve svých domovech, ať už obklopeni rodinou či za nimi rodinní příslušníci pouze docházeli, a nebyli v potřebné míře aktivizováni. Tím docházela k postupnému a většinou rychlému zhoršování jejich fyzického i psychického stavu. Rodiny by si měly uvědomit, že umístění seniora do zařízení není projevem jejich vlastní neschopnosti, nýbrž naopak uvědomění si, že se zde nacházejí proškolení odborníci, kteří vědí, jak s klientem postiženým demencí pracovat tak, aby nedocházelo k prudkému zhoršování jeho zdravotního stavu. I proto je důležité si uvědomit, že včasné umístění klienta je výhodnější, než když k tomu dochází až v pokročilém stádiu demence. Včasnost totiž souvisí s tím, že je senior schopen ještě lépe vnímat svůj přechod do ústavního prostředí, je s ním srozuměn a má větší možnost vzhledem ke svým schopnostem se na nové prostředí lépe adaptovat.

Druhý přínos pak spatřuji v doporučení pro samotné zařízení. To může z výzkumného šetření zjistit, jaké jsou jeho limity a jak s nimi vhodně pracovat a snažit se je co nejvíce minimalizovat. Dalším přínosem pro Centrum je pak samotný fakt, jak z výzkumu vyplynulo, že standardy zařízení nejsou v dostatečné míře zpracovány právě z hlediska adaptace klientů a její podpory ze strany Centra.

Jak jsem zmínila v úvodu této práce, sama jsem v zařízení dva roky pracovala na pozici aktivizační pracovnice a díky tomu jsem získala řadu zkušeností a názorů týkající se tématu této diplomové práce. Při psaní jsem proto do textu mnohdy vkládala svůj subjektivní pohled na tuto problematiku. Tento fakt mohl mít z části vliv na vyznění práce, domnívám se však, že jsem nijak neovlivnila výpovědi respondentů. V jedné věci jsem se však utvrdila, a to ve faktu, že všichni respondenti, kteří se výzkumu účastnili, se snaží do práce dát kousek sebe a prostřednictvím svého úsilí klientům umožnit co nejdůstojnější dožití s jejich diagnózou.

Seznam použité literatury

ČÁP, Jan. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968. 118 s.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 263 s.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří : rodina a zajištění péče o seniory*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. 199 stran.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů : v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. (brož.).

EIBL-EIBESFELDT, Irenäus. *Člověk - bytost v sázce : přírodopis lidské pošetilosti*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. 234 s.

GLOSOVÁ, Dagmar. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA group, 2006. 179 s.

GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009, 222 s.

HARFORD, Tim. *Adaptujte se: proč úspěchu vždy předchází nezdary*. Praha: Dokořán, 2013, 346 s.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013, 115 s. Sestra.

CHARVÁT, Josef. *Život, adaptace a stress*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. 134 s.

CHYTIL, Oldřich a Dana SÝKOROVÁ. *Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004, 323 s.

KAFKOVÁ, Marie. *Proměny solidarity mezi generacemi*. Hradec Králové, 2017. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

- KALVACH, Zdeněk a Eva HRABĚTOVÁ. *Senior a já - já a senior?*. Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005, 72 s.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra.
- LAAN, Geert van der. *Otázky legitimace sociální práce: (pomoc není zboží)*. Boskovice: Albert, 1998, 260 s. Texty k sociální práci.
- LAZARUS, Richard S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966, 466 s.
- MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2009, 301 s.
- MUSIL, Libor. *Vývoj sociálního státu v Evropě: čítanka z historie moderní evropské sociální politiky*. Brno: Doplněk, 1996, 256 s. Studijní texty.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011, 168 s.
- PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 206 s. Recenzované monografie.
- POKORNÁ, Andrea, říjen. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 158 s. (brož.).
- PONDĚLÍČEK, Ivo. *Stárnutí: osobnost a sexualita*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1981. 247 s.
- REIDL, Andreas. *Senior - zákazník budoucnosti: marketing orientovaný na generaci 50+*. Přeložil Renáta RYKROVÁ, přeložil Alice VAŇOURKOVÁ. Brno: BizBooks, 2012, 256 s., 114 il.
- Senioři vítáni : sborník případových studií*. Praha: Otevřená společnost, 2008. 139 s.
- ŠRAMO, Ján. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius, 2012, 191 s.
- ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004, 135 s.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003, 226 s. Psyché.

Seznam internetových zdrojů

Alzheimer Care. *Alzheimer Care* [online]. eBRÁNA, 2019 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <https://alzheimercare.cz/alzheimerova-nemoc>

Alzheimer Care. *Alzheimer Care* [online]. eBRÁNA, 2019 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <https://alzheimercare.cz/nase-centra>

Alzheimerova choroba. A... *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>

Coping v sociální psychologii. *Wikisofia.cz* [online]. [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Coping_v_soci%C3%A1ln%C3%AD_psychologii

Doporučení Rady Evropy o podpoře lidských práv starších osob. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2014 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/33055/Doporučení_CMRec_2014_2.pdf

Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 až 2017. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2014 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf

Příspěvek na péči o osobu blízkou (bezmocnost, nemohoucnost) pro rok 2019: až 15.200,- Kč měsíčně. *Příspěvky.cz* [online]. 2019 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <https://www.prispevky.cz/zdravotne-postizeni/prispevek-na-peci>

Seznam zařízení. *Můj důchod.cz* [online]. 2019 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <http://www.mujduchod.cz/ubytovaci-zarizeni>

Věřejný závazek Alzheimer Care Centra spokojeného stáří. *Alzheimer Care* [online]. 2019 [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <https://alzheimercare.cz/media/cache/file/97/Verejny-zavazek-Alzheimer-Care-Centra-spokojeneho-stari.pdf>

Seznam příloh

Příloha I. - Seznam informantů

Příloha II. - Souhrn otázek vztahujících se k cílům výzkumu

Příloha III. - Rozhovor s informantem č. 4

Příloha I.

Seznam informantů

	pohlaví	profesní zařazení	délka praxe	výše dosaženého vzdělání
informant 1	žena	sociální pracovnice	2 roky	VŠ (sociální) ukončená magisterským titulem
informant 2	muž	pracovník v sociálních službách	3 roky	SOU (potravinářská) ukončená výučním listem
informant 3	žena	pracovník v sociálních službách	½ roku	SŠ (sociální) ukončená maturitní zkouškou
informant 4	žena	aktivizační pracovnice	6 let	SŠ (zdravotní) ukončená maturitní zkouškou
informant 5	žena	zdravotní sestra	4 roky	SŠ (zdravotní) ukončená maturitní zkouškou
informant 6	žena	aktivizační pracovnice	1 a ½ roku	SŠ (uměleckoprůmyslová) ukončená maturitní zkouškou

Příloha II.

Souhrn otázek vztahujících se k cílům výzkumu

hlavní výzkumný cíl	dílčí výzkumné cíle	podotázky položené informantům během rozhovorů
zjistit, jakým způsobem se senioři, kteří trpí demencí, adaptují na nové prostředí domova, tedy jaké mechanismy k tomuto přizpůsobení využívají	zjistit, jakými prostředky se zařízení do této adaptace zapojuje, a ulehčuje tak klientovi v nastalé situaci	Z jakého důvodu si myslíte, že klienti volí umístění právě do tohoto zařízení?
		Jaké prostředky sloužící k snadnějšímu orientování se klienta jsou v zařízení využity?
		Jak velký prostor vyčleňuje zařízení svým zaměstnancům, aby se mohli věnovat klientům v individuálních aktivitách, a pomáhali tak k jejich lepší adaptaci?
	zjistit, za jakých okolností jsou senioři do zařízení umístěni	V jakém zdravotním stavu jsou klienti do zařízení nejčastěji umístěni?
		V jakém prostředí klienti nejčastěji žijí předtím, než jsou umístěni do tohoto centra?
		Vychází přestěhování klienta do tohoto zařízení z iniciativy jeho samého nebo jde o nápad někoho jiného (člena rodiny ad.)?
	zjistit, zdali se do adaptačního procesu zapojuje i rodina klienta, a pakliže ano, tak jakým způsobem mu s vyrovnáním se s novým prostředím pomáhá	Jak často navštěvují klienty v zařízení rodinní příslušníci?
		Zapojují se členové rodiny do činností zajišťujících klientovi potřebnou péči?
		Jak rodinní příslušníci tráví s klienty čas v zařízení, jakým aktivitám se věnují?
		Jak často a z jakých důvodů dochází ke kontaktu mezi personálem a rodinou klienta?

Příloha III.

Rozhovor s informantem č. 4

1. okruh

- Z jakého důvodu si myslíte, že klienti volí umístění právě do tohoto zařízení?

Myslím si, že klienti volí toto zařízení z důvodu jeho zaměření. Toto zařízení se totiž zaměřuje přímo na jejich diagnózu a takových zařízení v ČR zatím moc není, i když poslední dobou se jich otevírá víc a víc. V normálních domovech pro seniory nejsou s touto problematikou zaměstnanci natolik seznámeni, a také není dostatek zaměstnanců, kteří by mohli s klienty pracovat. V AC jsou zaměstnanci odborně školeni, a proto jsou schopni podat klientům odbornou a kvalitní péči. A také počet zaměstnanců je zde navýšen.

- Jaké prostředky sloužící k snadnějšímu orientování se klienta jsou v zařízení využity?

V centru jsou barevně rozlišená patra, po stěnách jsou barevné šipky a ve výtazích barevně označená tlačítka, která korespondují s barvou jednotlivých pater, na dveřích jsou pak cedulky s popisky místností nebo se jmény klientů, kteří v daném pokoji bydlí. Toto vše pomáhá klientům k dobré orientaci po zařízení. Dalším orientačním bodem jsou také sami zaměstnanci, kterých je po zařízení plno, ať už se jedná o uklízečky, kuchařky, ošetřovatelky nebo kohokoliv jiného, vždy klienta správně nasměrují, anebo doprovodí na místo, které chce nebo potřebuje navštívit.

- Jak velký prostor vyčleňuje zařízení svým zaměstnancům, aby se mohli věnovat klientům v individuálních aktivitách, a pomáhali tak k jejich lepší adaptaci?

Jak už jsem říkala počet zaměstnanců je zde vyšší. A také je navýšen počet aktivizačních pracovníků, které vyplňují volný čas klientů. Aktivizační pracovníci se snaží individuálně s nimi pracovat, v tomto ohledu se například rozvíjí jejich jemná motorika anebo také trénování

paměti. Tyto aktivity jsou jak užitečné, tak i zábavné, a klienti se rádi účastní.

2. okruh

- V jakém zdravotním stavu jsou klienti do zařízení nejčastěji umísťováni?
Zdravotní stav klientů, ve kterém přicházejí do zařízení je čím dál tím horší. V dnešní době se setkáváme s trendem, kdy si rodiny nechávají své rodinné příslušníky co nejdéle doma, což ale není úplně dobré, jelikož doma s nimi nepracují tak, jak by se mělo a jejich zdravotní stav se prohlubuje, dále se to takto řící. V případě, kdy se Alzheimerova nemoc podchytí co nejdříve, dá se s touto diagnózou pracovat. Toto onemocnění není sice léčitelné, ale se správným přístupem, aktivizováním a speciálními cvičeními se dá zdravotní stav klienta udržet v přijatelné fázi daleko déle, než když člověk pouze sedí u televize nebo poslouchá rádio. V tomto případě klient velmi rychle zakrní a jeho zdravotní stav se zhoršuje. S tímto se právě nejčastěji setkáváme u rodinných příslušníků. Nejčastěji je to věta typu: „Dědeček celý život tvrdě pracoval, a tak mu dopřáváme klid, děda sedí celé dny v křesle a kouká na televizi.“ V tomto případě si rodina myslí, že svému dědečkovi pomáhá, ale opak je pravdou.
- V jakém prostředí klienti nejčastěji žijí předtím, než jsou umístěni do tohoto centra?
Nejčastěji k nám klienti chodí právě z domácího prostředí, a to v momentu, když už rodina není schopná se o svého rodinného příslušníka postarat. Začíná to pro ně být náročné jak po fyzické stránce, ale hlavně i po té psychické. Ale také k nám nastupují klienti z domovů pro seniory, kde jim nebyla poskytnuta dostatečná péče vzhledem k jejich diagnóze.
- Vychází přestěhování klienta do tohoto zařízení z iniciativy jeho samotného nebo jde o nápad někoho jiného (člena rodiny ad.)?
Dovolují si říct, že tak z 80 % je to iniciativa rodiny. Jsou to opravdu ty stavy, kdy už rodina není schopná se o klienta postarat. Je to velmi

psychicky i fyzicky náročné. V tomto stavu začne také lékař doporučovat umístění do zařízení, jelikož ví, že v zařízení jsou na takové klienty uzpůsobeni a vyškoleni pracovníci, kteří poskytnou klientovi odbornou péči. Rodiny se s tímto faktem těžce srovnávají, ale poté co se klient v zařízení adaptuje, sami vidí, že pro svého rodinného příslušníka udělali to správné. Málokdy se setkáváme s tak orientovaným klientem, který by do zařízení přišel sám z vlastní vůle.

3. okruh

- Jak často navštěvují klienty v zařízení rodinní příslušníci?

Tato otázka je velmi individuální. Máme tu rodinné příslušníky, kteří dochází denně, obden anebo každý víkend, a také máme rodinné příslušníky, které jsme viděli pouze při přijímání klienta do zařízení. A poté je tu ještě 3. skupina rodinných příslušníků, a to ti, kteří se objeví pouze v den důchodu, a ty nevidíme moc rádi.

- Zapojují se členové rodiny do činností zajišťujících klientovi potřebnou péči? Se zapojováním členů rodiny do činností je to podobné. Opět se najde rodina, které pro svého rodinného příslušníka udělá vše, starají se, jestli má všechno potřebné, kupují mu dobroty, pochutiny, drogerii. A pak tu máme také rodiny, kterým musíme opakovaně volat a prosit je, aby klientovi potřebné věci buď přinesli, anebo zda můžeme potřebné věci zakoupit z klientových financí.

- Jak rodinní příslušníci tráví s klienty čas v zařízení, jakým aktivitám se věnují?

S trávením času rodinných příslušníků s klienty je to taky různorodé, už jenom vzhledem k tomu, že AC v České republice zatím moc není, tudíž máme klienty, kteří mají rodiny i dosti daleko. Takže když přijedou, vezmou si svého rodinného příslušníka třeba někam na výlet, na oběd, na procházku, ale také máme rodinné příslušníky, kteří bohužel neunesou stav svého rodinného příslušníka. Z důvodu nemoci, kdy klient často zapomíná, a tudíž poznává personál kolem sebe, který se o něj stará vlastně dennodenně, zná je jménem, zná je podle obličejů, a

potom když přijde jeho rodina a klient nepozná svou vlastní dceru nebo manželku, z toho jsou rodiny dosti nešťastné a zklamané, a pak tu rodina moc času netráví. Anebo naopak se mu snaží připomenout, kdo jsou, přivezou s sebou fotky a společně vzpomínají. A také si rodiny berou hodně své příslušníky domů na svátky a tráví společný čas.

- Jak často a z jakých důvodů dochází ke kontaktu mezi personálem a rodinnou klienta?

Kontakt s rodinou nastává nejčastěji při řešení péče o klienta například právě při potřebných nákupech drogerie, pochutin a potřebných věcí. Poté také při konzultaci zdravotního stavu například při zhoršení. Rodiny si také často volají samy, když se nemohou dostavit, pak volají a informují se, jak je na tom jejich babička, tatínek, maminka. Tyto informace o zdravotním stavu může sdělit pouze zdravotní sestra. A také jako jinde se i zde chrání soukromí klientů, a proto rodiny příslušníků mají speciální kód, který při telefonátu nahlásí, a až poté jim zdravotní sestra může říct více o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka.