

Univerzita Palackého V Olomouci

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Denisa Horáková

Výchova ke zdraví a společenské vědy se zaměřením na vzdělávání

Adaptace seniorů

na pobyt v domově pro seniory

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. a použila jen uvedené odborné a informační zdroje.

Olomouc 30. března 2015

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat mé vedoucí práce PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za její spolupráci, ochotu a cenné rady při psaní této práce. Poděkování patří také všem seniorům, zaměstnancům a ředitelství DPS sv. Anny ve Velké Bystřici, bez jejíž ochoty a vstřícnosti by se tato práce neobešla.

Obsah

Úvod.....	6
1 Cíle práce.....	9
2 Teoretická část.....	10
2.1 Stáří.....	10
2.1.1 Definice pojmu stáří.....	10
2.1.2 Projevy stárnutí.....	12
2.1.3 Změna osobnosti a života ve stáří.....	15
2.2 Potřeby člověka ve stáří.....	17
2.2.1 Potřeba komunikace.....	17
2.2.2 Potřeba stimulace, bezpečí a jistoty.....	20
2.2.3 Potřeba úcty a pochopení.....	23
2.3 Historie domovů pro seniory v ČR.....	24
2.3.1 Vznik prvních domovů pro seniory.....	24
2.3.2 Poskytovaná péče v domovech pro seniory.....	25
2.3.3 Srovnání poskytované péče do roku 1989 s aktuální péčí v domovech pro seniory.....	28
2.4 Péče o klienty v domovech pro seniory.....	30
2.4.1 Adaptace na pobyt v domově.....	30
2.4.2 Kvalita poskytovaných sociálních služeb v domovech pro seniory.....	31
2.4.3 Úskalí pomáhajících profesí, syndrom vyhoření.....	31
3 Empirická část.....	34
3.1 Cíle výzkumu.....	34
3.1.1 Výzkumné otázky.....	34
3.1.2 Výzkumné předpoklady.....	34
3.2 Místo provedení kvalitativního výzkumu.....	35
3.2.1 Systém péče.....	35
3.2.2 Cíle DPS ve Velké Bystřici.....	35
3.2.3 Zásady poskytované sociální služby.....	36
3.2.4 Komu je sociální služba poskytnuta.....	36
3.3 Kvalitativní metody výzkumu.....	37
3.3.1 Rozhovor, pozorování.....	37
3.3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	38

4	Realizace výzkumu a interpretace získaných dat	40
4.1	Interpretace dat.....	40
5	Výsledky šetření a diskuse	56
6	Návrh na řešení případných nedostatků	60
	Závěr	61
	Souhrn.....	62
	Seznam použité literatury a zdrojů	63
	Seznam tabulek.....	65
	Seznam příloh	66

*„ Mláďi je něco, co mají jen
mladí lidé a čeho by jen staří
dovedli moudře používat“.*

Thomas Wolfe

Úvod

V dnešním hektickém světě se již stává jakýmsi zvykem umisťovat své nemohoucí a méně soběstačné příbuzné do domovů, které zaručují prožití klidného a bezpečného stáří. Bohužel, stále více ubývá rodin, které by byly schopny postarat se o stárnoucího člena rodiny doma, jak tomu bylo dříve zvykem. Důvody proč tomu tak je, jsou různorodé, někomu to nedovoluje čas, jinému zase zdraví.

Je samozřejmostí, že péče o takového klienta v domácím prostředí s sebou přináší určitou míru zatížení, jak ve formě společenského, tak ekonomického a zdravotního. Pro rodinu je často nelehkým úkolem umístit svého příbuzného do takového zařízení a moment, kdy se v něm klient poprvé ocitá, se stává zlomovým bodem v jeho životě, bohužel často negativním.

Klient, jež byl celý život zvyklý žít ve svém vlastním domácím prostředí, kde prožil celou řadu veselých i smutných okamžiků, se velmi těžko adaptuje na nově vzniklou situaci. Mnohdy se na začátku pobytu stává, že klient rezignuje a izoluje se od okolního světa. V takovémto případě je důležitá podpora rodiny, ale také vstřícnost a trpělivost personálu. Často se stává, že rodina i klient měli na poskytovanou péči odlišná očekávání, než jakou domov praktikuje. Rodina není schopna objektivního posouzení organizace práce personálu a mnohdy dochází k nedorozumění a nesrovnalostem.

V dnešních domovech pro seniory je prakticky běžné pořádání nejrůznějších aktivit, her a výletů, které mají za cíl zpříjemnit život klientů v domově, popřípadě pokusit se zadaptovat nově příchozí. První měsíce v domově jistě nejsou pro klienta ani rodinu jednoduché, zvláště pokud se domov nachází daleko od místa, kde rodina pobývá.

Častým úskalím pro klientův pobyt v domově může být nedostatek soukromí. Výjimkou v domovech pro seniory nejsou ani trojlůžkové pokoje, což klientům

nemusí být příjemné. Bohužel, ne každý domov pro seniory může nabídnout standardní jednolůžkové pokoje.

Každý klient si před nástupem do domova sestaví individuální plán, který může usnadnit cestu mezi komunikací jeho a personálu. V prvních měsících je nutno počítat s faktem, že klient může být zatrpklý až nepříjemný, což je způsobeno ztrátou denního kontaktu se svými příbuznými, zvláště v případech pokud byl klient na některého z nich více fixován. V takovýchto případech by bylo dobré, aby si ošetřující personál našel čas o jeho strastech či trápení alespoň pohovořit. Ne vždy tomu tak bohužel je. Ošetřující personál je často pracovním vyčerpán a mnohdy se u něj projevuje i syndrom vyhoření.

Toto téma své bakalářské práce jsem si vybrala ze svého vlastního zájmu o rozšíření znalostí této problematiky, ale také ze svých vlastních zkušeností při práci se seniory. Ačkoliv si to mnoho lidí nepřipouští, stárí se dotýká každého kolem nás, někoho viditelněji, někoho méně. Z osobních zkušeností s prací se seniory vím, že stárnout není jednoduché a mnohdy se potřeby seniorů odrážejí v psychice ošetřujícího personálu. A proto spolupráce mezi klientem a personálem je často komplikovaná a vyžaduje vůli a ochotu se přes tyto problémy povznést. Zvláště o tomto aspektu jsem se ve své bakalářské práci zmínila, především jsem se ale zaměřila na vzájemnou ochotu spolupracovat a podílet se na chodu domova.

V praktické části jsem se věnovala zpracování informací od ošetřujícího personálu mého klíčového domova, kterým je Domov pokojného stárí ve Velké Bystřici. Pomocí strukturovaného rozhovoru jsem zjišťovala, jak je to s aktivizací klientů a jejich ochotou spolupracovat v běžných denních činnostech. Při samotné práci se seniory jsem využila též metodu rozhovoru a pozorování, kde jsem se snažila získat objektivní informace o jejich vlastním pohledu na život právě v tomto domově.

Také mě zajímalo, zda je počet ošetřujících v domově dostatečný na to, aby se mohli plně věnovat klientům a jejich potřebám, ale také zda má ošetřující personál dostatek času a prostoru pro své vlastní potřeby a zájmy. Dalším styčným bodem je posouzení úrovně soběstačnosti klientů, zde jsem se zaměřila na to, zda je u schopných klientů podporována soběstačnost, nebo zda jsou všechny denní činnosti prováděny za ně.

Cílem bakalářské práce je shrnutí na dvoustranný pohled na podzim života strávený v tomto domově pro seniory.

1 Cíle práce

Cílem této práce je shromáždění základních informací týkajících se adaptace klienta na pobyt v domově pro seniory. Pro výzkumné šetření byl vybrán Dům pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici.

Dílčí cíle

- Zjistit, zda se na nové prostředí lépe adaptují ženy či muži.
- Zjistit, jakou úlohu při adaptování a následném pobytu klienta v domově sehrává jeho rodina a příbuzenstvo.
- Zjistit příčiny a důvody neochoty seniorů spolupracovat a komunikovat s ošetřujícím personálem.

2 Teoretická část

2.1 Stáří

2.1.1 Definice pojmu stáří

Stáří je období života, které se týká každého z nás, proto je důležité osvojit si alespoň nějaké poznatky o této problematice, které nám mohou pomoci alespoň z části přiblížit problémy a strasti seniorského věku.

Definice k pojmu stáří je nespočet, v nejrůznějších literaturách se můžeme setkat s naprosto odlišnými pojmy pro vysvětlení. Všechny tyto definice, ale ve své hloubce poskytují podobný základ, který je pro všechny definice společný. Například podle Onderkové a Kalvacha (2006) je „*stáří obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“ atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu*“ (Onderková, Kalvach, 2006 s. 7).

Naopak Klevetová a Dlabalová (2008) uvádějí, že „*stáří je další vývojová etapa lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života*“ (Klevetová, Dlabalová, 2008 s. 11).

Netypický pohled na pojem stáří zaujímá Haškovcová (1990) která uvádí, že „*odborně vyzrálým stářím (sénium) rozumíme kategorii tzv. pokročilého neboli stařeckého věku, tj. 75-89 let. Lidé této věkové kategorie zpravidla již vykazují snížení fyzických a psychických sil. Jejich zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo čitelné ve tváři, v gestech, v chůzi. Starý člověk nás nevnímá ostře, mluvíme pro jeho potřeby příliš tiše, příliš nezřetelně, příliš rychle*“ (Haškovcová, 1990, s. 21).

Haškovcová se problematice stáří věnuje velmi dopodrobna a některá její vysvětlení a definice mohou člověka přivést ke snazšímu pochopení problematiky seniorského věku. Velmi zajímavá je její úvaha, „*starého člověka nejen prezentujeme, ale i anticipujeme jako slabého, sehnutého, pomalu se pohybujícího, nepružně reagujícího a zapomínajícího. V podvědomí veřejnosti se k tomuto obrazu pojí ještě přítomná nebo hrozící hluchota, slepota, demence a inkontinence*“ (Haškovcová, 1990, s. 25).

Pro mnoho lidí je však staří jedním z nejkrásnějších období v životě, neboť se jedná o období zaslouženého klidu, ve kterém nacházejí prostor pro uskutečnění činností, na které například dlouho čekali a z časových či jiných důvodů neměli prostor je uskutečnit (Malíková, 2011).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení:

30-44 let – dospělost

45-59 let – střední věk (také můžeme říci zralý věk)

60-74 let – senescence (časné stáří)

75-89 let – kmetství (vlastní stáří)

90 let a více – patriarchum (dlouhověkost)

Struktura společnosti se mění, v posledních letech se staří lidé dožívají stále vyššího věku, což je způsobeno hlavně stále se zdokonalujícím zdravotním systémem, ale také stále se zlepšující kvalitou života. *„Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního a funkčního stavu“* (Onderková, Kalvach, 2006 s. 7).

Člověk stárne sám od sebe, to jestli se jeho stáří vydaří, už ale závisí na něm. Zestárnout správným způsobem je veliké umění, které vyžaduje trénink. Existují určitá pravidla umění stárnout, která platí pro každého. K základním prvkům patří kroky přijetí, odevzdání a vyjití ze sebe (Grün, 2009).

„Existují starci, kteří jsou nevrlí, úzkostliví, popudliví, nevlídní až lakomý, toto však jsou vady povahy, nikoliv stáří“ (Haškocová, 1990, s. 93).

Souhrnně lze říci, že stáří je období řady proměn osobnosti člověka, která s sebou nesou řadu úskalí a překážek se kterými se musí jedinec vypořádat. Mezi nejzákladnější patří změna společenského postavení, častější zdravotní komplikace a v některých případech i samota. Samozřejmě všechny tyto změny jsou individuální, neboť stáří se dotýká každého člověka jinak. Způsob adaptace na tyto změny ovšem vychází z povahových rysů a dosavadního života jedince.

2.1.2 Projevy stárnutí

Projevy stárnutí nejsou patrné pouze na tváři nebo na těle, stáří zasahuje i do duše člověka. Tyto projevy nelze zakrýt ani je přehlédnout. V dnešní vyspělé době lze tyto projevy zmírnit, ale ne zastavit. Vše má svůj čas a nic netrvá věčně, je jakousi zákonitostí, že stáří člověka vždy dostihne.

Změny způsobené biologickým stárnutím postihují tělesné tkáně a orgány, avšak neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a také životním stylem (Klevetová, Dlabalová, 2008). Zpravidla nejvíce bývá ohrožen centrální řídicí orgán, kterým je mozek. *„Cvičením pohybových vzorců a kognitivních funkcí můžeme dosáhnout toho, že vyřazená nefunkční neuronová spojení převezmou jiné mozkové okruhy. Toho lze využít zejména při CMP, neurologických postiženích a některých druzích demence. Začít se však musí ihned po projevech nemoci a je třeba vytvořit program, který je dlouhodobý - jedině to přináší úspěch“* (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19).

Klevetová a Dlabalová (2008) rozdělily projevy biologického stáří týkající se tělesné stránky člověka do několika skupin:

Biologické aspekty stárnutí

• Pohybový systém

Jelikož ubývá svalové hmoty, dochází i k úbytku svalové síly. Pohyby starých lidí jsou pomalejší, nekoordinovanější, kosti řidnou a stávají se tak křehčími. Starý člověk se hrbí, což je způsobeno především atrofií meziobratlových plotének a ochabováním kosterních svalů. Dále také dochází k ukládání tukových látek a vápníku v cévách, tím postupně dochází k jejich zužování a následné ischemii v příslušné části organismu.

• Kardiopulmonální systém

Klesá vitální kapacita plic, starý člověk přijímá z prostředí méně kyslíku, protože pohyby hrudního koše jsou menší. Tepny se zvětšují, což způsobuje narušení regulace krevního tlaku. Levá srdeční komora je méně výkonná a dochází tak k jejímu selhávání při zvýšené zátěži. Srdce nedokáže zvládnout stávající nápor, který se projevuje plicní dušností.

- **Trávicí systém**

Snižuje se množství trávicích šťáv a potrava se tak pomaleji rozkládá a vstřebává. Dochází k poklesu výkonnosti jater a slinivky břišní. Snížená svalová síla zapříčiňuje pokles tlustého střeva, který se pak projevuje chronickou zácpou.

- **Kožní systém**

Kůže se postupně ztenčuje a ztrácí svou pružnost. Tvoří se vrásky a vlasy šedivěji. Dále se objevuje zvýšená pigmentace a tvoří se stařecké skvrny, nebo naopak v některých částech těla pigmentace chybí.

- **Smyslové orgány**

Člověk se ve stáří hůře orientuje a dochází také ke zhoršenému vnímání podnětů zvenčí. Zhoršuje se nejenom zrak, ale také sluch, chuťové, čichové a hmatové schopnosti. To může mít za následek problém odhadnout vzdálenosti a teplotu předmětů což může způsobit mnoho úrazů.

Projevy stáří, ale nepostihují pouze tělesnou schránku člověka, nýbrž zasahují i do psychického vnímání jedince. Často se poukazuje na souvislost mezi změnami tělesnými a psychickými. Jak uvádí (Malíková, 2011) změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna.

Psychické aspekty stárnutí

- Přítomno je zde zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, zapamatování si nových skutečností a informací, schopnost rozpoznat viděné předměty a vybavovat si zažitá fakta.
- Zvýšená emoční labilita – časté jsou výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.
- Celkové povahové změny – z pozitivních vlastností se stávají neutrální, někdy až negativní. Starý člověk reaguje tak, jak v průběhu svého života nereagoval,

nebo naopak některé jeho reakce mohou být pozitivním překvapením pro blízké osoby.

- Celkový nebo částečný pokles zájmů seniora – může se týkat všech nebo jen některých oblastí života. Přítomna zde může být apatie, rezignace, sociální izolace neochota spolupracovat a komunikovat.
- Tendence k bilancování svého života a posuzování životních rozhodnutí s časovým odstupem, z nadhledu.
- Snížená schopnost adaptace a přizpůsobování se novým věcem.
- Změny potřeb a životních hodnot – orientují se více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti, spirituality a duchovních hodnot (Malíková, 2011).

Nesmíme také opomenout, že na vývoj stáří a stárnutí mají také vliv mnohé sociální aspekty. Jedním z nejzákladnějších je změna společenského postavení. Malíková (2011) rozděluje sociální aspekty do dvou skupin.

Sociální aspekty stárnutí

Nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty

- Odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří mají nedostatek zájmů, koníčků nebo kterýchkoliv jiných než pracovních aktivit.
- Omezení sociální aktivity v kulturních činnostech.
- Změna ekonomické situace – snížení financí, omezení ekonomického zabezpečení.
- Generační osamělost – úmrtí jednoho z partnerů.
- Zhoršená možnost kontaktu – s rodinou, přáteli či jinými osobami.
- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Fyzická závislost – z důvodu pohybového oslabení, nemoci nebo smyslového omezení.
- Strach ze stáří, samoty a nesoběstačnosti.

Nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty

- Funkční rodina, pozitivní rodinné zázemí a pevná citová pouta.
- Příprava na vyplnění volného času (zájmy, koníčky).
- Ekonomická příprava zabezpečení na stáří – vhodné bydlení, úspory, penzijní připojištění (Jarošová, 2006).

Sociálních aspektů, které ovlivňují stárnoucího jedince ať již pozitivně či negativně je tedy celá řada, záleží již pouze na osobnosti, kterými se nechá více či méně ovlivnit.

2.1.3 Změna osobnosti a života ve stáří

Člověk se s věkem mění, a jeho povahové vlastnosti či osobnostní charakter s ním. Záleží na okolnostech a prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Velikou roli sehrává rodina a vztahy uvnitř, vzájemná úcta a pochopení v tomto směru sehrává jistě pozitivní roli. „*Kdo ve stáří prohlédne tajemství života a pochopí svůj život jako celek, stane se moudrým. To je první smysl a úkol stáří - stát se moudrým*“ (Grün, 2009, s. 13).

Jak již bylo zmíněno výše, změny způsobené ve stáří závisí na charakteru osobnosti, ale také životních zkušenostech, vzdělání a prostředí ve kterém jedinec žije. „*Od okamžiku, kdy si jedinec uvědomí, že stárne, začíná problém jeho psychologické adaptace na stáří. Jeho postoj může mít konstruktivní přístup, někteří si vytvoří závislost na okolí, ale může se stát i to, že vůči všemu a všem zaujme postoj nepřátelský*“ (Malíková, 2011. s. 18).

Méně známým faktem je, že ve stáří stoupá zájem o veškeré kulturní a společenské dění a všeobecnou informovanost a rozhled (Haškovcová, 1990). Někteří staří lidé mají naopak obavy účastnit se nejrůznějších společenských akcí, neboť se bojí, jak na jejich případné výpadky paměti či neschopnost zareagovat adekvátním způsobem bude reagovat okolí a často pocítují jistou nedůvěru k mladším osobám. „*Staří lidé preferují hovory s vrstevníky. S nimi se cítí dobře, mezi svými jsou v bezpečí: každý z nich už má nějaké to mínus a vzájemné sdělení obtížnější. Stávají se spojenci ve světě, který pomalu patří jiným*“ (Haškovcová, 1990, s. 100).

Lidé v seniorském věku se často setkávají s nejrůznějšími druhy diskriminace, ale také sociální exkluzí a sociálním vyloučením. Diskriminace souvisí s klesající obranyschopností a narůstající zranitelností, což je podstatou seniorské ohroženosti (Kalvach, Onderková, 2006). Sociální exkluzi chápeme jako úpadek vztahů mezi jedincem a skupinou. *„Dochází ke ztrátě sounáležitosti, mizí sdílení hodnot i společenských statků. Důsledkem je frustrace, rezignace, někdy asociální či antisociální chování, jindy ztráta sebeúcty, někdy až autoagrese“* (Kalvach, Onderková, 2006, s. 10).

Pro staré osoby je typická především věková diskriminace, která může nabývat různých podob. Může jít o podobu hrubé diskriminace, což je například odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu vysokého věku, nebo pouhé nevhodné jednání, ať už se jedná o odebrání jejich kompetencí nebo podceňování jejich schopností (Kalvach, Onderková, 2006).

Je nutné si uvědomit, že nelze přesně odhadnout, jaký konkrétní postoj bude daná osoba zaujímat a jak se bude adaptovat na nově vzniklou situaci (Malíková, 2011).

Haškovcová (1990) uvádí pět klasifikací reakcí na stáří.

- **Strategie konstruktivnosti**

Jedinec poměrně snadno dokáže navazovat vztahy s druhými, je optimistický, dokáže moudře hodnotit svůj dosavadní život, reálně přijímat možnosti budoucího života ve stáří, vyzařuje z něj spokojenost, absentuje sebelítost.

- **Strategie závislosti**

Jedinec spěje k závislosti a pasivitě, spoléhá na druhé, věří, že o něj bude postaráno, pracovní kariéra a prestiž nebyly jeho dominantou, preferuje klidné rodinné zázemí a dobré mezilidské vztahy, možnost odpočinku v ústraní vítá.

- **Strategie obranného postoje**

Sem řadíme jedince, kteří žili hlavně pro práci, aktivně se zapojovali do veškerého společenského dění, spíše dávali, než brali, vykazovali vysokou míru soběstačnosti, nechtějí být v penzi a bojí se závislosti, do penze přicházejí, až je k tomu okolnosti donutí.

- **Strategie nepřátelství**

Jedinci stáří přijímají jako nepřízeň osudu, vinu dávají mladším, bývají mrzutí, závistiví a nepříjemní, často odhází do ústraní, bývají rozhněvaní na celý svět.

- **Strategie sebenenávisti**

Tito jedinci jsou rozhněvaní sami na sebe, nemají se rádi, svůj dosavadní život hodnotí s pohrdáním, jsou lítostiví, těžko se ovládají, mají sklony k depresím, život je pro ně neštěstím.

Samozřejmě se objevuje celá řada kombinací těchto reakcí. Souhrnně lze opět říci, že způsob adaptace a změna osobnosti ve stáří je dána předchozími životními zkušenostmi a samotnou povahou jedince. O způsobu přijetí této změny rozhoduje člověk z velké míry sám, ostatní činitelé pouze ohraničují způsob jeho rozhodnutí.

2.2 Potřeby člověka ve stáří

Život zdravého člověka můžeme charakterizovat jako neustálé uspokojování různých potřeb, které pro něj mají různou hodnotu. Jelikož člověk prochází ve stáří řadou nejrůznějších změn, je pro něj uspokojování potřeb důležitější než kdykoliv jindy.

2.2.1 Potřeba komunikace

Komunikace je pro člověka v seniorském věku jistě důležitou součástí každodenního života. Prostřednictvím komunikace ať už verbální, či neverbální můžeme dávat najevo své pocity, tužby a přání. Komunikací poukazujeme na to, že nám na někom záleží, že s někým soucítíme a dokážeme jej pochopit.

Komunikace je však také ovlivněna mnoha faktory, mezi které řadíme dobu, prostředí, momentální stav a osobní situaci účastníků rozhovoru, jejich ochotu ke komunikaci, předchozí zkušenosti a mnoho dalších (Malíková, 2011).

„Základní komunikační dovedností je aktivní naslouchání, které je považováno za nejdůležitější prvek rozhovoru. Zahrnuje více než jen vyslechnutí sdělených

informací – jde o cílený aktivní postoj, při němž dáváme najevo, že chápeme a rozumíme“ (Mahrová, Venglářová, 2006, s. 26).

Malíková (2011) rozděluje složky verbální komunikace do šesti oddílů:

Rezonance – jedná se o formu zpětné vazby, je to vlastně potvrzení aktivního naslouchání. Komunikant dává najevo, že poslouchá a snaží se porozumět tomu, co bylo řečeno a doslova opakuje, co klient řekl (například: Je vám to líto. Jste zklamaný).

Reflexe – komunikant se snaží pochopit jaká je skutečná příčina obsáhlejšího klientova sdělení, reflexy provede tím, že příčinu pojmenuje a dá klientovy prostor pro další vyjádření.

Sumarizace – jedná se o podrobnější vyjádření než je reflexe. Komunikant se snaží zrekapitulovat již řečené a shrnout jeho podstatu.

Povzbuzování – komunikant aktivně naslouchá a pobízí klienta k dalšímu popisu či vyjádření. Může pokládat i otázky. Tento způsob je spíše vhodný pro nesmělé a ostýchavé klienty.

Empatie – projevením empatie dáváme najevo určité porozumění jiné osobě. Komunikant si uvědomuje, jak se asi klient cítí a chápavě se k němu chová. Projev empatie může mít většího účinku, pokud je podpořen a vhodně projeven například citlivě voleným dotykem.

Mlčení – mlčení je velice důležitým a často opomíjeným komunikačním prostředkem. Citlivě volené mlčení komunikanta ve spojení s aktivním nasloucháním může být v některých situacích tím nejlepším, co klient ve chvíli potřebuje. Jednoduše klienta přijímáme a jednoduše jsme u něj přítomni.

K základním nástrojům kvalitní komunikace s klientem patří zejména zájem, respekt k jeho osobnosti a nepodceňování jeho schopností a kompetencí (Onderková, Kalvach, 2006).

Mahrová a Venglářová (2006) uvádějí, že úspěšné komunikace můžeme dosáhnout pomocí následujících atributů:

Úcta – tímto dáváme klientovy najevo, že jej respektujeme jako osobnost a vážíme si jej bez ohledu na situaci.

Důvěryhodnost – jednáme a hovoříme s klientem tak, aby nám mohl důvěřovat. Nevhodným chováním můžeme důvěru naopak ztratit.

Ochota dávat, nejen přijímat – obě strany musí při rozhovoru nejen hovořit, ale také naslouchat. Komunikant tedy nesmí vést jen monolog vůči klientovi, ale musí mu dát prostor i pro jeho sdělení.

Ochota odložit masku – klient snadno pozná, když komunikant něco tají nebo předstírá. Klient ocení jeho upřímný a korektní postoj. Komunikant tak také působí daleko důvěryhodněji.

Připravenost ke změnám a revizi postojů – pro komunikaci je přínosné když komunikant nelpí striktně na svých postojích a zásadách, ale má schopnost přehodnotit či přijímat nové názory.

Citlivé odkrývání překážek v rozhovoru – pokud komunikant zpozoruje nějaký problém, je žádoucí citlivým způsobem pátrat po jeho příčině a usilovat o jeho řešení.

Přátelská atmosféra – podmínky pro komunikaci lze podstatně zlepšit vytvářením přátelské atmosféry. Efekt je daleko vyšší, vytváří-li přátelskou atmosféru obě strany, tedy komunikant i klient.

Metakomunikační vsuvky – jedná se o komunikační techniku, která by měla být použita jen ojediněle a s velkým citem. Používá se, pokud klient působí ostýchavě a nesměle. Komunikant může klientovi usnadnit jeho sdělení tím, že na základě odhadu předpokládá, co klienta trápí a tuto domněnku nahlas vysloví.

Komunikaci můžeme také rozčlenit dle jejího charakteru. Mahrová a Venglářová (2006) se problematikou komunikace se seniory zabývaly velmi podrobně a komunikaci se seniory rozdělily na tři druhy:

Sociální komunikace – představuje běžný rozhovor, který probíhá mezi komunikantem a klientem. K uskutečnění této komunikace jsou vhodné situace při běžných denních činnostech.

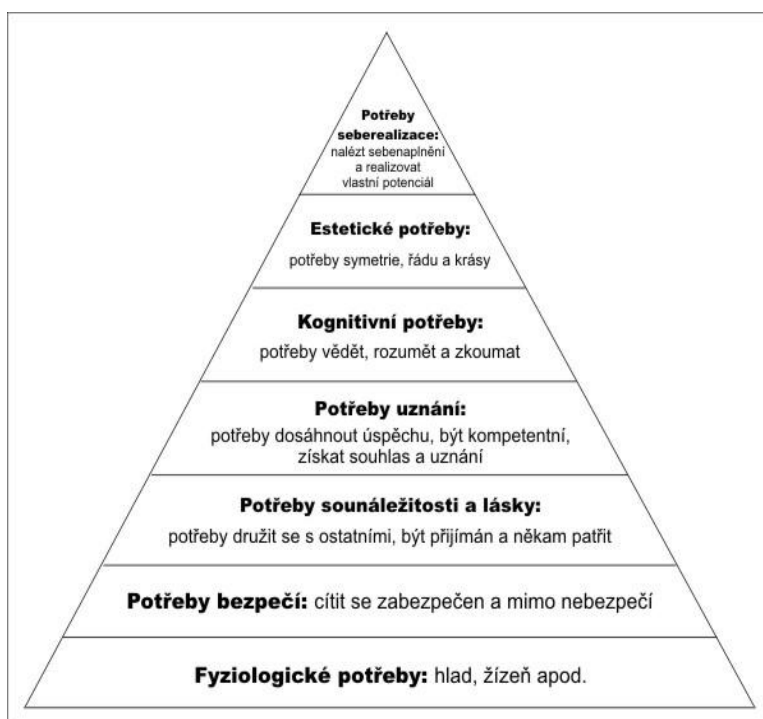
Specifická (strukturovaná) komunikace – jedná se o konkrétně zaměřený rozhovor, kde je již stanovený určitý cíl. V průběhu rozhovoru jsou klientovi většinou podávány důležité informace. Komunikant musí informace sdělovat srozumitelně a musí si ověřit, zda klient informacím porozuměl.

Terapeutická komunikace – často je realizovaná formou rozhovorů komunikanta a klienta. Podstatou je poskytování podpory a pomoci klientovi v tíživých situacích. Terapeutické rozhovory probíhají při běžných denních činnostech.

Potřeba správné komunikace je tedy pro seniory obrovská, pomocí znalostí a správných zásad můžeme docílit požadovaných výsledků.

„Nedostatek znalostí a dovedností vede k nedorozuměním, problémům a nespokojenosti, a to většinou na obou zúčastněných stranách“ (Malíková, 2011, s. 228).

Americký psycholog Abraham Maslow se podrobně zabýval lidskými potřebami a na základě získaných poznatků vytvořil škálu ve tvaru pyramidy. Ve které schematicky rozčlenil všechny oblasti lidských potřeb do několika úrovní (Malíková, 2011, s. 169).



Obr. 1 Maslowova pyramida potřeb (<http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>)

2.2.2 Potřeba stimulace, bezpečí a jistoty

„Prioritním požadavkem pro celý lidský organismus od početí až do smrti je dostávat správné podněty na správném místě, ve správný čas a v přiměřeném množství a kvalitě“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 58).

Potřeba stimulace má u starých lidí veliký význam. Přísun jakýchkoliv informací je vždy spojen s prožitkem ve smyslu příjemné či nepříjemné.

Potřeba stimulace, bezpečí a jistoty vzniká brzy po uspokojení fyziologických potřeb. Zahrnuje:

- Jistotu příjmu a přístupu ke zdrojům
- Fyzickou bezpečnost - ochranu před násilím a agresí
- Morální a fyziologickou jistotu
- Jistotu rodiny
- Jistotu zdraví (Malíková, 2011)

Každý člověk potřebuje někam patřit a mít své místo v životě. Pozice, kterou si celý dosavadní život budoval, se může ve stáří snadno dostat do ohrožení.

Ve stáří je nutno přijmout mnoho sociálních změn, které senioři hůře přijímají a také se na ně hůře adaptují. Klevetová a Dlabalová (2008) poukazují na několik změn a ztrát, které s sebou stáří přináší. Těmito faktory může být pocit bezpečí a jistoty snadno ohrožen.

Změny

- Pracovní role.
- Role otec – matka – prázdné hnízdo.
- Společenská role – odchod do důchodu.
- Rozvod – nemoc – smrt partnera.
- Bydlení – odchod do nemocnice, domova důchodců.
- Snížení fyzických sil.
- Změna fyzického vzhledu.
- Smyslové funkce.

Ztráty

- Ztráta pracovního kolektivu a navyklých pracovních činností v závislosti na čase.
- Odchod dětí.
- Sociální izolace.
- Osamělost vs. samota.
- Soukromí, vlastní domov.
- Neschopnost sebepéče – závislost na druhých.
- Ochota něco nového si koupit, jít do společnosti.

- Okamžitá orientace a jednání.

Každý z nás potřebuje jiný čas k přijetí aktuálních změn. Starý člověk má své dosavadní způsoby života velmi silně zakotveny a je pro něj velmi obtížné tyto způsoby jakkoliv měnit. Také záleží na jeho osobnosti, temperamentu, jak žil, jaké způsoby chování měl, zda byl ten, který doposud vše řídil nebo byl poslušným vykonavatelem rozkazů svého partnera (Klevetová, Dlabalová, 2008).

„Jak se lidé vypořádávají se ztrátami během života, tak se vypořádávají se ztrátami i ve stáří. Snaží se udržet si to, co znají a co bylo pro ně dobré dříve. Shromažďují nepotřebné věci, a i jinak všemožně brání své jistoty. Když je ztratí, cítí se být okradeni, ošizeni“ (Rheinwaldová, 1999, s. 43).

Člověk má ve stáří potřebu být plně orientován ve svém prostoru a to nejen fyzicky, ale také citově, tato potřeba je uložena hluboko v lidském povědomí a pojí se k mechanismu přežití a duševního zdraví (Rheinwaldová, 1999).

„Mnoho starých lidí se cítí být v izolaci, odříznuti od lidské společnosti a někdy „odstranění“ do domova důchodců. Aby ale stáří přineslo své plody, potřebuje společenství“ (Grün, 2009, s. 70).

V dnešní vyspělé době existuje celá řada nabídek nejrůznějších programů pro seniory, které umožňují prožití aktivního stáří. Utváří navzájem společenství, kde si mohou lidé naslouchat nebo si jen popovídat o svých strastech či radostech.

„Kvalitní program je nejen nutným doplňkem péče o seniory, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný“ (Rheinwaldová, 1999, s. 12).

Podstatné tedy je, že potřeba stimulace, bezpečí a jistoty nesmí být opomíjenou složkou života lidí seniorského věku. K dispozici je celá řada prostředků, pomocí nichž, můžeme seniorům tyto potřeby poskytnout.

2.2.3 Potřeba úcty a pochopení

Jak již bylo zmíněno výše, starý člověk se jen velmi těžce vyrovnává se změnami, které stáří přináší. Potřeba úcty a pochopení jistě zaujímá nenahraditelnou roli v procesu adaptace na změny nově přicházející.

Pro každého, zvláště pak starého člověka je důležité mít svůj život pod kontrolou, moci se rozhodovat o svých činnostech, uznávat se takový jaký jsem a mít pocit důležitosti (Kleветová, Dlabalová, 2008).

Malíková (2011) uvedla ještě několik dalších potřeb, které s potřebou úcty a pochopení úzce souvisí.

Potřeba lásky a sounáležitosti – jedná se o potřebu milovat a být milován, často vystupuje do popředí v situacích opuštění nebo osamocení.

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty – tato potřeba se projevuje ve dvou rovinách, nejdříve ve vztahu k sobě samému a pak ve vztahu k okolí. Primární je potřeba jedince orientovaná sama na sebe – sebeúcta, seberespekt. Druhá je potřeba respektu a uznání okolím.

Potřeby kognitivní – sem řadíme potřebu poznávat, vědět, rozumět, orientovat se v něčem, touhu po nových poznacích a informacích.

Potřeby estetické – jde o uspokojení touhy po kráse, vkusu a umění. Tato potřeba se může projevovat v různých oblastech a různým způsobem (oblečení, líčení, úprava vlasů). Dále požadavky na upravené a příjemné prostředí, sledování kulturních, uměleckých a společenských akcí.

Potřeba seberealizace – jedinec pociťuje potřebu realizovat svůj vlastní potenciál, sám sebe, něco dokázat. Potřeba seberealizace je úzce spojena s naší spiritualitou – hledáním sama sebe. Souvisí s duchovním vývojem člověka.

„Chápeme-li stárnutí jako proces, při kterém dochází postupně ke změnám zdravotního a funkčního stavu stárnoucího člověka a k proměnám jeho partnerských, rodinných a společenských vztahů, musíme konstatovat, že se v průběhu stárnutí mohou měnit i potřeby a priority při jejich uspokojování. Navíc saturace jedné z potřeb může frustrovat potřebu jinou, např. přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale narušit sociální vazby (Kalvach, Čevela, Čeledová, 2012, s. 34).

Je samozřejmostí, že všichni lidé bez ohledu na věk mají potřebu být a zůstat platní, prospěšní a uznávaní. Zvláště pak starý člověk potřebuje být uznáván a respektován, neboť mu tyto hodnoty pomáhají usnadnit proces stárnutí.

2.3 Historie domovů pro seniory v ČR

2.3.1 Vznik prvních domovů pro seniory

Péče o starou populaci, duševně nemocné nebo sociálně potřebné, se v průběhu času měnila. Úroveň poskytované péče odpovídala možnostem dané kulturní společnosti. Jiná péče byla poskytována v dobách míru a pokoje, naopak doba válečná je charakterizována absencí poskytování péče o staré a nemohoucí.

Na počátku 12. století vznikaly špitály provozované církevními řády, které poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem. Od 17. století jsou na našem území zakládány klasické nemocnice, ve kterých začíná postupně převládat léčebná složka, mizí pečovatelský charakter a staří lidé jsou tak umisťováni do starobinců či chudobinců (Jarošová, 2006).

„Za doby vlády Josefa II. se na základě chudinské ústavy začala také v Čechách rozvíjet cílená péče o staré. Na panstvích vznikaly farní chudinské instituty pro nezaopatřené, chudé anebo staré lidi. Podle tzv. domovského práva z roku 1863 byla obec povinna postarat se o chudé, handicapované a staré a poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci“ (Jarošová, 2006, s. 40).

Veliký rozvoj v péči o staré a nemohoucí nastal v období první republiky. Začala vznikat nejen nová zařízení pro staré lidi, ale také kromě institucionální péče poskytovaly pomoc starým lidem různé dobročinné organizace a církve (Staňková, 2003).

System péče o staré lidi se tak postupně vyvíjel od nesoustavné péče až po péči garantovanou státem. *„V roce 1929 byla v Praze založena R. Eiselttem první specializovaná instituce pro seniory na světě – Klinika nemoci a stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory“ (Haškovcová, 2002, s. 40).*

Po druhé světové válce dochází na našem území k rozvoji péče, zaměřené především na sociální a materiální zabezpečení. Po roce 1954 jsou původní „domy odpočinku“ přetransformovány na domovy důchodců (Jarošová, 2006).

„V sedmdesátých letech vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž patientské spektrum tvoří převážně nemocní, staří lidé. Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení,“ (Jarošová, 2006, s. 41).

Systém sociální péče je dnes upraven zákonem o sociálním zabezpečení. Zákonem je také definována podpora pečujících *„Pečuje-li rodinný příslušník (nebo občan žijící ve společné domácnosti) osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu, která je bezmocná, starší 80 let a částečně bezmocná, starší 80 let a dle indikace ošetřujícího lékaře potřebuje péči jiné osoby, náleží mu podle zákona o sociálním zabezpečení příspěvek při péči o blízkou osobu“* (Jarošová, 2006, s. 43).

2.3.2 Poskytovaná péče v domovech pro seniory

Péče o občany, kteří se o sebe sami z jakýchkoli důvodů nedovedou nebo nemohou postarat, patří k morálním povinnostem všech zdravých a produktivních obyvatel.

V dnešní moderní době, kdy řada mladých lidí mění svůj životní styl i hodnoty a staří lidé se v jejích očích těší stále menší váženosti a úctě, se zkrátka nemohou a často ani nedovedou postarat o své stárnoucí příbuzné.

V mladých rodinách dnes obvykle oba partneři pracují na plný úvazek a ve zbývajícím čase se sotva dokáží postarat o vlastní děti. Dnes je tedy velice aktuální, že lidé, kteří z nějakého důvodu ztratili soběstačnost, odcházejí žít do domova důchodců či podobných zařízení.

„Nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chátrání a to jak fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu“ (Rheinwaldová, 1999, s. 10).

Více než 85 % pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi, nikoliv státem. Poskytované sociální služby v těchto zařízeních jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které náleží pobytovému zařízení, ve kterém klient pobývá (Malíková, 2011).

V pobytových zařízeních pracuje omezený počet všeobecných sester, které kromě své odborné péče vykonávají i nekvalifikovanou a méně odbornou práci. Klientům jsou poskytovány služby vytvořené na základě společného individuálního plánu. Cílem poskytovaných služeb není vykonávat činnost za klienta, ale pomáhat mu a podporovat jej v tom, aby dokázal alespoň některé činnosti sám a byl tak co nejméně závislý na ošetrovatelské péči (Malíková, 2011).

Je téměř nezbytný individualizovaný přístup k potřebám seniorů. Jarošová (2006) uvádí principy péče o seniora, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu již v roce 1982.

- **demedicalizace** – akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii.
- **deinstitutionalizace** – priorita ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti.
- **desektorizace** – týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.
- **deprofesionalizace** – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví.

Zařízení pro starší a nemohoucí by měla být dostatek, tak aby mohla být specializována na určitý druh obyvatel či pacientů. Také by měla být vedena potřebami obyvatel a ne naopak (Rheinwaldová, 1999).

„U každého jedince je třeba sledovat cíl péče, která má jeho současný stav zlepšit, nebo není-li to možné, má zabránit jeho zhoršování. V jakémkoliv stavu má být o obyvatele pečováno tak, aby se cítil spokojený a klidný, aby byla jeho lidská důstojnost a hodnota zachována“ (Rheinwaldová, 1999, s. 11).

V současné době je u nás k dispozici celá řada jednotlivých druhů sociálních služeb pro seniory. Domovy pro seniory jsou dle Malíkové (2011, s. 45) charakterizovány jako „*pobytová služba s celoročním provozem určená pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrávat ve svém přirozeném sociálním prostředí*“.

Při příjmu nového klienta do zařízení je přítomen sociální pracovník, vrchní sestra, všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, fyzioterapeut a pracovník pro volnočasové aktivity. Všichni pracovníci se klientovi představí a objasní mu, jaké služby mu budou poskytnuty. Sociální pracovník přidělí klientovi klíčového pracovníka na adaptační období. Klientovi je také založena zdravotnická dokumentace, která se dělí na část ekonomickou, ošetrovatelskou, zdravotnickou a sociální. Poté je klient uveden na svůj pokoj a seznámen s vybavením pokoje a možností jeho používání (Malíková 2011).

Aktivizační činnosti

Smyslem těchto činností je nalezení vhodných stimulačních a aktivizačních podnětů, které pomohou probudit v klientovi zájem o sebe a své potřeby, zapojovat se do sebestarání a zabránit tak vzniku závislosti. To podporuje zachování pocitu vlastní důstojnosti, radosti, uspokojení a naplnění důstojného prožívání stáří (Malíková, 2011).

Souhrnně lze tedy říci, že poskytovaná péče v domovech pro seniory je komplexní a zaměřená na individualitu člověka. Personál v domovech pro seniory by měl mít na mysli, že cílem je pomáhat všem obyvatelům prožít poklidné a důstojné stáří. „*Ve zkratce možno říci, že každý, kdo je naživu, by měl žít a ne živořit. Cílem pracovníků v gerontologii je pomáhat v tom starým lidem kvalitní, novátorskou a stimulační péčí, která respektuje individualitu a hodnotu každého jedince*“ (Rheinwaldová, 1999, s. 13).

2.3.3 Srovnání poskytované péče do roku 1989 s aktuální péčí v domovech pro seniory

V Čechách měli staří lidé podobný osud, jako tomu bylo jinde v Evropě. Žili tedy doma, a pokud byli bohatí, někdo se o ně vždy postaral. Ten někdo mohl být buď přímo rodinný příslušník anebo cizí bohatý člověk (Haškovcová, 1990). Zásadním mezníkem v poskytování péče o staré lidi, se stal nepochybně vznik samostatného československého státu.

Již v roce 1919 byla ustanovena správa pro otázky sociální péče. Od roku 1921 se problematice stáří věnuje profesor Rudolf Eiselt, ten je pověřen vybudovat ústav pro nemoci stáří, a tak zakládá Ústav pro nemoci stáří, jež se nachází v chudobinci ve Vyšehradské ulici, později je však kvůli nevyhovujícím podmínkám přestěhován do Zaopatřovacího ústavu v Praze – Krči. Vzniká tedy první klinika nemocí stáří na světě. Profesor Rudolf Eiselt je proto považován za otce naší klinické geriatric (Haškovcová, 1990).

Zcela novou etapu péče o staré a nemocné zahajuje až doba po druhé světové válce. Tehdejší socialistická společnost přebírá úvazek postarat se po stránci materiální, sociální i zdravotní o své staré občany. V roce 1954 jsou tzv. domovy odpočinku přejmenovány na domovy důchodců. Pod jednotné řízení přecházejí nejrůznější ústavy, tedy i ústavy pro děti a mládež (Haškovcová, 1990). Haškovcová také dále uvádí, že „v roce 1959 je na území ČSR jednotně řízeno všech 296 domovů důchodců s celkovým počtem 27 302 míst. V roce 1960 jsou pod jednotnou správu převedeny též ústavy, které až doposud spravovala Česká katolická Charita, církve, náboženské společnosti, a to s výjimkou těch, kteří sloužili výhradně příslušníkům těchto řádů“ (Haškovcová, 1990, s. 180).

1.1 1974 vznikají léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), ke stejnému datu byla zrušena tzv. interní oddělení II. typu s dřívějším názvem „odkladová interna“. Do LDN byli přijímáni nemocní, u nichž nebylo možné očekávat zlepšení zdravotního stavu v době kratší, než tři měsíce. Převážnou většinu nemocných tvořili staří, ačkoliv léčebna byla určena všem dlouhodobě nemocným lidem.

V 80. letech se domovy důchodců svou skladbou obyvatel stále více blížili nemocnici, než domovu, kdysi do něj přicházeli relativně zdraví, rozhodně však soběstační lidé, ti se tam, ale v průběhu let roznemohli a stali se částečně či trvale závislími na péči druhých. K roku 1989 bylo v českých zemích téměř 33 000 lůžek v domovech důchodců: na 28 000 z nich však leželi lidé, kteří vyžadovali lékařskou péči, 14 000 z nich potřebovalo pomoc druhé osoby a 8 000 obyvatel bylo trvale upoutáno na lůžko. Počet lůžek v LDN činil okolo 8 364, bylo tedy téměř nemožné nemocné z domovů důchodců a ostatních zařízení sociálního typu převést do nemocnice. Až do roku 1988 byly LDN zdravotnickým zařízením, domovy důchodců a domy s pečovatelskou službou patřily k resortu ministerstva práce a sociálních věcí, můžeme tedy říci, že péče o staré lidi byla poněkud dvoukolejná.

Podle toho, zda převažovala u daného jedince problematika sociální, nebo zdravotní, se řešilo přijetí do jednotlivých zařízení. Předrevoluční nahlížení na pobyt lidí v domovech pro seniory bylo poněkud zkreslené, vládl jakýsi mýtus, že starému člověku postačí určitá materiální potřeba a ostatní jako spokojenost, štěstí, naděje... přijde samo. Jak dnes již víme, starý člověk má daleko více potřeb, které je třeba uspokojovat a domněnka, že člověku postačí pouhé materiální zabezpečení, je mylná až absurdní.

Dalším problémem, který se během normalizace často vyskytoval, byla nízká úroveň vybavení domova. Mnohé domovy důchodců byly morálně zastaralé, téměř 69 % pokojů bylo jedno až čtyř-lůžkových, zbytek reprezentovaly pěti a více-lůžkové pokoje. Jedno WC připadlo až sedmi obyvatelům, z těchto údajů lze vyčíst ztrátu intimity obyvatel, k tomu přistupuje neméně závažná ztráta psychické intimity. Až 30 % obyvatel umíralo v prvních dvou letech pobytu v domově. Tato skutečnost vyplývala z faktu, že staří lidé do domova často přicházeli, až když museli, což vedlo k velmi obtížné adaptaci na pobyt v domově.

Malíková (2011) uvádí některé aspekty péče o seniory před rokem 1989:

- Nutnost podřídit se režimu v zařízení a často nucené ukončení navyklého předchozího způsobu života a životních návyků.
- Absence chápání klienta jako osoby mající svůj statut a svou autonomii, klient často ztrácel pocit individuality.

- Pasivní přijímání standardního provádění běžných denních aktivit.
- Nedostatečný prostor pro rozvoj osobnosti.
- Minimum motivace, apatie, rezignace, ztráta optimismu, ztráta naděje.
- Malé podporování a rozvíjení soběstačnosti

Po roce 1989 se přístup k péči o staré lidi radikálně změnil, což jistě přispělo ke kulturní vyspělosti země (Haškovcová, 1990).

2.4 Péče o klienty v domovech pro seniory

2.4.1 Adaptace na pobyt v domově

Snad nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v domově pro seniory je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na uměle vytvořené ústavní podmínky, doprovázené snižující se schopností adaptace na život mimo ústav. V domově se klient stýká s omezeným počtem spoluobyvatel, pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí, je pro něj tedy daleko snazší orientovat se v ústavním redukováném světě než v nepřehledném vnějším světě (Mühlpachr,2009).

Pro snazší a plynulejší adaptování se klienta na pobyt v domově je k dispozici tzv. koordinátor individuálního plánování. Tuto funkci by měl zastávat vedoucí sociální pracovník, ale v mnoha případech ji zastává vrchní sestra. Koordinátor zodpovídá za plynulou realizaci a funkčnost individuálního plánování u klientů, také vybírá a stanovuje vhodného klíčového pracovníka pro klienta. Musí dbát na rovnoměrnou vytiženost pracovníků, ve funkci klíčového pracovníka. Nemůže tedy přidělovat stejný počet klientů s rozdílnou náročností všem pracovníkům. Předpoklad náročnosti je pro koordinátora důležitým faktorem, může tedy přidělit jednomu pracovníkovi vyšší počet klientů, ale s nižší nesoběstačností a jinému pracovníkovi přidělí klientů méně, ale s vyšší nesoběstačností a závislostí (Malíková, 2011).

Do funkce klíčového pracovníka jsou nejčastěji delegováni zaměstnanci v pracovní pozici pracovník v sociálních službách, ošetřovatel a terapeut. Klient má právo si svého klíčového pracovníka vybrat sám, v praxi to ale může znamenat problém, nově přijatý klient nezná osobně žádné pracovníky, a tak se mu těžko odhaduje, kdo by mu mohl vyhovovat, a proto bývá klientovi na dobu adaptace klíčový pracovník přidělen.

Mezi závažné problémy patří vysoký počet klientů přidělených jednomu klíčovému pracovníkovi. Maximální počet by měl být čtyři až pět, ve většině případů to však bývá daleko více. Tato situace znamená, že jde o kvantitu na úkor kvality, jelikož se tak pracovníci nemohou maximálně a důsledně věnovat svým klientům (Malíková, 2011).

2.4.2 Kvalita poskytovaných sociálních služeb v domovech pro seniory

Vnímání jednotlivých oblastí, může být z pohledu jednotlivých stran velmi odlišné. Jinak je bude vnímat zřizovatel, poskytovatel, sociální pracovník, klient, rodinný příslušník nebo i veřejnost.

Kvalitu v sociálních službách můžeme definovat jako „*soubor vlastností a znaků nějaké činnosti, které se vztahují k naplnění daných požadavků. Míru kvality sociálních služeb, je možné definovat také jako pozitivní rozdíl od daných standardů*“ (Malíková, 2011, s. 134).

Měření kvality sociálních služeb je možné pomocí několika následujících způsobů:

- standardy kvality sociálních služeb,
- supervize, intervize,
- stížnosti,
- sebehodnocení, aj.

2.4.3 Úskalí pomáhajících profesí, syndrom vyhoření

Při práci s klienty domovů pro seniory je personál vystaven mnoha zátěžovým situacím. Může dojít k nahromadění nejrůznějších faktorů, které mohou velmi

výrazně ovlivnit vznik syndromu vyhoření – burn-out syndromu. Venglářová (2007) charakterizuje syndrom vyhoření jako „*Stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích, přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců*“ (Venglářová, 2007, s. 80).

Vztah je nutné navázat se všemi klienty, a ne vždy jsou si pracovník a klient navzájem sympatičtí. Proto je nutné zapojit profesionalitu a vůli, aby mohl takový vztah fungovat, to je ovšem citově velmi náročné. Navíc pracovníci v sociálních službách jsou klienty často odmítáni, neboť mají obavy ze zklamání.

Vztah je často ukončen smrtí klienta nebo jeho překladem do jiného zařízení, obranou před smutkem může být přílišná emoční neangažovanost (Venglářová, 2007).

Pracovníci v sociálních službách jsou také mnohdy vystaveni stresujícím situacím. Příkladem může být konflikt mezi pracovníkem a rodinou, která často očekává, že domov převezme veškerou péči i úkony, které může klient bez problémů zvládnout sám.

Venglářová (2007) rozdělila 4 základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření:

1. Přítomnost stresorů

Stresor může být například obava o bezpečí klienta, dobré zvládnutí péče, obava z konfliktu s klientem, také jako stresor může působit strach o pracovní pozici či zaměstnání vůbec.

2. Frustrace

Zásadní je zde potřeba smysluplné práce a respektu pro pomáhající. Profese pečovatelů stále nezískala dostatečné uznání ve společnosti, nedostatek respektu je patrný už v pojetí péče o seniory. Ačkoliv vyžaduje velkou profesionalitu a psychickou zdatnost, geriatrické není stále dostatečně ohodnocena ani mezi profesionály.

3. Negativní vztahy mezi spolupracovníky

- Existence sporů a konfliktů.
- Nedostatek důvěry ze strany klientů, nadřízených, rodin klientů.
- Nekolegiální chování.
- Snaha o zneužití moci.
- Přítomnost verbálních i brachiálních útků ze strany klienta.

4. Vliv prostředí, pracovních podmínek, organizace práce

- Míra svobody a kontroly.
- Nesmyslnost požadavků.
- Problémy s autoritou.
- Neplnění úkolů.
- Špatná komunikace.
- Nadměrné požadavky na pracovníky.

3 Empirická část

3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je popis základních informací týkajících se adaptace klienta na pobyt v domově pro seniory, komunikace a vzájemných vztahů klientů s ošetřujícím personálem. Zdrojem informací jsou oslovení senioři a pracovníci domova, se kterými bude veden rozhovor. Pro výzkumné šetření byl vybrán Dům pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici.

3.1.1 Výzkumné otázky

- VO1.** Jakou úlohu při adaptování a následném pobytu klienta sehraává jeho rodina a příbuzenstvo?
- VO2.** Pociťují klienti, kteří jsou v blízkém kontaktu se svou rodinou osamocenosť?
- VO3.** Je u klientů podporována soběstačnost, nebo jsou veškeré denní činnosti prováděny z ně?
- VO4.** Adaptují se lépe muži či ženy?

3.1.2 Výzkumné předpoklady

- VP1.** Rodina sehraává důležitou a zásadní roli při adaptování klienta.
- VP2.** Klienti, kteří se stýkají se svou rodinou, necítí osamocenosť.
- VP3.** U klientů je vzhledem k jejich pohybovým schopnostem podporována soběstačnost.
- VP4.** Způsob adaptace nezávisí na pohlaví klienta

3.2 Místo provedení kvalitativního výzkumu

Výzkum byl tedy realizován v Domově pokojného stáří ve Velké Bystřici, který je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je město Velká Bystřice.

3.2.1 Systém péče

Posláním této organizace je poskytnutí sociální služby seniorům (starším 65let), kteří vzhledem ke snížené soběstačnosti již nemohou setrvávat ve svém přirozeném prostředí. DPS poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných denních úkonů, pomoc při osobní hygieně nebo vytvoření podmínek pro osobní hygienu, aktivizační, sociálně-terapeutické a vzdělávací činnosti, zprostředkovává styk s okolním, společenským prostředím (<http://svanna.velkabystrice.cz/>).

3.2.2 Cíle DPS ve Velké Bystřici

Domov své klienty podporuje formou pobytových služeb tak, aby mohli v novém prostředí domova žít způsobem, který jim vyhovuje, a co možná nejvíce odpovídá způsobu života v původním přirozeném prostředí.

Obecnými cíli domova je zajištění důstojného a vzhledem ke zdravotní situaci přiměřeně aktivního života, kompenzace důsledků nepříznivé životní situace a zdravotního stavu uživatele a v neposlední řadě naplnění osobních cílů stanovených v individuálním plánu klienta.

Dalším z cílů domova je také zabezpečovat klientům komplexní zajištění základních potřeb s důrazem na respektování soukromí a individualitu klienta. Podporovat, vytvářet a udržovat vztahy s ostatními klienty, vlastními rodinami a jinak blízkými osobami. V maximální míře možná podpora soběstačnosti v oblasti sebeobsluhy, respektující práva klientů podílet se na plánování služby, která je poskytována, právo vyjádřit své pocity, tužby a přání, a také právo službu odmítnout. Důraz je také kladen na rozvíjení osobnosti klientů při pracovních činnostech a zájmových aktivitách, což bude také jedním z cílů našeho výzkumu.

Permanentní tendencí v práci zaměstnanců DPS je hledání nových cest k udržování, v některých případech i ke zvyšování úrovně pohybových, rozumových a komunikačních schopností a dovedností klientů, a tím vést ke zlepšování kvality jejich života (<http://svanna.velkabystrice.cz/>).

3.2.3 Zásady poskytované sociální služby

V popředí zájmu je vždy klient a jeho potřeby. Po nástupu do DPS je s klientem sepsána smlouva o poskytování služeb a individuální plán sociální služby. Základem práce s klientem je individuální přístup a respektování jeho práv, důležitým ukazatelem je sdílení společných hodnot a cílů všech zaměstnanců a jejich týmová spolupráce. Základem kvality prováděné služby je odbornost zaměstnanců a prohlubování znalostí při soustavném vzdělávání. Důraz je také kladen na podporu přirozených vztahů, spolupráci s rodinami klientů, ohleduplný, laskavý, vstřícný přístup a v neposlední řadě zachování lidské důstojnosti.

3.2.4 Komu je sociální služba poskytnuta

Sociální služba v DPS je určena seniorům starším 65 let se sníženou soběstačností v základních životních dovednostech a s trvalým pobytem na území města Velká Bystřice, kteří nejsou v akutním zdravotním stavu vyžadující odborné lékařské ošetřování a nemají infekční onemocnění, které může být zdrojem nákazy (<http://svanna.velkabystrice.cz/>).

3.3 Kvalitativní metody výzkumu

Hendl (2008, s. 28) charakterizuje výzkum jako „*systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji daného oboru*“.

Kvalitativní výzkumník zpravidla vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky, které může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat (Hendl, 2008).

Dle Miovskeho (2006, s. 16) chápeme kvalitativní přístup jako „*určitý princip nebo rámec, určující v závislosti na výzkumném problému výběr a způsob aplikace kvalitativních metod. Není tedy rozhodující, kolik či jakou mírou jsou v konkrétní studii využívány kvalitativní metody, ale zda je v jeho některé části uplatněn kvalitativní přístup*“.

3.3.1 Rozhovor, pozorování

Jako vhodný prostředek k realizaci průzkumu byl zvolen strukturovaný rozhovor a pozorování. Strukturovaný rozhovor má pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a neumožňuje mu příliš velké změny či úpravy, pořadí a znění otázek je taktéž fixované. Příprava pro provádění strukturovaného rozhovoru bývá technicky poněkud náročná (Miovský, 2006).

Jak uvádí Miovský (2006, s. 162) „*výhody strukturovaného rozhovoru lze spatřovat zejména u výzkumných témat u oblasti sociální psychologie a všude tam, kde budeme potřebovat především interpersonální srovnávání*“.

Pokud má být rozhovor správně veden, je třeba dodržovat hlavní podmínky a zásady, mezi které patří vymezení dostatečného množství prostoru pro jeho realizaci, zajištění soukromí a co nejnižší riziko rušení. Při samotné komunikaci je třeba dbát na tempo a hlasitost řeči. Rozhovor se snažíme vést v partnerském duchu, tazatel by měl budit důvěru a sympatie. Délka rozhovoru by měla být uzpůsobená

tématu, časovým možností a ochotě tázaného. Zásadní je také způsob záznamu rozhovoru – měli by se na něm shodnout tazatel i tázaný.

V případě pozorování byly veškeré pozorované sociální jevy pečlivě poznačeny. Dle Miovského (2006) patří pozorování spolu s rozhovorem mezi nejstarší metody získávání psychologických poznatků. Při výzkumném pozorování nemusíme mít předem přesně vytyčeno, co přesně budeme pozorovat a neplatí ani to, že by nebyl rozdíl mezi cvičeným a necvičeným pozorovatelem v kvalitě a množství zachycených jevů (Mioviský, 2006).

Prostřednictvím této výzkumné metody byl zaznamenán kontext, který dával rozsáhlejší význam respondentovu vyjádření názorů a hodnot. Pozorované emocionální reakce respondentů vedly k užitečným hypotézám v průběhu celého výzkumného šetření.

3.3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Po domluvě s vedením DPS ve Velké Bystřici byla vybrána jak skupina uživatelů služeb domova, tak i pracovníci domova. Všichni účastníci šetření byli seznámeni s účelem a cíli šetření.

Skupina pracovníků domova byla vybrána na základě věku a délky pracovní působnosti v domově, předpokládalo se, že pracovníci budou odpovídat na otázky v rámci strukturovaného rozhovoru již z časového odstupu a nabytých zkušeností. Pro příklad rozdílnosti názorů, byl k výzkumnému šetření přizván i pracovník, ve srovnání s ostatními, s krátkou pracovní působností v domově. Rozhovoru se celkem zúčastnili 4 respondenti z řad pracovníků v sociálních službách, jednalo se výhradně o ženy.

Podobně jako u pracovníků v sociálních službách, probíhal i výběr klientů domova. Klienti byli vybíráni dle délky pobytu v domově, pohlaví, ale také dle soběstačnosti a rozumových schopností. Stejně jako u pracovníků domova byli vybíráni klienti s různě dlouhou délkou pobytu.

V domově je ubytováno celkem 33 klientů, z toho 21 žen a 12 mužů. Z celkového počtu 21 žen jich bylo do výzkumného šetření zařazeno 5 a z celkového počtu 12 mužů byli vybráni 3.

4 Realizace výzkumu a interpretace získaných dat

4.1 Interpretace dat

Interpretace rozhovorů s klienty domova

Prostřednictvím kladených otázek bylo zjišťováno, jak klienti sami nahlíží na svůj pobyt v domově. Rozhovor měl za cíl zjistit jakým způsobem, se senioři na pobyt v domově adaptují, jak hodnotí běžný chod domova a jaké jsou vztahy mezi klienty a personálem. Rozhovoru se zúčastnilo celkem 8 respondentů (K1-K8), z toho 5 žen a 3 muži. Všichni odpovídali na totožné otázky.

Tabulka 1 – Složení výzkumného vzorku respondentů - klientů

Označení respondenta	Pohlaví respondenta	Věk respondenta	Délka pobytu v domově	Dosažené vzdělání
K1	Muž	91 let	8 let	Středoškolské
K2	Muž	82 let	4 roky	Vysokoškolské
K3	Muž	75 let	1 rok	Vyučen
K4	Žena	98 let	9 let	Středoškolské
K5	Žena	93 let	1 rok	Středoškolské
K6	Žena	79 let	18 let	Vyučena
K7	Žena	79 let	11 let	Vyučena
K8	Žena	78 let	2 roky	Vyučena

V následujícím textu se budeme věnovat interpretaci jednotlivých získaných strukturovaných rozhovorů, podle znění konkrétních otázek vždy jednotlivě u každého respondenta.

1. Jak dlouho žijete v tomto domově a jak se Vám tu líbí?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Žiji tady už osm let a jsem zde spokojený*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Žiji tady 4 roky a můžu říct, že tento pobyt uspokojuje můj stav*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Žiji tady téměř rok a moc se mi tu líbí*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Žiji tady už 9 let a jsem tu moc spokojená*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Jsem tu už více než rok a moc se mi tu líbí*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Žiji tu už 18 let a jsem tu spokojená*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Žiji tady už 11 let a pobyt zde se mi líbí*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Žiji tady už dva roky a se všemi službami jsem moc spokojená*“.

2. V předchozím místě bydliště jste žil/a sám/a nebo s rodinou?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Bydlel jsem v Olomouci s družkou, ale ta zemřela, zůstal jsem tedy sám a potřeboval jsem někoho, kdo by se o mě postaral*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Ve vlastním domě s manželkou a dětmi*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Žil jsem sám ve svém domě*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Předtím jsem žila sama v městském bytě*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Dříve jsem bydlela s manželem v rodinném domě*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Bydlela jsem tady na stejném místě sama, potom zde vznikl domov pro seniory*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Dříve jsem žila v rodinném domě s manželem*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Dříve jsem bydlela sama v rodinném domě*“.

3. Dochází k Vám pravidelně na návštěvy příbuzní či přátelé?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Ne, nikdo za mnou nechodí*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Ano, pravidelně za mnou dochází švagrová, dcera, syn a známí*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Občas za mnou přijde můj bratr, nebo docházím já za ním*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Občas za mnou, dochází můj dlouholetý přítel, jinak nikdo*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Ano, pravidelně za mnou dochází děti a přátelé, občas se jedu podívat i za dětmi domů*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Někdy za mnou přijede rodina nebo já za nimi*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Ano, dochází za mnou dcera, nebo někdy jezdím já za ní*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ano, dochází za mnou děti nebo přátelé*“.

4. Z jakého důvodu jste se sem přistěhoval/a?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Zůstal jsem sám, s dětmi se nestýkám a potřeboval jsem od někoho pomoc*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Po smrti manželky jsem byl donucen okolnostmi, jelikož jsem invalida*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Zůstal jsem doma sám a potřeboval jsem někoho, kdo by se o mě postaral, jelikož mám nemocné ledviny*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Už na mě dolehlo stáří a potřebovala jsem někoho, kdo by se o mě časem postaral*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „Už jsem se o sebe a manžela nedokázala pořádně postarat tak jako dříve, potřebovali jsme pomoc i někoho druhého“.

Respondent K6 odpověděl takto: „Bydlela jsem tu již dříve, a když zde vybudovali domov pro seniory, tak jsem tu už zůstala“.

Respondent K7 odpověděl takto: „Po smrti manžela jsem se o sebe nedokázala sama postarat“.

Respondent K8 odpověděl takto: „Zůstala jsem v domě sama a už jsem na vše nestačila“.

5. Postrádáte zde něco?

Respondent K1 odpověděl takto: „Ne, nechybí mi zde nic“.

Respondent K2 odpověděl takto: „Nepostrádám zde nic“.

Respondent K3 odpověděl takto: „Ne, vůbec nic“.

Respondent K4 odpověděl takto: „Mám tu vše, co potřebuji“.

Respondent K5 odpověděl takto: „Ne, mám tu vše, co potřebuji“.

Respondent K6 odpověděl takto: „Ne, pro mě je to už domov“.

Respondent K7 odpověděl takto: „Ne, cítím se tu dobře“.

Respondent K8 odpověděl takto: „Ne, jen mi občas chybí děti, ale ty za mnou jezdí“.

6. Máte zde dostatek soukromí?

Respondent K1 odpověděl takto: „Ano, mám svůj vlastní pokoj“.

Respondent K2 odpověděl takto: „Ano, mám“.

Respondent K3 odpověděl takto: „Ano, mám celý pokoj pro sebe“.

Respondent K4 odpověděl takto: „Ano, celý pokoj mám pro sebe“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Ano, s manželem máme pro sebe takový malý bytček*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Ano, mám svůj vlastní pokoj a v něm malou kuchyňku*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Ano, soukromí mám dostatek*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ano, mám celý pokoj pro sebe*“.

7. Využíváte aktivizační služby domova?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Ano všech, je to příjemné odreagování, nejradši mám pečení s ostatními seniory v domově*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Ano, účastním se téměř všech, pokud mi to zdravotní stav dovoluje*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Někdy ano, ale většinou se dívám na televizi nebo chodím ven*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Ne, já jsem spíše samotářská, raději se dívám na televizi*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Někdy ano, záleží, jak se zrovna cítím*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Ano, chodím na různé oslavy a veselice*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Ano, když se mi zrovna chce a mám dobrou náladu*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ano, často chodím na pečení nebo vaření, ale i na různé oslavy domova*“.

8. Jste v kontaktu s ostatními seniory v domově?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Ano jsem, chodíme spolu na obědy, nebo když je teplo, tak si posedíme venku na terase*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Ne, ani tady nikoho neznám protože do jídelny nechodím*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*S některými se znám už dlouho, ale s většinou se neznám vůbec*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Ne, na společné akce nechodím*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*S některými ano, občas si ve společenské místnosti povykládáme nebo jdeme na procházku*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Ano jsem, občas si povykládáme a chodíme spolu na oběd*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Ano jsem, mám tu jednu velmi dobrou kamarádku*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ano, chodíme se projít nebo si jen tak sedneme na terasu a vykládáme si*“.

9. Jak zde trávíte volný čas?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Na pokoji se dívám na televizi nebo si čtu*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Dívám se na televizi, čtu a jezdím za známými*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Dívám se na televizi, chodím ven nebo si čtu*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Poslouchám rádio, dívám se na televizi a čtu si*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Dívám se na televizi, chodím ven nebo si čtu*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Chodím ven, někdy jedu i do města nebo se dívám na televizi a čtu si*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Poslouchám rádio, dívám se na televizi a čtu si*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Čtu si, chodím ven a koukám se na televizi*“.

10. Jak na Vás působí personál?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Příjemně, ale sem tam nějaký ten menší konflikt přijde*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Je příjemný a odborně zdatný*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Je moc milý a ochotný*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Je moc ochotný a vstřícný, všechny tu mám moc ráda*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Velice příjemně, všechny tu mám moc ráda*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Personál je moc příjemný a ochotný*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Někoho mám radši a někoho méně, ale vcelku jsou všichni příjemní*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Je velmi milý a příjemný*“.

11. Je někdo z personálu ke komu máte negativní vztah?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Někdo je mi sympatičtější, někdo méně*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Ne, všichni jsou sympatičtí*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Ne, všechny mám moc rád*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Ne, nikdo*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Ne, nikdo takový, tu není*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Ne*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Vyloženě negativní vztah nemám k nikomu*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ne, nikdo takový tu není*“.

12. Využíváte všech nabízených služeb pracovníků v sociálních službách?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Ano, využívám dopomoc*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Ano, využívám*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Málokdy, zatím jsem soběstačný*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Někdy ano, ale snažím se podporovat svou soběstačnost*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Někdy ano, ale snažím se o sebe a o manžela postarat sama*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Nevyžaduji, jen někdy potřebuji dopomoc s koupáním*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Ano, teď už častěji, hlavně při koupání*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ne, vše zvládám sama*“.

13. Lze se s pracovníky dohodnout na způsobu provedení služby?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Ano, vždy se s nimi lze dohodnout na čemkoliv*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Vždy se společně dohodneme na způsobu provedení služby*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Ano, vždy jsou ochotní a vstřícní*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Ano, vždy se na všech službách dohodneme*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Určitě ano, vždy se spolu na všem dohodneme*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Ano, vždy se lze dohodnout*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Ano, nikdy jsem neměla žádný problém*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ano, není žádný problém se s nimi dohodnout, jsou velice ochotní*“.

14. Je Vám nějaká služba či způsob provedení služby nepříjemný?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Ne není, pracovníci dělají vše pečlivě*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Ne, vše je provedeno pečlivě a s citem*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Ne, vše je vždy v pořádku*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Pokud ano, není problém se dohodnout na změně způsobu služby*“

Respondent K5 odpověděl takto: „*Ne, ještě jsem se s ničím takovým nesetkala*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Ne, nic mi není nepříjemné*“

Respondent K7 odpověděl takto: „*Když mi něco vadí, tak to řeknu a vždy se to nějak vyřeší*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Ne, nic takového*“.

15. Jak by, jste zhodnotil/a svůj dosavadní pobyt v domově?

Respondent K1 odpověděl takto: „*Mě se tu líbí a jsem tu spokojený*“.

Respondent K2 odpověděl takto: „*Zhodnotil bych ho jako uspokojivý*“.

Respondent K3 odpověděl takto: „*Moc se mi tu líbí a jsem rád, že tu jsem*“.

Respondent K4 odpověděl takto: „*Jsem tu spokojená, mám tu všechny ráda*“.

Respondent K5 odpověděl takto: „*Jsem zde se vším spokojená*“.

Respondent K6 odpověděl takto: „*Jsem tu už velmi dlouho a stále jsem tu se vším spokojená*“.

Respondent K7 odpověděl takto: „*Vcelku jsem tu spokojená*“.

Respondent K8 odpověděl takto: „*Jsem ráda, že tu můžu být, moc se mi tu líbí*“.

Interpretce rozhovorů se sociálními pracovníky

Jak je již výše uvedeno, šetření se zúčastnila i skupina pracovníků v sociálních službách, kteří odpovídali na několik kladených otázek týkající se adaptace klientů na pobyt v tomto domově, ale také jejich vlastních zkušeností a názorů. Rozhovoru se zúčastnili 4 respondenti (P1- P4). Všichni odpovídali na totožné otázky, dle vlastního promyšlení a uvážení.

Tabulka 2 – Složení výzkumného vzorku respondentů – pracovníků v sociálních službách

Označení respondenta	Pohlaví respondenta	Věk respondenta	Vzdělání respondenta	Délka pracovní působnosti v domově
P1	Žena	59 let	Středoškolské	17 let
P2	Žena	53 let	Středoškolské	17 let
P3	Žena	43 let	Středoškolské	11 let
P4	Žena	21 let	Středoškolské	3 roky

V následujícím textu se budeme věnovat interpretaci jednotlivých získaných strukturovaných rozhovorů, podle znění konkrétních otázek vždy jednotlivě u každého respondenta.

1. Z jakých důvodů jste se rozhodl/a pracovat se starými lidmi? A v tomto zařízení?

Respondent P1 odpověděl takto: *„Dříve jsem mnoho let pracovala v nemocnici a potom na obvodě, už pro mě nastal čas, kdy jsem chtěla zmírnit tempo a usadit*

se v místě, kde není stres, lidé se tak často nemění a jedná se o práci v klidnějším prostředí a zrovna se uvolnilo místo v tomto domově“.

Respondent P2 odpověděl takto: *„Vždy jsem chtěla pracovat se starými lidmi, když se tady vyskytlo místo neváhala jsem“.*

Respondent P3 odpověděl takto: *„Přistěhovala jsem se a hledala místo, a pak tady hledali ošetřovatelku, tak jsem se sem přihlásila“.*

Respondent P4 odpověděl takto: *„Dostala jsem nabídku pracovat v tomto domově, a tak jsem si řekla, že to pro mě bude nová zkušenost, tak proč ji nevyužít“.*

2. Jaká jste měl/a očekávání při práci se starými lidmi? A jaká je realita?

Respondent P1 odpověděl takto: *„Očekávání jsem měla taková, že s klienty uzavřeme třeba nějakou formu přátelství, že si občas povykládáme, že to bude práce i v jistém smyslu optimistická, ale realita je jiná, většina klientů je ležící a neschopná jakékoliv komunikace“.*

Respondent P2 odpověděl takto: *„Čekala jsem, že tu budou alespoň někteří lidé pozitivní, ale převládá to negace, což působí hodně depresivně“.*

Respondent P3 odpověděl takto: *„Nevěděla jsem, do čeho jdu, a tak jsem žádná očekávání ani neměla“.*

Respondent P4 odpověděl takto: *„Věděla jsem, že to nebude nic snadného, snažila jsem se mít očekávání realistická, a proto se u mě tolik neliší očekávání a realita“.*

3. Co Vás první napadne, když se řekne stáří nebo starý člověk?

Respondent P1 odpověděl takto: *„Smutné období bez optimismu“.*

Respondent P2 odpověděl takto: *„Samota“.*

Respondent P3 odpověděl takto: „*Samota*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Úzkost, závislost na druhých a samota*“.

4. Jaké pocity ve vás vyvolává starý člověk? Jaké pocity prožíváte při představě vlastního stáří? Co prožíváte při představě stáří vašich blízkých?

Respondent P1 odpověděl takto: *U mě již vyvolává smutek, bojím se, že jednou dopadnu, tak jako někteří klienti tady, stejně tak u mých blízkých*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Bojím se, že se o sebe jednou nebudu schopná postarat, že se nedostanu do takového domova jaký je tady a stejně tak i mí blízcí*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Mnohdy pocity pesimistické, vždy si říkám, že bych nechtěla, aby měli takovéto stáří mí blízcí, ale samozřejmě ne všichni klienti jsou bezmocní a nesoběstační*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Bojím se, že dopadnu jako někteří klienti tady, závislá na druhých a osamocená*“.

5. Na co se podle Vás těší sociální pracovníci při myšlence na stáří? Čeho se naopak bojí při myšlence na stáří?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Nevím, jestli se na něco těší, spíš si myslím, že se bojí toho, co vidí u ostatních klientů, strach a bezmoc*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Těší se možná na to, že to pro ně bude období klidu a míru, kdy nebudou muset chodit do práce a budou mít spoustu volného času. Bojí se, že se o sebe nebudou moci postarat a ztráty intimity*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Těší se, že budou mít například klid a zasloužený odpočinek a bojí se nesoběstačnosti a samoty*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Těší se na to, že nebudou muset chodit do práce a budou mít klid, bojí se asi nesoběstačnosti a závislosti na druhých*“.

6. Jak si myslíte, že klienti DS nahlíží na práci sociálních pracovníků?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Mnoho klientů naši práci bere jako samozřejmost, neuvědomují si, že my ale děláme velkou práci navíc*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Myslí si, že je naše práce dobře placená, a že se nám tedy vyplatí v těchto službách pracovat*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Někteří klienti tuto práci berou jako poslání a mají k ní velký respekt, ale ostatní ji berou jako něco, za co jsme placeni a tím pádem je to i naše povinnost*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Myslím, že to vše co tu děláme, berou jako samozřejmost*“.

7. Co je podle Vás zdrojem stereotypů při pohledu na stáří?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Stáří lidé tady nezažívají žádné nové věci, pořád se vše opakuje dokola*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Klienti mají stálý denní program, který je povětšinou stejný každý den, tohle se týká zejména ležících klientů, ostatní jdou třeba ven na procházku*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Stále dokola opakující se činnosti, to platí hlavně u ležících klientů*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Myslím, že stereotypní musí být, když člověk jen leží, kouká na televizi a čeká, až mu přineseme oběd nebo večeři*“.

8. Je pro Vás stresující práce s klienty, kteří jsou již ve vysokém stupni demence?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Pro mě ano, když musíte pracovat každý den s takovýmto člověkem, je to velmi vyčerpávající*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Pro mě rozhodně, takových klientů je tu dost, působí to velmi negativně na psychiku*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Pokud množství těchto klientů v dané chvíli převládá, tak ano*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Pro mě ještě ne tolik, jako pro ostatní pracovníky, myslím, že je to tím, že tu nepracuji tak dlouho a tak často jako oni*“.

9. Jak se má podle Vás projevovat pozitivní postoj ke stáří u sociálních pracovníků pracujících se starými lidmi?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Být empatičtí, vstřícní, mluvit s nimi, nebrat je pouze jako těžké břemeno*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Měli bychom se snažit působit pozitivně, optimisticky a snažit se s klienty o jejich problémech komunikovat*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Měli bychom pociťovat úctu, respekt a být empatičtí*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Měli bychom s lidmi komunikovat a snažit se jim vyhovět*“.

10. Je pro Vás obtížná komunikace s rodinami klientů?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Záleží na typu rodiny, s někým je komunikace snadná, s někým trvá déle, než se vzájemně dohodneme*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Každá rodina je jiná a jinak nahlíží na péči v tomto domově, s některými se komunikuje snadno s jinými méně*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*To záleží na konkrétní rodině, většinou se dá se všemi dohodnout*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*To záleží na jednotlivých rodinách, s každými se komunikuje jinak*“.

11. Co by měl podle Vás sociální pracovník cítit ve vztahu ke stáří?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Myslím, že by měl cítit pokoru a úctu*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Určitě úctu a respekt*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Respekt a úctu*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Úctu, empatii, respekt a vstřícnost*“.

12. Je podle Vás u klientů podporována soběstačnost?

Respondent P1 odpověděl takto: „*U těch klientů, kteří péči zvládají sami ano, ale u klientů, kteří se k nám již dostali v nesoběstačném stavu, vykonáváme veškerou činnost za ně*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Všeobecně si myslím, že ano, ale je u nás mnoho klientů, kteří jsou schopni si věci kolem sebe vykonat sami, ale vyžadují, abychom to za ně udělali my*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Podle mého názoru u klientů, kteří péči zvládají sami nebo s dopomocí tak ano, ale u klientů kteří jsou již ležící vykonáváme péči za ně*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Pokud jsou klienti ochotní naučit se některé věci vykonávat sami, tak ano, ale většinou to vše nechají na nás*“.

13. Je zde podle Vás v domově dostatek prostoru a času na to, abyste se mohl/a věnovat všem potřebám klientů?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Podle mého názoru je zde na to nedostatek personálu*“.

Respondent P2 odpověděl takto: „*Myslím si, že všem potřebám nejspíš ne, je tu dost práce na to abychom stihli vše co musíme, také záleží zda je právě naplněna kapacita domova a o jaké klienty se z větší části jedná*“.

Respondent P3 odpověděl takto: „*Pokud převládá počet ležících klientů, tak ne, to stihneme udělat jen to, co musíme. Záleží to na aktuální skladbě domova*“.

Respondent P4 odpověděl takto: „*Záleží, zda je naplněná kapacita domova, pokud ale převažují ležící klienti, tak myslím, že nejsme schopni věnovat se úplně všem potřebám klientů*“.

14. Jak by, jste zhodnotil/a svou dosavadní činnost v tomto domově?

Respondent P1 odpověděl takto: „*Myslím, že nikde nemůže být člověk*

stoprocentně spokojený, jsem tu už dlouho, snad jsem svou prací přispěla i něčemu dobrému“.

Respondent P2 odpověděl takto: *„Už tu pracuji dlouho, a to se muselo někde projevit, už se cítím být vyhořelá, ale doufám, že jsem zde přispěla k něčemu dobrému“.*

Respondent P3 odpověděl takto: *„Je těžké hodnotit sama sebe, snažím se na klienty působit optimisticky, tak snad to taky něco v jejich životě pomohlo zlepšit“.*

Respondent P4 odpověděl takto: *„Ve srovnání s ostatními pracovníky jsem tu velmi krátkou dobu, snažím se na klienty působit pozitivně, tak doufám, že to alespoň trochu přispělo k prosvětlení jejich pobytu zde“.*

5 Výsledky šetření a diskuse

Výsledky šetření s klienty domova

Rozhovory s klienty jsme vzhledem k celkovému stavu klientů zjednodušili. Rozhovory trvaly přibližně půl hodiny a probíhaly na pokojích klientů, kde nám personál domova zajistil potřebný prostor, abychom nebyli rušeni. Rozhovory jsme realizovali na doporučení sociálních pracovníků v dopoledních hodinách mezi 9.30 a 11.00, v odpoledních hodinách od 14.00 do 15.00.

Všimáli jsme si rozdílů zejména, co se týče pohlaví a délky pobytu v domově.

Jako zásadní hodnotíme kladnou odpověď všech klientů u první otázky: Jak dlouho žijete v tomto domově a jak se Vám tu líbí? Hodnocení pobytu v domově jsou kladná, přestože většina klientů v domově žije různě dlouhou dobu. Druhá otázka zněla takto: V předchozím místě bydliště jste žil sám nebo s rodinou? Respondenti K3, K4, K6 a K8 uvedli, že v předchozím místě bydliště žili sami, naopak respondenti K1, K2, K5 a K7 uvedli, že dříve žili s partnery. Souvislost vidíme u otázky číslo 3: Dochází k Vám pravidelně na návštěvy příbuzní či přátelé? Respondenti K2, K5, K7 a K8 uvádějí, že za nimi pravidelně dochází příbuzní i přátelé. Dá se tedy předpokládat, že u klientů, kteří dříve žili s partnery nebo dětmi, ke kterým měli bližší vztah, jsou návštěvy příbuzných nebo známých četnější, než u klientů, kteří v předchozím místě bydliště žili sami. I tento fakt, má jistě významný podíl na způsobu adaptace těchto klientů.

U otázky číslo 4, která měla znění následující: Z jakého důvodu jste se sem přistěhoval/a? Téměř všichni respondenti uvádějí, že důvod proč se do domova přistěhovali, byla potřeba pomoci od druhé osoby, pouze respondent K6 uvedl, že na stejném místě žil již předtím, než zde byl domov vybudován. Obecně můžeme tedy říci, že příčinou nástupu respondentů do domova byla neschopnost uspokojit své základní potřeby.

U otázky číslo 5, která zněla takto: Postrádáte zde něco? i 6: Máte zde dostatek soukromí? Odpovídali všichni respondenti totožně.

Podle otázky číslo 7, jejíž znění je následující: Využíváte aktivizační služby domova? Aktivizační služby domova využívají dle svých odpovědí respondenti K1,

K2, K6, K7 a K8, respondenti K3 a K5 těchto služeb užívají pouze občas a respondent K4 těchto služeb nevyužívá vůbec.

Odlišné odpovědi jsme zaznamenali i v otázce číslo 8: Jste v kontaktu s ostatními seniory v domově? Respondenti K1, K5, K6, K7 a K8 uvedli, že jsou v kontaktu s ostatními seniory v domově, respondenti K2, K3 a K4 uvedli, že se s ostatními seniory v domově neznají. U respondenta K2 může být jako důvod uveden fakt, že je invalidou, jak sám v rozhovoru uvádí. Respondent K4 v rozhovoru uvedl, že je spíše introvertní.

U otázky číslo 9: Jak zde trávíte volný čas? Všichni respondenti uvádí velmi podobné odpovědi, můžeme tedy říci, že všichni klienti tráví svůj volný čas totožně a často velmi stereotypně.

U otázky číslo 10: Jak na Vás působí personál? Jsme také zaznamenali velmi podobné odpovědi, pouze u respondenta K1 je viditelný mírný odklon od ostatních respondentů, tato otázka úzce souvisí s otázkou číslo 11: Je někdo z personálu ke komu máte negativní vztah? Kde můžeme vyčíst znovu podobné odpovědi, které se opět nepatrně liší pouze u respondenta K1. Vcelku můžeme tedy říci, že respondenti mají k personálu pozitivní vztah.

Dle otázky číslo 12: Využíváte všech nabízených služeb pracovníků v sociálních službách? Využívají všech služeb pracovníků v sociálních službách respondenti K1, K2 a K7, respondenti K3 a K8 uvedli, že jsou soběstační a pomoc tedy nepotřebují a respondenti K4, K5, a K6 uvedli, že se snaží svou soběstačnost podporovat. Shodu vidíme u respondentů K3 a K8, oba tito respondenti jsou v domově v porovnání s ostatními poměrně krátkou dobu a oba respondenti ještě nedosáhli 80 let, znamená to tedy, že se do domova dostali v soběstačném stavu.

Na otázku číslo 13: Lze se s pracovníky dohodnout na způsobu provedení služby? Odpověděli všichni respondenti totožně, tato otázka v souvislosti navazuje na otázku číslo 14: Je Vám nějaká služba či způsob provedení služby nepříjemný? Kde respondenti K1, K2, K3, K5, K6 a K8 opět odpovídali ve shodě, mírný rozdíl vidíme pouze u respondentů K4 a K7, opět můžeme ale říci, že klienti jsou se službami pracovníků spokojeni.

Na závěrečnou otázku: Jak by, jste zhodnotil/a svůj dosavadní pobyt v domově? Reagují všichni klienti pozitivně, bez rozdílu věku, pohlaví či soběstačnosti.

Nejčastěji jsme nepatrný odklon v odpovědích na kladené otázky zpozorovali u respondenta K1, jak v rozhovoru sám uvedl, v domově žije již 8 let, dále uvedl, že z příbuzných či známých jej nikdo nenavštěvuje, je tedy možné, že se u něj tento fakt negativně odráží ve způsobu adaptace či komunikace s personálem.

Ve své podstatě, výpovědi všech dotazovaných respondentů působí velmi kladně, téměř všichni mají k ošetřujícímu personálu pozitivní vztah, založený na správné komunikaci. Klienti hodnotí svůj pobyt v domově pozitivně.

Výsledky šetření s pracovníky v sociálních službách

Prostřednictvím rozhovorů s pracovníky v sociálních službách byl zjišťován nejen způsob adaptace klientů na jejich pobyt, ale také samotné zkušenosti a názory na výkon práce právě v tomto domově.

Rozhovory s pracovníky v sociálních službách byly realizovány v době poledního klidu. Jak již bylo uvedeno, všichni účastníci tohoto rozhovoru byli ženy, s různou věkovou kategorií a pracovní působností v tomto domově.

Výpovědi na jednotlivé otázky byly povětšinou velmi podobné, odlišnost v jednotlivých otázkách nastávala pouze u respondenta P1 a respondenta P4, je možné, že tato odlišnost je způsobená poměrně významným věkovým rozdílem a délkou pracovní působnosti v domově.

U 3. otázky: Co Vás první napadne, když se řekne stáří nebo starý člověk? Odpovídali všichni respondenti téměř totožně, ve většině případů se objevovaly pojmy jako samota, bezmoc a závislost na druhých. U otázky číslo 12: Je podle Vás u klientů podporována soběstačnost? Je také možné najít shodu, zejména u respondentů P2 a P3.

Obecně můžeme říci, že se respondenti P1, P2 a P3 shodují téměř u všech otázek, rozdíl můžeme nalézt u respondenta P4. Je velmi pravděpodobné, že tento rozdíl je způsoben poměrně značným věkovým rozestupem a časem stráveným prací se seniory.

Až na jednu výjimku, všichni dotazovaní respondenti v tomto domově pracují více než 10 let, je tedy samozřejmostí, že na chod domova a chování klientů již dokáží pohlížet s nadhledem. Je otázkou, zda při takto dlouhodobé a intenzivní práci se seniory, dokáží stále působit pozitivně a optimisticky.

Zhodnocení výzkumných předpokladů

První výzkumný předpoklad byl následující: **Rodina sehrává důležitou a zásadní roli při adaptování klienta.** Bylo zaznamenáno 8 odpovědí dotazovaných, z toho 4 uvedli, že je rodina navštěvuje pravidelně, 3 dotazovaní uvedli, že je rodina navštěvuje nepravidelně a zbylý jeden dotazovaný uvedl, že jej nikdo z rodiny nenavštěvuje. Výzkumný předpoklad **je tedy možné pro daný výzkumný vzorek potvrdit.**

Druhý výzkumný předpoklad zněl takto: **Klienti, kteří se stýkají se svou rodinou, necítí osamocenost.** Na otázku odpověděli všichni dotazovaní, 7 respondentů uvedlo, že v domově jim nic neschází, pouze 1 respondent uvedl, že mu někdy chybí děti, ale ty za ním jezdí. Výzkumný předpoklad pro daný výzkumný vzorek **je možné potvrdit.**

Třetí výzkumný předpoklad byl vyjádřen následně: **U klientů je v přijatelné míře podporována soběstačnost.** 3 respondenti vypověděli, že využívají všech nabízených služeb pracovníků v sociálních službách, další 3 respondenti uvedli, že služeb využívají pouze v případech, kdy jim to nedovoluje zdravotní stav, a zbylí 2 respondenti uvedli, že služeb nevyužívají vůbec. Výzkumný předpoklad pro daný výzkumný vzorek **je možné potvrdit.**

Závěrečný výzkumný předpoklad se zaměřil na hodnocení způsobu adaptace klientů: **Způsob adaptace nezávisí na pohlaví klienta.** Dle celkové výpovědi všech respondentů, je prokazatelné, že způsob adaptace nezávisí na pohlaví klientů. Můžeme tedy říci, že výzkumný předpoklad pro daný výzkumný vzorek **je možné potvrdit.**

Z výzkumného tvrzení vyplývá, že jsou respondenti se službami DPS ve Velké Bystřici spokojeni, dále, že mají klienti s ošetřujícím personálem velmi přátelské vztahy, což jistě přispívá i k usnadnění adaptace pro nově příchozí.

6 Návrh na řešení případných nedostatků

Ačkoliv po zpracování dat, z výzkumného šetření, bylo zjištěno, že klienti jsou se službami domova víceméně spokojeni, jako problém vidíme nedostatek ošetřujícího personálu. Pracovníci v sociálních službách v rozhovoru sami uvedli, že se nemohou plně věnovat všem potřebám klientů, z důvodu nedostatku času a personálu.

K tomuto faktu by tedy měli přihlídnout zřizovatelé služeb. Chápeme, že v dnešní době finanční krize je asi těžké navyšovat stavy personálu (trend je spíše opačný), ale měli bychom se spíše zaměřit na blaho klienta a na jeho péči po všech stránkách (bio-psycho-sociálních a spirituálních).

Možné zlepšení by mohla přinést větší spolupráce s rodinami klientů. Tím, že by se do péče o své nejbližší zapojila více rodina, by mělo možná pozitivní vliv na spoustu okolností. Klienti by se necítily tak osamělí, což by mělo pozitivní vliv na jejich psychický stav, který by jistě mohl zlepšit komunikaci i spolupráci mezi klientem a ošetřujícím personálem. Samozřejmě bereme v úvahu, že spolupráce s rodinou může selhat (může nastat situace, že se klient z různých důvodů s rodinou nestýká či dokonce rodinu vůbec nemá), v takovýchto případech je na místě spolupráce s různými dobrovolnickými organizacemi, které by svou prací mohly aktivně přispět k adaptaci a začlenění klienta do chodu domova. V neposlední řadě bychom chtěli zmínit i například možnost canisterapie, která velice pozitivně působí na člověka a jeho psychickou pohodu.

Závěr

Sledovaným souborem se stali senioři a pracovníci domova, kteří splnili následující kritéria: žijí nebo pracují v domově pro seniory, který se nachází ve Velké Bystřici, a byli ochotni spolupracovat.

Celkem tak bylo v tomto domově realizováno 12 rozhovorů. Senioři i pracovníci domova odpovídali na předem připravené otázky, z cíli šetření byli předem seznámeni.

Hlavním cílem teoretické části práce, bylo shromáždit základní informace týkající se adaptace seniorů na pobyt v domově pro seniory. Tento cíl byl naplněn v kapitole teoretická část. Uvádíme zde informace o potřebách člověka ve stáří, historii domovů pro seniory a o péči v domovech pro seniory. Zmíněná jsou i úskalí pomáhajících profesí a syndrom vyhoření.

Dílními cíli bylo potvrzení čtyř výzkumných předpokladů. Bylo nutné údaje získané rozhovory se seniory kvalitativně zpracovat a následně potvrdit, popř. odmítnout stanovené výzkumné předpoklady.

Výsledky provedeného šetření nám poskytly cenný pohled nejen obyvatel domova, ale i pracovníků v sociálních službách na jejich každodenní život.

Samozřejmě by bylo možné některé výpovědi seniorů zhodnotit i kvantitativně a zpracovat je další analýzou za použití různých kvantitativních postupů a metod. V tomto případě však byla práce zaměřena na objasnění základních zákonitostí týkajících se adaptace seniorů, a proto byl slovní popis a vyhodnocení prvořadý a zhodnocen jako vhodnější.

Ovšem je nutné také zmínit faktory, které mohly mít na odpovědi dotazovaných vliv – osoba provádějící výzkum nebyla cizí, senioři tedy mohli své výpovědi z nejrůznějších důvodů zkreslovat. Naopak, tento fakt jistě napomohl k uvolněnější atmosféře a neformálnímu jednání. Senioři mohli s realizací rozhovoru souhlasit, ale nemuseli se cítit dobře a tím mohly být jejich výpovědi nepřesné. Dále mohl být rozhovor pro seniory příliš dlouhý a namáhavý. Tyto rizikové faktory je nutné mít vždy na zřeteli.

Domníváme se, že námi získané informace mohou být námětem pro hledání cest, kterými by se mohla zkvalitňovat aktivní podpora poskytovaná osobám v období stáří.

Souhrn

Bakalářská práce obsahuje vysvětlení a podrobnější teoretický popis adaptace seniorů na pobyt v domovech pro seniory, seniora, stáří a potřeb člověka ve stáří. Teoretické poznatky jsou dále konfrontovány v souvislosti s výzkumem, který byl zaměřen na způsob adaptace seniorů, kteří byli přestěhováni do domova pro seniory. Podmínkou byl pobyt seniorů v domově pro seniory ve Velké Bystřici a jejich ochota vzájemné spolupráce. Rozhovory byly realizovány nejen se seniory, ale také s pracovníky domova, jejichž pohled na tuto problematiku sloužil jako doplnění celého výzkumného šetření. Celkem bylo v tomto domově realizováno tedy 12 rozhovorů. Byly formulovány 4 výzkumné předpoklady. Výzkumem bylo zjištěno velké množství poznatků, které byly zpracovány kvalitativně. Byla zjištěna spokojenost seniorů s poskytovanou péčí v domově a také, že rodina hraje v adaptaci klienta na pobyt důležitou roli, přičemž způsob adaptace nezáleží na pohlaví klienta. Senioři také převážně uváděli pozitivní hodnocení vztahů s ošetřujícím personálem. Je velmi důležité průběžně kontrolovat spokojenost seniorů s poskytovanými službami, neboť je tento atribut úzce spojen s hladkým průběhem adaptace klienta na pobyt v domově.

Klíčová slova: adaptace, senior, stáří, domov pro seniory

Seznam použité literatury a zdrojů

1. *Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice* [online]. [cit. 2015-2-15]. Dostupný z: World Wide Web: <http://svanna.velkabystrice.cz/nArticle.php?ArticleID=1001>
2. GRÜN, A. 2009. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 143 s. ISBN 978-80-7195-316-6.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 40 s. ISBN 80-7038-158-2.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
5. HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 408 s. vyd.2, ISBN 978-80-7367.
6. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
7. KALVACH, Z. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. KALVACH, Z., ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
9. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
10. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
12. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
13. MÜHLPACHR, P. 2009. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 203 s., 2. vyd. ISBN 978-80-210-5029-7.

14. RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
15. STAŇKOVÁ, 2003. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče. *Sestra*, roč. 13, č. 6, ISSN 1210-0404.
16. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
17. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
18. WEBER, P. 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Seznam tabulek

Tabulka 1. Složení výzkumného vzorku respondentů – klientů	40
Tabulka 2. Složení výzkumného vzorku respondentů – pracovníků v sociálních službách	49

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Služby poskytované v domovech pro seniory

Příloha č. 2 – Úkoly klíčového pracovníka

Příloha č. 3 – Prostředky měření kvality sociálních služeb

Příloha č. 4 – Otázky použité k rozhovorům s klienty domova

Příloha č. 5 – Otázky použité k rozhovorům s pracovníky v sociálních službách

Příloha č. 6 – Žádost o povolení sběru dat k výzkumu v domově pokojného stáří ve
Velké Bystřici

Příloha č. 1 – Služby poskytované v domovech pro seniory

Poskytnutí ubytování

Umožňuje poskytnutí trvalého domova seniorům a zdravotně znevýhodněným osobám do konce jejich života, se zohledněním jejich zdravotního omezení. Ubytování zahrnuje vytvoření útulného, příjemného a bezpečného prostředí. Při poskytnutí ubytování, může nabídka obsahovat i nadstandardní vybavení pokoje. Součástí pokojů je také vlastní sociální zařízení, jen ojediněle je některé pokoje nemají. Na každém podlaží musí být společná koupelna a WC, zvlášť pro muže a ženy. Každý zájemce a jeho příbuzní mají možnost zařízení osobně navštívit a prohlédnout si jeho prostory a pak se rozhodnout jaký typ pokoje bude k ubytování požadovat. Při přijetí klienta do zařízení, jej personál seznámí s prostorami zařízení a vybavením vlastního pokoje. Na pokojích musí být respektováno právo klienta na soukromí. Klient a jeho návštěvy jsou poučeni o nepřístupných prostorách, ty jsou také uvedeny v domácím řádu. Klient i jeho návštěvy jsou povinni dodržovat upozornění o správné manipulaci s vybavením a užíváním jednotlivých prostor (Malíková, 2011).

Poskytnutí stravy

Klientům se strava podává pětkrát denně, diabetikům šestkrát denně podle platného dietního systému. Poskytnutí stravy může být realizováno odlišným, dohodnutým způsobem. Klienti se stravují v jídelně, kde musí být vytvořeny podmínky pro dodržování kultury stolování, nebo podle potřeby na pokoji klienta. Imobilním klientům nebo těm, kteří se nechtějí stravovat společně v jídelně, je strava dovážena na jejich pokoje. Nesoběstačným klientům je poskytována pomoc s příjmem potravy, v případě nutnosti kompletní krmení. Při podávání stravy musí být respektovány stravovací návyky, s nimiž klient do zařízení přišel.

Strava poskytovaná klientům zahrnuje vybrané diety z dietního systému, nejčastěji je podávána strava racionální, diabetická a šetřící. Důležitou oblast při poskytování stravy tvoří sledování a dodržování pitného režimu.

Pracovníci v sociálních službách sledují množství přijatých tekutin klientem a v indikovaných případech tyto hodnoty zapisují. Častým problémem seniorů je snížený pocit žízně, který pak u nich rychle vede k rozvoji dehydratace. Klientům proto musí být nabízeny často a v malých dávkách (Malíková, 2011).

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

Vzhledem k vysoké míře nesoběstačnosti klientů, je jim často prováděna osobní hygiena bez jejich aktivního zapojení. V této oblasti je nesmírně důležité zachování a respektování jejich studu a soukromí. V oblasti hygienické péče je důležité zjistit předchozí zvyklosti klienta a navázání na ně, s ohledem na jeho celkový zdravotní stav. Klientům je poskytována pomoc při osobní hygieně pravidelně dvakrát denně a dále kdykoliv dle potřeby. Při ranní a večerní hygieně jsou klienti omyti teplou vodou a mýdlem, provádí se úprava vlasů a výměna inkontinenčních pomůcek, pokožka je také ošetřena krémovými přípravky. Při poskytování pomoci s osobní hygienou kontrolují pracovníci stav pokožky.

Ošetřování predikčních míst vzniku dekubitů je prováděno s cílem minimalizovat riziko jejich vzniku, již vzniklé dekubity jsou ošetřovány v rámci zdravotní péče. Minimálně jednou týdně je prováděna celková koupel klienta s mytím vlasů a s péčí o nehty na ruce a nohy. Pracovníci v sociálních službách pomáhají klientům při čištění chrupu nebo je sami provádějí. Velmi důležitá je podpora klienta v samostatnosti při vyprazdňování a oddálení stadia vyprazdňování na lůžku.

Z mnoha zařízení se úplně vytratily podložní mísy a močové láhve, existují jen dvě varianty: buď je klient mobilní a je schopen dojít na WC i s doprovodem, nebo je imobilní a je tedy odkázán jenom na použití pomůcek pro inkontinentní osoby, ačkoliv on sám inkontinencí netrpí.

Značné přetížení pracovníků v sociálních službách v pobytových zařízeních vede k tomuto usnadnění pracovních postupů. Klient má také právo si určit zda, si přeje, aby mu hygienickou péči vykonával muž či žena. Někteří klienti vyžadují odlišné podmínky při převlékání či koupání, pokud je požadavek splnitelný, musí jim být vyhověno (Malíková, 2011).

Pomoc při zvládnání běžných úkonů, péče o vlastní osobu

Téměř všichni klienti potřebují v menší či větší míře asistenci, pomoc či úplné provedení některé běžné denní činnosti spojené s pohybem. „*Nemocní s omezenou mobilitou, mají zejména z psychologických důvodů tendenci trávit noci v sedě a spát v křesle. Jako důvod se jeví: lepší uchování tepla, ekonomičtější topení, obtíže s uléháním a vstáváním z lůžka*“ (Weber, 2000, s. 48).

Ležícím klientům, kteří jsou plně závislí na poskytovaných službách a ošetrovatelské péči, je poskytována péče o pohybovou aktivitu přímo na lůžku. Zahrnuje pravidelné polohování klienta a veškerou úpravu lůžka během dne. Na dosah klientů pracovníci umisťují servírovací stolky, tak aby jej klienti dle potřeby mohli využít.

Částečně imobilním klientům pracovníci v sociálních službách pomáhají s posazením na lůžku, vstáváním z lůžka, přesunem do křesla apod. Klienti, kteří jsou mobilní a nepotřebují dopomoc při vstávání, uléhání, přesunech a chůzi, většinou nejsou soběstační v jiných oblastech a zde je jim pomoc dle potřeby zajištěna. Pomoc jim je ale poskytována tak, aby byli motivováni ke spolupráci a pomoci, jelikož to má pozitivní vliv na udržování jejich schopnosti pohybu a prevenci imobilizačního syndromu (Malíková, 2011).

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Personál domova pečuje o klienty tak, aby je jejich imobilita neomezovala a nevedla u nich ke vzniku sociální izolace. Proto je pracovníci doprovázejí a dopravují s kompenzačními pomůckami, na invalidním vozíku nebo na lůžku

do společných prostor za ostatními klienty. Důležité je umožňování účasti klientů na společenských akcích, pořádané přímo domovem. Pracovníci tyto akce systematicky plánují a připravují tak, aby pokryly zájmy všech klientů. Společné akce zahrnují oslavy životních jubileí, státních a jiných významných svátků. Pro menší skupinu mobilních klientů jsou zajišťovány i akce mimo zařízení – procházky, výlety, aj. (Malíková, 2011).

Příloha č. 2 – Úkoly klíčového pracovníka

Úkoly klíčového pracovníka:

- Společně s klientem vytváří plán, směřující k dosažení klientova osobního cíle.
- Spolu s dalšími pracovníky organizuje a zajišťuje plnění individuálního plánu klienta, podílí se na jeho realizaci a kontroluje jeho plnění.
- Problémy, které při tvorbě či plnění individuálního plánu klienta vzniknou a nedaří se je řešit, konzultuje s ostatními klíčovými pracovníky a s koordinátorem.
- Informuje koordinátora i ostatní pracovníky zainteresované na plnění individuálního plánu klienta o všech důležitých změnách.
- Při práci s klienty dodržuje etické zásady.
- Má zpracován vztah k sobě samému, orientaci o sobě samém, má vyřešeny své problémy (Malíková, 2011).

Příloha č. 3 – Prostředky měření kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb

Malíková (2011) uvádí standardy, které mají zaručovat určitou úroveň kvality poskytovaných služeb. Dodržování a naplňování standardů kontroluje podle § 97 a 99 sociálního zákona inspekce poskytování sociálních služeb (dále jen inspekce).

Supervize, Intervize

Jedná se o nástroje pro zvyšování kvality poskytovaných služeb. Systematicky vedou k jejímu zlepšování. Kvalitně provedená supervize je nástroj, který může pomoci s řešením mnoha problémů na pracovišti, např. se změnou klimatu v interpersonálních vztazích a v prevenci syndromu vyhoření. Podporuje také sjednocení kolektivu, pomáhá při odborných stážích studentů aj. (Malíková, 2011).

Stížnosti

Stížnost znamená obecně vyjádření nespokojenosti s něčím. V oblasti poskytování sociálních služeb jde o vyjádření nespokojenosti vůči poskytovateli, pracovníkům, kteří sociální službu poskytují, nebo i vůči konkrétní prováděné činnosti či prostředí. Stížnost může být podána ústně nebo písemně. Pro poskytovatele sociálních služeb je četnost stížností a míra jejich závažnosti důležitým ukazatelem kvality sociální péče (Malíková, 2011).

Zjišťování spokojenosti uživatelů služeb v domovech pro seniory

Jedním z hlavních ukazatelů kvality poskytovaných služeb, je spokojenost uživatelů služeb. „*Spojenost je subjektivní pocit, který je vnímán velmi rozdílně a je ovlivněn mnoha okolnostmi*“ (Malíková, 2011. s. 147).

Spokojenost nebo nespokojenost se může týkat buď jedné dílčí oblasti poskytované služby, nebo se může jednat o nespokojenost celkovou. Jak již bylo zmíněno výše, spokojenost je subjektivní pocit, je tedy obtížné tuto oblast objektivně změřit a vyhodnotit.

Pro zjišťování spokojenosti klientů jsou nejvhodnější tyto tři metody:

- **Pozorování**

- **Rozhovor**
- **Dotazník**

Pozorování

Lze jej provádět dvěma způsoby - jako přímé a jako nepřímé.

Přímé pozorování – o přímé pozorování jde tehdy, pokud jsou přímo pozorovány některé sociální jevy a činnosti na základě stanoveného plánu, nejsou kladeny žádné otázky a pozorovaný objekt není nijak ovlivňován.

Nepřímé pozorování – tento druh pozorování nemusí provádět sám výzkumník. Pozorovány mohou být třeba i fotografie (Malíková, 2011).

Rozhovor

Provádějí se dva základní druhy rozhovoru:

A, Nestrukturovaný volný rozhovor – není předem naplánovaný, probíhá spontánně na základě dohody mezi účastníky.

B, Strukturovaný standardizovaný rozhovor – jeho náplň a formulace konkrétních otázek jsou předem stanoveny.

Skupinový rozhovor („focus groups“)

Ve zdravotnických zařízeních se doporučuje pozvat pacienty, kteří budou za dva dny propuštěni. V podmínkách pobytových zařízení pro seniory s trvalým pobytem, tuto podmínku obvykle není možné dodržet. Moderátorem by měla být sestra, nebo jiný člen pracovního týmu, moderátor musí být proškolen a rozhovor vést tak, aby jej udržel na profesionální úrovni (Malíková, 2011).

Dotazníkové šetření

Tento typ šetření je velmi rozšířenou technikou sociologických výzkumů, používá se jak v sociální tak i ve zdravotnické oblasti. Nejčastěji se v dotaznících používají:

Uzavřené otázky – nabízejí několik odpovědí, z nichž si dotazovaný vybere zpravidla jednu.

Otevřené otázky – výhodou pro respondenta je, že jeho odpověď není nijak omezována, dávají mu tedy volný prostor k odpovědi. Tyto odpovědi se ale velmi obtížně zpracovávají.

Polouzavřené otázky – jedná se o položky, ve kterých jsou uzavřené i otevřené odpovědi.

Projekční otázky – s pomocí projekčních otázek je v dotazníku zjišťován názor nejen respondenta, ale více osob.

Kontrolní otázky – jejich cílem je ověřit pravdivost některého z předchozích tvrzení respondenta.

Příloha č. 4 – Otázky použité k rozhovorům s klienty domova

1. Jak dlouho žijete v tomto domově a jak se Vám tu líbí?
2. V předchozím místě bydliště jste žil/a sám/a nebo s rodinou?
3. Dochází k Vám pravidelně na návštěvy příbuzní či přátelé?
4. Z jakého důvodu jste se sem přistěhoval/a?
5. Postrádáte zde něco?
6. Máte zde dostatek soukromí?
7. Využíváte aktivizační služby domova?
8. Jste v kontaktu s ostatními seniory v domově?
9. Jak zde trávíte volný čas?
10. Jak na Vás působí personál?
11. Je někdo z personálu ke komu máte negativní vztah?
12. Využíváte všech nabízených služeb pracovníku v sociálních službách
13. Lze se s pracovníky dohodnout na způsobu provedení služby?
14. Je Vám nějaká služba či způsob provedení služby nepříjemný?
15. Jak by, jste zhodnotil/a svůj dosavadní pobyt v domově?

Příloha č. 5 – Otázky použité k rozhovorům s pracovníky v sociálních službách

1. Z jakých důvodů jste se rozhodl/a pracovat se starými lidmi? A v tomto zařízení?
2. Jaká jste měl/a očekávání při práci se starými lidmi? A jaká je realita?
3. Co Vás první napadne, když se řekne stáří nebo starý člověk?
4. Jaké pocity ve vás vyvolává starý člověk? Jaké pocity prožíváte při představě vlastního stáří? Co prožíváte při představě stáří vašich blízkých?
5. Na co se podle Vás těší sociální pracovníci při myšlence na stáří? Čeho se naopak bojí při myšlence na stáří?
6. Jak si myslíte, že klienti DS nahlíží na práci sociálních pracovníků?
7. Co je podle Vás zdrojem stereotypů při pohledu na stáří?
8. Je pro Vás stresující práce s klienty, kteří jsou již ve vysokém stupni demence?
9. Jak se má podle Vás projevovat pozitivní postoj ke stáří u sociálních pracovníků pracujících se starými lidmi?
10. Je pro Vás obtížná komunikace s rodinami klientů?
11. Co by měl podle Vás sociální pracovník cítit ve vztahu ke stáří?
12. Jak by se měl podle Vás chovat sociální pracovník s ohledem na naději ve stáří ke svým klientům?
13. Je podle Vás u klientů podporována soběstačnost?
14. Je zde podle Vás v domově dostatek prostoru a času na to, abyste se mohl/a věnovat všem potřebám klientů?
15. Jak by, jste zhodnotil/a svou dosavadní činnost v tomto domově?

Příloha č. 6 – Žádost o povolení sběru dat k výzkumu v domově pokojného stáří ve Velké Bystřici

Vážený pan

Mgr. Zdeněk Lakomý

ředitel domova pokojného stáří sv. Anny ve Velké Bystřici

Týnecká 10, 783 53 Velká Bystřice

Věc: žádost o povolení sběru dat k výzkumu v domově pokojného stáří ve Velké Bystřici

Vážený pane řediteli,

chtěla bych Vás požádat o povolení k výzkumnému šetření u klientů a pracovníků domova v rámci mé bakalářské práce.

Cílem práce je zmapovat kvalitu života a způsob adaptace klientů na pobyt v domově.

Svou práci vypracovávám pod vedením PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, PhD. na katedře antropologie a zdravotní PdF UP.

Výzkumné šetření bude prováděno formou volného i standardizovaného rozhovoru.

V případě zájmu Vám ráda poskytnu výsledky šetření.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Denisa Horáková

studentka 3. ročníku PdF UP v Olomouci

Kontaktní adresa

Kontaktní adresa

Mgr. Zdeněk Lakomý

Denisa Horáková

Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice

Práslavice 10, 78354

Týnecká 10, 783 53 Velká Bystřice

Vyjádření k žádosti: žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko

27. 2. 2015



Anotace

Jméno a příjmení:	Denisa Horáková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Adaptace seniorů na pobyt v domovech pro seniory
Název v angličtině:	Adaptation of the elderly to stay in the homes for the elderly
Anotace práce:	Bakalářská práce v teoretické části přibližuje termíny adaptace senior a stáří. Obsahuje i kapitolu, ve které jsou přiblíženy úskalí pomáhajících profesí a syndrom vyhoření. Empirická část se zaměřuje na výzkum realizovaný v domově pro seniory ve Velké Bystřici. Celkem bylo v tomto domově uskutečněno 12 rozhovorů, týkající se adaptace klientů na pobyt v domově, součástí rozhovorů je i pohled pracovníků sociálních službách na výkon práce právě v tomto domově.
Klíčová slova:	Adaptace, senior, stáří, domovy pro seniory, komunikace, pracovník v sociálních službách, rozhovor

Anotace v angličtině:	Bachelor's thesis in the theoretical part closer to the dates of the adaptation of the senior and age. Includes a chapter in which they are přiblíženy pitfalls of helping professions and burnout. The empirical part focuses on the research realized in the home for the elderly in a Large Bystřice. The total was in this home made 12 interviews, related to the adaptation of the clients to stay in the home, part of the interviews is also the view of the workers of the social services in the performance of the work in this home.
Klíčová slova v angličtině:	Adaptation, senior, age homes for elderly, communication, worker in social services, interview
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 – Služby poskytované v domovech pro seniory</p> <p>Příloha č. 2 – Úkoly klíčového pracovníka</p> <p>Příloha č. 3 – Prostředky měření kvality sociálních služeb</p> <p>Příloha č. 4 – Otázky použité k rozhovorům s klienty domova</p> <p>Příloha č. 5 – Otázky použité k rozhovorům s pracovníky v sociálních službách</p> <p>Příloha č. 6 – Žádost o povolení sběru dat k výzkumu v domově pro seniory ve Velké Bystřici</p>
Rozsah práce:	66 s. 11 s. příloh
Jazyk práce:	Český jazyk